



ประมวลสาระรายวิชา

619205 แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล
(Basic Concepts in Nursing Science)

อ.ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



225.-

54161920501

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ.....	ก
สารบัญ.....	ข
สารบัญตาราง.....	ง
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
ประมวลการสอนรายวิชา.....	1-6
บทที่ 1 วิวัฒนาการของการพยาบาล.....	7-55
1.1 ประวัติพัฒนาการพยาบาล.....	7
1.2 บุคคลสำคัญในวิชาชีพการพยาบาล.....	27
1.3 อุตสาหกรรมของวิชาชีพพยาบาล.....	36
1.4 องค์การวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล.....	46
บทที่ 2 แนวคิดของการพยาบาล.....	56-104
2.1 ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล.....	56
2.2 ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการพยาบาล.....	81
บทที่ 3 การพยาบาลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์.....	105-139
3.1 แนวคิดขององค์รวม.....	105
3.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม.....	114
3.3 แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์.....	131
บทที่ 4 กระบวนการพยาบาล.....	140-209
4.1 ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล.....	142
4.2 ความหมาย ความสำคัญและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล.....	173
4.3 ความหมาย ความสำคัญและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย.....	200
บทที่ 5 ทฤษฎีการพยาบาล.....	210-350
5.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล.....	213
5.2 แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลฐานความต้องการของมนุษย์: ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale..	224
5.3 แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลฐานความต้องการของมนุษย์: ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem.....	229
5.4 แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์: ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy.....	242
5.5 แบบแผนทางสุขภาพของ Gordon.....	258



สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
5.5.1 ตัวอย่างแบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของ Gordon.....	304
5.5.2 ตัวอย่างแบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย.....	311
5.5.3 ตัวอย่างคำถามในการซักประวัติตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordonผู้รับบริการ วัยเด็ก.....	317
5.5.4 ตัวอย่างคำถามในการซักประวัติตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordonผู้รับบริการ วัยผู้ใหญ่.....	320
5.5.5 การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของ Gordon ในการวางแผนการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหา สุขภาพ: กรณีศึกษาผู้ป่วยกระดูกขาหัก.....	324



Call No.

วัน เดือน ปี

เลข

B5706334

ศูนย์ศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1	76
2.2	93
2.3	94
2.4	96
4.1	148
4.2	150
4.3	153
4.4	161
4.5	163
4.6	163
4.7	166
4.8	170
4.9	179
4.10	180
4.11	181
4.12	182
4.13	183
4.14	184
4.15	186
4.16	186
4.17	187
4.18	188
4.19	189
4.20	190
4.21	191
4.22	191
4.23	192
4.24	206

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
5.1	แสดงพัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล.....	222
5.2	เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลของ Orem กับ แนวคิดกระบวนการพยาบาล.....	240
5.3	แสดงตัวอย่างปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวที่พบบ่อย.....	256
5.4	แสดงตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy.....	257
5.5	ตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและผู้ที่ได้รับผิดชอบ.....	269
5.6	ตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ได้รับผิดชอบ.....	271
5.7	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ได้รับผิดชอบ.....	272
5.8	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การเผาผลาญสารอาหาร.....	274
5.9	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง น้ำและอิเล็กโทรลัยท์.....	276
5.10	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง อุณหภูมิของร่างกาย.....	277
5.11	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การเจริญเติบโตและพัฒนาการ.....	278
5.12	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ผิวหนังและเยื่อ.....	279
5.13	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ภูมิคุ้มกันโรค.....	281
5.14	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การขับถ่ายปัสสาวะ.....	283
5.15	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การขับถ่ายอุจจาระ.....	284
5.16	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง กิจกรรมและการออกกำลังกาย.....	286
5.17	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ทำงานของโครงสร้างของร่างกาย.....	287
5.18	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ทำงานของโครงสร้างของร่างกาย.....	289
5.19	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ทำงานของโครงสร้างของร่างกาย.....	291
5.20	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การพักผ่อนนอนหลับ.....	292
5.21	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง.....	294
5.22	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ความสามารถทางสติปัญญา.....	295
5.23	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์.....	297
5.24	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง บทบาทและสัมพันธภาพ.....	298
5.25	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง เพศและการเจริญพันธุ์.....	299
5.26	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด.....	301
5.27	แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง คุณค่าและความเชื่อ.....	302

สารบัญภาพ

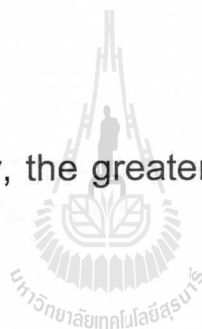
ภาพที่		หน้า
1.1	แสดงภาพตุ๊กตาเสียบบาล.....	16
1.2	สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์.....	18
1.3	Miss Florence Nightingale.....	27
1.4	แสดงเหรียญ The Order of Merit.....	32
1.5	แสดงพระฉายาลักษณ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.....	33
1.6	แสดงผ้าคลุมผมของแม่ชีซึ่งเป็นต้นแบบของหมวกของพยาบาลและหมวกพยาบาลสีขาวที่ยังคงใช้ใน ประเทศไทย.....	38
1.7	แสดงพิธีการมอบหมวกพยาบาล.....	38
1.8	แสดงชุดพยาบาลในยุคสงครามโลกครั้งที่ 1.....	39
1.9	แสดงชุดพยาบาลปรับปรุงให้ทันสมัยหลังยุคสงครามโลกครั้งที่ 1.....	39
1.10	แสดงชุดพยาบาลไทยในยุคแรก.....	41
1.11	แสดงชุดพยาบาลชาย – หญิงแบบ Scrub ในอเมริกา และชุดพยาบาลชาย – หญิงในประเทศไทย..	42
1.12	แสดงเครื่องแบบเมื่อสำเร็จการศึกษา.....	43
1.13	แสดงเหรียญพลเรือนในดิงเกล.....	43
1.14	ดอกป๊อบสัญลักษณ์พยาบาล.....	44
1.15	แสดงตราสัญลักษณ์ของสภาการพยาบาล.....	49
1.16	แสดงตราสัญลักษณ์ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.....	52
2.1	แสดงภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย.....	84
2.2	แนวคิดการให้การดูแลแบบประคับประคอง.....	98
3.1	ความสัมพันธ์สุขภาพทางกาย ทางจิต สังคม และทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวพันกันไปมา สุขภาวะ ทางจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามแนวคิดแบบองค์รวมอีก 3 มิติ	111
3.2	การพยาบาลแบบองค์รวม โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล.....	117
3.3	แสดงหลักสำคัญของการดูแลที่เน้นหัวใจความเป็นมนุษย์.....	135
3.4	แสดงสุนทรียสนทนา.....	137
3.5	แสดงสาระทฤษฎี.....	138
4.1	แสดงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล.....	147
4.2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล.....	148
4.3	แสดงลำดับขั้นความต้องการของ Maslow.....	159

สารบัญญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.4	องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย.....	203
4.5	กระบวนการวางแผนจำหน่าย.....	203
5.1	แสดงทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale.....	228
5.2	โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง.....	233
5.3	ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดหลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem.....	239
5.4	แสดงองค์ประกอบของระบบการปรับตัวของรอย.....	244
5.5	ระบบการปรับตัวของมนุษย์.....	245
5.6	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นเป็นพฤติกรรมปรับตัว...	252
5.7	การใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Roy.....	255
5.8	แสดงองค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน.....	262



“The higher the technology, the greater the need for human touch”



ประมวลรายวิชา

รายวิชา	619205
ชื่อวิชา	แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล (Basic Concepts in Nursing Science)
จำนวนหน่วยกิต	4 (4-0-8)
คณะ/สาขาวิชา	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์/สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐาน
ภาคการศึกษา	2
ปีการศึกษา	2554
ชื่ออาจารย์ผู้สอน	อาจารย์ ดร.จันทรีทิรา เจียรณัย อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล อาจารย์กชกร เพ็ญชัย
เงื่อนไขรายวิชา	วิชาบังคับก่อน : ไม่มี
สถานภาพของวิชา	วิชาบังคับ
ชื่อหลักสูตร	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
วิชาระดับ	ปริญญาตรี
จำนวนชั่วโมงที่สอน	ทฤษฎี 4 ชั่วโมง / สัปดาห์
เนื้อหารายวิชา	

วัตถุประสงค์และความสัมพันธ์ของการพยาบาลในฐานศาสตร์และวิชาชีพ แนวคิดหลักและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม การพยาบาล ตลอดจนขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพ การจำแนกประเภทของฐานความคิดทางการพยาบาล ตัวอย่างทฤษฎีทางการพยาบาลในแต่ละฐานความคิด ได้แก่ ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ ฐานความคิดความต้องการของมนุษย์ ฐานความคิดการดูแล และฐานความคิดทฤษฎีระบบ กระบวนการพยาบาล วิธีการได้มาซึ่งองค์ความรู้และการนำไปใช้

ประมวลการเรียนรู้รายวิชา

วัตถุประสงค์ของรายวิชา เมื่อเรียนจบแล้วนักศึกษาสามารถ

- อธิบายความสัมพันธ์ของศาสตร์ทางการพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลได้
- อธิบายทฤษฎีทางการพยาบาลในแต่ละฐานความคิดได้
- อธิบายความสัมพันธ์ของคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาลได้
- อธิบายกระบวนการพยาบาลได้
- ประเมินปัญหาผู้ป่วยจากสถานการณ์จำลอง และเสนอแนวทางแก้ปัญหา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้

เนื้อหารายวิชารายละเอียดจัดตารางการเรียนการสอน

บทที่	หัวข้อการสอน	จำนวนชั่วโมง
1	วิวัฒนาการของการพยาบาล 1.1 ประวัติพัฒนาการพยาบาล 1.2 บุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาล 1.3 อุดมการณ์ของวิชาชีพพยาบาล 1.4 องค์การวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพ	4 อ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย
2	แนวคิดหลักของการพยาบาล 2.1 ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล 2.2 ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการพยาบาล	4 อ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย
3	การดูแลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3.1 แนวคิดองค์รวม 3.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม 3.3 แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4 อ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย
4	กระบวนการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลและแผนการจำหน่าย 4.1 ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 4.2 ความหมาย ความสำคัญและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล 4.3 ความหมาย ความสำคัญและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย	12 อ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย
5	ทฤษฎีทางการพยาบาล 5.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล (2) 5.2 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีของ Florence Nightingale (2) 5.3 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีของ Orem (2) 5.4 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (2) 5.5 แบบแผนสุขภาพของ Gordon (8)	16 อ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย
	การนำกระบวนการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน และการนำเสนอ	8 คณาจารย์
	รวม	48

วิธีการจัดการเรียนการสอน

- บรรยายแบบมีส่วนร่วม (Active learning)
- การเรียนรู้แบบร่วมมือ (Cooperative learning)
- กรณีศึกษา (Case study)
- การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing)
- การเรียนรู้แบบต่อภาพ (Jigsaw)
- แฟ้มสะสมงานแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Learning Portfolio)
- การเรียนแบบใช้โครงการ (Project based learning)

สื่อการสอน

- เอกสารประมวลสาระรายวิชา
- Electronic Learning Portfolio
- คอมพิวเตอร์ เครื่องฉาย LCD
- งานวิจัย
- วีดิทัศน์ประวัติการพยาบาล

แผนการประเมินผลการเรียนรู้

การประเมิน	งานที่จะใช้ประเมินผลผู้เรียน	สัปดาห์ที่กำหนด	สัดส่วนของการประเมินผล
(1)	สอบ		
	- สอบกลางภาค	7	10%
	- สอบปลายภาค	13	10%
(2)	การเข้าชั้นเรียน	ตลอดเทอม	5%
(3)	การมีส่วนร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน	ตลอดเทอม	5%
(4)	โครงการและการแสดงกิจกรรม วันพยาบาลแห่งชาติ	21 ตุลาคม 2554	10%
(5)	โครงการเรียนรู้อย่างบูรณาการเรื่องการดูแลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	ตลอดเทอม	20%
(6)	แฟ้มสะสมงานแบบอิเล็กทรอนิกส์	ตลอดเทอม	20%
(7)	วิเคราะห์กรณีศึกษาและการนำเสนอ	11-12	10%
(8)	การทำงานกลุ่มและผลงาน	11-12	10%

เกณฑ์การตัดสินผล

- เกณฑ์ได้/ตก ตัดสินแบบอิงเกณฑ์ ผ่านร้อยละ 60 ขึ้นไป
- เกณฑ์การตัดเกรด A, B⁺, B, , F ตัดสินแบบอิงเกณฑ์และกลุ่ม

เอกสารประกอบการเรียน**หนังสือบังคับ**

- พรศิริ พันธสี. (2552). **กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษรจำกัด, 2552.
- เพ็ญศรี ระเบียบ. (บรรณาธิการ). (2531). **ทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พาริตา อิบราฮิม. (2546). **ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- เรณู สอนเครือ (บรรณาธิการ). (2541). **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยูทรินท์ การพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2533). **ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2543). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายสวาท เผ่าพงษ์. (บรรณาธิการ). (2542). **พัฒนาการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ประชุมการช่าง จำกัด, 2542.
- หนังสืออ่านประกอบ**
- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). **ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน**. เอกสารประกอบการบรรยาย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาทา, อภิญา เพียรพิจารณา, และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (บรรณาธิการ). (2548). **แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาเพชร
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2529). **ทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตรศิริ ชันเงิน. (2542). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). **การบริหารการพยาบาล**. มปท: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- บังอร ลำลี. (2535). "ทฤษฎีการพยาบาล". ใน **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล**. หน้า 39 – 77. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- ประคิน สุจฉายา. (2549). **บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิด วิธีบันทึกและการใช้ประโยชน์**.
มปท: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปิยวาท เกสมาส. (2531). **"ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอโรรม" ในทฤษฎีการพยาบาล**. หน้า 85 – 143
เพ็ญศรี ระเบียบ, (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2546). **.มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-6**.
กรุงเทพฯ: ประชุมช่างจำกัด.
- แพม บรรวณ. (2540). **ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล แสงสว่างของผู้ทุกข์ยาก**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดอกหญ้า.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. (2533). **ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล : ปฏิภาณและความเฉลียวฉลาด**. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ช้างเผือก
กราฟิค.
- เรณู พุกบุญมี. (2552).จากกระบวนการสู่การบันทึก. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึกทางการพยาบาล:
สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ** จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนคร
รินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน.
- วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. (2552). Discharge Planning: บันทึกที่ครบวงจร. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ** จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระ
ราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน.
- ศิริพร ชัมภลิต. (2552). มายาคติในการบันทึกทางการพยาบาล. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึก
ทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ** จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระ
ราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน.
- สภาการพยาบาล. (2542). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2538 และที่แก้ไข
เพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540**. กรุงเทพฯ: บริษัท
เดอะเบสท์ กราฟิค แอนด์ พรินท์ จำกัด,
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาม และวิพร เสนารักษ์. (2537). **กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการ
นำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2540). **การบันทึกทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท นิวเวฟพัฒนา จำกัด.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (ม.ป.ป.). **แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการประชุมเรื่อง บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่
สำคัญของวิชาชีพ**. <http://www.nur.psu.ac.th/WebPak/filenew> [สืบค้น มกราคม 2552]
- Dennis, C. N. (1997). **Self – Care Deficit Theory of Nursing: Concepts and Applications**. Missouri:
Mosby – Year Book, Inc.
- Fawcett, J. (1995). **Analysis and evaluation of conceptual model of nursing**. Philadelphia: F.A.David, 1995 .
- George, J.B. (editor). (1985). **Nursing Theories: The base for professional nursing practice**. 2nd .ed..New
Jersey : Prentice – Hall Inc., Englewood Cliffs.

- George, J.B. (2002). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gordon, M. (2542). **คู่มือการวิจัยทางการพยาบาล**. แปลโดย ศิริพร ชัมภลชิตและคณะ. กรุงเทพฯ: บั๊คเน็ต.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2006). *The understanding the nursing process: concepts mapping and care planning*. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins.
- Macrae, J. A. (2001). *Nursing as a Spiritual Practice*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Meleis, A.I. (1997). *Theoretical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- McEwen, M. & Wills, E. M. (2002). *Theoretical Basis for Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nelson-Marten, P., Hecomovich, K, Pangle, M. (1998). "Caring Theory: A Framework for Advanced Practice Nursing," *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 4(1): 70-77.
- Orem, D.E. (1980). *Nursing: Concepts of practice*. 2nd ed ., New York: McGraw – Hill Book Company.
- Roy, S, C., Andrews, H. A. (1991). *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*..California :Appleton & Lange,.
- Roy, S, C., Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement* . California :Appleton & Lange,
- Schroeder, C., and Maeve, M.K. (1992). "Nursing Care Partnerships at the Denver Nursing Project in Human Caring: An application and Extension of Caring Theory in Practice," *Advances in Nursing Science*. 15(2): 25-38.
- Seaback, W. *Nursing Process: Concept and Application*. New York: Delmar, 2001
- Tolento, B., Watson, J. In J.B. George. (Ed.). (1995). *Nursing theories; The base for Professional nursing practice*. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall International.
- Watson,J. (1998). "New Dimensions of Human Caring Theory." *Nursing Science Quarterly*.1: 175-181.
- Watson,J. (1990). "Transpersonal Caring : A Transcendent View of Person, Health and Nursing." In M.E. Parker (Ed.) *Nursing Theories in Practice*. (pp.277-288). New York: National League for Nursing.
- Watson,J. (1997). "The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective." *Nursing Science Quarterly*. 10(1): 49-52.
- Watson,J. (1999). *Postmodern nursing*. London: Harcourt Brace and Company Limited.
- Watson,J. (1999). *Spiritual in Human*. London: Harcourt Brace and Company Limited.

การประเมินผลการเรียนการสอน

นักศึกษาประเมินโดยตอบแบบสอบถามกลางของมหาวิทยาลัย online เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนของอาจารย์แต่ละท่าน

บทที่ 1

วิวัฒนาการของการพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

- ตอนที่ 1.1 ประวัติพัฒนาการพยาบาล
 - 1.1.1 พัฒนาการพยาบาลในต่างประเทศ
 - 1.1.2 พัฒนาการพยาบาลในประเทศไทย
 - 1.1.3 พัฒนาการด้านการศึกษาพยาบาล
 - 1.1.4 พัฒนาการด้านการวิจัยทางการพยาบาล
- ตอนที่ 1.2 บุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาล
 - 1.2.1 มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล
 - 1.2.2 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
- ตอนที่ 1.3 อุดมการณ์ของวิชาชีพพยาบาล
 - 1.3.1 หมวกพยาบาล
 - 1.3.2 เครื่องแบบพยาบาล
 - 1.3.3 เหยี่ยวฟลอเรนซ์ ไนติงเกล
 - 1.3.4 เพลงมาร์ช
 - 1.3.5 ดอกป๊อบ
- ตอนที่ 1.4 องค์การวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล
 - 1.4.1 สภาการพยาบาล
 - 1.4.2 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

แนวคิด

1. ประวัติพัฒนาการพยาบาล ประวัติการพยาบาลนั้นมีมาตั้งแต่ครั้งโบราณกาลเกิดจากคุณลักษณะที่มีการดูแลตนเองภายในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่กระทำโดยผู้หญิงที่เป็นแม่หรือแม่บ้าน เชื่อว่าเกิดจากสัญชาตญาณที่มีอยู่ในมนุษย์ตั้งแต่เกิดและสัญชาตญาณของความเป็นแม่ (สายสวาท เผ่าพันธุ์, 2542) ในสมัยโบราณผู้หญิงมักต้องอยู่กับบ้าน มีหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัวตั้งแต่เด็กทารก ตลอดจนผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในบ้านทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยความรัก ความเมตตา เสียสละและอดทนซึ่งเป็นคุณลักษณะของวิชาชีพในปัจจุบัน

2. บุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาล เป็นที่ยอมรับในระดับสากลแล้วว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพ (Professionalism) โดยสมบูรณ์เช่นเดียวกับวิชาชีพอื่นๆ ความเป็นวิชาชีพนั้นต้องมีค่านิยมและจรรยาบรรณเฉพาะ มีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Chitty, 2001) สำหรับความสำคัญในการเรียนรู้เกี่ยวกับชีวประวัติของบุคคลสำคัญในวิชาชีพในอดีตนั้นจะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพเกิดจิตสำนึกอันจะเป็นการสร้างความภาคภูมิใจและกระตุ้นความรู้สึกห่วงใยในคุณค่าของความเป็นวิชาชีพพยาบาล ซึ่งได้รับการสั่งสมและหล่อหลอมจากบุคคลสำคัญในวิชาชีพ

3. อัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล อัตลักษณ์ คือ คุณลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ของลักษณะเฉพาะของบุคคล สังคม ชุมชน หรือประเทศนั้นๆ เช่น เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรมท้องถิ่น และศาสนา ฯลฯ ซึ่งมีคุณลักษณะที่ไม่ทั่วไปหรือสากลกับสังคมอื่นๆ คือลักษณะที่ไม่เหมือนกับของคนอื่นๆ สำหรับวิชาชีพพยาบาลมีอัตลักษณ์ที่สำคัญ ได้แก่ หมวกพยาบาล เครื่องแบบพยาบาล (ซึ่งในหลายประเทศอาจจะเปลี่ยนแปลงไปแล้ว) เพลงมาร์ชพยาบาล และดอกป๊อบ

4. องค์กรวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล องค์กรวิชาชีพเป็นองค์กรหนึ่งในสังคมและมีวัตถุประสงค์เฉพาะที่แตกต่างไปจากองค์กรประเภทอื่นๆ โดยที่องค์กรวิชาชีพจะมุ่งในเรื่องของสมาชิกวิชาชีพและสังคมเป็นพื้นฐานหลัก เพื่อสร้างสถานภาพทางสังคม ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจ จูงใจให้บุคคลเข้าสู่วิชาชีพ สร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้มีเกียรติในสังคม รวมทั้งสร้างพลังอำนาจของวิชาชีพ (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) และการมีองค์กรวิชาชีพยังเป็นการบ่งบอกถึงสถานภาพของความเป็นวิชาชีพด้วย โดยทั่วไปองค์กรวิชาชีพจะประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ องค์กรทางกฎหมายและองค์กรสนับสนุนที่ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาบทที่ 1 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจประวัติความเป็นมาของการพยาบาลตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปัจจุบัน

2. ชาบซึ้งและภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล

กิจกรรม/งานที่มอบหมาย (10%)

1. จัดโครงการวันพยาบาลแห่งชาติ วันที่ 21 ตุลาคม 2554
2. จัดนิทรรศการประวัติความเป็นมาของวิชาชีพพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ
3. แบ่งนักศึกษาเป็น 6 กลุ่มๆละ 8 คน นักศึกษาทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม
4. บรรยายความรู้สึกที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลและบุคคลสำคัญในวิชาชีพการพยาบาลลงบน e-Portfolio

4. ประวัติพัฒนาการพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 พัฒนาการพยาบาลในต่างประเทศ

- 1) ระยะเวลาเริ่มต้นแห่งอารยธรรม
- 2) ยุคเริ่มต้นศาสนาคริสต์
- 3) ยุคกลางตอนต้น (ค.ศ. 500 - 1000)
- 4) ยุคกลางตอนปลาย (ค.ศ. 1000 - 1500)
- 5) ยุคเรเนสซองส์ (ค.ศ. 1500 - 1700)
- 6) ยุคแรกในสหรัฐอเมริกา

เรื่องที่ 2 พัฒนาการพยาบาลในประเทศไทย

- 1) สมัยกรุงสุโขทัย
- 2) สมัยอยุธยา

เรื่องที่ 3 พัฒนาการด้านการศึกษาพยาบาล

- 1) ระบบการฝึกหัดอาชีพ (2439 - 2468)
- 2) ระบบการศึกษาอบรม (2469 - 2498)
- 3) ระบบการศึกษา (2499- ปัจจุบัน)

เรื่องที่ 4 พัฒนาการด้านกรวิจัยทางการพยาบาล

- 1) พัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลในต่างประเทศ
- 2) พัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย

แนวคิด

ประวัติพัฒนาการพยาบาล ประวัติการพยาบาลนั้นมีมาตั้งแต่ครั้งโบราณกาลเกิดจากคุณลักษณะที่มีการดูแลตนเองภายในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่กระทำโดยผู้หญิงที่เป็นแม่หรือแม่บ้าน เชื่อว่าเกิดจากสัญชาตญาณที่มีอยู่ในมนุษย์ตั้งแต่เกิดและสัญชาตญาณของความเป็นแม่ (สายสวาท เผ่าพันธุ์, 2542) ในสมัยโบราณผู้หญิงมักต้องอยู่กับบ้าน มีหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัวตั้งแต่เด็กทารก ตลอดจนถึงผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในบ้านทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยความรัก ความเมตตา เสียสละและอดทนซึ่งเป็นคุณลักษณะของวิชาชีพในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 1.1 แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจลำดับพัฒนาการพยาบาลในต่างประเทศและในประเทศไทยได้ถูกต้อง
2. วิเคราะห์สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการพยาบาลในต่างประเทศและในประเทศไทยได้ถูกต้อง
3. เข้าใจระบบการศึกษาพยาบาลในประเทศต่าง
4. อธิบายความสำคัญของวิจัยทางการพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง

ประวัติพัฒนาการพยาบาล

ประวัติการพยาบาลนั้นมีมาตั้งแต่ครั้งโบราณกาลโดยการพยาบาลมีพัฒนาการมาจากการดูแลตนเองภายในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่กระทำโดยผู้หญิงที่เป็นแม่หรือแม่บ้าน เชื่อว่าเกิดจากสัญชาตญาณที่มีอยู่ในมนุษย์ ตั้งแต่เกิดและสัญชาตญาณของความเป็นแม่ (สายสวาท เฟ่าพันธ์ุ, 2542) ในสมัยโบราณผู้หญิงมักต้องอยู่กับบ้าน มีหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัวตั้งแต่เด็กทารก ตลอดจนผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในบ้านทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยความรัก ความเมตตา เสียสละและอดทน คุณลักษณะเหล่านี้จึงเป็นมรดกตกทอดมาสู่พยาบาลในรุ่นต่อมา ในส่วนนี้จะให้ภาพของวิวัฒนาการของการพยาบาลทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประวัติพัฒนาการพยาบาลในต่างประเทศ

ประวัติพัฒนาการพยาบาลในต่างประเทศ สามารถแบ่งออกเป็น การพยาบาลในระยะเริ่มต้นแห่งอารยธรรม การพยาบาลในยุคเริ่มต้นศาสนาคริสต์ การพยาบาลในยุคกลางตอนต้น และการพยาบาลในยุคกลางตอนปลาย การพยาบาลในยุคเรเนสซองส์ และการพยาบาลยุคแรกในสหรัฐอเมริกา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การพยาบาลในระยะเริ่มต้นแห่งอารยธรรม

1.1.1 ระยะ 3,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช

อาณาจักรบาบิโลเนีย (อิรัก) เป็นแหล่งเริ่มต้นของอารยธรรม ในยุคนี้เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากวิญญาณหรืออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้นการรักษาพยาบาลในยุคนี้นี้จึงเป็นการใช้พิธีกรรม คาถาเวทมนต์เพื่อการบูชา ยัญให้เหล่าวิญญาณร้ายออกจากร่างผู้ป่วยไปสู่ร่างของสัตว์และต้องฆ่าสัตว์นั้นจึงจะทำให้ผู้ป่วยหาย หมออียิปต์ใช้วิธีการพิสูจน์โรคโดยฆ่าสัตว์ที่นำบานูชายันต์ แล้วนำตับของสัตว์มาพิจารณาดูเพื่อทำนายอาการของโรค ด้วยวิธีการนี้ชาวบาบิโลเนียจึงเรียนรู้รูปร่างของตับ และถ่วงน้ำหนักตั้งแต่ 3,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช หลักฐานเกี่ยวกับแพทย์นั้นพบว่า มีประมวลกฎหมาย (Code of Law) ในยุคของกษัตริย์ Hammurabi ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อช่วยไม่ให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก และช่วยป้องกันอันตราย และให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วย (สายสวาท เฟ่าพันธ์ุ, 2542)

อียิปต์ โบสถ์เป็นสถานที่รักษาผู้ป่วยเจ็บในอียิปต์ ผู้ที่จะทำหน้าที่รักษาโรค คือ พระ การรักษานั้นเป็นการใช้เวทมนต์และพิธีกรรมต่างๆ ที่กระทำในโบสถ์ แพทย์ที่มีชื่อเสียงมาก ได้แก่ Imhotep ซึ่งเป็นแพทย์ประจำราชสำนัก ท่านได้ศึกษากายวิภาคศาสตร์โดยการชำแหละร่างกายมนุษย์ ท่านได้ประดิษฐ์ฝือก ผ้าพันแผล และผ้าพันแผล รู้จักวิธีเย็บแผล ท่านเป็นคนแรกที่กล่าวถึงเรื่องสมอง และรู้ว่ามีหน้าที่บังคับร่างกาย ต่อมาได้ถูกแต่งตั้งเป็น God of Medicine

ชาวฮีบรูว์ ได้รับการถ่ายทอดวิชาต่างๆ มาจากอียิปต์ ชาวฮีบรูว์เป็นผู้ที่รักษาสุขภาพ และมีความสุขาภิบาลที่ดี Moses เป็นผู้เริ่มแนวความคิดในการแยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก มีการกักกันโรค และทิ้งสิ่งปฏิกูล โดยวิธีการทำลายแบบต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรค ในบทบัญญัติโมซาค (Mosaic Code) Moses ได้ให้แนวทางในการจัดการวิธีการป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพส่วนบุคคล การพักผ่อนหลับนอน การทำความสะอาด การกำหนดชั่วโมงทำงาน วิธีการเลือกและตรวจอาหาร กฎระเบียบทางโภชนาการ การสาธารณสุข การวินิจฉัยโรค การบันทึกรายงานโรคติดต่อ ฉะนั้นจึงถือว่า Moses เป็นบิดาของการสุขภาพ

1.1.2 ระยะ 2,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช

ในประเทศกรีซ พบว่า Hippocrates ได้เป็นผู้ริเริ่มการแพทย์แผนใหม่ขึ้นในขณะนั้น ท่านได้วางแนวทางประกอบศิลปะเกี่ยวกับการแพทย์ไว้เป็นหลักใหญ่ ซึ่งนำมาใช้ในปัจจุบัน ท่านได้สอนไว้ว่าโรคภัยไข้เจ็บไม่ได้เกิดจากภูติ ผี ปีศาจ หรือโชครชะตา แต่เกิดขึ้นจากละเมิดกฎธรรมชาติ ท่านสนับสนุนให้ใช้วิธีสังเกตดูอาการผู้ป่วยอย่างละเอียด และการตรวจร่างกายคนไข้ ท่านเน้นถึงการกระทำหน้าที่ของร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ในบันทึกของ Hippocrates ไม่ได้พูดถึงการพยาบาลเลย แต่มีการกล่าวถึงว่ามีพยาบาลดูแลผู้ป่วยโดยการเช็ดตัว ให้กำลังใจด้วยน้ำร้อน จัดหาเครื่องดื่มเย็นๆ จัดหาอาหารและการอาบน้ำอุ่นให้ผู้ป่วยบางคนจะทำหน้าที่เหล่านี้ตามคำสั่งของแพทย์

โรม ชาวโรมันนำวิชาการของกรีกมาใช้ ชาวโรมันผูกพันกับพระเจ้า เพราะความเชื่อโชคลาง และการรักษาโรคจะใช้พืช และสมุนไพร มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่สร้างไว้ตามชายแดนแถบแม่น้ำไรน์ แม่น้ำดานูบ โรงพยาบาลเหล่านี้รับผู้ป่วยหรือทหารบาดเจ็บได้ประมาณ 200 คน ในโรงพยาบาลจะมีเตียงสำหรับผู้ป่วย มีห้องอาบน้ำสำหรับผู้มาเฝ้าผู้ป่วย มีสถานที่พักผ่อน มีร้านขายยา มีศูนย์พักฟื้นให้แก่ทหารที่เพิ่งหายป่วย

จีน ผู้ที่ริเริ่มเกี่ยวกับยารักษาโรคได้แก่ จักรพรรดิ Shen Wung ได้ค้นคว้าเกี่ยวกับพืชพันธุ์ไม้ สำหรับนำมาทำยา การตรวจวินิจฉัยโรค 4 ขั้นตอน ได้แก่ การพิจารณาดู (Observation) ฟังการเต้นของหัวใจ (Auscultation) การซักถามอาการ (Interrogation) และการสัมผัส (Palpation) ชาวจีนมีความชำนาญในด้านการจับชีพจร เพื่อแบ่งแยกการเต้นของชีพจร และใช้ในการวินิจฉัยโรค มีการปรุงยาสำหรับป้องกันโรคบางอย่าง เช่น น้ำมันกระเบาใช้ทาในโรคเรื้อน ใช้สหาร่ายทะเลผสมน้ำซุบเพื่อรักษาโรคคอกพอก คางคกนำมาใช้แก้โรคฝีต่างๆ ถึงแม้จะมีการกล่าวถึงความก้าวหน้าทางด้านการศึกษา แต่ไม่มีการกล่าวถึงการพยาบาล ถ้าหากในสมัยจะมีการพยาบาลก็คงไม่ใช่ผู้หญิง เพราะสถานภาพของสตรีจีนอยู่ภายใต้การควบคุมของบุรุษ และสตรีถูกจำกัดอยู่แต่ในบ้าน

อินเดีย เป็นประเทศแรกที่มีการบันทึกการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วย บันทึกในศาสนาฮินดู บัญญัติเรื่องหน้าที่ของพยาบาลไว้ว่า ต้องมีคุณสมบัติ 4 ประการ ได้แก่ พยาบาลต้องเป็นชาย มีบ้างเล็กน้อยที่เป็นหญิงแต่มีความรู้เรื่องบาดแผล ต้องเตรียมยาและให้ยาแก่ผู้ป่วยได้และต้องเป็นคนฉลาด เสียสละที่จะคอยดูแลผู้ป่วยได้เสมอ และต้องเป็นผู้บริสุทธิ์ทั้งจิตใจ และร่างกาย

ในระยะ 225 ปี ก่อนคริสตกาล พระเจ้าอโคทมหาราชได้สร้างโรงพยาบาลขึ้น 18 แห่ง ในภาคเหนือของอินเดีย โรงพยาบาลเหล่านี้เป็นโรงเรียนแพทย์ด้วย ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลนี้เป็นผู้สูงอายุ ทั้งชายและหญิง ซึ่งเรียกว่า พยาบาล โดยพยาบาลเหล่านี้จะทำหน้าที่ผสมยา ทำอาหาร มีความชำนาญในการอาบน้ำชำระร่างกายให้ผู้ป่วย รู้จักนวดฟันและอุ้มผู้ป่วย รู้จักปูที่นอน และรักษาที่นอนให้สะอาด คล่องแคล่ว ว่องไว อดทน และมีความชำนาญ

อินเดียมีคัมภีร์พระเวท ซึ่งเกี่ยวกับการรักษาทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ การพันผ้า ยาพิษและวิธีแก้ยาพิษ โรคทางประสาท โรคจิต โรคเด็ก และโรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ การอนามัยตลอดทั้งการป้องกันโรค มีการสอนว่า ห้องสำหรับผู้ป่วยที่คลอดบุตรนั้น จะต้องสะอาดและอากาศโปร่ง หมอตำแย (Midwives) จะต้องตัดเล็บให้สั้น อาบน้ำทุกวัน และระวังรักษาท้องให้ถ่ายทุกวัน ในคัมภีร์บงไว้ด้วยว่า ผู้ที่เป็นแพทย์จะต้องตัดผมและตัดเล็บให้สั้น สวมเสื้อขาว และจะต้องอาบน้ำทุกวัน และจะไม่นำสิ่งสกปรกมา ด้วยความ

ไว้วางใจของผู้ป่วยไปเปิดเผย แนะนำให้มีการเผายาที่มีกลิ่นหอมหวานในห้องผ่าตัด เพื่อไล่ปีศาจไม่ให้เข้าใกล้แผล ยาสำหรับทำให้ชาและระงับอาการปวดเจ็บในสมัยนั้น อาจเป็นจำพวกฝิ่น (Opium) และกัญชา (Cannabis)

สรุป ในสมัยเริ่มต้นแห่งอารยธรรม วิธีการรักษาผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความเชื่อทางศาสนา การเชื่อโชคลาง พระเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในด้านการรักษา ยาที่ใช้ได้แก่ พืชสมุนไพร รวมทั้งเวทมนต์คาถาด้านการพยาบาลมีกล่าวถึงเพียงเล็กน้อย เฉพาะในอินเดียที่บัญญัติของศาสนาฮินดู ได้ระบุหน้าที่ และคุณสมบัติของพยาบาลไว้ชัดเจน ซึ่งโดยสรุปแล้วการพยาบาลในสมัยนั้นมีการกล่าวถึงเฉพาะในด้านการบริการพยาบาลเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาหรือด้านบริหารจัดการเข้ามาเกี่ยวข้อง

1.2 การพยาบาลในยุคเริ่มต้นศาสนาคริสต์

คริสต์ศาสนา สอนให้คนมีความรัก เมตตา กรุณาต่อกัน มีความรักที่เปรียบเสมือนเป็นพี่น้องกัน ช่วยกันปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น โปสถ์ของคริสต์ศาสนาเป็นที่พักสำหรับนักเดินทาง คนยากจนและคนเจ็บป่วย โดยมีกลุ่มสตรีที่ทำการดูแล ให้การรักษาพยาบาล ได้แก่ กลุ่มดีคอนเนส (Deaconess) กลุ่มหญิงหม้าย (Widows) และสตรีโสด (Virgin) กลุ่มดีคอนเนส (Deaconess) เป็นสตรีกลุ่มแรกที่ออกเยี่ยมเยียนรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยและคนยากจนตามบ้าน ต่อมาได้มีนิกายต่างๆ เพิ่มขึ้น ดีคอนเนสได้เสื่อมไปที่ละน้อย และเลิกกิจการไป

มาทรอน (Matrons) เป็นกลุ่มผู้ดีชาวโรมัน ซึ่งเป็นสตรีที่มีฐานะดี ฉลาด เป็นผู้นำในด้านสังคม มีความฉลาด ในด้านการรักษาพยาบาล พยายามช่วยเหลือสังคมและดูแลคนเจ็บ กลุ่มมาทรอน (Matrons) ประกอบด้วย Marcella, Fabiola และ Paula โดย Marcella ได้ปรับปรุงบ้านของเธอให้เป็นโบสถ์ และทำการการสอนสตรีในกรุงโรมให้รู้จักการพยาบาลคนไข้ ส่วน Fabiola ได้อุทิศที่ดินของเธอสร้างโรงพยาบาลสาธารณะขึ้นที่กรุงโรมและอุทิศตนในการทำการพยาบาลผู้ป่วยที่ยากจน และสำหรับ Paula ได้สร้างโรงพยาบาลขึ้นระหว่างทางไปเมืองปาเลสไตน์ และเมืองเบธเลเฮมให้แก่ นักแสวงบุญ การพยาบาลของ Paula และคณะ ได้แก่ การอาบน้ำ และการทำความสะอาดเตียง กวาดพื้น ล้างจาน และคอยช่วยเหลือให้การดูแลรักษาผู้เจ็บป่วย นับว่าเป็นการเริ่มต้นของการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล

สรุป การพยาบาลในยุคนี้อยู่ในมือของกลุ่มซี และสตรีผู้ใจบุญ ซึ่งอุทิศตนเข้ามาช่วยเหลือผู้ยากจน และผู้เจ็บป่วยต่างๆ การพยาบาลมีทั้งดูแล ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยตามบ้าน ให้การพยาบาลในโบสถ์ และโรงพยาบาล ลักษณะการปฏิบัติงานของกลุ่มซีและสตรีผู้ใจบุญ ที่ออกเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน อาจนับได้ว่าเป็นต้นกำเนิดของพยาบาลอนามัย (Public Health Nurse) พวกแรก วิธีการรักษา หรือถ่ายทอดความรู้ เป็นไปในลักษณะของการบอก และฝึกหัดปฏิบัติตาม

1.3 การพยาบาลในยุคกลางตอนต้น (ค.ศ. 500 - 1000)

ใน ค.ศ. 476 อาณาจักรโรมันแตกสลาย ความศิวิไลซ์ สมัยโบราณได้พังพินาศลงอย่างรวดเร็ว สังคมแตกแยกออกเป็นกลุ่มต่างๆ กลุ่มที่มีอิทธิพลทางศาสนากลุ่มหนึ่งที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ คือ กลุ่มของบาทหลวงเบเนดิกแห่งเนอร์เซีย (St. Benedict of Nersia) ซึ่งเน้นย้ำว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีความสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด

ในศตวรรษที่ 6 และ 7 นี้ โปสถ์สำหรับแม่ชีได้เพิ่มจำนวนแพร่หลายมากขึ้น สตรีเหล่านี้มักเป็นผู้มีฐานะดี และมีอิทธิพลมาก ผู้เป็นหัวหน้าถูกเรียกว่า Albesses สตรีผู้สูงศักดิ์ที่มีชื่อเสียงโด่งดังมากในสมัยนั้น คือ แม่ชี

Radegonde เธอเป็นผู้สร้างโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเอง เธอสนับสนุนให้มีการเช็ดตัวและอาบน้ำเพื่อการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น

แม่ชี Hildegard เป็นแม่ชีในนิกายเบเนดิกตินเยอรมัน เป็นผู้มีความรู้ ได้ใช้เวลาศึกษาวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล และวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ได้เขียนหนังสือที่ได้อบรมคิดปะของการแพทย์และพยาบาลเข้าด้วยกัน เธอมีความเชื่อในเรื่องอากาศบริสุทธิ์ การใช้น้ำในการรักษา และได้เขียนบทความเรื่องโรคตีชาน โรคปอด และโรคบิด เธอนั้นจึงเป็นทั้งแพทย์และพยาบาล

ในศตวรรษที่ 7 เป็นช่วงที่ศาสนาอิสลามได้แพร่หลายในอียิปต์ ปาเลสไตน์ ซีเรีย อินเดีย โรมัน แอฟริกา สเปน ตลอดจนคอนสแตนติโนเปิล ยุคของการแพทย์ตามแบบอาหรับจะเป็นด้านการผสมยา ชาวอาหรับจะกล่าวถึงในด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดต่างๆ ถูกห้ามจากหลักทางศาสนาสตรีชาวมุสลิมไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพยาบาล เนื่องจากมีข้อห้ามทางศาสนา

สรุป ในสมัยยุคกลาง ค.ศ. 500 – 1000 ศาสนาคริสต์ นิกายคาทอลิกและศาสนาอิสลามมีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก การปฏิบัติต่างๆ อยู่ภายใต้กฎ และมีวัดหรือโบสถ์เป็นศูนย์กลางของความรู้ ศิลปวัฒนธรรมการรักษาพยาบาล โดยมีบาทหลวงและแม่ชีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย การพยาบาลเน้นเรื่อง การอาบน้ำ เช็ดตัว

1.4 การพยาบาลในยุคกลางตอนปลาย (ค.ศ. 1000 - 1500)

ในช่วง ค.ศ. 1096 – 1291 ชนชาวเตอร์ก (Turks) ที่นับถือศาสนาอิสลามได้ทำการรบบขับไล่ชาวคริสต์ เพื่อเข้ายึดครองดินแดนปาเลสไตน์ มีการยึดครองสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ทาจรนต่อชาวคริสต์เียนที่เดินรุดงค์ไปยังดินแดนศักดิ์สิทธิ์ ชาวยุโรปที่เป็นคริสเตียนนำโดยสันตะปาปา Urban เป็นผู้ชักจูงชาวคริสต์เียนทุกชนชั้นให้ลุกฮือขึ้นทำสงครามต่อต้าน โดยใช้ชื่อขบวนว่า ครุเสด ซึ่งเป็นสงครามที่รบยืดเยื้อมานานถึง 20 ปี มีผู้ล้มตายจากการรบบาดเจ็บความอดอยากเป็นอันมาก

ในสงครามครุเสด ได้เกิดโรงพยาบาลหลายแห่ง พร้อมทั้งมีบุรุษพยาบาลเกิดขึ้น มีผู้ชายจำนวนมากมารับหน้าที่ด้านการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยนักบวช อัครวิณ และเหล่าสงฆ์รับใช้ต่างๆ และเมื่อเกิดมีความจำเป็นกลุ่มนักบวช และอัครวิณเหล่านี้จะจับอาวุธสู้รบแบบทหารได้ด้วย วินัยทางทหารทำให้หน้าที่การบริการพยาบาลขณะนั้นมีระเบียบเคร่งครัด มีการตรวจสอบติดตามงานรัดกุม ทุกคนต้องเชื่อฟังคำสั่งของหัวหน้า ซึ่งลักษณะเหล่านี้สืบทอดมาถึงปัจจุบัน ในค.ศ. 1348 มีโรคระบาดครั้งใหญ่และร้ายแรงขึ้น คือ กาฬโรค ทำให้เกิดการสูญเสียประชาชนไปหลายร้อยคนโดยเฉพาะประชาชนที่ยากจน กลุ่มชนชั้นสูงได้พากันหนีออกนอกเมืองและจ้างคนรับใช้ให้ทำหน้าที่เหมือนพยาบาลดูแลผู้ป่วยในครอบครัว

สรุป ในยุคกลางจากภาวะสงครามครุเสดที่ยืดเยื้อมานาน ผู้ที่ทำหน้าที่พยาบาลส่วนใหญ่เป็นทหาร การปฏิบัติงานพยาบาลจึงใช้ระเบียบวินัยของทหารที่เคร่งครัด นอกจากทหารแล้วยังมีแม่ชีนิกายต่างๆ เข้ามาทำหน้าที่นี้ จนกระทั่งสงครามครุเสดสิ้นสุดลงเกิดกาฬโรคระบาดทำให้ผู้คนอพยพหนีโรคออกนอกเมือง และจ้างคนรับใช้ให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยงานพยาบาลจึงตกอยู่ในมือของคนรับใช้ ตั้งแต่ในช่วงปลายยุคกลางเป็นต้นมา

1.5 การพยาบาลในยุคเรเนสซองส์ (ค.ศ. 1500 - 1700)

ในยุคเรเนสซองส์ (Renaissance) ในระยะนี้มีสงครามเกิดขึ้นหลายครั้ง มีโรคระบาด ได้แก่ ไข้รากสาดน้อย (Typhus) และโรคฝี (Bubonic) ระบาดติดต่อกันหลายครั้ง ประชาชนล้มตายเป็นจำนวนมากทั้งในประเทศเยอรมัน

และอังกฤษ ในศตวรรษที่ 16 เกิดขบวนการปฏิรูปสังคม (Reformation) ขึ้น ซึ่งเริ่มต้นด้วยการปฏิรูปและจบลงด้วยการรัฐประหาร ความสำคัญทางศาสนาอ่อนแอลงและหมดความสำคัญ ผู้คนไม่ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาเหมือนเมื่อก่อน งานในโรงพยาบาลแต่เดิมจะมีพระ และแม่ชีทำหน้าที่ในการปฏิบัติการรักษาพยาบาล ซึ่งต่อมาคริสต์ศาสนาได้เกิดนิกายหนึ่งขึ้นมาคือ โปรเตสแตนต์ (Protestant) แผ่ขยายไปทั่วประเทศเยอรมัน ฮอลแลนด์และอังกฤษ ทำให้เกิดการแตกแยกขององค์การศาสนา การเมืองได้เข้ามาแทรกแซงในการบริหารโรงพยาบาล บุคคลที่เข้ามาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่ได้มีจิตใจด้านการบุญการกุศล มีการข้อโกงเกิดขึ้น การปฏิบัติงานที่เป็นของพยาบาลแพทย์และนักเรียนแพทย์มักจะทำเอง ส่วนการพยาบาลในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยถือเป็นงานคนใช้โดยตรง เช่น การอาบน้ำ สอนอุจจาระ เมื่อมีผู้ให้การพยาบาลไม่เพียงพอ ผู้บริหารจึงสั่งให้นักโทษหญิงจากเรือนจำมาช่วยให้การพยาบาลในช่วงนั้นสถานภาพของงานบริการพยาบาลจึงตกต่ำลงเรื่อยๆ สตรีที่มีการศึกษาและอยู่ในสังคมชั้นสูงไม่เห็นด้วยจึงเลิกและไม่ทำอีกต่อไป การพยาบาลในระยะนี้จึงตกอยู่ในมือของผู้ที่ไม่มีความรู้ ซึ่งเรียกรักษาพยาบาลในยุคนี้อีกว่า "ยุคมืด"

ในระยะที่เรียกว่า ยุคมืดของการพยาบาล (Dark Period of Nursing) ซึ่งมีระยะเวลาประมาณตั้งแต่ ค.ศ. 1600 ถึงกลางศตวรรษ 19 การปฏิบัติที่จะเรียกว่า เป็นการพยาบาลมีน้อยเต็มที ไม่มีสตรีที่มีความรู้ ฉลาดเฉลียว หรือมีเกียรติคนโดยอมเข้ามาทำงาน พยาบาลต้องทำงานหนักเกินตัว และถูกกดขี่จนไม่มีผู้ใดสมัครเป็นพยาบาลเว้นแต่ผู้ที่ทำงานอย่างอื่นไม่ได้แล้ว พยาบาลส่วนมากขาดความชำนาญและศิลปจรรยา

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงสาวที่มาจากตระกูลสูงศักดิ์ซึ่งมีจิตใจดีงาม มีความศรัทธาในการพยายามที่จะช่วยให้พยาบาลได้รับการศึกษาอบรมที่ดีขึ้น ซึ่งผู้ที่เข้ามาแก้ไขสภาพการณ์ที่ตกต่ำของการพยาบาลท่านผู้นี้คือ *Miss Florence Nightingale* ซึ่งจะได้กล่าวถึงประวัติและแนวความคิดของท่านในหัวข้อบุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

1.6 การพยาบาลยุคแรกในสหรัฐอเมริกา

เมื่อมีการค้นพบทวีปอเมริกาก็มีการอพยพของผู้คนจำนวนมากทั้งจากประเทศอังกฤษ สเปน และโปรตุเกส เข้าไปตั้งรกรากใหม่ในอเมริกา ผู้อพยพส่วนใหญ่มีฐานะยากจน การมาเริ่มชีวิตใหม่ในดินแดนใหม่จึงมีความลำบากมาก ขาดยารักษาโรคและแพทย์ผู้ชำนาญการรักษา เกิดโรคระบาด ได้แก่ ไข้ทรพิษ โรคลักปิดลักเปิด ไข้เหลือง ซึ่งได้คร่าชีวิตผู้คนไปเป็นจำนวนมาก คนเจ็บได้รับพยาบาลจากสตรี ซึ่งจะทำหน้าที่ผสมพืชพันธุ์ไม้ต่างๆ เป็นยาให้รับประทานและนั่งเฝ้า ยังมีความเชื่อกันว่าความเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจลึกลับ จากภูติ ผี ปีศาจ การสวดมนต์ อ้อนวอนเป็นวิธีหนึ่งในการรักษา ความเป็นอยู่ของบ้านเรือนสกปรก ขยะถูกโยนทิ้งบนถนน ไม่มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด น้ำประปา ทำมาจากน้ำสกปรก บ่อน้ำเปิดทิ้งไว้ แมลงวัน หมัด หนู เลือด ไร อาศัยอยู่ตามที่ต่างๆ เต็มไปหมด

พระทำหน้าที่เป็นแพทย์ผู้รักษา การสวดมนต์อ้อนวอนเป็นวิธีในการรักษา โรงพยาบาลแห่งแรกๆ ที่ตั้งขึ้นในสหรัฐอเมริกา มีหลายลักษณะขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของคำว่าโรงพยาบาล บางแห่งอาจเป็นโรงพยาบาลเลี้ยงคนจน บางแห่งตั้งเป็นโรงเลี้ยงคนจนและรักษาเจ็บด้วย โรงพยาบาลในลักษณะนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลเบลลูวู (Bellevue) ซึ่งใน ค.ศ. 1816 ได้ย้ายที่ชุมชนโทษไปอยู่ ณ ที่นั่นด้วย บางครั้งผู้ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยจึงเป็นนักโทษหรือคนยากจนที่อาศัยอยู่ในโรงเลี้ยงนั้น ผู้ที่อาศัยอยู่ในโรงเลี้ยงส่วนใหญ่มีอายุ 50 - 80 ปี คนเหล่านี้เข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลมีรายได้เล็กน้อยมาก มีการเรียกร้อยเงินจากผู้ป่วยที่สามารถจะจ่ายให้ได้

ระยะนั้นมีโรงพยาบาลที่มีคุณภาพดี ๆ อยู่บ้าง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของศาสนานิกายต่างๆ มีซิสเตอร์ (Sister) ทำหน้าที่เป็นพยาบาล ซึ่งจะมีวินัย เสียสละ อดทน มีไหวพริบ และความชำนาญ เมื่อเกิดอหิวาตกโรคระบาดอย่างหนักใน ค.ศ. 1832 ซิสเตอร์ (Sister) เหล่านี้ได้ทำการพยาบาลในโรงพยาบาลของเมืองต่างๆ เช่นใน นิวยอร์ก ฟิลาเดลเฟีย และบัลติมอร์ ศาสนาโรมันคาทอลิกนิกายต่างๆ ในยุโรป ได้ส่งสมาชิกของตนมายังสหรัฐอเมริกา และเริ่มมีการก่อตั้งโรงพยาบาล

ใน ค.ศ. 1798 Dr. Seaman ได้ก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลขึ้นเป็นแห่งแรกในสหรัฐอเมริกา ซึ่งดำเนินการภายหลังประเทศอังกฤษเพียง 12 ปี เท่านั้น (พินพากย์พินยาเกท, 2519) เป็นโรงเรียนฝึกฝนพยาบาล สอนในเรื่องกายวิภาค สรีรวิทยา การเลี้ยงดูเด็ก และการผดุงครรภ์

ใน ค.ศ. 1869 สหรัฐอเมริกา ได้ยินยอมที่จะให้มีการฝึกพยาบาล เนื่องจากในการสำรวจปัญหาของการรักษาพยาบาลว่า โรงพยาบาลที่มีพยาบาลซึ่งผ่านการฝึกฝนทำการพยาบาลอยู่ การตายของผู้ป่วยจะลดน้อยลง Miss Richards อธิบายถึงการฝึกฝนการพยาบาลว่า “พยาบาลจะตื่นเวลา 5.00 น. และเลิกงานเวลา 21.00 น. ห้องพักของพยาบาลจะอยู่ระหว่างหอผู้ป่วย พยาบาลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยทั้งวันทั้งคืน ภายหลัง 6 เดือนไปแล้ว เมื่อมีพยาบาลชุดที่ 2 เข้ามาฝึก จะมีพยาบาลอยู่เวรกลางคืน ไม่มีชั่วโมงหยุดพัก หรือวันหยุดเลยทุก 2 สัปดาห์ จะมีวันหยุดกลางวัน 1 วัน พยาบาลสวมเสื้อผ้าที่ซักง่าย แต่ไม่ใช่เครื่องแบบ แพทย์ฝึกหัดเป็นผู้สอนด้านปฏิบัติ ถ้าไม่ดีจะสอนเพิ่มเติม การสอนบางครั้งก็เป็นการปรึกษาหารือ ระหว่างแพทย์ และพยาบาล”

Miss Richards ได้พิสูจน์ให้ทุกคนเห็นว่า พยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรมนั้น มีความสามารถกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งทำให้มีการยอมรับ โรงเรียนฝึกหัดพยาบาล (Training School for Nurse) และ ผู้ที่เข้ารับการฝึกหัดถูกเรียกว่า นักเรียนพยาบาล เมื่อสำเร็จการศึกษาจะสวมเครื่องแบบสีขาว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- (1) Chastity หมายถึง ความบริสุทธิ์ทั้งกายและใจ
- (2) Humility หมายถึง ความอ่อนน้อม สุภาพ ไม่ถือตัว
- (3) Obedience หมายถึง การเชื่อฟัง รักรักษาวินัย
- (4) Service หมายถึง การให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์

ในสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงทางการพยาบาลในสหรัฐเป็นอันมาก ทหารและประชาชนทั่วไปเห็นความสำคัญของการพยาบาล การพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงและพัฒนาก้าวหน้าขึ้นจนถึงปัจจุบัน

สรุป การพยาบาลในสหรัฐอเมริกา มีการพัฒนาเป็นลำดับขั้น เช่นเดียวกับทางด้านยุโรป มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาจนกระทั่งทุกคน ได้เห็นความสามารถและผลงาน โดยเฉพาะในสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งพยาบาลทหารได้ออกปฏิบัติงานอย่างกล้าหาญ และมีความสามารถส่งผลให้มีการพัฒนาการพยาบาลทั้งด้านการศึกษาพยาบาล และการปฏิบัติงานพยาบาลให้มีความเจริญก้าวหน้าจนกระทั่งปัจจุบัน

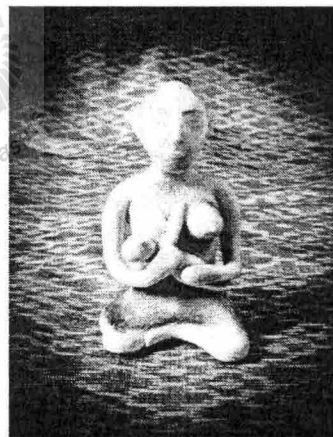
2. ประวัติพัฒนาการพยาบาลในประเทศไทย

2.1 การพยาบาลสมัยกรุงสุโขทัย

ประวัติและพัฒนาการพยาบาลในประเทศไทยนับตั้งแต่อดีต อาจเริ่มขึ้นตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัย ด้วยมีการพบหลักฐานจากศิลาจารึก หลักที่ 1 และหนังสือไตรภูมิพระร่วง พบว่าการเจ็บป่วยสมัยนั้นประชาชนมีปัญหาด้านสุขภาพ คือปวดท้อง ท้องอืด อาการไข้ ปวดศีรษะ โรคเด็ก และการคลอดบุตรส่วนมากรักษาด้วยสมุนไพรและ

รักษาโดยวิธีทางพุทธศาสนาและไสยศาสตร์ เป็นการรักษาสผสมผสานแบบพื้นบ้านโดยหมอกกลางบ้านและพระสงฆ์ที่มีความรู้ หลักฐานที่ค้นพบ ได้แก่ แท่นหินบดยาส้มยทวาราวดี ซึ่งเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่แสดงให้เห็นว่าการแพทย์ในสมัยนั้นมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน นำมาต้ม หรือพอก หรือบดให้ละเอียดเพื่อรับประทาน นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูติผีปีศาจเป็นอำนาจอิทธิพลเหนือธรรมชาติ ดังข้อความในหนังสือไตรภูมิพระร่วงว่า "มิแลว่ามีผู้ใดไปไหว้วันศักราชบูชาแก่กัณฑ์จักรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้ แลกงจักรนั้นเพียรย่อมบำบัดเสียซึ่งความไข้ความเจ็บ"

คนไทยเรามีความเชื่อว่าบาปเคราะห์อันตรายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับคนสามารถถ่ายโอนไปยังสิ่งอื่นได้ จึงมีความคิดปั้นดินให้เป็นตุ๊กตาเพื่อให้มารับเคราะห์แทน เรียกว่า "พิธีเสียกบาล" ดังภาพที่ 1.1 เมื่อบัณฑิตูกตาได้แล้วก็นำตุ๊กตาไปหักหรือตัดศีรษะออกเป็นตุ๊กตาเสียกบาล นำไปใส่กระถางใบตองแล้วนำไปวางไว้ริมทางโดยเฉพาะทางแยกที่เรียกว่าทางสามแพร่งซึ่งเชื่อกันว่าเป็นแหล่งชุมนุมของวิญญาณ เพื่อวิญญาณจะได้รับเอาตุ๊กตานั้นไป พิธีกรรมนี้มักกระทำกับหญิงท้องแก่ใกล้คลอดโดยบรรดาสามี ญาติพี่น้องที่มีความห่วงใยลูกเมียของตัวจะทำตุ๊กตาเสียกบาลให้ผู้หญิงท้องแก่ใกล้คลอด เพื่อให้ตุ๊กตาเป็นตัวแทนของผู้หญิงท้องแก่และลูกที่อยู่ในท้อง จากนั้นก็นำตุ๊กตานั้นไปเซ่นผี โดยการตัดหัวเป็นเคล็ดการโอนอันตรายทั้งหมดให้ไปเกิดกับตุ๊กตานั้น แทนที่จะเกิดกับแม่และลูกที่กำลังจะคลอด ทำให้แม่ลูกปลอดภัยจากการคลอด นอกจากนี้ยังใช้แก้เคล็ดคนดวงตก คนป่วยเรื้อรัง โดยตุ๊กตาเสียกบาลในสมัยสุโขทัย เป็นตุ๊กตาแบบแม่อุ้มลูก พ่ออุ้มลูก แสดงให้เห็นว่าในสมัยสุโขทัย ประชาชนมีปัญหาเรื่องโรคเด็กและการคลอดบุตรมากที่สุด ซึ่งมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำของภูติผี



ภาพที่ 1.1 ตุ๊กตาเสียกบาล

ที่มา: http://www.plc.rmutl.ac.th/html/culture_center/room/Yommaraj/yommaraj26.htm

2.2 การพยาบาลสมัยอยุธยา

ในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชการแพทย์แผนไทยรุ่งเรืองมากโดยเฉพาะเรื่องการนวดไทย สันนิษฐานว่า การแพทย์ตะวันตกถูกนำเข้ามาในประเทศไทยครั้งแรกในพุทธศตวรรษที่ 21 โดยชาวโปรตุเกสที่เข้ามาทำการค้า และอาสาเข้าช่วยเหลือด้านการแพทย์เมื่อไทยรบกับพม่า และในระหว่างนั้นประเทศไทยยังได้มีการติดต่อกับประเทศฝรั่งเศสอย่างเป็นทางการ จึงมีการรับเอาการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาด้วย มีหลักฐานว่าแพทย์ชาวฝรั่งเศสได้ตั้งพระโอสถถวายเป็นสมเด็จพระนารายณ์มหาราชด้วย แต่การแพทย์ตะวันตกยังเป็นการรักษาเฉพาะ

พระราชวงศ์และข้าราชการตามพระราชโองการเท่านั้น ชาวบ้านยังคงใช้การรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ และสมุนไพร แต่เมื่อสิ้นสมเด็จพระนารายณ์แล้วชาวฝรั่งเศสก็ได้เดินทางกลับประเทศหมดทำให้การรักษาแบบตะวันตกออกสิ้นสุดลง

ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ได้มีการแบ่งส่วนราชการด้านการแพทย์ให้กรมหมอนวด ศาสตร์การนวดไทยบางส่วนได้สูญหายไปในช่วงการเกิดสงครามสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ สำหรับในเรื่องของการพยาบาล ในสมัยนี้ยังไม่พบหลักฐานของวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจน จะมีก็เพียงแค่การปฏิบัติที่ปะปนไปกับการแพทย์แผนโบราณเท่านั้น ผู้ที่ทำหน้าที่รักษาพยาบาลมี 2 ประเภท คือ หมอราษฎรหรือแพทย์พื้นเมืองและหมอชาวตะวันตก หมอราษฎรจะเป็นผู้ชายซึ่งมีทั้งฆราวาสและพระสงฆ์ ส่วนหญิงสูงอายุทำหน้าที่หมอดำแย ส่วนหมอชาวตะวันตกแม้จะมีวิธีการรักษาตามแผนปัจจุบัน แต่ไม่มีอิทธิพลที่จะทำให้การรักษาพยาบาลเปลี่ยนแปลงนักเพราะการรักษาอยู่ในวงจำกัด

2.3 การพยาบาลสมัยกรุงรัตนโกสินทร์

เมื่อล่วงเข้าสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาแห่งการฟื้นฟูบูรณะประเทศและสรรพวิทยาการต่างๆ นอกจากการสืบต่อแบบแผนการบริหารราชการแผ่นดินจากกรุงศรีอยุธยาโดยยังคงกรมหมอนวดต่างๆ ในราชสำนักไว้แล้ว พระมหากษัตริย์ไทยยังทรงให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูวิชาการแพทย์แผนไทยด้วยเช่นกัน โดยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก รัชกาลที่ 1 โปรดเกล้าฯ ให้รวบรวม "ตำรายาและฤๅษีคัมภีร์" เป็นครั้งแรก ให้เป็นทานตามศาลารายรอบวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม แต่ยังคงการรักษาพยาบาลตามแผนโบราณที่สืบเนื่องมาจากสมัยกรุงศรีอยุธยา ในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย รัชกาลที่ 2 เมื่อ พ.ศ. 2355 โปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมตำรายาเรียกว่า "ตำรายาโรงพระโสมภ" พ.ศ. 2359 โปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมายชื่อว่า "กฎหมายพนักงานพระโสมภถวาย" และเมื่อ พ.ศ. 2364โปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาและตำรานวดบนศิลาที่วัดราชโอรส

ในแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว นั้นแม้ว่าคนไทยยังมีความเลื่อมใสศรัทธาเรื่องของไสยศาสตร์อยู่มาก แต่ก็นับว่าเป็นการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ทางการแพทย์ ด้วยมีแพทย์แผนปัจจุบันชาวต่างประเทศเข้ามาทำการรักษาโรคไปพร้อมๆ กับการเผยแพร่ศาสนาไปด้วย หมอที่มีชื่อเสียง เช่น หมอ Dan Beach Bradley หรือที่คนไทยเรียกว่า หมอบลัดเลย์ ได้รักษาประชาชนทั่วไปทั้งสามัญชน คนไทย จีน พระสงฆ์ รวมทั้งมีโอกาสเข้าถวายการรักษาพระเจ้าอยู่หัวด้วย โดยรักษาทั้งทางยา การผ่าตัดและปลูกฝีด้วย ในรัชกาลนี้ มีสตรีไทยคนแรกที่ได้ศึกษาจบทางด้านพยาบาลและผดุงครรภ์แผนปัจจุบัน คือ นางรอด ประทีปแสน ซึ่งเป็นเด็กไทยที่ได้รับการอุปการะจากมิชชันนารีที่เข้ามาสอนศาสนาและส่งให้ไปจำเรียนพยาบาลในโรงเรียนพยาบาลที่สหรัฐอเมริกา และนำวิชาความรู้ด้านการคลอดมาช่วยหญิงไทยทั้งเจ้านายและคนทั่วไปและชาวต่างประเทศ

ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับชาวต่างชาติอย่างแน่นแฟ้น พระองค์ได้ทรงเสด็จเยือนต่างประเทศหลายครั้งก่อปรกกับมีเจ้านายชั้นสูงหลายคนได้ไปศึกษาเล่าเรียนในต่างประเทศ ทำให้มีแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศรวมทั้งการจัดการศึกษาของพยาบาลด้วย เมื่อปี พ.ศ. 2424 ได้เกิดอหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ ประชาชนเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งโรงพยาบาลเอกเทศ (สถานบำบัดชั่วคราว) ขึ้นหลายแห่งและต่อมาได้มีพระราชประสงค์จะให้มิโรงพยาบาลถาวรขึ้นโดยใช้ที่ดินฝั่งธนบุรี ที่วังกรมพระราชวังบวรสถานพิมุขฝ่ายหลัง คือ ฝั่งหลังเพราะเป็นที่รกร้าง พระองค์ได้ทรงพระราชทานทรัพย์ให้เป็นทุนในการสร้างโรงพยาบาลเป็นเงิน 16,000 บาท ขณะที่

สร้างโรงพยาบาลไปได้เพียง 2 เดือน พระองค์ได้สูญเสียสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ ที่ทรงประสูริด้วยอาการคล้ายว่าจะเป็นโรคบิด และได้สิ้นพระชนม์เมื่อพระชนมายุได้ 1 ปี 6 เดือนเท่านั้น ยิ่งความโทมัสต่อพระองค์อย่างมาก จึงยิ่งทำให้มีความปรารถนาที่จะให้มีโรงพยาบาลยิ่งขึ้น และได้พระราชทานสิ่งก่อสร้างในและวัสดุจากเมรุที่ใช้พระราชทาน เพลิงศพ มาทำการก่อสร้างเป็น “**โรงศิริราชพยาบาล**” ทำการรักษาทิ้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณโดยโปรดเกล้าฯ ให้เปิดรับผู้ป่วยโดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใดๆ ทั้งสิ้น ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “**โรงพยาบาลศิริราช**” โรงพยาบาล ศิริราช เป็นสัญลักษณ์แห่งการปฏิรูปการสาธารณสุขของประเทศ ตามแบบการแพทย์แผนตะวันตก สร้างเสร็จปี พ.ศ. 2431 ในระยะแรกโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระยาตากษานุกาภาพรับผิดชอบงานด้านก่อสร้าง และสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ เป็นอธิบดีกรมพยาบาลรับผิดชอบในการจัดการภายในโรงพยาบาล



ภาพที่ 1.2 สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์

ที่มา: เกரியงไกร วิชามิตร, 2550

พ.ศ. 2539 สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้กระทรวงธรรมการ (กระทรวงศึกษาธิการ) จัดตั้งโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์ และหญิงพยาบาลขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช ให้ท่านผู้หญิงเปลี่ยน ภาสกรวงศ์ ซึ่งเป็นภรรยาเสนาบดีกระทรวงธรรมการเป็นผู้อำนวยการ มีนายแพทย์ แชน อดัมสัน เป็นครูสอน เริ่มเปิดทำการสอนเมื่อ 12 มกราคม 2439 ต่อมาในปีพ.ศ.2449 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวมีพระราชโองการให้กรมยุทธนาธิการฟื้นฟูสภาอุณาโลมแดงซึ่งเป็นสมาคมที่เกิดขึ้นขณะที่ไทยมีกรณีพิพาทกับฝรั่งเศส เรื่องเขตแดนฝั่งโขง ในราว พ.ศ.2436 มีการสู้รบและทหารบาดเจ็บจำนวนมาก และได้ยุติลงหลังกรณีพิพาทยุติลง จึงมีการก่อสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ และพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ร่วมสมทบทุนด้วยและได้โปรดเกล้าฯ พระราชทานนามว่า **โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** ให้เป็นโรงพยาบาลของสภาอากาศชาติไทย แต่ในระยะแรกนั้น สภาอากาศชาติไม่มีเงินพอที่จะเลี้ยงโรงพยาบาลได้จึงโอนโรงพยาบาลให้แก่กระทรวงกลาโหม เพื่อใช้เป็นสถานที่พยาบาลของฝ่ายทหารและรักษาคนเจ็บป่วยทั่วไปด้วย การพยาบาลในสมัยนั้นให้ผดุงครรภ์ที่สอบได้จากโรงเรียนแพทย์ ผดุงครรภ์ศิริราชพยาบาลทำการพยาบาลผู้ป่วยหญิง และใช้พลพยาบาลของกระทรวงกลาโหมซึ่งเป็นเพศชายทำการพยาบาลผู้ป่วยชาย เพราะสังคมสมัยนั้นถือว่าหญิงสาวไม่ควรไปให้การพยาบาลคนต่างเพศ ต่อมาประชาชนเห็นประโยชน์ของวิชาพยาบาลจึงส่งบุตรหลานเข้าศึกษาวิชาการพยาบาลมากขึ้นและเริ่มมีการก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลอีกหลายแห่ง ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดในประวัติพัฒนาการศึกษานพยาบาลต่อไป

ใน พ.ศ.2470 ได้ตั้งสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยโดยมีหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพ กมลาศน์ซึ่งเป็นหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทำหน้าที่เป็นนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยคนแรก

2.4 การพยาบาลในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ถึงปัจจุบัน

ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 คือ พ.ศ.2482 – พ.ศ.2486 การพัฒนาความก้าวหน้าทางการพยาบาลต้องหยุดชะงักไป พยาบาลต้องทำงานหนักในการดูแลผู้ป่วยในยามศึกสงครามจึงไม่มีเวลาในการพัฒนาวิชาชีพ แต่ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การพยาบาลมีการพัฒนาขึ้นอีกครั้งหนึ่ง มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีมากขึ้น องค์กรต่างประเทศได้เข้ามาช่วยเหลือด้านการแพทย์และการพยาบาลหลายองค์กร ซึ่งให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของการส่งผู้เชี่ยวชาญมาให้ความช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติงาน การให้ทุนการศึกษาและดูงานในต่างประเทศและการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตั้งแต่นั้นมา การพยาบาลไทยได้มีการเปลี่ยนแปลง พัฒนาก้าวหน้ามากขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับความเจริญของเทคโนโลยี ตลอดจนสภาพแวดล้อมและความต้องการของสังคม และมีแนวโน้มในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุป สำหรับการพยาบาลในประเทศไทยนั้นในช่วงต้นกรุงรัตนโกสินทร์ยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดเกี่ยวกับการพยาบาลแม้ว่าจะมีการนำการแพทย์ตะวันตกเข้ามาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนไทย จนกระทั่งเข้าสู่สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางด้านการศึกษาพยาบาลมากขึ้น แม้ว่าในช่วงแรกจะยังคงพึ่งไสยศาสตร์อยู่มาก ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้เริ่มมีการนำการแพทย์และพยาบาลตะวันตกเข้ามาอย่างชัดเจน มีการสร้างโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลขึ้นหลายแห่งทำให้การพยาบาลมีก้าวหน้ามากขึ้น และมีพัฒนาการเรื่อยมา

3. ประวัติการพัฒนาศึกษาพยาบาล

ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 นับจาก พ.ศ. 2486 มีการพัฒนาการพยาบาลมากขึ้น จากการช่วยเหลือจากต่างประเทศในรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญ ทุนการศึกษา และอุปกรณ์การแพทย์ มีการจัดตั้งโรงเรียนฝึกหัดการพยาบาลแห่งแรกของประเทศ ซึ่งสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งขึ้น โดยเรียกชื่อว่า **“โรงเรียนหญิง แพทย์ผดุงครรภ์และการพยาบาลไข้”** ในโรงพยาบาลศิริราช ต่อมาในปี พ.ศ. 2453 จึงเปลี่ยนเป็นชื่อ **“โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล”** ปัจจุบันคือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันการศึกษาพยาบาลในยุคแรก มีไม่มากนัก อันได้แก่ โรงเรียนนางพยาบาลสภาภชาตสยาม โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย กรมการแพทย์ โรงเรียนพยาบาลแมคคอร์มิค

ลักษณะการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ลักษณะการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบการฝึกหัดอาชีพ (2439 - 2468) ระบบการศึกษาระบบ (2468 - 2498) และระบบการศึกษา (2499 - ปัจจุบัน) โดยมีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

3.1 ระบบการฝึกหัดอาชีพ (2439 - 2468)

การศึกษาพยาบาลในยุคนี้เป็นหลักสูตรที่เน้นการผดุงครรภ์ การดูแลมารดาและทารก และการพยาบาลต่างๆ โดยการผลิตพยาบาลในช่วงแรก ผลผลิตที่โรงเรียนพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลแมคคอร์มิค มีวัตถุประสงค์ เพื่อการใช้แรงงาน โดยพยาบาลต้องทำงานหนัก อัตราค่าจ้างน้อยและทำงานทุกประเภท รับคนจบ ป. 3 อายุ 15 - 25 ปี ใช้เวลาเรียน 3 ปี ทฤษฎี 2 ปี ปฏิบัติ 1 ปี มีนักเรียน 2 ประเภท คือ นักเรียนหลวง ได้แก่ คนที่สมัครเข้าเรียนในบารุง กล่าวคือ ได้รับเงินพระราชทานจากสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ คนละ

15 บาท / เดือน (ในสมัยนั้น) จนกว่าจะสอบไล่ได้ประกาศนียบัตรและต้องทำงานใช้ทุนไม่น้อยกว่า 3 ปี และต้องอยู่ประจำในโรงเรียนและนักเรียนเซนต์คักดี เป็นนักเรียนที่ไม่ประสงค์รับเงินบำรุง ต้องเสียค่าเล่าเรียนเองเดือนละ 4 บาท และไม่ต้องอยู่ประจำในโรงเรียน แต่ถ้าหากต้องการพักอยู่ในโรงเรียนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกเดือนละ 6 บาท เมื่อสอบไล่ได้ประกาศนียบัตรแล้วก็พ้นอันออกจากข้อบังคับของโรงเรียนได้ ลักษณะการเรียนการสอนนั้นได้รับความรู้จากแพทย์ เรียกได้ว่าการศึกษาคือเป็นระบบอาชีพโดยลักษณะงานอยู่ในฐานะผู้ช่วยแพทย์ในการจัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ตามแพทย์สั่ง

3.2 ระบบการศึกษาอบรม (2469 - 2498)

เป็นระยะที่สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์นำระบบการศึกษาพยาบาลของมิสในดิงเกลมาปรับปรุงการศึกษาพยาบาลของประเทศไทย โดยมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์และรัฐบาลไทย หลักสูตรพยาบาลใหม่นี้รับคนจบ ม.3 ใช้เวลาเรียน 3 ปี 6 เดือน เรียนพยาบาลทั่วไป 3 ปี และวิชาการผดุงครรภ์ 6 เดือน พระองค์ทรงพระราชทานทุนการศึกษาส่วนพระองค์ให้แพทย์และพยาบาล พระราชทานทุนสร้างตึกมิดิลบาเพ็ญ ซึ่งเป็นตึกผู้ป่วยทันสมัยหลังแรกที่สร้างขึ้น นอกจากเรื่องการแพทย์และโรงเรียนแพทย์แล้ว สมเด็จพระบรมราชชนกยังทรงเห็นความสำคัญของการพัฒนางานพยาบาลให้ก้าวหน้าไปพร้อมๆ กันด้วย เริ่มจากทรงซื้อโรงเรียนสตรีวังหลังจากเพรสไปที่เรียนมิชชันด้วยพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ ให้โรงเรียนผดุงครรภ์และพยาบาลเช่าสถานที่เป็นที่พักอาศัยของนางพยาบาล โดยเรียกเก็บค่าเช่าเพียงเล็กน้อย และทรงบริจาคเงินอีกประมาณ สองหมื่นบาทสำหรับซ่อมแซมสถานที่และปลูกบ้านพักใหม่สำหรับอาจารย์ อีกทั้งทรงรับรองจะพระราชทานเงินสำหรับการแก้ไขซ่อมแซมอื่นๆ อีกปีละไม่เกิน 6,200 บาท

พ.ศ. 2467 - 2468 ทรงจ้างพยาบาลต่างประเทศมาช่วยสอนและปรับปรุงโรงเรียนพยาบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงหลักสูตร และการสอนที่โรงเรียนศิริราช ให้เป็นระบบการศึกษาอบรม ยิ่งไปกว่านี้พระองค์ยังได้รับเป็นพระกรุณาที่จะพระราชทานเงินเดือน สำหรับนางพยาบาลชาวต่างประเทศอีก 2 คนที่จะเดินทางเข้ามาช่วยทำงานต่อไปอีกด้วย จากพระมหากรุณาธิคุณดังกล่าว ทำให้การพยาบาลของไทยมีฐานะที่ดีขึ้น

นอกจากนั้นยังได้พระราชทานเงินเป็นทุนการสอนและค้นคว้า รวมทั้งสิ้น เก้าแสนเก้าหมื่นสี่พันแปดร้อยเจ็ดสิบหกบาท แปดสตางค์ ทั้งนี้ไม่รวมทุนพระราชทานส่วนพระองค์แก่แพทย์และพยาบาล อีกทั้งยังทรงขอพระราชทานทุนจากพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและจากพระบรมวงศานุวงศ์ เพื่อสร้างตึกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช และทรงปรับปรุง วชิรพยาบาลโรงพยาบาลแมคคอร์มิค และโรงพยาบาลสงขลา

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ที่ทรงสละพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ สร้างสถานศึกษาแก่แพทย์และพยาบาลขึ้น และส่งคนไทยไปศึกษาต่างประเทศ พร้อมกับขอความร่วมมือจากมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ ให้ช่วยส่งอาจารย์มาพัฒนาหลักสูตร การแพทย์แผนปัจจุบันจึงเป็นที่ยอมรับของคนทั่วโลก ในระยะที่การศึกษาพยาบาลเป็นระบบของการฝึกอบรม ได้มีโรงเรียนพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 5 แห่ง ได้แก่

- (1) โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลหญิง (2489) ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
- (2) โรงเรียนพยาบาลมิชชัน เซเว่นเดย์แอดเวนติส (พ.ศ. 2490) ปัจจุบัน คือ วิทยาลัยพยาบาลมิชชัน เซเว่นเดย์แอดเวนติส
- (3) โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช (พ.ศ. 2491) ปัจจุบัน คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

- (4) โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลนครราชสีมา (พ.ศ. 2497) ปัจจุบัน คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- (5) โรงเรียนพยาบาลที่วชิรพยาบาล (พ.ศ. 2497) ปัจจุบัน คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

3.3 ระบบการศึกษา (2499- ปัจจุบัน)

3.3.1 ระดับปริญญาตรี

พ.ศ.2499 เป็นระยะพัฒนาที่มีผลมาจากอิทธิพลการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และนวัตกรรมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษามากขึ้นเป็นแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาจากลักษณะการฝึกอบรมไปสู่การศึกษาระดับอุดมศึกษา ปรับหลักสูตรเป็น วิทยาศาสตร์บัณฑิต รับคนจบการศึกษาชั้นเตรียมอุดม หรือ ม.8 หลังจากนั้นโรงเรียนพยาบาลในประเทศไทยก็ค่อยๆ ปรับหลักสูตรให้พยาบาลจบปริญญาตรีและปรับหลักสูตรเป็น พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) รับนักเรียนจบ ม.6 ใช้เวลาเรียน 4 ปี

พ.ศ. 2502 ได้ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาล โดยรับนักเรียนที่สำเร็จชั้นเตรียมอุดมศึกษา (ม.8) เข้าศึกษา 3 ปี ได้รับอนุปริญญาพยาบาลและอนามัย หากจะศึกษาหลักสูตรผดุงครรภ์ต้องใช้เวลามาก 6 เดือน สำเร็จแล้วได้รับประกาศนียบัตรการผดุงครรภ์ หลักสูตรอนุปริญญา ได้เลิกสอนเมื่อปี พ.ศ. 2519

พ.ศ. 2504 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เปิดโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ขึ้นและเปิดสอนหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลและอนามัย เรียน 3 ปี หลักสูตรประกาศนียบัตรการผดุงครรภ์ เรียน 6 เดือน ระยะแรกใช้หลักสูตรของโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยศิริราช

พ.ศ. 2513 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)

พ.ศ. 2514 มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยการนำของนางสาวสายหยุด นิยมวิภาค และคณะกรรมการประสานงานจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้เสนอความคิดเห็นต่อสภาการศึกษา เพื่อจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์และได้รับความเห็นชอบให้มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีคณะพยาบาลศาสตร์ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2514 นับเป็นคณะพยาบาลศาสตร์แห่งแรกในประเทศไทย และได้เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)

พ.ศ. 2515 โรงเรียนผดุงครรภ์และอนามัยศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้รับอนุมัติให้ยกฐานะเป็นคณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นคณะที่ 13

พ.ศ. 2516 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เปิดโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย สอนหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ 3 ปี 6 เดือน และในปี 2517 ได้ยกเลิกหลักสูตรนี้ เปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) เพียงหลักสูตรเดียว โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับการพัฒนาและยกระดับเป็นคณะพยาบาลศาสตร์ เมื่อ ตุลาคม 2523

พ.ศ. 2525 มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ เมื่อ 8 มิถุนายน 2525 และเปิดสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

พ.ศ. 2531 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ยกฐานะเป็นคณะพยาบาลศาสตร์ เปิดสอนระดับบัณฑิตศึกษา

3.3.2 การศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา

(1) ระดับมหาบัณฑิต

พ.ศ. 2516 ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์ ได้เปิดสอนหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) ขึ้นเป็นครั้งแรก

พ.ศ. 2520 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) ในสาขาพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก ปี 2525

พ.ศ. 2520 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) ในสาขาการพยาบาลในระยะเจ็บป่วย และการพยาบาลในระยะก่อนและหลังเจ็บป่วย

ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข)

พ.ศ. 2529 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ในปี 2532 ได้เพิ่มสาขาที่เปิดสอน ในสาขาบริหารการพยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก

พ.ศ. 2530 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้เปิดสอนหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต ในสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว และสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน

พ.ศ. 2533 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เปิดสอนหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต ในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก

(2) ระดับดุษฎีบัณฑิต

การศึกษาระดับปริญญาเอก เริ่มขึ้นในสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นมหาวิทยาลัยแรก ได้เริ่มจัดการศึกษาในระดับนี้ขึ้น

พ.ศ. 2528 ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้เปิดสอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) รับนักเรียนรุ่นแรก 3 คน

พ.ศ. 2532 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลโดยสนับสนุนของทบวงมหาวิทยาลัยจัดทำโครงการร่วมผลิตบัณฑิตระดับปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์ โดยมีมหาวิทยาลัยที่เข้าร่วมโครงการได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยได้รับอนุมัติเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต

4. ประวัติการพัฒนาศาสตร์การพยาบาล

4.1 พัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลในต่างประเทศ

การวิจัยทางการพยาบาล กำเนิดขึ้นมาพร้อมกับการศึกษาวิชาพยาบาล Miss Florence Nightingale ได้เน้นให้เห็นคุณค่าของการพัฒนาที่ถูกต้อง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบ เพื่อประโยชน์ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพบุคคล

ใน ค.ศ. 1860 (พ.ศ. 2403) Florence Nightingale พิมพ์หนังสือ Note of Nursing ซึ่งมีสาระเกี่ยวกับแนวคิดในการพัฒนาวิชาพยาบาลหลายประการ คือ “ความรู้ทางการพยาบาล ควรจะพัฒนาขึ้นโดยพยาบาล เพื่อใช้ในการพยาบาล และความรู้ทางการพยาบาลนี้จะต้องแตกต่างไปจากความรู้ทางการแพทย์” Miss Florence ได้ใช้การวิจัยเพื่อพิสูจน์ให้เห็นวิธีการลดอัตราของทหารจากการบาดเจ็บในสงคราม โดยการปรับปรุงสุขาภิบาล และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญทางการพยาบาล คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ อากาศบริสุทธิ์ แสงสว่าง ความอบอุ่น พยาบาลจะต้องสามารถสังเกตอาการผู้ป่วยให้ปลอดภัย สุขสบายและช่วยคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว แนวคิดของ Florence Nightingale เน้นการพยาบาลโดยรู้จักใช้วิธีการสังเกตอย่างมีจุดมุ่งหมายละเอียด รอบคอบ พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลที่สังเกตได้ เพื่อนำไปใช้พัฒนาปรับปรุงความรู้ทางการพยาบาลให้เกิดขึ้น

แนวคิดในการวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลไม่ได้รับการสานต่อ ทั้งนี้เพราะความแตกต่างของการศึกษาและวิสัยทัศน์ระหว่างพยาบาลทั่วไป แนวคิดของการพยาบาลในระยะต่อมาจึงมุ่งเน้นเฉพาะการบริการเพียงอย่างเดียว วิวัฒนาการของการพัฒนาวิชาชีพ ในสมัยภายหลัง Florence Nightingale เป็นไปอย่างช้าๆ ช่วงระยะ ค.ศ. 1900 – 1949 (พ.ศ. 2443 - 2492) เริ่มมีงานวิจัยเกิดขึ้นเล็กน้อย แต่เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการศึกษาพยาบาลมากกว่าปฏิบัติ เนื่องจากรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลไม่ชัดเจน มีการใช้แรงงานของนักเรียนพยาบาลในโรงพยาบาลต่างๆ มาก พบว่าพยาบาลยังขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน

ใน ค.ศ. 1900 (พ.ศ. 2443) มีวารสารทางการพยาบาลเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก (American Journal of Nursing) มี Case studies ลงพิมพ์ในวารสารชื่อ Case studies ค.ศ. 1950 - 1959 (พ.ศ. 2493 - 2502) มีการเคลื่อนไหวครั้งสำคัญในการวิจัยทางการพยาบาลในอเมริกา และได้มีการเสนอแนะให้มีการพัฒนาการศึกษาในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก เพื่อเร่งพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลและได้มีกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญหลายอย่างเกิดขึ้น

ค.ศ. 1952 (พ.ศ. 2495) ได้มีการเริ่มตั้งแผนกวิจัย และสถิติขึ้นในสมาคมแห่งชาติอเมริกา เพื่อกระตุ้นสมาชิกให้มีการทำวิจัยให้ทุนและให้บริการคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการวิจัย มีศูนย์การวิจัยทางการพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวิจัย และผลการวิจัยทางการพยาบาล ในปี ค.ศ. 1955 มีการเริ่มนำวิจัยเข้ามาสอนในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรี

ค.ศ. 1960 - 1969 (พ.ศ. 2503 - 2512) มีการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลอย่างจริงจัง นักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านเริ่มเขียนหนังสือแสดงแนวคิดทางการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยของ นักศึกษาปริญญาโท หรือพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท เรื่องที่วิจัยส่วนใหญ่เป็นเรื่องการ

ตอบสนองของผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในภาวะต่างๆ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลแม่และเด็กตลอดทั้งผู้ป่วยสาขาอายุรกรรมและศัลยกรรม

ค.ศ. 1970 - 1979 (พ.ศ. 2513 - 2522) เป็นทศวรรษที่มีการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลเจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว มีการจัดตั้งหลักสูตรปริญญาเอกทางการพยาบาลเกิดขึ้น ทำให้การศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาตรีทางการพยาบาลเกิดขึ้นระยะนี้มีทฤษฎีการพยาบาลที่สำคัญๆ เกิดขึ้น มีการพัฒนารูปร่างให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น จากผลการวิจัย 275 เรื่อง โดย 71 เรื่องเป็นการปฏิบัติการพยาบาล (46% เป็นเรื่องเทคนิคการพยาบาล เช่น วัดอุณหภูมิ วัดสัญญาณชีพ 25% เป็นวิธีการรักษา 29% เป็นการดูแลด้านสุขภาพจิต) สมาคมพยาบาลแห่งชาติอเมริกันได้กำหนดทิศทางของการวิจัยทางการพยาบาลในช่วง 10 ปี เน้นการให้มีการวิจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านวิชาชีพพยาบาลให้มากขึ้น เช่น การสร้างและทดสอบทฤษฎีทางการพยาบาล มีวารสาร วิจัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นหลายฉบับ จัดทำเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยให้กว้างขวางขึ้น

ค.ศ. 1980 - 1989 (พ.ศ. 2523 - 2531) ระยะนี้วิจัยทางการพยาบาลได้เจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเนื่องจากมีหลักสูตรปริญญาเอกเพิ่มขึ้นอีกกว่า 40 หลักสูตร มีพยาบาลที่ศึกษาจบหลักสูตรโทและเอกมากขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้ช่วยให้การวิจัยเพิ่มขึ้น งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยทางคลินิกซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพของบุคคล การตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย ตลอดจนการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิกประเภทการวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่า 50% รองลงมาได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการวิจัยเชิงบรรยาย ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มมีบ้าง

Gortner (1980 อ้างถึงใน สายสวาท เมฆพงษ์, 2542) สรุปว่า งานวิจัยทางการพยาบาลยังกระจุกกระจายเนื่องจากศาสตร์ที่จะใช้เป็นพื้นฐานของการวิจัยยังไม่ชัดเจน ผลการวิจัยแต่ละเรื่องยังไม่มากพอที่จะสรุปมาเป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ในปี ค.ศ. 1986 (พ.ศ. 2529) ได้จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ สหรัฐอเมริกาขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกในโครงการวิจัยระดับชาติ ส่งเสริมความเป็นเลิศในการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพ งานวิจัยทางการพยาบาลของอเมริกันได้มีผลต่อการปฏิรูปการบริการสุขภาพของชาติอย่างมาก ทำให้พยาบาลมีอำนาจ มีเอกสิทธิ์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการยกสถานะของวิชาชีพให้เฟื่องฟูขึ้น

4.2 พัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย

การวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย เริ่มจากการวิจัยด้านการบริหารพยาบาลในปี พ.ศ. 2512 วิวัฒนาการในประเทศไทย ก็ยังคงเป็นไปทำนองเดียวกันในสหรัฐอเมริกา โดยเริ่มต้นการวิจัยทางการศึกษาพยาบาล การบริหารและการปฏิบัติการพยาบาล

4.2.1 การวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล

พ.ศ. 2513 (ค.ศ. 1970) คณะกรรมการดำเนินการศึกษาและร่างโครงการพัฒนาการศึกษาพยาบาลของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติทำการศึกษาเรื่อง "การสำรวจสภาวะการศึกษาพยาบาล"

พ.ศ. 2516 เริ่มมีผลงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตของหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล)

พ.ศ. 2520 มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดหลักสูตรระดับมหาบัณฑิต ผลงานวิจัยส่วนหนึ่งได้มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ระหว่างปี 2517 - 2521 เฉลี่ยปีละ 15 เรื่อง ระหว่างปี 2522 - 2524 เพิ่มเป็น 25 - 30

เรื่อง และเพิ่มเป็น 45 – 50 เรื่อง ระหว่างปี 2525 – 2530 หัวข้อของการวิจัยเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นไป ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับ ผู้เรียน หลักสูตร การประเมินผลการเรียนการสอน และการประเมินผลหลักสูตร

4.2.2 การวิจัยด้านบริหารการพยาบาล

พ.ศ. 2512 Miss Reed ที่ปรึกษาชั่วคราวองค์การอนามัยโลก เป็นผู้ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาลักษณะการใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลของเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาจึงเป็นการศึกษาวิจัยของผู้ศึกษาในหลักสูตรระดับบัณฑิตจากหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต ลักษณะงานวิจัยมักเป็นการสำรวจความคิดเห็น การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการบริหารยังมีน้อย การวิจัยด้านการประเมินคุณภาพการพยาบาล การสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

4.2.3 การวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การวิจัยจะคล้ายคลึงกับการวิจัยในต่างประเทศ จะเน้นการแก้ปัญหาการพยาบาลในคลินิก ในการวิจัยเชิงทดลองมากขึ้น ผลการวิจัยยังกระจัดกระจาย ทำให้ไม่สามารถสรุปเป็นความรู้ที่แน่นอนได้ งานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล/ควบคู่ไปกับการวิจัยด้านการพยาบาล พบว่าผู้ทำวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สอนในสถานศึกษาพยาบาล

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2550) ซึ่งให้เห็นว่าแนวโน้มวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยมีทิศทางที่ดีขึ้นอย่างเด่นชัด ผลการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลระหว่าง พ.ศ.2515 – 2530 เป็นเวลา 18 ปี มีการทำวิจัย 254 ชื่อเรื่อง เฉลี่ยปีละ 14 เรื่อง และระหว่างปี 2530 – 2532 เป็นเวลา 3 ปี มีการทำวิจัยถึง 156 ชื่อเรื่อง เฉลี่ยปีละ 52 ชื่อเรื่อง ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีในการพัฒนาวิชาชีพโดยใช้วิจัยเป็นฐาน

สรุป ประเทศไทยเริ่มจัดการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ เมื่อ พ.ศ.2439 และวิวัฒนาการมาเป็นวิชาชีพตามมาตรฐานสากล และเข้าสู่ระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษาเมื่อปี พ.ศ.2499 มีพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เมื่อ พ.ศ.2528 เพื่อควบคุมและพัฒนาการประกอบวิชาชีพให้ได้มาตรฐานและคุณภาพเหมาะสมกับความต้องการของสังคมและความปลอดภัยของผู้รับบริการปัจจุบันการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นวิชาชีพที่มีบุคลากรในระบบสาธารณสุขของประเทศจำนวนมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลทั้งระยะเฉียบพลัน อุกเฉิบ และโรคเรื้อรัง รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ โดยปฏิบัติทั้งในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

1.2 บุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกิล (Miss Florence Nightingale)

- 1) อัตตชีวประวัติ
- 2) ก้าวสู่ชีวิตพยาบาล
- 3) การทำงานด้านการบริหาร
- 4) ผลงานทางวิชาการ
- 5) การยกย่องเชิดชู

เรื่องที่ 2 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

- 1) พระราชประวัติโดยย่อ
- 2) การศึกษาเมื่อทรงพระเยาว์
- 3) สมเด็จพระย่ากับการพยาบาลไทย
- 4) การอภิเษกสมรส
- 5) บุคคลสำคัญของโลก มติเอกฉันท์จากยูเนสโก (UNESCO)
- 6) พระราชกรณียกิจของพระองค์
- 7) บั้นปลายของพระชนม์ชีพ

แนวคิด

เป็นที่ยอมรับในระดับสากลแล้วว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพ (Professionalism) โดยสมบูรณ์เช่นเดียวกับวิชาชีพอื่นๆ ความเป็นวิชาชีพนั้นต้องมีค่านิยมและจรรยาบรรณเฉพาะ มีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Chitty, 2001) สำหรับความสำคัญในการเรียนรู้เกี่ยวกับชีวประวัติของบุคคลสำคัญในวิชาชีพในอดีตนั้นจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพเกิดจิตสำนึกอันจะเป็นการสร้างความภาคภูมิใจและกระตุ้นความรู้สึกหวงแหนในคุณค่าของความเป็นวิชาชีพพยาบาล ซึ่งได้รับการสั่งสมและหล่อหลอมจากบุคคลสำคัญในวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 1.2 แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจประวัติบุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาล
2. ตระหนักรู้และอธิบายแนวคิดของบุคคลสำคัญที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลได้
3. วิเคราะห์คุณลักษณะของผู้ที่จะเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลได้

1.2 บุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาล

1. มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Miss Florence Nightingale)

มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล บุรพาจารย์แห่งการพยาบาล

Born	12 May 1820
	Florence, Grand Duchy of Tuscany
Died	13 August 1910 (aged 90)
	Park Lane, London, United Kingdom
Profession	Nurse and Statistician
Institutions	Selimiye Barracks, Scutari
Specialism	Hospital hygiene and sanitation
Known for	Pioneering modern nursing



ภาพที่ 1.3 Miss Florence Nightingale

ที่มา: <http://www.etsu.edu/com/wim/aboutoffice/womeninfo.aspx>

1.1 อดีตชีวิตประวัติ

Miss Florence Nightingale ไม่ได้เป็นแม่ชีหรือหมอสอนศาสนา เธอเกิดวันที่ 12 พฤษภาคม ค.ศ. 1820 ในตระกูลคหบดี ระหว่างที่บิดาและมารดาของเธอนั้นกำลังเดินทางไปพักผ่อนกันที่เมืองฟลอเรนซ์ ในแคว้นทัสคานี (ปัจจุบันอยู่ในประเทศอิตาลี) Florence เป็นบุตรสาวคนที่สองของเศรษฐีชาวอังกฤษชื่อ William Edward Nightingale และ Frances Smith Nightingale

ครอบครัว Nightingale เป็นตระกูลที่ร่ำรวย และเป็นชนชั้นสูงของสังคมอังกฤษ เธอได้รับการเลี้ยงดูเป็นอย่างดีในคฤหาสน์อันหรูหราของตระกูลไนติงเกล และได้รับการศึกษาอย่างดีเยี่ยมตามแบบกุลธิดาของชนชั้นผู้ดีอังกฤษ ในคฤหาสน์มาตั้งแต่เยาว์วัย ตอนเด็กๆ Florence ใกล้ชิดกับบิดามาก เพราะเนื่องจากว่าครอบครัวนี้ไม่มีบุตรชาย บิดาของเธอจึงเลี้ยงดูเธอเหมือนเป็นเพื่อนคนหนึ่ง และพาติดสอยห้อยตามไปทุกๆ ที่ และยังเป็นผู้รับผิดชอบให้การศึกษากับบุตรสาว ด้วยการเป็นคนสอนวิชาความรู้ต่างๆ นานาให้ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนดนตรีตามแบบฉบับของลูกผู้ดีมีเงิน การเรียนภาษาต่างๆ อย่างเช่น ภาษาอิตาเลียน ลาตินและกรีก รวมไปถึงการเรียนวิชาทางประวัติศาสตร์ ปรัชญา และคณิตศาสตร์ เธอเป็นเด็กฉลาดและมีปัญญาดี

Florence เป็นเด็กร่าเริงปราดเปรี้ยว มักมีพฤติกรรมแฉ่งๆ จนทำให้บิดามารดาตกใจอยู่บ่อยๆ เธอเป็นคนที่มีเมตตาจิต เห็นอกเห็นใจผู้อื่นมาตั้งแต่เป็นเด็ก เธอเคยดูแลรักษาสุนัขเลี้ยงแกะที่ได้รับบาดเจ็บตัวหนึ่งตลอด 2 สัปดาห์ โดยจะคอยทายาเปลี่ยนผ้าพันแผลให้สุนัขทุกวัน หรือมีอยู่ครั้งหนึ่ง เธอฝ่าพายุหิมะเพื่อไปเยี่ยมคนแก่ที่ยากจนและอยู่ตัวคนเดียว การที่เติบโตมาในครอบครัวที่ร่ำรวยทำให้เธอได้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เธอต้องการ แต่เธอก็ยัง

รู้สึกว่าเขาใช้ชีวิตอย่างไร้จุดหมาย เธออยากเรียนรู้ชีวิตที่แท้จริง อย่างชีวิตที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเพราะโรคภัยต่างๆ ซึ่งเธอเคยอ่านพบในหนังสือของบิดา

1.2 ก้าวสู่ชีวิตพยาบาล

Florence สนใจในโรงเรียนสอนการพยาบาลตั้งแต่เด็กๆ ด้วยการเล่นพยาบาลตุ๊กตาและชอบรักษาพยาบาลสัตว์เลี้ยงที่อยู่ในสวนที่บ้านเสมอๆ จนกระทั่งเมื่อตอนที่เธออายุได้ 17 ปี ด้วยความศรัทธาในพระเจ้า เธอได้รับแรงบันดาลใจจากเสียงเรียกของพระเจ้าที่ประสงค์ให้เธอช่วยเหลือผู้อื่น ที่เธอประสบเมื่อปี ค.ศ. 1873 ในระหว่างที่พำนักอยู่ในคฤหาสน์เอมบรีย์ ปาร์ค บ้านพักในชนบทหลังหนึ่งที่เมืองแฮมเชียร์ ซึ่งเป็นบ้านพักหลังหนึ่งในบรรดาหลายๆ หลังของตระกูลไนติงเกล ทำให้เธอตั้งปณิธานไว้อย่างแรงกล้าว่าเธอจะเป็นพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก และทำให้เธอเป็นผู้มีจิตใจโอบอ้อมอารี ชอบช่วยเหลือผู้อื่น

เมื่อ Florence เริ่มโตเป็นสาว Frances ผู้เป็นมารดา ก็ถือว่าเป็นภาระหน้าที่ที่จะต้องหาผู้ครองที่ดีและเหมาะสมกับฐานะชาติตระกูลให้ ชายหนุ่มคนแรกที่มาติดพันกับ Florence คือ Richard Monskton Milnes บารอนที่หนึ่งแห่ง Houghton ผู้เป็นทั้งนักการเมืองและกวี หลังจากไปมาหาสู่กันได้ระยะหนึ่งบารอนผู้นี้ก็ขอ Florence แต่งงาน แต่เธอปฏิเสธ เพราะเห็นว่าการแต่งงานคืออุปสรรคสำหรับการทำอาชีพพยาบาล ในสมัยนั้นหลังจากแต่งงานสตรีต้องทำหน้าที่รับใช้ครอบครัวตลอดเวลา และในความเห็นของเธอนั้นจึงมองว่าการแต่งงานไม่ต่างไปจากการติดคุก หนทางเดียวที่จะให้เธอมีชีวิตอยู่เพื่อคนอื่นได้คือการครองตัวเป็นโสด การปฏิเสธคำขอแต่งงานของบุตรสาวทำให้ Frances ผู้เป็นแม่รู้สึกไม่พอใจบุตรสาวมาก

Florence สนใจศึกษาหาความรู้ ที่จะเป็พยาบาล แต่ในขณะนั้น สตรีที่เรียนวิชาพยาบาลหรือเป็นพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อย และมาจากครอบครัวที่ยากจน ทำให้มีกิริยามารยาท ไม่ได้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บิดามารดาของ Miss Florence จึงไม่อนุญาตให้ศึกษาเล่าเรียนวิชาพยาบาล และพยายามหันเหความสนใจของ Miss Florence ไปสู่งานสังคมและให้ท่องเที่ยวไปยังเมืองต่างๆ ในยุโรป การที่ได้มีโอกาสได้ท่องเที่ยวเมืองต่างๆนี้เอง ทำให้ Miss Florence ได้มีโอกาสเยี่ยมชมโรงพยาบาลต่างๆ ในหลายประเทศ เช่น ฝรั่งเศส เยอรมัน เบลเยียม อิตาลี และอีกหลายแห่ง ทำให้ได้เห็นการจัดการโรงพยาบาล การจัดการพยาบาลตามแบบนิยายโปรแตสแตนท์ ที่ทำให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้กว้างขวางขึ้น ในขณะที่อยู่ในกรุงโรมเธอได้เห็นผู้ป่วยที่เจ็บใช้รักษาตัวในโรงพยาบาล พอเดินทางไปเยอรมนีเธอก็ไปแวะเยี่ยมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีสภาพอนามัยไม่น่าจะพอใจเป็นอย่างยิ่ง จากประสบการณ์ที่ได้พบเจอมาจึงทำให้ Florence ตัดสินใจที่จะเป็นพยาบาลอย่างเด็ดขาด การที่เธอตั้งความหวังว่าวันหนึ่งเธอจะต้องเป็นนางพยาบาลให้ได้ ดังนั้นจึงทำให้เธออ่านหนังสือแพทย์และสาธารณสุขในยามว่าง

Florence ประกาศตนว่าจะเป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1845 เมื่อตอนที่เธออายุได้ 25 ปี ทำให้ครอบครัว Nightingale รับไม่ได้ เพราะบทบาทหน้าที่ "ที่ดี" ของผู้หญิงในเวลานั้นก็คือการทำหน้าที่ "ภรรยาและแม่" การเป็นพยาบาลของ Nightingale ถือว่าเป็นกบฏของสังคมเวลานั้น มากไปกว่านั้น อาชีพพยาบาลในยุคนั้นถือว่าเป็นอาชีพชั้นต่ำของสังคม และมีภาพลักษณ์ที่ติดลบ เพราะคนที่ทำอาชีพนี้ส่วนมากคือบรรดาผู้หญิงยากจนไร้การศึกษา การตัดสินใจนี้นำมาซึ่งความตึงเครียดในครอบครัว ทำให้บิดามารดาของ Florence ซึ่งเป็นคนชั้นสูงรับไม่ได้และต่อต้าน โดยเฉพาะมารดาของเธอที่เต็มไปด้วยความโกรธและทุกข์ใจที่บุตรสาวของตนตัดสินใจเช่นนี้ ถึงแม้ว่าจะถูกคัดค้านอย่างหนัก แต่ Florence Nightingale ยังคงคือแฟนต่อบิดามารดา เธอเริ่มต้นจากงานดูแลคนยากจนและคนอนาถา

เมื่อเดือนธันวาคม ค.ศ. 1844 ในสมัยนั้นคนไข้ที่ร่ำรวยจะมีญาติผู้หญิงดูแลที่บ้าน การตายของคนอนาถาในศูนย์อนามัยสำหรับผู้ยากไร้ในลอนดอนกลายเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ของสาธารณชน เธอจึงเป็นผู้นำในการอุทิศตน พัฒนาการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และสนับสนุนริเริ่มปรับปรุงการดูแลรักษาทางการแพทย์ในสถานพยาบาล โดยเธอได้ขอความช่วยเหลือสนับสนุนจาก ชาร์ลส วิลเลียมส์ นักการเมืองและนักกฎหมายอังกฤษ ในทันที ซึ่งต่อมาบุคคลผู้นี้ก็กลายเป็นประธานคณะกรรมการหลักปฏิบัติต่อผู้ยากไร้ ทำให้ Florence มีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิรูปกฎหมายผู้ยากไร้ และขยายบทบาทไปสู่การควบคุมหลักการรักษาทางการแพทย์

ต่อมา ปี ค.ศ. 1850 เมื่ออายุครบ 30 ปี จึงได้รับอนุญาตให้เข้าเรียนวิชาพยาบาล และได้ศึกษาเล่าเรียนเป็นเวลา 2 ปี ที่ศูนย์พยาบาลและฝึกอาชีพโคเซอร์วิท ประเทศเยอรมนี ซึ่งถือว่าเป็นประเทศที่การแพทย์เจริญก้าวหน้าที่สุดในเวลานั้น

1.3 การทำงานด้านการบริหาร

เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม ค.ศ. 1853 Florence Nightingale เข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันพยาบาลสำหรับสุขภาพสตรีที่เจ็บป่วย ในถนนฮาร์ลีย์เหนือ ที่กรุงลอนดอน ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เธอรับผิดชอบอยู่จนถึงปี ค.ศ. 1854 หน้าที่หลักของเธอคือปรับปรุงระบบการทำงานในโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่ไม่มีเงินเดือนให้ แต่เธอก็ยินดีและทำงานในตำแหน่งนี้นาน 1 ปี โดยในระหว่างนั้นบิดาของเธอเป็นผู้คอยสนับสนุนทางการเงินด้วยการให้เงินใช้จ่ายรายปี ปีละ 500 ปอนด์ นับเป็นจำนวนเงินที่มากทีเดียว ทำให้เธอสามารถใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบายพร้อมกับปฏิบัติหน้าที่ในอาชีพของเธอ

ค.ศ. 1856 โรงพยาบาล King's College ขอให้เป็นผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลแต่ ยังไม่ได้ประจำทำงานก็เกิดสงครามไครเมีย เป็นสงครามระหว่างรัสเซียกับ อังกฤษ ฝรั่งเศสและตุรกี กองทัพของอังกฤษมีบุรุษพยาบาลเป็นผู้ดูแลทหาร ที่บาดเจ็บ แต่บุรุษพยาบาลเหล่านั้นไม่ได้รับการฝึกหัดสำหรับดูแลทหารบาดเจ็บจากสงคราม การทำงานจึงไม่มีประสิทธิภาพ แต่กองทัพรัสเซียและตุรกี จะมีแม่ชีทางศาสนาติดตามไปในกองทัพกอง เพื่อให้การดูแลทหารที่บาดเจ็บ ประเทศอังกฤษจึงได้ร้องขอให้ประชาชนเข้าช่วยเหลือ Miss Florence จึงตัดสินใจเข้าช่วยเหลือ Miss Florence พร้อมสตรีอาสาสมัครที่จะช่วยพยาบาลทหารอีก จำนวน 38 คน ที่ได้รับการฝึกจากเธอ จึงเข้าทำงานดูแลทหารบาดเจ็บที่โรงพยาบาลแบเรท ใน เมืองสตูตารี โรงพยาบาลมีผู้บาดเจ็บมากถึง 3,000 ถึง 4,000 คน อยู่รวมกันอย่างแออัด อากาศถ่ายเทไม่ได้ ห้องน้ำห้องส้วมสกปรก น้ำหายาก ฝาปูที่นอนหนาแข็ง และไม่มีผงซักฟอก เสื้อผ้าทหารบาดเจ็บไม่มีเปลี่ยน ต้องใส่เสื้อเปื้อนเลือดและเหงื่อ อาหารไม่เหมาะสม รับประทานอาหารด้วยมือ ในเวลากลางคืน ต้องนอนในความมืด ไม่มีใครดูแลและไม่มีแสงสว่าง น้ำดื่มไม่เพียงพอ มีหนูและสัตว์เลื้อยคลานต่างๆ เกิดโรคระบาดขึ้น เช่น อหิวาตกโรค บิด ไทฟอยด์ มีอัตราการตายสูง

เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม ค.ศ. 1857 Miss Florence เดินทางกลับอังกฤษในฐานะวีรสตรี และได้เข้าเฝ้าสมเด็จพระนางเจ้าวิกตอเรีย แต่หลังจากนั้นเธอก็ถูกรุมเร้าด้วยพิษไข้มาโดยตลอด ซึ่งเธอติดตามตั้งแต่ช่วงสงครามไครเมีย เธอจำต้องกินแม่และพี่สาวจากห้องของเธอ และนานๆ จึงจะออกจากห้องสักครั้ง เมื่อกลับอังกฤษ Miss Florence มีอายุได้ 36 ปี เธอมีชื่อเสียงและได้รับการยกย่องทั่วโลก แต่เธอปฏิเสธที่จะรับรางวัลใดๆ และกล่าวว่าหากจะให้เกียรติเธอจริงรัฐบาลอังกฤษต้องปฏิรูประบบการสาธารณสุขโดยเฉพาะในโรงพยาบาลให้ดีขึ้น เพราะจะช่วยชีวิตคนได้มาก

ทั้งนี้ จากบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตของทหารในสงครามระบุว่า เกิดจากโรคมากกว่าเกิดจากบาดแผล สำหรับสงครามไครเมียก็เช่นกัน สถิติได้บอกอย่างชัดเจนว่า เมื่อเริ่มสงครามใหม่ๆ ทหารจำนวน 607 คนได้ล้มตายด้วยโรค แต่เมื่อ Florence ได้จัดระบบการรักษาและการสาธารณสุขให้ดีขึ้น เมื่อสมเด็จพระราชินีวิกตอเรียแห่งอังกฤษและพระสวามีทรงทราบเรื่องนี้ พระองค์ทรงเห็นด้วยกับ Florence ว่าสุขภาพของทหารในกองทัพอังกฤษเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นถึงบรรดาแม่ทัพและนายพลต่างๆ จะต่อต้าน Florence แต่นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นก็ได้สั่งให้จัดตั้งสำนักงานสุขภาพของกองทัพในพระบรมราชินูปถัมภ์ขึ้นทันที และแม่ Florence จะมีได้เป็นกรรมการบริหารของสำนักงานนี้เพราะเธอเป็นผู้หญิง

1.4 ผลงานทางวิชาการ

นอกจากนี้เธอก็ได้เรียบเรียงตำราชื่อ *“Notes on Matters Affecting the Health Efficiency and Hospital Administration of the British Army”* ซึ่งมีเทคนิคสถิติ และแผนภาพต่างๆ มากมายประกอบคำบรรยาย และหนังสือเล่มนี้ได้รับการยกย่องว่าเป็นหนังสือสถิติที่ดีเด่นที่สุด Florence จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้บุกเบิกการใช้สถิติในรูปของแผนภาพ และแผนที่พื้นที่เชิงขั้วหรือที่เรียกว่าโพลารอเรียโดอะแกรม ใน ค.ศ. 1858 เธอได้รับเกียรติให้เป็นสมาชิกของราชสมาคมด้านสถิติ และได้รับการยกย่องให้เป็นสมาชิกผู้มีเกียรติของสมาคมนักสถิติแห่งสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 1874

เธอและผู้ร่วมอุดมการณ์เริ่มทำความสะอาดหน่วยพยาบาลและอุปกรณ์ทั้งหมดอย่างถี่ถ้วน และจัดระบบการรักษาดูแลคนไข้เสียใหม่ อย่างไรก็ตาม ช่วงที่เธออยู่ที่สคูตารี อัตราการเสียชีวิตของทหารก็ยังไม่หยุด จำนวนการตายอาจสูงที่สุดในบรรดาหน่วยพยาบาลอื่นในเขต ระหว่างฤดูหนาวแรกของเธอ มีทหาร 4,077 คนเสียชีวิตที่สคูตารี ทหารที่เสียชีวิตจากโรคไขกระดูกใหญ่ ไขกระดูกน้อย อหิวาตกโรค และโรคบิด มีเป็น 10 เท่าของที่ทหารที่เสียชีวิตจากบาดแผลในการรบ สภาพแวดล้อมในหน่วยพยาบาลค่ายทหารชั่วคราว เป็นอันตรายเกินไปสำหรับคนไข้ เพราะจำนวนผู้บาดเจ็บแออัดเกินไป อีกทั้ง ขอบกพร่องของท่อระบายน้ำ และขาดการระบายอากาศ รัฐบาลอังกฤษเพิ่งส่งคณะกรรมการด้านสุขอนามัยมาถึงสคูตารีเมื่อ มีนาคม ค.ศ. 1855 ซึ่งก็เกือบ 6 เดือนหลังจากเธอมาถึง มีการปรับปรุงท่อระบายน้ำและระบบระบายอากาศ แล้วอัตราการเสียชีวิตของทหารก็ลดลงอย่างรวดเร็ว สถิติการตายของทหารที่บาดเจ็บในสงครามได้ลดลงจาก 42.7% เป็น 2.2% ซึ่งได้สร้างชื่อเสียงให้กับเธออย่างมาก จนอเมริกาต้องมาขอคำแนะนำในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามจากเธอในระหว่างที่เกิดสงครามกลางเมือง (Bloy, 2010) เธอยังได้ จัดตั้งโรงซักผ้า หาม้อ ต้มน้ำ สร้างโรงครัว จัดซื้อถุงเท้า เสื้อ มิด ขอนไม้ อ่างอาบน้ำ โต๊ะ ชุตนอน โต๊ะผ่าตัด ผ้าเช็ดตัว หวี กรรไกร ที่รองบัสสาวะ รวมถึงหมอนที่สะอาดก็ถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาล ในยามศึก เธอจะเดินถือตะเกียงออกเยี่ยมไข้คนละหลายครั้ง จนทำให้ในห้องคนไข้ที่เคยมีแต่ความทุกข์ได้เห็นแสงสว่างแห่งความสุข เวลาที่สุขภาพสตรีคนหนึ่งเดินถือตะเกียงมาเยี่ยม และนี่ก็คือ เหตุการณ์ที่เหล่าทหารที่บาดเจ็บรู้สึกประทับใจ และซาบซึ้งใจมาก ทหารอังกฤษที่ได้รับบาดเจ็บต่างก็รู้สึกซาบซึ้งกับการทำงานของ Florence ที่ทำงานอย่างหนักเพื่อดูแลพวกเขา แม้กระทั่งในยามค่ำคืน และนี่คือที่มาของฉายา *“Lady of the Lamp”* หรือ *“สุภาพสตรีแห่งดวงประทีป”*

ทางด้านงานหนังสือ หลังสงคราม Florence Nightingale ได้เขียน บทความและรายงานทางการพยาบาล กว่า 200 เรื่อง หนังสือที่มีชื่อเสียงก็คือ *Notes on Hospital* ที่กล่าวถึงโรงพยาบาลที่สวยแต่ยังบกพร่องในการจัดแผนผังเกี่ยวกับสุขาภิบาลและของเครื่องใช้ที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาล (Bloy, 2010) และ *Notes on Nursing for the Labouring Classes* หนังสือเล่มนี้ได้ใช้เป็นมาตรฐานในการอบรมถึงปัจจุบัน และมีข้อความที่เป็นอมตะต่อ

งานปฏิบัติการพยาบาล เช่น “การมองดูผู้ป่วยไม่เรียกว่าได้ใช้ความสังเกต การเห็นสิ่งใดต้องใช้การฝึกฝน การเห็นนี้ จะช่วยให้พยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ความเป็นความตายของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การสังเกตที่ถูกต้องของ พยาบาล” (สายสวาท เฝ่าพงษ์, 2542)

1.5 การยกย่องเชิดชู

จากความรู้ความสามารถและความเสียสละโดยไม่คำนึงถึงความเหนื่อยยาก นับเป็นการปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์อย่างยิ่งใหญ่ ลอง เฟลโล(Longfellow) ได้ประพันธ์โคลง “ซันตา ฟิโลมินา” สรรเสริญความดีงาม และความเสียสละของ Miss Florence ว่าเป็น “สุภาพสตรีแห่งดวง ประทีป” (The Lady of the Lamp) ความตอนหนึ่ง ว่า

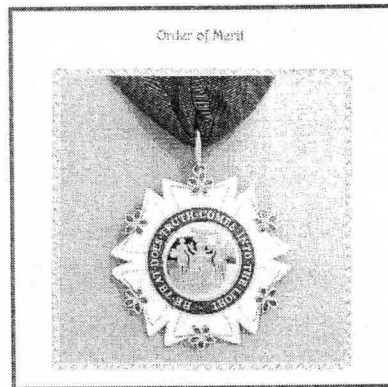
<i>Lo! in that house of misery</i>	ในสถานที่แห่งความทุกข์ยากลำบาก
<i>A lady with a lamp I see</i>	ฉันเห็นสุภาพสตรีนางหนึ่งกับโคมไฟ
<i>Pass through the glimmering gloom,</i>	ผ่านมาช่วยขจัดความมืดมิด
<i>And flit from room to room.</i>	ส่องสว่างจากห้องหนึ่งไปอีกห้องหนึ่ง

by Henry Wadsworth Longfellow's (1857 cited in Bloy, 2010)

ต่อมาชาวอังกฤษได้รวบรวมเงินตั้งเป็นทุนในดิงเกล เพื่อเกิดพระเกียรติและยกระดับฐานะความเป็นอยู่ของพยาบาลด้วย ทุนดังกล่าว ใช้จ่ายเพื่อพัฒนาการศึกษาและปรับปรุงการพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

ค.ศ. 1860 Miss Florence ได้เลือกโรงพยาบาลเซนต์โทมัส (St.Thomus) ที่กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ เป็นโรงเรียนพยาบาลในดิงเกล ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ใช้เงินทุนจากมูลนิธิในดิงเกลในการบริหารกิจการของโรงเรียนและมี Mss.Wardroper เป็นผู้บริหารงานการสอนพยาบาลโรงเรียนพยาบาลในดิงเกล ใช้เวลาศึกษานาน 3 ปี จัดการเรียนทั้ง ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ การคัดเลือกผู้เข้าศึกษาก็ต้องเป็นบุคคลที่มีกิริยา มารยาทเรียบร้อย มีความรู้ และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของ โรงเรียน โรงเรียนพยาบาลในดิงเกลได้ผลิตพยาบาลแล้วไปก่อตั้งโรงเรียนพยาบาล ในหลายๆประเทศ ตามแบบของ Florence Nightingale โดยเน้นหลักการศึกษาไว้หลายประการ เช่น ต้องเป็นอาชีพเกี่ยวแก่ศาสนาหรือมนุษยธรรม ต้องก้าวหน้าอยู่เสมอ เพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องมีการฝึกหัด ต้องมีระเบียบวินัย ที่อยู่อาศัยสะอาด ฝ่ายการบริหารและบริการต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ต้องประสานกันเพื่อประสิทธิภาพของงาน

เธอได้รับเหรียญ *The Order of Merit* ในปีค.ศ.1907 เมื่อเธออายุ 87 ปี เป็นคนแรกของอังกฤษ ซึ่งเป็นเกียรติอย่างสูง และในปี ค.ศ.1908 ได้รับรางวัล *The Freedom of the City of London* และได้รับเหรียญ *The German order of the Merit* จากเยอรมัน และ เหรียญ *French gold medal of Secours aux Blesses Militaires* จากประเทศฝรั่งเศส และในวันที่ 10 พฤษภาคม ค.ศ.1910 เธอได้รับเข็มเกียรติยศจาก *Norwegian Red Cross Society* (Bloy , 2010) Miss Florence Nightingale ใช้ชีวิตในการช่วยกิจการของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน นับตั้งแต่ ค.ศ. 1860 จนกระทั่งถึงแก่กรรมเมื่ออายุได้ 90 ปี ในวันที่ 13 สิงหาคม ค.ศ. 1910



ภาพที่ 1.4 แสดงเหรียญ The Order of Merit

ที่มา: http://www.opm.gov.jm/news_and_public_affairs/galleries/order_of_merit_om?size=original

เธอเสียสละความสุขที่ควรจะได้รับซึ่งเป็นมรดกจากความร่ำรวยของบรรพบุรุษ นอกจากนี้เธอยังครองชีวิตโสดตลอดชีวิตเพียงเพราะต้องการที่จะอุทิศชีวิตของตนเองเพื่อช่วยเหลือชีวิตของเพื่อนมนุษย์ตราบจนช่วงสุดท้ายของชีวิต เพราะเธอเชื่อว่าสิ่งที่ได้ทำนั้นเป็นพระประสงค์ของพระเจ้า และการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ผู้ตกทุกข์ได้ยากก็เป็นความสุขที่ไม่อาจหาสิ่งใดมาเปรียบได้แล้วสำหรับตัวเธอเอง และเพื่อรำลึกถึงคุณงามความดีของ Florence Nightingale ในวันที่ 12 พฤษภาคม ของทุกปี ซึ่งเป็นวันคล้ายวันเกิดของ Florence Nightingale สภากายาบาลระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพพยาบาล จึงได้กำหนดให้เป็น “วันพยาบาลสากล”

2. สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี บุคคลสำคัญของโลก
เกียรติยศสูงสุดของวิชาชีพการพยาบาลไทย



ภาพที่ 1.5 แสดงพระฉายาลักษณ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ที่มา: <https://politic.myfirstinfo.com/onthisday.aspx?day=26&month=12>

วันพระราชสมภพ 21 ตุลาคม พ.ศ.2443 จังหวัดนนทบุรี

วันสวรรคต 18 กรกฎาคม พ.ศ.2538 (94 พรรษา)

2.1 พระราชประวัติโดยย่อ

ขณะทรงพระเยาว์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือ “สมเด็จพระย่า” ของปวงชนชาวไทยมีพระนามเดิมว่า “สังวาลย์ ตะละภัฏ” ทรงพระราชสมภพเมื่อวันอาทิตย์ที่ 21 ตุลาคม พ.ศ.2443 ทรงเป็นบุตรคนที่ 3 ใน พระชนกษุ และพระชนนีคำ พระชนกษุ มีอาชีพช่างทอง มีเชื้อสายสืบมาจากผู้ดีเก่าแถวตึกขาว นิवासถานอยู่ใกล้ๆ วัดอนงคาราม ฝั่งธนบุรี พระชนกษุได้ถึงแก่กรรมตั้งแต่สมเด็จพระย่ามีพระชนมายุ 3 พรรษา และพระชนนีคำถึงแก่กรรมเมื่อพระองค์มีพระชนมายุ เพียง 9 พรรษา

พระชนนีคำ เป็นสตรีที่รู้หนังสือซึ่งหาได้ยากในสมัยนั้น จึงได้นำความรู้นี้มาสอนสมเด็จพระย่า ด้วยพระอุปนิสัยที่ชอบการเขียนและการอ่านหนังสือตั้งแต่ยังทรงพระเยาว์ พระองค์จึงทรงเป็นผู้ที่มีไหวพริบและเฉลียวฉลาด วันหนึ่งญาติของพระชนกษุ ได้แนะนำพระชนนีคำว่า ควรนำสมเด็จพระย่าไปฝาก คุณจันทร์ แสงชูโต ญาติและพระพี่เลี้ยงใน สมเด็จพระราชปิตุจฉา เจ้าฟ้าวไลยอลงกรณ์ กรมหลวงเพชรบุรีราชสิรินธร พระราชธิดาในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว กับสมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า เพื่อถวายตัวเป็นข้าหลวง ในขณะนั้นทรงมีพระชนมายุเพียง 7 – 8 พรรษา

2.2 การศึกษาเมื่อทรงพระเยาว์

เมื่อทรงพระเยาว์ พระองค์ได้ทรงศึกษาในโรงเรียนวัดอนงคาราม แผนกเด็กนักเรียนหญิง ต่อมาทรงย้ายไปศึกษาที่โรงเรียนศึกษานารี โรงเรียนของ ม.จ.มัทนารพ กมาสน์ โรงเรียนแถวพระบรมมหาราชวังและโรงเรียนสตรีวิทยาตามลำดับ

2.3 สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชกับการพยาบาลไทย

สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทรงเข้าศึกษาวิชาพยาบาลที่โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาลแห่งศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2446 ทรงเป็นนักเรียนที่มีอายุน้อยที่สุดในบรรดานักเรียนใหม่ที่เข้าศึกษาในปีนั้นรวม 14 คน คือ มีพระชนมายุยังไม่ครบ 13 พรรษาบริบูรณ์ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ระบุไว้ในระเบียบของโรงเรียนถึง 2 ปี แต่ทางโรงเรียนผ่อนผันรับเข้าศึกษา เนื่องจากทรงมีคุณสมบัติที่ตรงกับความต้องการของทางโรงเรียน คือ ทรงสามารถอ่านและเขียนได้เป็นอย่างดี

สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทรงเป็นนักเรียนประเภทนักเรียนหลวง คือ ผู้ที่สมัครเข้าเรียนจะได้รับเงินบำรุงเดือนละ 15 บาท โดยมีข้อผูกพันว่า เมื่อสำเร็จสอบได้ประกาศนียบัตรแล้ว จะต้องทำงานเกี่ยวข้องกับโรงเรียนไม่น้อยกว่า 3 ปี ในพ.ศ. 2459 ทรงเรียนจบหลักสูตร ได้รับประกาศนียบัตรโรงเรียนแพทย์ผดุง-ครรภ์ ได้ทรงทำงานต่อที่โรงพยาบาลศิริราช ตามข้อผูกพันการเป็นนักเรียนหลวง

หลังจากสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาลแห่งศิริราช สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้รับการคัดเลือกให้ไปทรงศึกษาวิชาพยาบาลต่อที่ โรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา พร้อมกับนางสาว อุบล ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้ทรงศึกษาวิทยาศาสตร์รากฐานของวิชาการพยาบาลและการสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง นำมาซึ่งผลสำเร็จเป็นรากฐานมั่นคงอำนวยคุณประโยชน์แก่ประชาชนชาวไทยอย่างใหญ่หลวงในเวลาต่อมา

2.4 การอภิเษกสมรส

ณ ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2463 พระองค์ได้มีโอกาสเข้าเฝ้าสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอเจ้าฟ้ามหิดล กรมขุนสงขลานครินทร์ ที่ทรงศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด รัฐแมสซาชูเซตส์ และดำรงตำแหน่งผู้ดูแลนักเรียนไทย ได้ทรงหมั้นเมื่อมีพระชนมายุ 19 พรรษา ทั้งสองพระองค์เสด็จกลับมาขอพระราชทานพระบรมขานุญาต อภิเษกสมรสจากล้นเกล้ารัชกาลที่ 6 ที่วังสระปทุม ในวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2463 พระนามตอนนั้นคือ *"หม่อมสังวาลย์ มหิดล ณ อยุธยา"*

2.5 บุคคลสำคัญของโลก มติเอกฉันท์จากยูเนสโก (UNESCO)

ปีพุทธศักราช 2543 เป็นอีกปีหนึ่งแห่งความปลื้มปิติยินดีของปวงชนชาวไทย ด้วยวันที่ 21 ตุลาคม เป็นวันคล้ายวันพระราชสมภพครบ 100 พรรษา ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และเป็น "วันพยาบาลแห่งชาติ" อีกทั้งองค์การวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ หรือยูเนสโก (UNESCO) ได้เฉลิมพระเกียรติยกย่องให้สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเป็น "บุคคลสำคัญของโลก" เนื่องในโอกาสวันพระราชสมภพครบรอบ 100 พรรชานี้ด้วย

ศาสตราจารย์อดุล วิเชียรเจริญ กรรมการบริหาร UNESCO เปิดเผยว่าการจะพิจารณายกย่องบุคคลใดเป็นบุคคลสำคัญของโลกนั้น องค์การ UNESCO มีหลักเกณฑ์ที่เข้มงวดมาก โดยเฉพาะผลงานของบุคคลนั้นๆ จะต้องเป็นผลงานดีเด่นระดับโลก เป็นการเชิดชูและสะท้อนให้เห็นถึงอุดมการณ์ของ UNESCO ซึ่งพระราชกรณียกิจของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีนั้น คณะกรรมการขององค์การ UNESCO มีมติเป็นเอกฉันท์ให้ทรงเป็นบุคคลสำคัญของโลก

2.6 พระราชกรณียกิจของพระองค์

พระราชกรณียกิจของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีที่เสนอให้ UNESCO พิจารณาแยกออกเป็น 7 สาขา ได้แก่ สาขาการแพทย์และการสาธารณสุข สำหรับชาวชนบทในท้องถิ่นทุรกันดาร สาขาการให้การศึกษาระดับประถมศึกษาแก่เด็กในท้องถิ่นทุรกันดาร สาขาการอบรมเยาวชนชาวเขาตามหลักสูตรเบ็ดเสร็จ สาขาการพัฒนา

ผู้นำชาวเขา สาขาการอบรมและพัฒนาเยาวชนในท้องถิ่นทุรกันดาร สาขาการศึกษาจริยธรรมและค่านิยม โดยทรงเน้นด้านจริยธรรม และค่านิยมที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชนของไทย สาขาการอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปะและหัตถกรรมของชาวเขา

พระราชกรณียกิจที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเริ่มและปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จก็ด้วยพระปรีชาญาณ และความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ การพยาบาล การศึกษา ตลอดจนการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน พระราชกรณียกิจเหล่านี้ยังปรากฏผลสืบเนื่องและมีพัฒนาการมาเป็นลำดับสืบมา “โดยเฉพาะด้านการพยาบาลนั้น สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี **“ทรงพระเกียรติสูงสุดของวิชาชีพการพยาบาลไทย”**

2.7 บั้นปลายของพระชนม์ชีพ

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงพระประชวรด้วยโรคพระหทัย เสด็จเข้ารับการรักษาพระองค์ ณ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันศุกร์ที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2538 เสด็จสวรรคต เมื่อวันอังคารที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2538 เวลา 21 นาฬิกา 17 นาที รวมพระชนมายุ 94 พรรษา 8 เดือน 27 วัน

ปวงพสกนิกรต่างเชื่อมั่นว่าด้วยอานุภาพแห่งกุศลกรรมที่ทรงบำเพ็ญมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน พระองค์ผู้จากไปจักได้เสด็จสถิตในภพภูมิอันประเสริฐ อันควรแก่พระคุณธรรมของพระองค์แล้ว สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจและอุทิศพระองค์เพื่องาน เพื่อสังคมและเพื่อประเทศชาติบ้านเมืองด้วยพระวิญญูญาณของการเป็น นักสังคมสงเคราะห์ที่แท้จริง ด้วยความซาบซึ้งในพระมหากรุณาธิคุณอันล้นพ้นหาที่สุดมิได้

สรุป การเรียนรู้เกี่ยวกับประวัติทางการพยาบาลโดยเฉพาะชีวประวัติของบุคคลที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพ ทั้งในและต่างประเทศทำให้ได้เรียนรู้ถึงความเป็นมาและพัฒนาการของวิชาชีพที่เกิดขึ้นบนความรัก ความเอื้ออาทร ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งนับเป็นปรัชญาพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล

1.3 อัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

- เรื่องที่ 1 หมวกพยาบาล
- เรื่องที่ 2 เครื่องแบบพยาบาล
- เรื่องที่ 3 เหยียดพลเรือนในดิงเกล
- เรื่องที่ 4 เพลงมาร์ชพยาบาล
- เรื่องที่ 5 ดอกป๊อบ

แนวคิด

อัตลักษณ์ คือ คุณลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ของลักษณะเฉพาะของบุคคล สังคม ชุมชน หรือประเทศนั้นๆ เช่น เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรมท้องถิ่น และศาสนา ฯลฯ ซึ่งมีคุณลักษณะที่ไม่ทั่วไปหรือสากลกับสังคมอื่นๆ หรือเรียกได้ว่าเป็นลักษณะที่ไม่เหมือนกับของคนอื่นๆ สำหรับวิชาชีพพยาบาลมีอัตลักษณ์ที่สำคัญ ได้แก่ หมวกพยาบาล เครื่องแบบพยาบาล (ซึ่งในหลายประเทศอาจจะเปลี่ยนแปลงไปแล้ว) เพลงมาร์ชพยาบาล และดอกป๊อบ

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบแล้ว นักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจความหมายของอัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล
2. ตระหนักรู้เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวของวิชาชีพพยาบาล
3. มีทัศนคติที่ดีต่อการรณรงค์ซึ่งอัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล



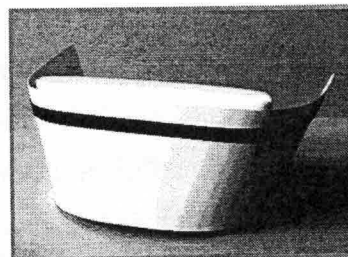
1.3 อัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล (Nurse's identities)

อัตลักษณ์ (Identity) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ Identitas เดิมใช้คำว่า Idem ซึ่งมีความหมายว่า เหมือนกัน (the sane) อย่างไรก็ตามโดยพื้นฐานทางภาษาอังกฤษแล้ว อัตลักษณ์มีความหมาย 2 นัย ด้วยกัน คือ ความเหมือนและความเป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างออกไป (ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2547) ในปัจจุบันยังมีการถกเถียงกันอย่างมากกว่า "อัตลักษณ์" และ "เอกลักษณ์" นั้นมีความหมายอย่างเดียวกันหรือไม่ ซึ่งแต่เดิมนักจะแปลคำว่า Identity ว่า เอกลักษณ์ คำแปลนี้ถือว่าเป็นคำแปลทางการของสำนักงานคณะกรรมการเอกลักษณ์แห่งชาติด้วย แต่มากระยะหลัง นักวิชาการที่เกี่ยวข้องได้หันมาสนใจการแปลความหมายว่า "อัตลักษณ์" น่าจะถูกต้องและเหมาะสมกว่า เพราะเปิดทางให้ทุกคน ทุกส่วนในสังคมสามารถมีอัตลักษณ์ได้ (สุริชัย หวันแก้ว, 2545) ดังเช่นที่ วันดี สันติวุฒิเมธี (2545) ได้อธิบายความหมาย อัตลักษณ์ ว่าหมายถึง สิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นเราหรือพวกเราที่แตกต่างจากเขาหรือพวกเขาหรือแตกต่างจากคนอื่น ซึ่งอาจมีหลายอัตลักษณ์ที่ประกอบขึ้นมาเป็นตัวเรา และอัตลักษณ์ไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติแต่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นโดยสังคม เป็นตัวบ่งชี้ของลักษณะเฉพาะของบุคคล สังคม ชุมชน หรือประเทศนั้นๆ หรืออาจกล่าวได้ว่าคือลักษณะที่ไม่เหมือนกับของคนอื่น ๆ สำหรับวิชาชีพพยาบาลนั้น สิ่งที่เราเรียกว่า เป็น อัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ หมวกพยาบาล เครื่องแบบพยาบาลซึ่งในหลายประเทศอาจจะเปลี่ยนแปลงไปแล้ว เพลงมาร์ชพยาบาล และดอกไม้ โดยมียาละเอียด ดังนี้

1. หมวกพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลกำเนิดมานานหลายศตวรรษแล้ว แต่การพัฒนาของวิชาชีพพยาบาลเกิดขึ้นจริงจัง ในศตวรรษที่ 19 โดยการริเริ่มของ Miss Florence Nightingale ท่านได้สังเกตเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ของพยาบาล โดยต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาทักษะของพยาบาลให้ดีขึ้นควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนเครื่องแบบพยาบาล เชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะช่วยปรับภาพลักษณ์ของพยาบาลให้มีความเป็นวิชาชีพมากขึ้น หมวกพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องแบบพยาบาล

วิวัฒนาการของหมวกพยาบาลแต่เดิมนั้นอาจเกิดมาตั้งแต่ครั้งสตรีทุกๆ คนมีธรรมเนียมในการสวมหมวกอยู่บ้าน (พิณพากย์พิทยาภท, 2519) บางตำราบอกว่ามีต้นแบบมาจากผ้าคลุมผมของแม่ชี หมวกของพยาบาลในยุคนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บผม ให้เรียบร้อยและช่วยเพิ่มภาพลักษณ์ของพยาบาลอีกด้วย ในเวลาต่อมาตั้งแต่ ค.ศ. 1910 รูปแบบของหมวกพยาบาลมีวิวัฒนาการ พยาบาลนิยมหมวกพยาบาลแบบเรียบๆ ซักครั้งง่าย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ แบบแรกมีลักษณะที่ใช้ครอบศีรษะเกือบทั้งหมดของพยาบาล ส่วนอีกแบบหนึ่งมีความสั้นกว่าและวางไว้บนศีรษะเท่านั้น ดังภาพที่ 1.5 การใช้แถบกำมะหยี่นั้นได้รับอิทธิพลมาจากทางการทหารเพื่อแสดงลำดับชั้น (พิณพากย์พิทยาภท, 2519) สำหรับในประเทศไทยนั้น หมวกสำหรับพยาบาลวิชาชีพจะติดแถบขนาดกว้างประมาณ 1.5 เซนติเมตรตลอดความกว้างของหมวก และถ้าเป็นหัวหน้าพยาบาลหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย แถบจะกว้างขึ้นอีกเล็กน้อย ในบางโรงพยาบาลอาจให้ติดแถบกว้าง 1 เซนติเมตรสองแถบนานกัน มีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลทหารบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลภูมิพลในสังกัดกองทัพอากาศ แถบบนหมวกพยาบาลจะเป็นสีน้ำเงินแทนที่จะเป็นสีดำ ส่วนผู้ช่วยพยาบาลจะติดแถบหมวกเฉียงที่มุมด้านขวาซึ่งปัจจุบันไม่ค่อยพบแล้ว



ภาพที่ 1.6 แสดงผ้าคลุมผมของแมชีซึ่งเป็นต้นแบบของหมวกของพยาบาลและหมวกพยาบาลสีขาวที่ยังคงใช้ในประเทศไทย

ในต่างประเทศจะพบว่าหมวกพยาบาลถูกใช้น้อยลงเรื่อยๆ เนื่องจากหมวกพยาบาลเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ประกอบกับสุขภาพบุรุษเริ่มประกอบอาชีพพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ หมวกพยาบาลจึงไม่นิยมนำมาใช้ แต่สำหรับในประเทศไทยพยาบาลยังคงรักษาวินัยธรรมเนียมการใส่หมวกไว้อย่างมั่นคงเป็นอัตลักษณ์ที่โดดเด่นและใช้มาจนถึงปัจจุบัน เพราะเป็นที่ยอมรับในวิชาชีพพยาบาลว่า หมวกพยาบาลคือสัญลักษณ์ที่สำคัญอันหนึ่งซึ่งแสดงความเป็นวิชาชีพของพยาบาล พิธีมอบหมวกพยาบาลจึงยังมีอยู่จนถึงทุกวันนี้

พิธีการมอบหมวกของพยาบาล เป็นพิธีการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงว่านักเรียนพยาบาลเหล่านั้น ได้สอบผ่านการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี และมีความพร้อมที่จะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล นักศึกษาพยาบาลในหลายสถาบันการศึกษา เช่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะมีพิธีรับหมวก โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ผ่านการศึกษาสองเทอมแรกแล้ว จะเข้าพิธีรับหมวกประมาณเดือนเมษายนของทุกปี ถือเป็นพิธีที่นักศึกษาพยาบาลทุกคนให้ความสำคัญและตื่นเต้นมากที่จะได้สวมหมวกพยาบาล เพราะหมวกสีขาวนั้นเป็นเครื่องหมายว่าได้เข้าสู่วิชาชีพพยาบาลโดยสมบูรณ์ "ตั้งแต่หัวจรดเท้า" และตระหนักรู้ว่าจะต้องมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและต้องเป็นพยาบาลที่ดีตามความคาดหวังของสังคมดังแสดงในภาพที่ 1.6



ภาพที่ 1.7 แสดงพิธีการมอบหมวกพยาบาล

2. เครื่องแบบพยาบาล

ในอดีตชุดพยาบาลมีความคล้ายคลึงกับชุดของสาวใช้ ความแตกต่างคือ ชุดพยาบาลเป็นชุดกระโปรงแขนยาวปิดคอและมีรายละเอียดมาก เช่น มีกระเป๋าคอด ชุดกระโปรงติดกระดุมยาว และติดกระดุมคอเสื้อ ผ้าชั้นนอกที่คลุมตั้งแต่อก มีสายรัดเอว และผ้ากันเปื้อนยาวกรอมเท้า เนื้อผ้ามีความคงรูปสวยงามแตกต่างจากชุดสาวใช้อย่างสิ้นเชิง ดังภาพที่ 1.7 ต่อมาในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 งานพยาบาลมีมากขึ้น ดังนั้นเพื่อความคล่องตัวในการทำงานจึงเริ่มมีการปรับปรุงเครื่องแบบพยาบาลโดยประเมินว่าชุดของพยาบาลแบบเดิมเริ่มมีความไม่เหมาะสม เพราะพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ความรุ่มร่ามของชุดพยาบาล จึงเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน จนบางครั้งพยาบาลต้องปลดผ้ากันเปื้อนออก จากนั้นมา ชุดของพยาบาลเริ่มมีการปรับปรุงให้สั้นขึ้น แขนเสื้อก็สั้นขึ้นเช่นกัน เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวได้สะดวกรวดเร็ว ดังภาพที่ 1.8



ภาพที่ 1.8 แสดงชุดพยาบาลในยุคสงครามโลกครั้งที่ 1

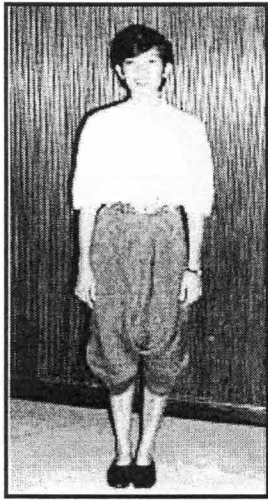


ภาพที่ 1.9 แสดงชุดพยาบาลปรับปรุงให้สั้นขึ้นหลังยุคสงครามโลกครั้งที่ 1

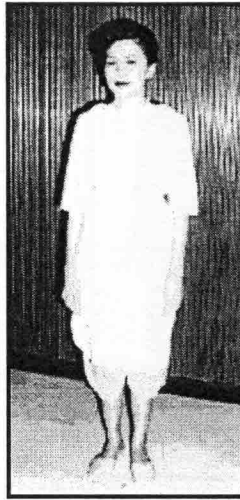
สำหรับในประเทศไทยนั้น จากการสัมภาษณ์ ปรียา รามณรงค์ นายกิตติมศักดิ์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช โดยสุมาลี หงษ์ทอง (2543) พบว่า ในสมัยก่อน การแต่งกายของพยาบาลเป็นชุดนุ่งโจงกระเบน ใส่เสื้อแขนยาวแคศอกสีอ่อนๆ ไม่ใช่สีแก่ ในสมัยนั้นการนุ่งโจงกระเบน นุ่งผ้าถุง สวมรองเท้าแตะ ชุดนี้เป็นนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 1 พอมาขึ้นชั้นปีที่สอง ก็นุ่งโจงกระเบนเหมือนกัน แต่มีผ้าเอี๊ยมคลุมกันเปื้อนเพิ่มขึ้น สวมรองเท้าแตะเหมือนกัน พอต่อมาสำเร็จการศึกษาแล้ว นางพยาบาลจะนุ่งโจงกระเบนก็ได้หรือนุ่งผ้าลายก็ได้ แล้วก็สวมเสื้อคอกลมสีขาวยาวแคศอก ห่มผ้าสไบเฉียงบนบ่าซ้าย ชายทั้งสองมาผูกที่เอวขวา สวมถุงเท้า รองเท้าสีขาว ส้นรองเท้าไม่สูงมากนัก

ในปี พ.ศ. 2460 เป็นสมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 สมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงเป็นผู้บัญชาการโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนพยาบาลด้วย ในระยะนั้นมีเชลยศึกอยู่ในประเทศไทยจำเป็นต้องส่งกลับไปอินเดีย เพราะฉะนั้นพยาบาลที่นุ่งโจงกระเบน ก็ต้องเปลี่ยนให้เป็นฟอร์ม ท่านได้กำหนดให้เป็นฟอร์มสีขาวแขนยาวแคศอก แต่วาระโปรงยาวเลยหัวเข่าลงไป สวมถุงเท้า รองเท้า ขณะเดินทางไปพร้อมกับเชลยเหล่านั้น พยาบาลได้รับคำสั่งให้สวมถุงเท้า รองเท้าดำ เพื่อไม่ให้สปรก พอกลับจากส่งเชลยศึกแล้วก็เปลี่ยนกลับมาเป็นถุงเท้าขาว รองเท้าขาวเหมือนเดิม ส่วนรองเท้านั้นเป็นรองเท้าผ้าใบเพื่อไม่ให้เดินส่งเสียงดังรบกวนคนไข้ แล้วก็ให้สวมหมวกด้วย โดยเป็นหมวกด้านหน้าเป็นกะบัง ข้างหลังเป็นจีบผูกตรงท้ายทอย

ต่อมาได้เริ่มปรับปรุงรูปแบบให้กระโปรงสั้นขึ้นแต่อยู่ได้เข้าพองาม เสื้อเป็นเสื้อแขนสั้นเหนือข้อศอก สวมหมวกทรงหม้อตาล เพราะข้างหน้าเป็นกะบัง ข้างหลังคล้ายหม้อตาล สวมถุงเท้า รองเท้าผ้าใบ ชุดนี้ใช้กันต่อมาจนถึงปี พ.ศ. 2462 มีการปรับปรุงชุดกันใหม่อีกโดยดูจากตำแหน่งการบริหารงาน ดังนี้ (1) ผู้ตรวจการหรือครูผู้สอน นุ่งโจงกระเบนแบบเดิม สวมเสื้อผ่าอกติดกระดุม 3 เม็ด สายคาดเอวมียกระดุม 2 เม็ด กระดุมสมัยก่อนเป็นกระดุมแบบโบราณ สวมหมวกทรงหม้อตาลอย่างเดิม แล้วก็ติดแถบสีดำ สวมถุงเท้า รองเท้าเหมือนอย่างเดิม (2) หัวหน้าพยาบาลผู้ควบคุมดูแลผู้ป่วยประจำตึก นุ่งกระโปรงแบบเดิม แต่ที่หมวกติดขีดสีดำเล็กๆ สองขีด เป็นผู้รับผิดชอบกิจการในแผนกและสั่งงาน (3) พยาบาลประจำตึกมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยหัวหน้าอีกทีหนึ่ง แต่งตัวเหมือนกันแต่ติดขีดสีดำเล็กขีดเดียว เป็นเครื่องหมายว่าสำเร็จการศึกษาแล้ว ส่วน (4) นักเรียนพยาบาล ชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ก็แต่งแบบเดียวกันไม่มีขีด (5) นักเรียนเตรียมพยาบาล สวมฟอร์มเหมือนกันแต่ไม่มีหมวก เป็นเตรียมพยาบาลซึ่งมีการเรียน 6 เดือน แล้วก็มีการสอบปฏิบัติว่ามีความรู้มากน้อยเพียงใดแค่ไหน สมควรจะสวมหมวกได้หรือยัง ต่อมา พ.ศ. 2473 เมื่อพยาบาลสำเร็จการศึกษาต้องรับประกาศนียบัตร สมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี ได้พระราชทานเข็มอักษรย่อ "สม" ให้ติดที่หน้าอกเสื้อด้านซ้าย เป็นเข็มสีเขียวมีมงกุฎกรอบทอง แล้วก็มิชื่อของโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ฯ ด้านหลังของเข็มเป็นชื่อของผู้ที่สำเร็จการศึกษา หมวกยังเป็นหมวกทรงหม้อตาลอยู่จนถึง ปี 2438 จึงเปลี่ยนมาใช้หมวกแบบสากล



ก.



ข.



ค.

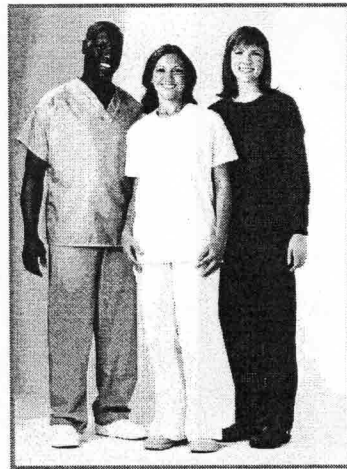
ภาพที่ 1.10 แสดงชุดพยาบาลไทยในยุคแรก(สุมาวลี หงส์ทอง, 2543)

- ก. นักเรียนพยาบาลปี 1 นุ่งโจงกระเบน สวมเสื้อคอกลมสีขาวแขนยาวแคศอก สวมรองเท้าแตะ
- ข. นักเรียนพยาบาลปี 2 เพิ่มอ้อมผูกผ้ากันเปื้อน
- ค. ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาล นุ่งโจงกระเบนผ้าลายหรือสีพื้นอ่อนๆ สวมเสื้อคอกลมสีขาวแขนยาวแคศอก หมวกใบเฉียงบนผ่าซ้าย สวมถุงเท้า รองเท้ามีสันสีขาว

ต่อมาในช่วง พ.ศ. 2468 – 2477 สมเด็จพระบรมราชชนกได้สนับสนุนให้ครูพยาบาลจากต่างประเทศมาช่วยปรับปรุงหลักสูตรให้ดีขึ้นเท่าเทียมกับของต่างประเทศ จึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบพยาบาลสำหรับ ผู้จบการศึกษาได้รับอนุปริญญาพยาบาลและมงครุภักดิ์ ส่วนรูปแบบสวมเวลารั้งติดคนไข้ก็เป็นที่โปรดขุดสีขาว เสื้อแขนสั้น กระโปรงมีกระเป๋าสองข้าง ผ่าอกติดกระดุม 3 เม็ด ติดเข็ม สม. มีสายคาดที่เอวติดกระดุม 1 เม็ด ส่วนหมวกก็เปลี่ยนเป็นแบบอย่างที่เห็นในปัจจุบัน เป็นผ้าสามแผ่นประกบกันติดอยู่หลังศีรษะ ซึ่งหมวกแบบนี้ใช้กันมาตั้งแต่ ปี 2483 มาจนถึงปัจจุบัน

ชุดพยาบาลในปัจจุบัน

วิวัฒนาการของชุดพยาบาลในต่างประเทศมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ในปัจจุบันชุดของ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ นั้นไม่แตกต่างกัน สามารถจำแนกได้ด้วยป้ายชื่อเท่านั้น โรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เจ้าหน้าที่ทุกคนสวมเครื่องแบบที่เรียกว่า "Scrub" โดยมีลักษณะเป็นกางเกงขายาวที่มีหูรูด เสื้อคอกลม หรือคอวี ตลอดเวลา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค (Sparrow, 1991; Walker & Donaldson, 1993; Irene, 1998)แพทย์จะสวมเสื้อกาวน์ทับ พยาบาลอาจสวมเสื้อคลุมแขนยาวได้ ส่วนในประเทศอังกฤษ พยาบาลยังคงนิยมสวมชุดพยาบาล แพทย์สวมชุดปกติหากไม่ได้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแต่ก็มีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงชุดพยาบาลเป็นแบบอเมริกามากขึ้น



ภาพที่ 1.11 แสดงชุดพยาบาลชาย – หญิงแบบ Scrub ในอเมริกา และชุดพยาบาลชาย – หญิงในประเทศไทย

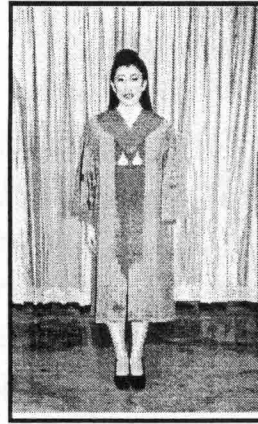
ในประเทศไทย พยาบาลหญิงในปัจจุบันจะสวมชุดปฏิบัติงานที่อาจเป็นชุดแบบกระโปรงและเสื้อแขนสั้น หรือเสื้อแขนสั้นและกางเกงขายาว ทั้งนี้เพื่อความคล่องตัว ในการปฏิบัติงาน รูปแบบอาจมีความแตกต่างกันบ้าง ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาล และยุคสมัยที่เปลี่ยนไป แต่สีขาวยังคงเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และสวมหมวกที่มีลักษณะเฉพาะตัวติดแถบกำมะหยี่สีดำ สำหรับชุดพยาบาลที่เป็นแขนยาว นิยมสวมใส่ในงานพิธีการ เช่น พิธีสำเร็จการศึกษา จากสถาบันการศึกษางานบางแห่ง งานพระราชพิธีต่างๆ วันพยาบาลแห่งชาติ เป็นต้น โดยจะสวมถุงน่องยาวสีขาวและรองเท้าสีขาว

ส่วนบุรุษพยาบาลจะสวมชุดสีขาวเช่นกัน โดยเป็นเสื้อและกางเกงแยกชิ้น กางเกงอาจเป็นสีขาวหรือสีดำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของสถานพยาบาล และไม่สวมหมวก ติดเข็มเครื่องหมายที่ปกเสื้อด้านซ้ายมือเหมือนกันทั้งพยาบาลชายและพยาบาลหญิง เพื่อแสดงว่าพยาบาลวิชาชีพนั้นสำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาใด

สำหรับเครื่องแบบเมื่อสำเร็จการศึกษา จะมีเครื่องแบบแตกต่างกันตามสถาบันซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ชุดพยาบาลแขนยาว ติดช่อดอกไม้ที่หน้าอก สวมถุงน่องสีขาว รองเท้าขาว 2) สวมครุยปริญญาของสถาบันที่สำเร็จการศึกษาทับชุดนักศึกษาติดกระดุมที่คอ รองเท้าดำ และ 3) ชุดพยาบาลปกติขาวสวมเสื้อคลุมทำด้วยผ้าสักหลาด (Cape) ด้านนอกสีน้ำเงิน ด้านในสีแดงสด เสื้อผ้าด้านหน้าเปิดพับชายด้านซ้ายไว้ที่ไหล่ซ้าย ติดช่อดอกไม้ที่อกซ้าย สวมถุงน่องสีขาว รองเท้าขาว



ก.



ข.



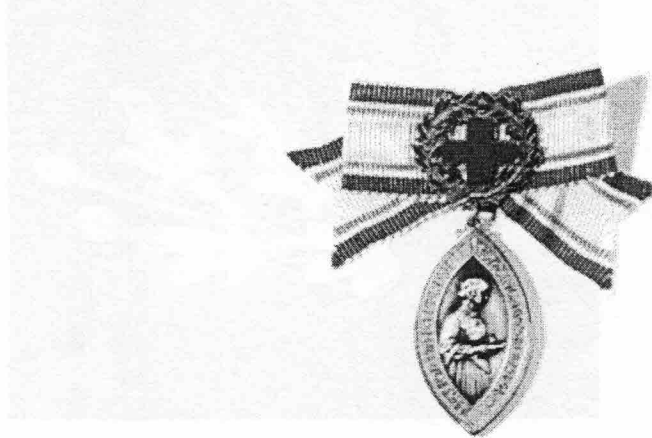
ค.

ภาพที่ 1.12 แสดงเครื่องแบบเมื่อสำเร็จการศึกษา

- ก. ชุดพยาบาลแขนยาว ติดช่อดอกไม้ที่หน้าอก สวมถุงน่องสีขาวยาว รองเท้าขาว
- ข. ครุยปริญญาของสถาบันที่สำเร็จการศึกษาทับชุดนักศึกษาติดกระดุมที่คอ รองเท้าดำ
- ค. ชุดพยาบาลแขนยาวสวมเสื้อคลุมทำด้วยผ้าสักหลาดติดช่อดอกไม้ที่อกซ้าย สวมถุงน่องสีขาวยาว รองเท้าขาว

3. เหรียญฟลอเรนซ์ ในดิงเกล

“เหรียญฟลอเรนซ์ ในดิงเกล” เป็นเหรียญซึ่งคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศจัดทำขึ้นเพื่อเป็นอนุสรณ์แก่มิสฟลอเรนซ์ ในดิงเกล เพื่อระลึกถึงคุณงามความดี และความเสียสละที่อุทิศตนในการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในยามสงบและสงคราม เป็นผู้วางรากฐานการพยาบาล และเป็นผู้ก่อกำเนิดวิชาชีพการพยาบาล เหรียญนี้สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศในปี พ.ศ.2455 โดยกำหนดการมอบทุก ๆ 2 ปี



ภาพที่ 1.13 เหรียญฟลอเรนซ์ ในดิงเกล

ที่มา: <http://www.redcross.org.uk/About-us/Who-we-are/Museum-and-archives/Collections/Medals-and-badges>

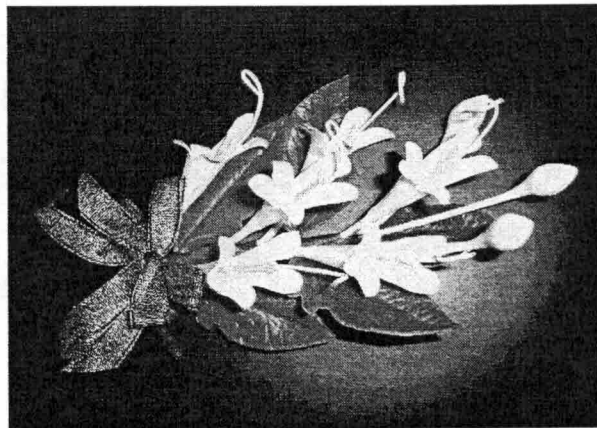
4. เพลง มาร์ชพยาบาล

ท่านผู้หญิงละเอียด พิบุลย์สงคราม ได้แต่งคำร้อง เพลงมาร์ชพยาบาล ซึ่งเนื้อหาของเพลงทำให้รู้ถึงจิตใจอันดีงามของผู้เป็นพยาบาลได้อย่างแท้จริง ดังนี้

"อันความกรุณาปราณี	จะมีใครบังคับก็หาไม่
หลังมาเองเหมือนฝนอันชื่นใจ	จากฟากฟ้าสุราลัยสู่แดนดิน
ขอความนี้องค์พระธีรราชเจ้า	โปรดเกล้าประทานให้ใจถวิล
รู้คุณค่าความกรุณาไว้อาจินต์	ดังวารินจากฟากฟ้าสู่สากล
อันพวกเราเหล่านักเรียนพยาบาล	ปณิธานอนุกุลเพิ่มพูนผล
เรียนวิชาการกรุณาช่วยปวงชน	ผู้เจ็บไข้ได้พ้นทุกข์ทรมาน
แม้โรคร้ายจักแพร่พิษถึงปอดชีพ	จะยึดหลักดวงประทีปคือสงสาร
ยอมเหนื่อยยากตรากตรำใจสำราญ	อุทิศงานเพื่อคนไข้ทั้งใจกาย"

5. ดอกปีบสัญลักษณ์พยาบาลไทย

ปีบ (*Millingtonia hortensis* Linn.f.) เป็นไม้ต้นขนาดกลาง ลำต้นตรง ผิวแตกเป็นเหลี่ยมต้น เรือนยอดเป็นพุ่มรี ใบเป็นใบประกอบแบบขนนก แยก 2 - 3 ครั้ง เรียงตรงข้าม ใบย่อยรูปไข่ปลายแหลม ขอบใบเรียบหรือหยักเล็กน้อยใบสีเขียวเข้ม ผิวใบมัน ช่อดอกเกิดที่ปลายกิ่ง มีขนาดใหญ่ แตกแขนงค่อนข้างโปร่ง ดอกสีขาวนวล หรืออมชมพูอ่อน ส่วนที่เป็นหลอดเรียวยาว 6-7 ซม. ปลายแยกเป็นห้าแฉก สามแฉกทางออกจากกัน อีกสองแฉกโคนชิดกัน ปลายเว้าลง ดอกบานกลางคืน มีกลิ่นหอมเย็น ตอนสายดอกร่วง ดอกในช่อทยอยบานเรื่อยๆ ราว 1 เดือนออกดอก ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนมีนาคม ผลเป็นฝักแบนยาว 20-25 ซม. เมล็ดแบนเป็นปีก ปลิวไปได้ไกล



ภาพที่ 1.14 ดอกปีบสัญลักษณ์พยาบาล

ที่มา: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.

สภาการพยาบาลได้กำหนดให้ใช้ "ดอกปีบ" เป็นสัญลักษณ์ของพยาบาลไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เนื่องจาก "ดอกปีบ" เป็นดอกไม้สีขาวที่มีกลิ่นหอม ต้นปีบเป็นไม้ยืนต้น ขึ้นได้ในที่ดิน-แห้งแล้ง ราก ลำต้น และดอก

ใช้เป็นสมุนไพรได้ เปรียบกับพยาบาลในชุดสีขาว ผู้พร้อมที่จะประกอบคุณงามความดี ประดุจกลิ่นหอมของดอกป๊อบ และพร้อมที่สร้างประโยชน์เช่นเดียวกับการเป็นสมุนไพรของ "ดอกป๊อบ" นั่นเอง (สภาการพยาบาล, 2553)

สรุป ในเนื้อหาส่วนนี้ได้กล่าวถึงอัตลักษณ์ของวิชาชีพในเชิงของสัญลักษณ์ ซึ่งประกอบด้วย หมวกพยาบาล เครื่องแบบพยาบาล เหยี่ยวฟลอเรนซ์ นิงดิงเกิล เพลงมาร์ชพยาบาล และดอกป๊อบซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของพยาบาลในประเทศไทยและอัตลักษณ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ บุคลิกลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งถือว่าเป็นอัตลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นตัวตนของวิชาชีพพยาบาล ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดอีกครั้งในบทที่ 2 ในส่วนของลักษณะงานพยาบาล



1.4 องค์การวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1.4.1 สภาการพยาบาล

- 1) ประวัติความเป็นมา
- 2) ตราสัญลักษณ์และความหมาย
- 3) วัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล
- 4) อำนาจหน้าที่ของสภาการพยาบาล
- 5) วิสัยทัศน์ของสภาการพยาบาล
- 6) พันธกิจของสภาการพยาบาล
- 7) การดำเนินงานกิจการของสภาการพยาบาล

เรื่องที่ 2 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

- 1) ประวัติสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
- 2) ตราสัญลักษณ์
- 3) จุดประสงค์ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
- 4) วิสัยทัศน์
- 5) พันธกิจ พ.ศ. 2551-2555

แนวคิด

องค์การวิชาชีพเป็นองค์กรหนึ่งในสังคมและมีวัตถุประสงค์เฉพาะที่แตกต่างไปจากองค์กรประเภทอื่นๆ โดยที่องค์การวิชาชีพจะมุ่งในเรื่องของสมาชิกวิชาชีพและสังคมเป็นพื้นฐานหลัก เพื่อสร้างสถานภาพทางสังคม ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจ จูงใจให้บุคคลเข้าสู่วิชาชีพ สร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้มีเกียรติในสังคม รวมทั้งสร้างพลังอำนาจของวิชาชีพ (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) และการมีองค์การวิชาชีพยังเป็นการบ่งบอกถึงสถานภาพของความเป็นวิชาชีพด้วย โดยทั่วไปองค์การวิชาชีพจะประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ องค์กรทางกฎหมายและองค์กรสนับสนุนที่ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบแล้ว นักศึกษาสามารถ

1. บอกประวัติความเป็นมาขององค์การวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง
2. อธิบายวัตถุประสงค์การทำงานขององค์การวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง
3. อธิบายบทบาทหน้าที่ความสำคัญขององค์การวิชาชีพต่อตนเองและต่อสังคมได้ถูกต้อง
4. มีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นสมาชิกขององค์การวิชาชีพ

1.4 องค์กรวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

องค์กรวิชาชีพเป็นองค์กรหนึ่งในสังคมและมีวัตถุประสงค์เฉพาะที่แตกต่างไปจากองค์กรประเภทอื่นๆ โดยที่องค์กรวิชาชีพจะมุ่งในเรื่องของสมาชิกวิชาชีพและสังคมเป็นพื้นฐานหลัก เพื่อสร้างสถานภาพทางสังคม ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจ จูงใจให้บุคคลเข้าสู่วิชาชีพ สร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้มีเกียรติในสังคม รวมทั้งสร้างพลังอำนาจของวิชาชีพ (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) และการมีองค์กรวิชาชีพยังเป็นการบ่งบอกถึงสถานภาพของความเป็นวิชาชีพด้วย โดยทั่วไปองค์กรวิชาชีพจะประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ องค์กรทางกฎหมายและองค์กรสนับสนุนที่ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย องค์กรทางกฎหมายทำหน้าที่ควบคุมโดยตรงโดยมีกฎหมายรองรับซึ่งเรียกว่า “พระราชบัญญัติ” มีการประกาศใช้และใช้บังคับให้บุคคลในวิชาชีพปฏิบัติตาม องค์กรประเภทนี้ ได้แก่ สภา (council) เช่น สภาการพยาบาล แพทยสภา เป็นต้น และอีกลักษณะคือองค์กรสนับสนุนที่ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย เป็นองค์กรวิชาชีพที่ทำหน้าที่ให้ความเห็นเสนอแนะในแง่มุมต่างๆ รวมทั้งด้านกฎหมาย อันจะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพและสมาชิก ได้แก่ สมาคม เช่น สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมศิษย์เก่ากระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีองค์กรการพยาบาลในระดับชาติอยู่ 2 องค์กรด้วยกัน คือ สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สภาการพยาบาล (The Thai Nursing Council)

1.1 ประวัติความเป็นมา

องค์กรวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พุทธศักราช 2528 ซึ่งได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม 102 ตอนที่ 120 วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2528 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2528

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฉบับแรกขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2514 เพื่อที่จะผลักดันให้มีองค์กรวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2518 ที่ประชุมของการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ได้มีมติให้เสนอกระทรวงสาธารณสุขให้ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลและสาขาการผดุงครรภ์ เพื่อแสดงความหมายและขอบเขตของพยาบาลและผดุงครรภ์ให้ชัดเจนและสมบูรณ์ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้เปลี่ยนแปลงไป และเสนอให้มีการจัดตั้งสภาการพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ควบคุมวิชาชีพนี้

พ.ศ. 2521 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นอีกคณะหนึ่งเพื่อจัดทำร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อจนแล้วเสร็จและนำเสนอเข้าสู่กระบวนการออกพระราชบัญญัติตามขั้นตอนนิติบัญญัติ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2528 ได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าให้ตราพระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ด้วยเหตุผลว่า “เนื่องจากในปัจจุบันการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาการพยาบาล และการผดุงครรภ์อยู่ในความควบคุมตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะทำหน้าที่ควบคุมทั้งการประกอบโรคศิลปะ แผนปัจจุบันในสาขาทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล การผดุง

ครุฑ ภายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์และการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณใน สาขาเวชกรรม เภสัชกรรม การ ผดุงครุฑ และในปัจจุบันมีผู้ประกอบโรคศิลปะแผน ปัจจุบันในสาขาการพยาบาลและการผดุงครุฑเป็นจำนวน มากสมควรแยกการควบคุมการประกอบโรคศิลปะโดยจัดตั้ง **“สภาการพยาบาล”** ขึ้น ประกอบด้วยผู้แทนส่วน ราชการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว และผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบ วิชาชีพด้วยกันเองเป็นกรรมการเพื่อความคล่องตัวในการทำหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมมาตรฐาน การประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครุฑโดยอิสระเหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น” พระราชบัญญัติดังกล่าวได้ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม 102 ตอน 120 วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2528 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2528

ในระยะเริ่มแรกของการจัดตั้งสภาการพยาบาล สภาการพยาบาลได้รับความอนุเคราะห์จากกระทรวง สาธารณสุข ให้ใช้พื้นที่ของหน่วยงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วังเทเวศร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ โดยการใช้พื้นที่ของ กองการประกอบโรคศิลปะ กองการพยาบาล และกองงานวิทยาลัยพยาบาล เป็นสถานที่ทำ การชั่วคราวของสำนักงานสภาการพยาบาล ตามลำดับ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้ย้ายที่ ทำการมายังจังหวัดนนทบุรี สภาการพยาบาลได้รับความอนุเคราะห์จากกระทรวงให้ใช้พื้นที่ อาคาร 6 ชั้น 7 สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ทำการของสภาการพยาบาลชั่วคราวและต่อมาได้จัดสรรที่ดินภายในบริเวณ กระทรวงสำหรับการก่อสร้างสภาวิชาชีพ สภาการพยาบาลจึงได้ดำเนินการ รณรงค์หาทุนสำหรับการก่อสร้างที่ ทำการถาวรของสภาการพยาบาลขึ้นและได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระราชทานนามอาคารว่า “อาคารนครินทร์ศรี” (นะ - คะ - ริน - ทะ - ระ - ศรี) และได้รับพระกรุณาจากสมเด็จพระ เจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เสด็จทรงวางศิลาฤกษ์อาคารนครินทร์ศรี เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2540

ในปี พ.ศ.2540 ได้มีการออกพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครุฑ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 เพื่อปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครุฑ พ.ศ. 2528 และได้ประกาศในราช กิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 75 ก เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2540 มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครุฑ ที่สำคัญหลายประการ ได้แก่การกำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาล ที่จะขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนั้นจะต้องสอบความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาล เป็นผู้กำหนด และการกำหนดอายุใบอนุญาตให้มีอายุ 5 ปี ทั้งพยาบาลและผดุงครุฑที่ขอขึ้นทะเบียนรับ ใบอนุญาตใหม่ รวมทั้งพยาบาลและผดุงครุฑรุ่นเก่าที่เคยมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หรือใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพฯ อยู่เดิม ที่ไม่ได้กำหนดวันหมดอายุเอาไว้

1.2 ตราสัญลักษณ์และความหมาย

ตราสัญลักษณ์มีลักษณะเป็นรูปวงกลม มีรูปตะเกียงอยู่บนฐานดอกบัว มีคำว่าสภาการพยาบาลเหนือตะเกียงในวงกลมและมีคำว่า “ พ.ศ. ๒๕๒๘ ” อยู่ที่ฐานดอกบัว โดยมีความหมาย ดังนี้

แท่นวงกลม หมายถึง การรวมพลังเป็นปึกแผ่นและความยุติธรรม
 ตะเกียงในดิงเกล หมายถึง ความเมตตา
 เปลวไฟ หมายถึง ความรุ่งโรจน์
 พ.ศ. 2528 หมายถึง ปี พ.ศ. ที่จัดตั้งสภาการพยาบาล



ภาพที่ 1.15 แสดงตรา
 สัญลักษณ์ของสภาการพยาบาล

1.3 วัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล (ราชกิจจานุเบกษา, 2540)

1.3.1 ควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.3.2 ส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัยและความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.3.3 ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก

1.3.4 ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษแก่ประชาชน และองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการพยาบาล การผดุงครรภ์ และการสาธารณสุข

1.3.5 ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล การผดุงครรภ์ และ การสาธารณสุข

1.3.6 เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทย

1.3.7 ผดุงความเป็นธรรมและส่งเสริมสวัสดิการให้สมาชิก

1.4 อำนาจหน้าที่ของสภาการพยาบาล (ราชกิจจานุเบกษา, 2540)

1.4.1 รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.4.2 สั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.4.3 ให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในระดับอุดมศึกษาของสถาบันการศึกษา ที่จะทำการสอนวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเสนอต่อทบวงมหาวิทยาลัย

1.4.4 รับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรของสถาบันที่จะทำการสอนวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.4.5 รับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสถาบันการศึกษาที่จะทำการฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.4.6 รับรองวิทยฐานะของสถาบันที่ทำการสอน และฝึกอบรมตาม ข้อ 1.4.4 และ ข้อ 1.4.5

1.4.5 รับรองปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา ประกาศนียบัตรหรือวุฒิปริญญาตรีในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถาบันต่างๆ

1.4.6 ออกหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิปริญญาตรีเกี่ยวกับความรู้ หรือความชำนาญเฉพาะทาง และหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.4.7 ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล

1.5 วิสัยทัศน์ของสภาการพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2550)

สภาการพยาบาลเป็นองค์กรวิชาชีพตามกฎหมาย มุ่งมั่นคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพและผู้ใช้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์พัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานของวิชาชีพทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำสังคมด้านสุขภาพ สร้างเสริมวิชาชีพให้มีความก้าวหน้าสู่สากลโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.6 พันธกิจของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, ม.ป.ป., <http://www.tnc.or.th:81/about/vission.html>)

1.6.1 คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค จากบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.6.2 พัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน ผู้ให้บริการและระบบบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.6.3 ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงความเป็นธรรม ความก้าวหน้า และภาวะผู้นำแก่มวลสมาชิก

1.6.4 ส่งเสริมการสร้างสรรค์ความรู้ การใช้และการเผยแพร่ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการการพยาบาล การผดุงครรภ์และคุณภาพการศึกษาในวิชาชีพ

1.7 การดำเนินกิจการของสภาการพยาบาล

1.7.1 คณะกรรมการสภาการพยาบาล

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 ตามมาตรา 14 ระบุว่าในการดำเนินกิจการของสภาการพยาบาลนั้นอยู่ในรูปของคณะกรรมการสภาการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย (1) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 5 คน (2) ผู้แทนกระทรวงกลาโหม 3 คน (3) ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย 1 คน (4) ผู้แทนทบวงมหาวิทยาลัย 4 คน (5) ผู้แทนกรุงเทพมหานคร 1 คน (6) ผู้แทนสภาวิชาชีพ 1 คน (7) นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (8) สมาชิกสามัญสภาการพยาบาลอีก 16 คนซึ่งได้รับเลือกตั้งโดยสมาชิกสามัญของสภาการพยาบาล เป็นกรรมการ และให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการสภาการพยาบาลมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปีและอาจได้รับแต่งตั้งหรือรับเลือกตั้งใหม่ได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองคราวติดต่อกันไม่ได้

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสภาการพยาบาล มีดังต่อไปนี้

(1) บริหารกิจการสภาการพยาบาลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดตามมาตรา 7

(2) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจริยธรรม คณะอนุกรรมการสอบสวนและคณะอนุกรรมการอื่นเพื่อทำ กิจการ หรือพิจารณา เรื่องต่างๆ อันอยู่ในขอบเขตแห่งวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล

(3) ออกข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย

(ก) การเป็นสมาชิก

(ข) การกำหนดโรคตามมาตรา 11(1) (จ)

- (ค) การกำหนดค่าจดทะเบียนสมาชิกสามัญ ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียมอื่น
- (ง) การเลือกและการเลือกตั้งกรรมการและการแต่งตั้งกรรมการที่ปรึกษาตามมาตรา 17
- (จ) หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตแบบ และประเภทใบอนุญาต
- (ฉ) หลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติ หรืออนุมัติเกี่ยวกับความรู้หรือความชำนาญ เฉพาะทาง และหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- (ช) ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- (ซ) การรักษาราชการแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- (ฌ) การประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ
- (ญ) หลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- (ฎ) หลักเกณฑ์ว่าด้วยการสอบความรู้ตามอำนาจหน้าที่ของสภาการพยาบาล
- (ฏ) หลักเกณฑ์ว่าด้วยการสืบสวนหรือสอบสวนในกรณีที่มีการกล่าวหาหรือกล่าวโทษ ว่า มีผู้ประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- (ฐ) เรื่องอื่นๆ ที่อยู่ภายในวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาลหรืออยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสภาการพยาบาลตามกฎหมายอื่น

1.4.2 สมาชิกสภาการพยาบาล ประกอบด้วยสมาชิกสองประเภท คือ สมาชิกสามัญ และสมาชิก กิตติมศักดิ์ โดย

(1) **สมาชิกสามัญ** ได้แก่ ผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (ก) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
- (ข) มีความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์โดยได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร เทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตรในสาขาการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ สภาการพยาบาลรับรอง
- (ค) ไม่เป็นผู้ประพฤติเสียหาย ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ แห่งวิชาชีพ
- (ง) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายให้จำคุกใน คดีที่คณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- (จ) ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการ พยาบาล

(2) **สมาชิกกิตติมศักดิ์** ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งสภาการพยาบาลเชิญให้เป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์

2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (The Nurse Association of Thailand)

2.1 ประวัติสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เดิมชื่อ “สมาคมนางพยาบาลแห่งกรุงสยาม” โดยความดำริของ พลตรี พระยาดำรงแพทยาคณ (ชื่น พุทธิแพทย์) ผู้อำนวยการกองบรรเทาทุกข์สภากาชาดสยามในขณะนั้น (ปัจจุบันคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) พิจารณาเห็นความสำคัญของการมีสมาคมพยาบาลขึ้นในประเทศไทย จึงได้เชิญพยาบาล ชั้นหัวหน้า จากโรงพยาบาลศิริราช และสภากาชาดสยาม มาประชุมหารือ เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2469 และให้การสนับสนุนเต็มที่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยจึงกำเนิดขึ้น และจดทะเบียน ก่อตั้งเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2470 โดยมี หม่อมเจ้าหญิง มณฑาทิพย์ กมลลาศน์ เป็นนายกสมาคมนางพยาบาลพระองค์แรก (พ.ศ. 2470-2474) โดยมี ความมุ่งหมายของการจัดตั้งสมาคมในขณะนั้น คือ

- (1) เพื่อความสามัคคีระหว่างนางพยาบาลทั่วไป
- (2) แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อบำรุงการอาชีพในการพยาบาลให้ดีขึ้น
- (3) ช่วยเหลือเพื่อนนางพยาบาลในทางประกอบอาชีพ และบำรุงวิชาความรู้
- (4) เพื่อทำฐานะนางพยาบาลให้เด่นชัด สำหรับเป็นทางชักนำให้เพื่อนสตรีไทยทั้งหลายนิยมวิชาการพยาบาลมากขึ้น
- (5) เพื่อเป็นเกียรติยศแห่งชาติไทยว่า “สตรีไทยก็สามารถตั้งสมาคมเพื่อบำรุงวิชาของตนได้ มิให้น้อยหน้าสตรีชาติอื่นๆ ซึ่งโดยมากเขามีสมาคมกันแล้ว”

ต่อมาในปี พ.ศ. 2504 ได้เข้าเป็นสมาชิกสหภาพพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) เพื่อให้มีการติดต่อประสานสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับสมาคมพยาบาล และได้มีการจัดให้มีสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคต่างๆ เพราะสมาชิกของสมาคมฯ สาขาภาคต่างๆ เป็นสมาชิกของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยอยู่แล้ว

2.2 ตราสัญลักษณ์

สมเด็จพระเจ้าฟ้ามงกุฎทรงพระกรุณา ออกแบบตราสมาคมพยาบาลแห่งกรุงสยาม เป็นรูปดาวแฉกสีทอง มีตัวอักษร “สมาคมนางพยาบาลแห่งกรุงสยาม” ตรงกลางมีรูปช้าง 3 เศียร ต่อมาในปี พ.ศ. 2500 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย”



ภาพที่ 1.16 แสดงตราสัญลักษณ์ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

2.3 จุดประสงค์ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

- 2.3.1 เป็นศูนย์กลางรวมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล
- 2.3.2 ส่งเสริมความสามัคคี จริยธรรมและมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

- 2.3.3 ส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าทางวิชาชีพโดยสนับสนุนการศึกษา การวิจัยและเผยแพร่ความรู้
- 2.3.4 ช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาอันเป็นอุปสรรคต่อความเจริญทางวิชาชีพ
- 2.3.5 ช่วยเหลือในการที่จะสร้างเสริมและผดุงไว้ซึ่งสวัสดิภาพ สุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่อันดีของสังคม
- 2.3.6 ช่วยเหลือสมาชิกในด้านสวัสดิการตามที่กำหนดไว้
- 2.4.7 เป็นตัวแทนสมาชิกในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ

2.4 วิสัยทัศน์

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันสมาคมมีวิสัยทัศน์ขององค์กรคือ เป็นองค์กรนาระดับสากลในการพัฒนาวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์สู่ความเป็นเลิศ มุ่งชี้นำสังคมด้านสุขภาพ และเป็นองค์กรหลักในการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพ

2.5 พันธกิจ พ.ศ. 2551-2555

- 2.5.1 พัฒนาคุณภาพ มาตรฐานการพยาบาล สู่ความเป็นเลิศ
- 2.5.2 พัฒนาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 2.5.3 เป็นศูนย์รวมเครือข่ายของสมาคม/ชมรม วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อความร่วมมือในการพัฒนาวิชาชีพ
- 2.5.4 เป็นเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาชีพกับองค์กรต่างๆระดับชาติและนานาชาติเพื่อสุขภาพของประชาชน
- 2.5.5 เป็นศูนย์รวมของสมาชิกและเสริมสร้างความสามัคคีของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 2.5.6 เสริมสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้เป็นที่ประจักษ์แก่สังคม
- 2.5.7 พิตักษ์สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกพึงได้รับ ในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 2.5.8 จัดให้มีสวัสดิการแก่สมาชิก
- 2.5.9 การสร้างความเข้มแข็งด้านทรัพยากรให้สามารถปฏิบัติการกิจของสมาคมฯได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป ความเป็นวิชาชีพของการพยาบาลนั้นสามารถแสดงออกอย่างชัดเจนในขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ มีองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของทฤษฎีทางการพยาบาล สำหรับองค์กรวิชาชีพพยาบาลนั้นนับว่าเป็นเครื่องยืนยันให้ประชาชนผู้รับบริการมีความมั่นใจและรับรู้ถึงสิทธิรวมทั้งคุ้มครองการปฏิบัติของพยาบาลและยังเป็นการสร้างพลังของวิชาชีพนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพอย่างป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในความเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์อีกด้วย

บรรณานุกรม

- เกรียงไกร วิศวามิตร. (2550). **สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอเจ้าฟ้าศรีราชกกุฎภัณฑ์ พระโอรสใน พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ**, OK Nation, วันที่ อาทิตย์ กันยายน 2550
[<http://www.oknation.net/blog/print.php?id=107204>]
- ราชกิจจานุเบกษา. (2540). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540**, เล่ม 114 ตอนที่ 75ก วันที่ 23 ธันวาคม 2540.
- รัชนี สีดา. (บรรณาธิการ). (2552). **แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550-2559**. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์
- พิณพากย์พิทยาภท, คุณหญิง. (ผู้แปล). (2519). **ประวัติการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2550). **แผนพัฒนาสภากาพยาบาล 2549 – 2554**. กรุงเทพฯ: สภากาพยาบาล.
- วิเชียร ทวีลาภ. (2550). **ประวัติและวิวัฒนาการการพยาบาลในประเทศไทย (พ.ศ. 2439 – พ.ศ. 2530)**. กรุงเทพฯ: วัฒนกิจพานิชย์.
- วันดี สันติภูมิเมธี. (2545). **กระบวนการสร้างอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของชาวไทยใหญ่ชายแดนไทย-พม่า กรณีศึกษา หมู่บ้านเปียงหลวง อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่**. *วารสารสังคมศาสตร์*. 15(1): 219 -248.
- ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (2547). **วาทกรรมอัตลักษณ์**. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์. สภากาพยาบาล. (ม.ป.ป.). **พันธกิจของสภากาพยาบาล**. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2553 จาก <http://www.tnc.or.th/nurse-day/21oct.html>
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). **ดอกปีป**. สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2554 จาก <http://www.thainurse.org/images/SA401429-3.jpg>.
- สายสวาท เม่าพงษ์. (บรรณาธิการ). (2542). **พัฒนาการพยาบาล**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ.
- สุมาวลี หงส์ทอง. (2543). **ย้อนยุคเครื่องแบบสีขาวกับนางสาวปรียา รามณรงค์**. *สกุลไทยรายสัปดาห์*. 47 (2406) (อังคารที่ 28 พฤศจิกายน 2543):
<http://www.sakulthai.com/DSakulcolumnndetail.asp?stcolumnid=301&stissueid=2406&stcolcatid=1&stauthorid=49>
- สุริชัย หวันแก้ว. (2545). **การพัฒนาที่ยั่งยืนในกระแสโลกาภิวัตน์กับทิศทางประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาการพัฒนาสังคม คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2550). **การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ช้างเผือก.
- Bloy,M. (2010). Florence Nightingale (1820 – 1910). www.victorianweb.org/history/crimea/forrie.html
- Bloy,M. (2010). Santa Filomena Henry Wadsworth Longfellow: 1857. www.victorianweb.org/history/crimea/filomena.html
- Chitty, K.K. (2001). **Professional nursing: Concept & Challenges**. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Comp.
- Irene, C. (1998). Bacterial contamination of nurses' uniforms: A study. *Nursing Standard* 13(1) (Sep 23-Sep 29): 37-42.

Sparrow, S. (1991). An exploration of the role of the nurse's uniform through a period of non-uniform wear on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*. 16: 116-122.

Walker, A., Donaldson, B. (1993). Dressing for protection. *Nursing Times*. 89 (2): 60-62.

ดูกดตาเสี่ยกบาล. (2544). สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2554 จาก <http://www.gungold.com/forums/index.php?topic=10352.0>

Miss Florence Nightingale. (2011). Retrieved in 31 January 2011 from http://www.insidesuccessradio.com/images/people/Nightingale-Florence_Nightingale%20copy.jpg.



บทที่ 2

แนวคิดหลักของการพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

ตอนที่ 1 ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล

- 1.1 ลักษณะงานพยาบาล
- 1.2 จรรยาบรรณวิชาชีพ
- 1.3 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการพยาบาล

- 2.1 ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย
- 2.2 การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
- 2.3 การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 2.4 การพยาบาลระดับประคอง

แนวคิด

1. ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ เป็นวิชาชีพที่ต้องได้รับการศึกษาหรือฝึกฝน มีค่านิยมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีอิสระในการทำงานและมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Chitty, 2001) และมีเอกสิทธิ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายที่ได้รับความเชื่อถือ ดังนั้น วิชาชีพพยาบาล จึงหมายถึง วิชาชีพที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในภาพที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ทำการรักษาโรค ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางการพยาบาลในการปฏิบัติงาน (Ellis & Hartley, 2002)

2. ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการพยาบาล ภาวะสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมต่อสิ่งแวดล้อม ความสามารถอันนั้นได้แก่ ปฏิกริยาตอบสนอง (human response) และการปรับตัวของบุคคล (Human adaptation) ภาวะสุขภาพจึงเป็นความต้องการสูงสุดของบุคคล สุขภาพดีจะช่วยให้กระบวนการเจริญเติบโต พัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นไปได้อย่างดี บุคคลจึงต้องมีการเรียนรู้และดูแลตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพดีอยู่ตลอดเวลาโดยการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมและสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง ส่วนความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาบทที่ 2 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วย

2.1 ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล

โครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 ลักษณะงานพยาบาล

- 1) นิยามศัพท์เกี่ยวข้อง
- 2) คุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล
- 3) สมรรถนะวิชาชีพพยาบาล

เรื่องที่ 2 จรรยาบรรณวิชาชีพ

เรื่องที่ 3 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ
- 2) สิทธิมนุษยชน
- 3) สิทธิของผู้ป่วย
- 4) บทบาทพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

แนวคิด

1. ลักษณะงานพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมองค์ประกอบของงานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาพยาบาล และการช่วยฟื้นฟูสภาพ ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ผู้รับบริการมุ่งหวังที่จะได้รับการตอบสนองของความต้อการที่มีคุณภาพ ซึ่งในทีมสุขภาพนั้นวิชาชีพพยาบาลนับเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือรวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจในลักษณะงานของพยาบาลที่ชัดเจนพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนิยามที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการประกอบวิชาชีพ คุณลักษณะของพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาล

2. จรรยาบรรณวิชาชีพ จรรยาบรรณวิชาชีพถือเป็นเอกภาพของวิชาชีพที่ครอบคลุมการปฏิบัติหน้าที่ทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลในทุกด้าน ทุกสถานที่และทุกตำแหน่งหน้าที่ การประกาศจรรยาบรรณวิชาชีพจึงเป็นการแสดงออกในความรับผิดชอบทางจริยธรรมของพยาบาลและเป็นหลักในการประกอบวิชาชีพให้มีมาตรฐานเดียวกัน และยังเป็นการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้รับบริการและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทราบถึงจรรยาบรรณที่พยาบาลยึดถือในการประกอบวิชาชีพและแสดงถึงความมุ่งมั่นของพยาบาลในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งเปรียบประดุจเครื่องมือประเมินผลพฤติกรรมของพยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพโดยผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้สำหรับการประเมินผลตนเอง (กนกพร หมูพยัคฆ์, 2547)

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สำหรับมนุษย์ทุกคนต่างต้องการที่จะมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แม้แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพในทุกๆ ระดับ บุคคลและครอบครัวต่างต้องการการปฏิบัติที่อย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี ความเป็นบุคคล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจึงนับว่าเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถที่จะช่วยรับรองและคุ้มครองผู้รับบริการหรือเป็นการรักษาผลประโยชน์ รวมทั้งช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความมีคุณค่าแห่งตนได้ และถือเป็นจริยธรรมของพยาบาล (Reid, 1995) ที่ควรปฏิบัติแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค ในส่วนนี้จะได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิพลสังเขป สิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้ป่วยและบทบาทพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 2.1 แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. บอกนิยามที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลได้ถูกต้อง
2. อธิบายคุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง
3. อธิบายถึงสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาลในแต่ละด้านได้ถูกต้อง
4. เข้าใจและตระหนักในจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาล
5. เข้าใจและตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วย
6. อธิบายบทบาทพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยได้ถูกต้อง



2.1 ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ เป็นวิชาชีพที่ต้องได้รับการศึกษาหรือฝึกฝน มีค่านิยมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีอิสระในการทำงานและมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Chitty, 2001) และมีเอกลักษณ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายที่ได้รับความเชื่อถือ ดังนั้นวิชาชีพพยาบาล จึงหมายถึง วิชาชีพที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในภาพที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ทำการรักษาโรค ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางการพยาบาลในการปฏิบัติงาน (Ellis & Hartley, 2002)

1. ลักษณะงานพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมองค์ประกอบของงานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาพยาบาล และการช่วยฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ผู้รับบริการมุ่งหวังที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการที่มีคุณภาพ ซึ่งในทีมสุขภาพนั้นวิชาชีพพยาบาลนับเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจในลักษณะงานของพยาบาลที่ชัดเจนพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนิยามที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการประกอบวิชาชีพ คุณลักษณะของพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 นิยามศัพท์เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 มาตราที่ 4 แห่ง ได้กำหนดความหมายการพยาบาล และการผดุงครรภ์ไว้ดังนี้

1.1.1 "การพยาบาล" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

1.1.2 "การประกอบวิชาชีพการพยาบาล" หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกระทำการต่อไปนี้

- (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลูกลามของโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ
- (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- (4) ช่วยเหลือแพทย์ทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสุขภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

1.1.3 “ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล

1.1.4 “การผดุงครรภ์” หมายความว่า การกระทำเกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์

1.1.5 “การประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์” หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การผดุงครรภ์ต่อหญิงมีครรภ์หญิงหลังคลอด ทารกแรกเกิดและครอบครัว โดยการกระทำดังต่อไปนี้

- (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
- (3) การตรวจ การทำคลอด และการวางแผนครอบครัว
- (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์ในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

1.1.6 “ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

1.2 คุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล

จากความหมายข้างต้น สภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, ม.ป.ป., <http://www.tnc.or.th:81/law/page-2.html>) ได้สรุปคุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลไว้ ดังนี้

(1) เป็นการบริการแก่สังคม ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้มนุษย์ดำรงรักษาสุขภาพอนามัยที่ดี และความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม ซึ่งต้องอาศัยทั้งหลักศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติงาน และความรับผิดชอบต่อตนเองและวิชาชีพ

(2) เป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง และเป็นการปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น กระบวนการพยาบาลจึงเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการที่จะรวบรวมปัญหา เฝ้าดูปัญหาและแก้ไข โดยพื้นฐานความเข้าใจในลักษณะของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน

(3) เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย / ประชาชน / ชุมชน ดังนั้นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติ คือ การเข้าไปสัมผัสรับรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ รวมทั้งวัฒนธรรมของชุมชน สังคม ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในหลายๆ ด้านเพื่อให้เข้าถึงสิ่งเหล่านี้ และมีส่วนร่วมในการทำงาน ออกความเห็นและการตัดสินใจ มีความคิดสร้างสรรค์ รับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

(4) มีความเป็นอิสระควบคุมนโยบายและกิจกรรมการปฏิบัติของตนได้

(5) มีองค์ความรู้ของวิชาชีพตนเอง มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการวิจัยอย่างเป็นระบบ

(6) ผู้ประกอบวิชาชีพยึดถือปฏิบัติกรบริการด้วยจิตวิญญาณ ด้วยความเอื้ออาทร รับผิดชอบต่อตนเอง งานและวิชาชีพ มีการควบคุมลักษณะของการปฏิบัติอยู่เสมอ

(7) มีจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นแนวทางการพิจารณาตัดสินใจและการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ

(8) มีองค์ความรู้ที่ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนามาตรฐานวิชาชีพและการประกอบวิชาชีพ

1.3 สมรรถนะวิชาชีพพยาบาล

สมรรถนะ (Competency) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากผลรวมของความสามารถด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ ความชำนาญ แรงจูงใจและคุณลักษณะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จ (มาริสซา ไกรฤกษ์, 2549) หรือคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่ทำให้บุคลากรในองค์กรปฏิบัติงานได้ผลงานที่โดดเด่นกว่าคนอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่หลากหลายและได้ผลงานดีกว่าผู้อื่น ดังนั้นสมรรถนะวิชาชีพพยาบาล จึงหมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกถึงความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวกับความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ตลอดจนบุคลิกลักษณะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของสังคม (นารี แซ่อึ้ง, 2543; รัชตวรรณ ศรีตระกูล, 2549) ตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้และผู้รับบริการปลอดภัย (สุดารักษ์ ประสาร, 2548) และต้องอาศัยช่วงเวลาเพื่อเรียนรู้ และสั่งสมประสบการณ์ จนสามารถพัฒนาทักษะความชำนาญในการทำงานให้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จากพยาบาลจบใหม่ที่สามารเรียนรู้งานในระดับง่ายไม่ยุ่งยากไปสู่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (novice to expert) (Bruner, 1984)

1.3.1 ประเภทของสมรรถนะ

Mc Clelland (1981 อ้างถึงใน รุจิวรรณ ยมศรีเคน, 2550) ได้จำแนกประเภทสมรรถนะไว้ ดังนี้

1) สมรรถนะหลัก (Core competency) เป็นสมรรถนะหลักของทุกองค์กรที่หน่วยงานต้องถือเป็นรูปแบบเดียวกันเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร

2) สมรรถนะวิชาชีพ (Professional competency) เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพซึ่งจะกำหนดไว้ในแต่ละวิชาชีพว่าบุคคลในวิชาชีพนี้ควรมีสมรรถนะหรือคุณลักษณะอย่างไร

3) สมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical competency) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานตามลักษณะเฉพาะแต่ละกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล มีกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นในวิชาชีพ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550, <http://www.dms.moph.go.th>) ได้แบ่งประเภทสมรรถนะไว้ ดังนี้

1) สมรรถนะขององค์กร (Organization competency) ซึ่งจะได้บ่งบอกได้ว่า องค์กรควรมีทิศทาง การดำเนินงานหรือยุทธศาสตร์ไปในทิศทางใด สมรรถนะขององค์กร หมายถึง กลยุทธ์และความได้เปรียบขององค์กรในการแข่งขันซึ่งการกำหนดสมรรถนะขององค์กรจะต้องมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมค่านิยมขององค์กรและสมรรถนะขององค์กรจะต้องมีลักษณะเป็นตัวผลักดันให้วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร ยุทธศาสตร์ขององค์กรประสบความสำเร็จ

2) สมรรถนะหลัก (Core competency) บางองค์กรอาจเรียกว่า สมรรถนะทั่วไป (General competency) หมายถึง คุณลักษณะ (ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม) ที่ทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องมีเพื่อที่จะทำให้องค์กรสามารถดำเนินการได้สำเร็จลุล่วงตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายแผนงานและโครงการต่างๆ ขององค์กร

3) สมรรถนะตามสายวิชาชีพ (Functional competency) หมายถึง คุณลักษณะที่บุคคลในแต่ละสายวิชาชีพจำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จซึ่งจะมีสมรรถนะที่แตกต่างกันไปตาม

หน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งแบ่งออกได้อีกเป็น สมรรถนะร่วมของทุกตำแหน่งในกลุ่มงาน (Common functional competency) และสมรรถนะเฉพาะตำแหน่งในกลุ่มงาน (Specific functional competency)

4) สมรรถนะด้านบริหารจัดการ (Managerial competency) หมายถึง คุณลักษณะที่บุคคลผู้ดำรงตำแหน่งทางด้านการบริหารขององค์กรจำเป็นต้องมี สมรรถนะประเภทนี้จะสะท้อนถึงความหวังขององค์กรที่มีต่อผู้บริหารระดับต่างๆ

1.3.2 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

สภาการพยาบาล (2553) แบ่งสมรรถนะของพยาบาลได้หลายระดับตามความยากง่าย ความซับซ้อนของปัญหาของผู้ใช้บริการ และสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาล โดยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คือ ความรู้ ความสามารถและเจตคติของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ที่จะทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามขอบเขตของวิชาชีพอย่างปลอดภัย มีความรับผิดชอบ เป็นผู้ร่วมงานที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป แบ่งเป็น 8 ด้าน ดังนี้

1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย ประกอบด้วย

- 1.1) ตระหนักในคุณค่าที่ตนเองยึดถือและไม่ใช้คุณค่าของตนเองในการตัดสินความถูกผิดของผู้อื่น
- 1.2) ตระหนักในข้อจำกัดของสมรรถนะของตนเอง ไม่เสี่ยงในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้ใช้บริการและปรึกษาผู้รู้อย่างเหมาะสม
- 1.3) แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลของตน (accountability)
- 1.4) ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการได้รับรู้และเข้าใจในสิทธิของตนเอง
- 1.5) ดำเนินการอย่างเหมาะสมในการปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิหรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักจริยธรรม
- 1.6) วิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและดำเนินการได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรม
- 1.7) ปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกซึ่งความเมตตา กรุณาบนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย

- 2.1) ความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล
 - ประเมินสภาพผู้ใช้บริการโดยใช้เทคนิควิธีการประเมินสภาพที่เหมาะสมกับบุคคล วัฒนธรรม ภาวะสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม
 - ประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคม วัฒนธรรม
 - วิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักการวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน

- วางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้ข้อมูล ความรู้เชิงประจักษ์ กำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ที่ชัดเจน ผู้ให้บริการ/ครอบครัว/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม
- ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาล โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เทคนิควิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เหมาะสมกับผู้ให้บริการและครอบครัว
- ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับเป้าหมาย/ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะเวลาที่เหมาะสม ตั้งแต่ผู้ให้บริการอยู่ในความดูแล จนกระทั่งการปฏิบัติการพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์หรือผู้ให้บริการสามารถดูแลตนเองได้
- บันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบันตามกระบวนการพยาบาล

2.2) ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

- ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลแต่ละวัยและครอบครัวโดยใช้กลวิธีที่เหมาะสม รวมทั้งประเมินความเสี่ยงและวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพบุคคลและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
- ใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพ หลักการทางสุขศึกษา หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ
- ให้ภูมิคุ้มกันตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- ให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูและส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปกติ ค้นหาปัญหาและกระตุ้นพัฒนาการเด็กและส่งต่อตามความจำเป็น
- ประเมิน วินิจฉัย ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชนโดยใช้เทคนิควิธีที่เหมาะสมและใช้กลวิธีการดำเนินการในชุมชน ในการสร้างความเข้มแข็งและสร้างความร่วมมือของชุมชน เพื่อดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและสร้างกิจกรรมเสริมสุขภาพ
- วิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน
- จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วยแก่ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน

2.3) ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง

- ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยง ความสามารถในการดูแลตนเอง วินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ชุกเฉิน วิกฤติ และเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย
- ใช้หลักการและเทคโนโลยีการบำบัดทางการพยาบาลในการจัดการอาการ การดูแลความสุขสบาย การเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การลุกลามของโรค

และความพิการ รวมทั้งการส่งเสริมการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ใช้บริการ

- ใช้หลักการดูแลต่อเนื่อง หลักการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและครอบครัวในการดูแลตนเองได้
- ใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- วิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการดูแลผู้ให้บริการที่มีความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.4) ความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์

- ใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลหญิงและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอดและทารกแรกเกิด ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพตามบริบทของผู้ใช้บริการ
- รับฝากครรภ์ คัดกรองภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม
- ทำคลอดปกติได้ รู้วิธีการตัดและซ่อมแซมฝีเย็บและส่งต่อตามความจำเป็น
- ช่วยเหลือแพทย์ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ
- ให้บริการวางแผนครอบครัวตามขอบเขตวิชาชีพ
- สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเตรียมพร้อมในการมีครอบครัว การเตรียมเป็นบิดา มารดา การตั้งครรภ์ การคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด
- สร้างเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดา มารดา ทารกและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

2.5) ความรู้ความสามารถในหลักการและเทคนิคและทักษะการปฏิบัติการทั่วไป

- การปฏิบัติหัตถการตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550
- ทักษะและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ประกอบด้วย

3.1) บุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ

- มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือในฐานะพยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ
- ซื่อสัตย์ มีความรับผิดชอบ มีวินัยในตนเองและรักษาเวลา
- มีความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์และการใช้วิจารณญาณทางคลินิก
- มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์และได้逞ด้วยเหตุผล
- มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแสดงออกถึงความพยายามในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง

- มีพฤติกรรมบริการโดยแสดงออกซึ่งความเต็มใจ ความกระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ
- มีความไวทางวัฒนธรรมและแสดงออกอย่างเหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคล วัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน
- ตระหนักในสิทธิและหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ปกป้องสิทธิที่ควรได้รับและรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในฐานะพยาบาลทั่วไป

3.2) การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

- วิเคราะห์และประเมินตนเองเพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพัฒนาตนเอง
- แสวงหาโอกาสการพัฒนาตนเองในรูปแบบที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง
- ใฝ่รู้ ศึกษาหาความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ที่เกี่ยวข้องและนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางานที่รับผิดชอบ

3.3) การมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและให้บริการ

- แสดงออกถึงความภูมิใจในวิชาชีพ
- เป็นสมาชิกองค์กรวิชาชีพ สนับสนุนให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ
- มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพการดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพ
- รักษาประโยชน์ของส่วนรวม องค์กรและวิชาชีพ

4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย

4.1) ภาวะผู้นำ

- มีคุณลักษณะของผู้นำ ทักษะการนำในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม
- สามารถให้เหตุผลเพื่อโน้มน้าวให้ผู้อื่นมีความคิดคล้อยตามได้
- สามารถจูงใจ เสริมแรงและสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน
- มีความกล้าในการตัดสินใจเพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการและองค์กรได้
- แสวงหาการสนับสนุนความร่วมมือในการปฏิบัติงานได้
- เจรจาต่อรองด้วยเหตุผลและประโยชน์ร่วมกันในสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อนได้
- มีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขององค์กร

4.2) การบริหารจัดการและการพัฒนาภาวะผู้นำ

- มีความรู้และสามารถบริหารจัดการงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- กำหนดเป้าหมายงานที่ได้รับมอบหมาย จัดลำดับความสำคัญและวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และทรัพยากร
- ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานของตนและหาแนวทางในการพัฒนางานให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
- มีความรู้ มีเจตคติที่ดี มีความสามารถในการพัฒนาคุณภาพและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลและของหน่วยงาน

- สามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูลความรู้และวิธีการที่เหมาะสม

4.3) การทำงานเป็นทีม

- มีความรู้ในหลักการทำงานและการสร้างทีมงาน
- สามารถปฏิบัติงานในฐานะสมาชิกทีมการพยาบาล/ทีมสหวิชาชีพ และองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยการให้ข้อมูล ความรู้ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน
- ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าทีมการพยาบาล/หัวหน้าเวร/หัวหน้าโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการวิเคราะห์งาน มอบหมายงานปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม/หัวหน้าเวร/หัวหน้าโครงการ ในการประชุมปรึกษา การติดตามการปฏิบัติงานของสมาชิกทีม การประเมินผลการปฏิบัติการและให้ข้อชี้แนะเพื่อการป้องกันปัญหาในการปฏิบัติงาน
- ร่วมรับผิดชอบการทำงานเป็นทีมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4.4) การใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- จัดหาและจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้เพียงพอพร้อมใช้
- ใช้วัสดุอุปกรณ์ให้ตรงตามวัตถุประสงค์และหลักวิชาการตามความจำเป็นและอย่างคุ้มค่า รวมทั้งป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น
- ประยุกต์ใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงต้นทุนและการเพิ่มมูลค่าในการปฏิบัติการพยาบาล

5) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย ประกอบด้วย

- 5.1) ตระหนักในสิ่งที่ตนไม่รู้และมีคำถามที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การแสวงหาความรู้
- 5.2) สืบค้นความรู้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม สรุปประเด็นความรู้จากตำรา บทความวิชาการ และจากงานวิจัยที่ไม่ซับซ้อนและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้
- 5.3) สรุปประเด็นความรู้จากประสบการณ์ของตนเองได้และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นเข้าใจได้
- 5.4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ในการปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงาน ผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนางาน และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานได้
- 5.5) ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ หน่วยงานและสังคมโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ถูกวิจัย และคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย
- 5.6) ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในการแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ประกอบด้วย

6.1) การติดต่อสื่อสาร

- สามารถฟังอย่างตั้งใจและสรุปประเด็นจากการฟังได้อย่างถูกต้องชัดเจน
- สามารถอ่านข้อมูล ความรู้ทางวิชาการ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษและสรุปประเด็นสำคัญภาษาไทยได้

- เขียนเอกสารทางวิชาการภาษาไทยได้ถูกต้อง ตามหลักวิชาการและการอ้างอิงที่เป็นสากล
- สามารถให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทางการพยาบาลและสุขภาพแก่ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องโดยเลือกใช้คำพูดและสื่อที่เหมาะสมกับผู้รับสื่อ
- มีทักษะในการสื่อสารเชิงบำบัดรวมทั้งการให้คำปรึกษาและการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเชื่อถือเป็นฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ

6.2) สัมพันธภาพ

- ยอมรับในความแตกต่างทางความคิดโดยแสดงออกด้วยภาษา ท่าทาง การให้ข้อคิดเห็นที่เหมาะสม
- มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยความเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลและความเสมอภาค
- ให้และรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ตามศักยภาพและความเหมาะสม
- มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ในทีมสุขภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้องตามแนวปฏิบัติในสังคมนั้นๆ อย่างเหมาะสม
- มีสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพอย่างเหมาะสม

7) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศและการนำเสนอ ประกอบด้วย

- 7.1) มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการใช้งาน องค์ประกอบของเทคโนโลยี สารสนเทศและระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและการพยาบาล และระบบการจำแนกข้อมูลทางการพยาบาล
- 7.2) ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โปรแกรมวิเคราะห์พื้นฐาน โปรแกรมนำเสนองาน การประมวล จัดเก็บและนำเสนอข้อมูลข่าวสาร
- 7.3) ใช้เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ในการสืบค้นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการพยาบาลและความรู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและบุคคลทั่วไป
- 7.4) มีส่วนร่วมในการจัดทำและพัฒนามาตรฐานข้อมูลทางการพยาบาล
- 7.5) มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสารสนเทศในหน่วยงาน

8) สมรรถนะเชิงสังคม ประกอบด้วย

- 8.1) ติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างสม่ำเสมอจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง
- 8.2) วิเคราะห์และประเมินข้อมูลข่าวสารการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้
- 8.3) มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของหน่วยงาน ท้องถิ่น ประเทศ และองค์กรวิชาชีพ
- 8.4) ปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ยึดหลักปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

8.5) ดำรงและส่งเสริมค่านิยมและวัฒนธรรมของชาติและภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชุมชน มี
 วิจารณ์ญาณในการเลือกรับวัฒนธรรมที่หลากหลาย

สรุป องค์การพยาบาลนับเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสังคมในมิติของการดูแลด้านสุขภาพ
 พยาบาลที่อยู่ในองค์กรจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานในระดับที่ได้มาตรฐาน เพราะสมรรถนะเป็นเรื่อง
 ของการพัฒนาความเจริญงอกงามทางความรู้ ทักษะและทัศนคติไปพร้อมๆ กัน

2. จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ (Code of Ethics)

จรรยาบรรณวิชาชีพถือเป็นเอกภาพของวิชาชีพที่ครอบคลุมการปฏิบัติหน้าที่ทางจริยธรรมสำหรับ
 พยาบาลในทุกด้าน ทุกสถานที่และทุกตำแหน่งหน้าที่ การประกาศจรรยาบรรณวิชาชีพจึงเป็นการแสดงออกใน
 ความรับผิดชอบทางจริยธรรมของพยาบาลและเป็นหลักในการประกอบวิชาชีพให้มีมาตรฐานเดียวกัน และยังเป็น
 การสื่อสารที่ช่วยให้ผู้รับบริการและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทราบถึงจรรยาบรรณที่พยาบาลยึดถือในการประกอบ
 วิชาชีพและแสดงถึงความมุ่งมั่นของพยาบาลในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งเปรียบประดุจเครื่องมือประเมินผล
 พฤติกรรมของพยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพโดยผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้สำหรับการ
 ประเมินผลตนเอง (กนกพร หมูพยัคฆ์, 2547)

สภาการพยาบาล (ม.ป.ป., <http://www.tnc.or.th/knowledge/know03.html>) ได้ระบุว่า จรรยาบรรณ
 วิชาชีพสำหรับพยาบาลเป็นการประมวลหลักความประพฤติให้บุคคลในวิชาชีพยึดถือปฏิบัติ ตามที่สมาคม
 พยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The America Nurses Associations: A.N.A.) ได้กำหนดสาระสำคัญของจรรยาบรรณ
 วิชาชีพพยาบาลไว้ ดังนี้

(1) พยาบาลพึงให้บริการพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดย
 ไม่จำกัด ในเรื่อง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะกิจหรือสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของ
 ผู้ป่วย

(2) พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยโดยรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

(3) พยาบาลพึงให้การปกป้องคุ้มครองแก่ผู้ป่วย สังคม ในกรณีที่มีการให้บริการสุขภาพอนามัยและ
 ความปลอดภัย ถูกกระทำการที่อาจเกิดจากความไม่รู้ ขาดศีลธรรม จริยธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายจาก
 บุคคลหนึ่งบุคคลใด

(4) พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

(5) พยาบาลพึงดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

(6) พยาบาลพึงตัดสินใจด้วยความรอบคอบถี่ถ้วน ใช้ข้อมูลสมรรถนะและคุณสมบัติอื่นๆ เป็นหลักใน
 การขอคำปรึกษาหารือยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึง การมอบหมายกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้
 ผู้อื่นปฏิบัติ

(7) พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในกิจกรรมการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ

(8) พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการพัฒนาวิชาชีพและส่งเสริมมาตรฐานการปฏิบัติการ
 พยาบาล

(9) พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดและดำรงไว้ซึ่งสถานะภาพของการทำงานที่จะนำไปสู่
 การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง

(10) พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการปกป้อง คุ้มครอง สังคม จากการเสนอข้อมูลเท็จ และดำรงไว้ซึ่งความสามัคคีในวิชาชีพ

(11) พยาบาลพึงร่วมมือและเป็นเครือข่ายกับสมาชิกด้านสุขภาพอนามัยและบุคคลอื่นๆในสังคมเพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของสังคม

สำหรับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพของสมาคม พ.ศ. 2528 มุ่งเน้นให้พยาบาลได้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบโดยกำหนดเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน ความรับผิดชอบต่อประเทศชาติ ต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อตนเอง (สภาการพยาบาล, ม.ป.ป. [<http://www.tnc.or.th/knowledge/know03.html>]) ดังนี้

(1) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน

- (1.1) ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
- (1.2) ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึง เชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล
- (1.3) ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว
- (1.4) พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้น หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
- (1.5) พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- (1.6) พึงป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

(2) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมและประเทศชาติ

- (2.1) พึงประกอบกิจแห่งวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายอันยังประโยชน์แก่สาธารณชน
- (2.2) พึงรับผิดชอบต่อร่วมกับประชาชนในการริเริ่ม สนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสันติสุข และยกระดับคุณภาพชีวิต
- (2.3) พึงอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ
- (2.4) พึงประกอบวิชาชีพโดยมุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนา และสถาบันกษัตริย์

(3) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อวิชาชีพ

- (3.1) พึงตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบตามหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล
- (3.2) พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ
- (3.3) พึงศรัทธาสนับสนุนและให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ
- (3.4) พึงสร้างและดำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรม ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล
- (3.5) พึงเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ปรากฏแก่สังคม

(4) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

- (4.1) ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น
- (4.2) เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ
- (4.3) พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี กับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ

- (4.4) ยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และชักนำให้ประพฤติปฏิบัติในทางที่ถูกที่ควร
- (4.5) พึงอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม
- (4.6) ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติผิด เพื่อผลประโยชน์แห่งตนหรือผู้กระทำกรณันั้นๆ
- (5) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อตนเอง
- (5.1) ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพ โดยถูกต้องตามกฎหมาย
- (5.2) ยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- (5.3) ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและส่วนตัว
- (5.4) ใฝ่รู้พัฒนาแนวคิดให้กว้าง และยอมรับการเปลี่ยนแปลง
- (5.5) ประกอบกิจแห่งวิชาชีพด้วยความเต็มใจ และเต็มกำลังความสามารถ
- (5.6) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีสติ รอบรู้ เชื่อมมั่นและมีวิจรรณญาณอันรอบคอบ

สรุป จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลถือว่าเป็นแก่นของวิชาชีพเพราะเป็นปัจจัยภายในจิตใจในการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งเป็นการประกาศเจตนารมณ์แก่สาธารณชน และมีผลต่อคุณภาพของการพยาบาล ความไว้วางใจและเป็นเกียรติคุณของวิชาชีพ หากพยาบาลมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในหลักวิชาแต่ขาดหลักมนุษยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในการให้บริการแก่ผู้รับบริการแล้วก็จะทำให้คุณค่าของวิชาชีพตกต่ำลงได้

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

สำหรับมนุษย์ทุกคนต่างต้องการที่จะมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แม้แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในสถานบริการสุขภาพในทุกๆ ระดับ บุคคลและครอบครัวต่างต้องการการปฏิบัติที่อย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี ความเป็นบุคคล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจึงนับว่าเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถที่จะช่วยรับรองและคุ้มครองผู้รับบริการหรือเป็นการรักษาผลประโยชน์ รวมทั้งช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าแห่งตนได้ และถือเป็นจริยธรรมของพยาบาล (Reid, 1995) ที่ควรปฏิบัติแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค ในส่วนนี้จะได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิพอสังเขป สิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้ป่วยและบทบาทพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ

สิทธิ หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ สิทธิตามกฎหมาย (Legal rights) เป็นอำนาจซึ่งมีความชอบธรรมโดยการรับรองจากกฎหมาย และสิทธิทางจริยธรรม (Moral rights) ซึ่งหมายถึง อำนาจอันชอบธรรมในฐานะที่เป็นมนุษย์และเป็นสิ่งประกันศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถือเป็นข้อเรียกร้องอันเป็นธรรมต่อบุคคลอื่นหรือต่อสังคมให้เคารพในพฤติกรรมหรือเจตคติของคนใดคนหนึ่งและขณะเดียวกันบุคคลนั้นก็มึหน้าที่ต่อผู้อื่นทำนองเดียวกัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2536)

อรรถจินดา ติมดวง (2536) ได้อธิบายความแตกต่างระหว่างสิทธิตามกฎหมายและสิทธิทางจริยธรรม กล่าวคือ สิทธิทางจริยธรรมนั้นมีความเป็นสากล เช่น สิทธิในการมีชีวิต ส่วนสิทธิตามกฎหมายมีขอบเขตแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นสากล เช่น สิทธิในการลงคะแนนเสียง สิทธิทางจริยธรรมมีลักษณะเสมอภาค เช่น สิทธิในการมีชีวิตของแต่ละคนนั้นไม่มีใครมีสิทธิมากหรือน้อยกว่ากัน สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิ่งที่เปลี่ยนมือไม่ได้ ไม่สามารถแลกเปลี่ยน ให้ยืมหรือขายได้ ส่วนสิทธิตามกฎหมายนั้นสามารถแลกเปลี่ยนได้ เช่น การซื้อขายทรัพย์สิน เป็นต้น และสิทธิทางจริยธรรมนั้นเป็นสิทธิตามธรรมชาติไม่ต้องมีองค์กรใดกำหนดสิทธิ์เหล่านี้ ดังนั้น จะเห็นว่าสิทธิทาง

จริยธรรมไม่ใช่สิทธิทางกฎหมายทั้งหมด การตัดสินใจของสิทธิทางจริยธรรมมีเป้าหมายสำคัญที่ตัวบุคคลมากกว่า สังคม การออกเป็นสิทธิตามกฎหมายนั้นเพื่อให้เข้าใจชัดเจนเป็นที่ยอมรับและบังคับต่อการปฏิบัติในสังคม

3.2 สิทธิมนุษยชน (Human rights)

สิทธิมนุษยชนมีความสำคัญในฐานะที่เป็นอารยธรรมโลก (World Civilization) ของมนุษย์ที่พยายามวางระบบความคิดเพื่อให้คนทั่วโลกเกิดความระลึกรู้ คำนึงถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ยอมรับความเป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรี ชาติกำเนิด สิทธิต่างๆที่มีพื้นฐานมาจากความชอบธรรม ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งสิทธิตั้งแต่กำเนิด โดยให้ความสำคัญกับคำว่าชีวิต (Life) (ชะวาชัย ภาติณฐ, 2548) นอกจากนี้แล้วสิทธิมนุษยชนยังมีความสำคัญในแง่ของการเป็นหลักประกันของความเป็นมนุษย์สิทธิและเสรีภาพ และสภาวะโลกปัจจุบันเรื่องของสิทธิมนุษยชนก็ไม่ใช่เรื่องประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น หากแต่เป็นเรื่องที่สังคมทั่วโลกต้องให้ความสำคัญ ดังนั้นสิทธิมนุษยชน จึงมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับกฎหมายภายในของรัฐและกฎหมายระหว่างประเทศ (อัชฉรา วีระชาติ, 2537) เป็นสิทธิพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ ประกอบด้วยสิทธิในการมีชีวิต (Rights to live) สิทธิในเสรีภาพ (Rights to liberty) และสิทธิในความเป็นเจ้าของโดยชอบธรรม (Rights to property) (มณี รักผกาวงศ์, 2541) แนวคิดสิทธิมนุษยชนนั้นเกิดขึ้นใน พ.ศ.2491 โดยสมัชชาแห่งสหประชาชาติได้มีมติผ่านร่างปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2491 ที่มีเนื้อหารับรองสิทธิมนุษยชนและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้ทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งก่อให้เกิดพันธะทางศีลธรรมและมโนธรรมแก่ประเทศที่ให้ความเห็นชอบ ซึ่งหลักการเบื้องต้นคือ บุคคลทุกคนที่มีความสามารถตามกฎหมายต้องเป็นผู้มีอิสระ เสรีภาพในการตัดสินใจที่จะเลือกรับหรือไม่รับการกระทำใดๆ ต่อตัวเขา (Autonomy) ซึ่งปฏิญญานี้มีใช้สิทธิตามกฎหมายอย่างแท้จริง ประเทศต่างๆที่เป็นสมาชิกองค์กรสหประชาชาติที่ยอมรับจะต้องนำไปบัญญัติให้เป็นสิทธิตามกฎหมายต่อไป) สำหรับประเทศไทยได้นำเนื้อหาตามปฏิญญานี้ไปกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของบุคคล และหมวด 5 ว่าด้วยเรื่องของแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ หลักสิทธิมนุษยชน มีดังนี้

ข้อ 1 มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาอิสระเสรีและเท่าเทียมกันทั้งศักดิ์ศรีและสิทธิทุกคนได้รับการประสิทธิประสาทเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันพี่น้อง

ข้อ 2 บุคคลชอบที่จะมีสิทธิและเสรีภาพประดาที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ ทั้งนี้โดยไม่มีกรจำแนกความแตกต่างในเรื่องใด ๆ เช่น เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความเห็นทางการเมือง หรือทางอื่นใดชาติหรือสังคมอันเป็นที่มาเดิม ทรัพย์สิน กำเนิด หรือสถานะอื่นใด

นอกจากนี้การจำแนกข้อแตกต่างโดยอาศัยมูลฐานแห่งสถานะทางการเมือง ทางตุลาการหรือทางเรื่องระหว่างประเทศของประเทศ หรือดินแดนซึ่งบุคคลสังกัดจำทำมิได้ ทั้งนี้ไม่ว่าดินแดนดังกล่าวจะเป็นเอกราชอยู่ในความพิทักษ์ มิได้ปกครองตนเองหรืออยู่ภายใต้การจำกัดแห่งอธิปไตยอื่นใด

ข้อ 3 บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิต ในเสรีธรรมและในความมั่นคงแห่งร่างกาย

ข้อ 4 บุคคลใดจะถูกบังคับให้เป็นทาสหรืออยู่ภายใต้อาณัติใด ๆ มิได้ การมีทาสและการค้าทาสจะมีไม่ได้ในทุกรูปแบบ

ข้อ 5 บุคคลใดจะถูกทรมาน หรือได้รับการปฏิบัติ หรือการลงทัณฑ์ซึ่งทารุณโหดร้ายไร้มนุษยธรรมหรือหยามเกียรติมิได้

ข้อ 6 ทุก ๆ คนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลในกฎหมายไม่ว่า ณ ที่ใด

ข้อ 7 ทุก ๆ คนต่างเสมอกันในกฎหมายและชอบที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ ทุก ๆ คนชอบที่จะได้รับการคุ้มครองอย่างเสมอหน้าจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญานี้ และต่อการยุยงส่งเสริมให้เกิดการเลือกปฏิบัติเช่นนั้น

ข้อ 8 บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอย่างได้ผลโดยศาลแห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจเนื่องจากการกระทำใด ๆ อันละเมิดต่อสิทธิขั้นมูลฐาน ซึ่งตนได้รับจากรัฐธรรมนูญหรือจากกฎหมาย

ข้อ 9 บุคคลใดจะถูกจับ กักขัง หรือเนรเทศโดยพลการมิได้

ข้อ 10 บุคคลชอบที่จะเท่าเทียมกันอย่างบริบูรณ์ในอันที่จะได้รับการพิจารณาอย่างเป็นธรรมและเปิดเผยโดยศาลซึ่งเป็นอิสระและไร้อคติ ในการวินิจฉัยชี้ขาดสิทธิและหน้าที่ ตลอดจนข้อที่ตนถูกกล่าวหาใด ๆ ทางอาญา

ข้อ 11

(1) บุคคลซึ่งถูกกล่าวหาด้วยความผิดทางอาญา มีสิทธิที่จะได้รับการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าบริสุทธิ์จนกว่าจะมีการพิสูจน์ว่ามีความผิดตามกฎหมายในการพิจารณา โดยเปิดเผย ณ ที่ซึ่งตนได้รับหลักประกันทั้งหมดที่จำเป็นในการต่อสู้คดี

(2) บุคคลใดจะถูกถือว่ามีความผิดอันมีโทษทางอาญาใด ๆ ด้วยเหตุผลที่ตนได้กระทำหรือละเว้นการกระทำใด ๆ ซึ่งกฎหมายของประเทศหรือกฎหมายระหว่างประเทศ ในขณะที่มีการกระทำนั้นมิได้ระบุว่าเป็นความผิดทางอาญามีได้ และโทษที่จะลงแก่บุคคลนั้นจะหนักกว่าโทษที่ใช้อยู่ในขณะที่การกระทำ ความผิดทางอาญานั้นเกิดขึ้นมิได้

ข้อ 12 การเข้าไปแทรกสอดโดยพลการในกิจส่วนตัว ครอบครัว เคหสถาน การส่งข่าวสาร ตลอดจนการดงมตีต่อเกียรติยศและชื่อเสียงของบุคคลนั้นจะกระทำมิได้ ทุก ๆ คนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายจากการแทรกสอดและโจมตีดังกล่าว

ข้อ 13

(1) บุคคลมีสิทธิที่จะมีเสรีภาพในการเคลื่อนย้าย และในถิ่นที่อยู่ภายในขอบเขตดินแดนของแต่ละรัฐ

(2) บุคคลมีสิทธิที่จะเดินทางออกจากประเทศใด ๆ รวมทั้งของตนเองและที่จะกลับคืนสู่บ้านเกิดเมืองนอน

ข้อ 14

(1) บุคคลมีสิทธิที่จะแสวงหาและพักพิงในประเทศอื่น ๆ เพื่อลี้ภัยจากการกดขี่ข่มเหง

(2) สิทธินี้จะกล่าวอ้างมิได้ในกรณีการฟ้องคดีซึ่งโดยความจริงเกิดจากความผิดที่ไม่ใช่เรื่องการเมือง หรือจากการกระทำที่ขัดต่อความมุ่งประสงค์และหลักการของสหประชาชาติ

ข้อ 15

(1) บุคคลมีสิทธิในการถือสัญชาติ

(2) การถอนสัญชาติโดยพลการ หรือการปฏิเสธสิทธิที่จะเปลี่ยนสัญชาติของบุคคลใดนั้น จะกระทำมิได้

ข้อ 16

(1) ชายและหญิงเมื่อเจริญวัยบริบูรณ์แล้ว มีสิทธิที่จะสมรสและที่จะสร้างครอบครัวโดยไม่มีการจำกัดใดๆ เนื่องจากเชื้อชาติ สัญชาติ หรือศาสนา บุคคลชอบที่จะมีสิทธิเท่าเทียมกันในเรื่องการสมรสในระหว่างการสมรสและในการขาดจากการสมรส

(2) การสมรสจะกระทำได้อีกโดยความยินยอมอย่างเสรี และเต็มใจของคู่บ่าวสาวผู้ตั้งใจจะกระทำการสมรส

(3) ครอบครัว คือ กลุ่มซึ่งเป็นหน่วยธรรมชาติและพื้นฐานของสังคมและชอบที่จะได้รับการคุ้มครองโดยสังคมและรัฐ

ข้อ 17

(1) บุคคลมีสิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สินโดยลำพังตนเอง และโดยความร่วมมือกับผู้อื่น

(2) การยึดเอาทรัพย์สินของบุคคลใดไปเสียโดยพลการกระทำไม่ได้

ข้อ 18 บุคคลมีสิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด มโนธรรม และศาสนา สิทธินี้รวมถึงเสรีภาพที่จะเปลี่ยน ศาสนา หรือความเชื่อถือ และเสรีภาพที่จะแสดงให้ศาสนาหรือความเชื่อถือประจักษ์ในรูปของการสั่งสอน การปฏิบัติกิจกรรมเคารพสักการบูชา สวดมนต์ และการถือปฏิบัติพิธีกรรม ไม่ว่าโดยลำพังตนเองหรือร่วมกับผู้อื่น ในประชาคมและในที่สาธารณะหรือส่วนตัว

ข้อ 19 บุคคลมีสิทธิในเสรีภาพแห่งความเห็นและการแสดงออก สิทธินี้รวมถึงเสรีภาพที่จะยึดมั่นในความเห็นโดยปราศจากการแทรกสอดและที่จะแสวงหารับ ตลอดจนแจ้งข่าว รวมทั้งความคิดเห็นโดยผ่านสื่อใด ๆ และโดยมิต้องคำนึงถึงเขตแดน

ข้อ 20

(1) บุคคลมีสิทธิเสรีภาพแห่งการชุมนุมและการสมาคมโดยสงบ

(2) การบังคับให้บุคคลเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมจะทำได้

ข้อ 21

(1) บุคคลมีสิทธิที่จะเข้าร่วมในรัฐบาลแห่งประเทศตน ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยผู้แทนซึ่งผ่านการเลือกอย่างเสรี

(2) บุคคลมีสิทธิเข้าถึงเท่ากันในบริการสาธารณะในประเทศของตน

(3) เจตจำนงของประชาชนจะเป็นฐานแห่งอำนาจของรัฐบาล เจตจำนงนี้จะแสดงออกโดยการเลือกตั้งเป็นครั้งเป็นคราวอย่างแท้จริง ด้วยการให้สิทธิออกเสียงอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันและโดยการลงคะแนนลับหรือวิธีการลงคะแนนอย่างเสรีที่คล้ายคลึงกัน

ข้อ 22 ในฐานะสมาชิกของสังคมด้วยความเพียรพยายามของชาติตลอดจนความร่วมมือระหว่างประเทศ และโดยสอดคล้องกับการจัดระเบียบและทรัพยากรของแต่ละรัฐ บุคคลมีสิทธิในความมั่นคงทางสังคมและชอบที่จะได้รับผลแห่งสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และ วัฒนธรรมซึ่งจำเป็นต่อศักดิ์ศรีและการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างเสรีของตน

ข้อ 23

(1) บุคคลมีสิทธิที่จะทำงานที่จะเลือกงานอย่างเสรี ที่จะมีสภาพะการทำงานที่ยุติธรรมและพอใจและที่จะได้รับความคุ้มครองจากการว่างงาน

(2) บุคคลมีสิทธิในการรับค่าตอบแทนเท่ากันสำหรับการทำงานที่เท่ากัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติใด ๆ

(3) บุคคลผู้ทำงานมีสิทธิในรายได้ซึ่งยุติธรรมและเอื้อประโยชน์เพื่อเป็นประกันสำหรับตนเองและครอบครัวให้การดำรงชีวิตมีค่าควรแก่ศักดิ์ศรีของมนุษย์ และถ้าจำเป็นก็ชอบที่จะได้รับความคุ้มครองทางสังคมอื่นๆ เพิ่มเติม

(4) บุคคลมีสิทธิที่จะก่อตั้งและเข้าร่วมกับสหภาพแรงงานเพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ของตน

ข้อ 24 บุคคลมีสิทธิในการพักผ่อนและเวลาว่าง รวมทั้งการจำกัดเวลาการทำงานที่ชอบด้วยเหตุผลและมีวันหยุดครั้งคราวที่ได้รับค่าตอบแทน

ข้อ 25

(1) บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และบริการสังคมที่จำเป็นและสิทธิในความมั่นคงกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย ว่างชรา หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอันใดในเหตุการณ์อันเกิดจากที่ตนจะควบคุมได้

(2) มารดา และบุตรชอบที่จะได้รับการดูแลและความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นบุตรในหรือนอกสมรสย่อมได้รับความคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน

ข้อ 26

(1) บุคคลมีสิทธิในการศึกษา การศึกษาจะเป็นสิ่งที่ให้เปล่าโดยไม่คิดมูลค่า อย่างน้อยที่สุดในชั้นประถมศึกษาและขั้นพื้นฐาน ชั้นประถมศึกษาให้เป็นการศึกษาภาคบังคับ u3586 ชั้นเทคนิคและชั้นประกอบอาชีพเป็นการศึกษาที่จะต้องจัดให้มีขึ้นโดยทั่ว ๆ ไป และชั้นสูงเป็นชั้นที่จะเปิดให้ทุกคนเท่ากันตามความสามารถ

(2) การศึกษาจะมุ่งไปในทางพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์อย่างเต็มที่และเพื่อเสริมพลังการเคารพต่อสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นมูลฐานให้แข็งแกร่ง ทั้งจะมุ่งเสริมความเข้าใจ ขันติและมิตรภาพในระหว่างประชาชาติ กลุ่มเชื้อชาติ หรือกลุ่มศาสนา และจะมุ่งขยายกิจกรรมของ สหประชาชาติ เพื่ออำนวยการสันติภาพ

(3) ผู้ปกครองมีสิทธิก่อนผู้อื่นที่จะเลือกชนิดของการศึกษาสำหรับบุตรหลานของตน

ข้อ 27

(1) บุคคลมีสิทธิที่จะเข้าร่วมการใช้ชีวิตทางด้านวัฒนธรรมในประชาคมอย่างเสรี ที่จะพึงใจในศิลปะและมีส่วนในความคืบหน้าและผลประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์

(2) บุคคลมีสิทธิในการรับความคุ้มครองประโยชน์ทางด้านศีลธรรมและทางวัตถุอันเป็นผลได้จากการประดิษฐ์ทางวิทยาศาสตร์ วรรณกรรมและศิลปะซึ่งตนเป็นเจ้าของ

ข้อ 28 บุคคลชอบที่จะได้รับผลประโยชน์จากระเบียบสังคมและระหว่างประเทศอันจะอำนวยความสะดวกให้การใช้สิทธิและเสรีภาพบรรดาที่ได้รับในปฏิญญานี้ทำได้อย่างเต็มที่

ข้อ 29

(1) บุคคลมีหน้าที่ต่อประชาคมอันเป็นที่เดียวซึ่งบุคลิกภาพของตนจะพัฒนาได้อย่างเสรีและเต็มความสามารถ

(2) ในการใช้สิทธิและเสรีภาพบุคคลต้องอยู่ภายใต้เพียงเช่นที่จำกัดโดยกำหนดแห่งกฎหมายเฉพาะ เพื่อความมุ่งประสงค์ให้ได้มาซึ่งการยอมรับ และการเคารพโดยชอบในสิทธิเสรีภาพของผู้อื่นและ

เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดอันยุติธรรมของศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชาติและสวัสดิการโดยทั่วไป ในสังคมประชาธิปไตย

(3) สิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ มิว่าจะด้วยกรณีใดจะช่วยให้ขัดกับความมุ่งประสงค์และหลักการของสหประชาชาติไม่ได้

ข้อ 30 ข้อความต่าง ๆ ตามปฏิญญานี้ไม่เปิดช่องที่จะแปลความได้เพื่อให้สิทธิใด ๆ แก่รัฐ กลุ่มชนหรือบุคคลใด ๆ ที่จะประกอบกิจกรรม หรือกระทำการใด ๆ อันมุ่งต่อการทำลายสิทธิและเสรีภาพใด ๆ บรรดาที่ได้ระบุไว้ในบทบัญญัติฉบับนี้

3.3 สิทธิของผู้ป่วย (Patient Rights)

สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537; อัจฉรา วีระชาติ, 2537) หมายความว่า ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยรวมทั้งผู้ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ พึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษามลประโยชน์ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (สุกัญญา ประจุศิลป์, 2548) เนื่องจากมนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิโดยธรรมชาติที่จะมีสิทธิอย่างอิสระในการตัดสินใจเลือกขบวนการทางการแพทย์อย่างมีศักดิ์ศรี และไม่ควรถูกลดคุณค่าลงไปเพียงเพราะมีความเจ็บป่วย ในหลายๆ ประเทศได้นำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นกฎหมาย สำหรับประเทศไทยมิได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรง แต่มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 28 ว่า บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นฯ และมาตรา 31 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายและในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้ สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ

สำหรับประเทศไทยนั้นผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภานิติศาสตร์ ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ไว้ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2541; ดุสิต สถาวร, 2550)

ข้อ 1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

ข้อ 2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีกีดกันปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

ข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือจำเป็น

ข้อ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือชีวิตจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

ข้อ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

ข้อ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

ข้อ 7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

ข้อ 8 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

ข้อ 9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

ข้อ 10 บิดา มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

สิทธิของผู้ป่วยทั้ง 10 ประเด็นนี้ เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องทำความเข้าใจและวิเคราะห์ว่าในบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขานั้น โดยอิสระในวิชาชีพของตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทอะไรบ้างในการปฏิบัติงานในวิชาชีพของตนเองที่พึงปฏิบัติ พึงละเว้น และสนองตอบสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ

3.4 บทบาทพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocacy) เป็นการกระทำหรือกระบวนการปกป้องและดูแลสิทธิผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจและเลือกการกระทำที่ดีที่สุดของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมและปกป้องผลประโยชน์และความผาสุกของผู้ป่วยและให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อตัดสินใจ (กฤษณา นาดี, 2541)

สุกัญญา ประจุศิลป์ (2548) ได้เสนอบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยไว้ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.1 แสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วย	บทบาทพยาบาล
ข้อ 1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ	1. ให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม 2. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล 3. ให้การต้อนรับผู้ป่วยทุกรายด้วยอัธยาศัยอันดี ให้คำแนะนำเรื่องสถานที่กำหนดการและการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วยด้านการมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละเวร ทำหน้าที่ประสานทีมสุขภาพและญาติเมื่อแรกรับ 4. ตรวจสอบที่เตียงผู้ป่วยจากทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอให้ตกเตียงเรียกเมื่อผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ 5. สอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน 6. ป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดการติดเชื้อและให้การฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

สิทธิผู้ป่วย	บทบาทพยาบาล
	7. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย 8. ประสานงานช่วยเหลือในกรณีผู้ป่วยไม่มีเงินชำระค่ารักษาพยาบาล
ข้อ 2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิ การเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย	1. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลโดยไม่เลือกปฏิบัติว่าจะเป็นผู้ป่วยพิเศษหรือสามัญ 2. ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามลักษณะของความเจ็บป่วยที่ขัดต่อความเชื่อ เจตคติ/ทัศนคติของพยาบาลผู้ดูแล เช่น ผู้ป่วยที่ทำแท้งโดยเจตนา ผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย เป็นต้น บุคลากรทีมสุขภาพทุกคนต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพ ปราศจากอคติและเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลเช่นเดียวกันกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มาด้วยสาเหตุความเจ็บป่วยอื่นๆ
ข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น	1. ให้ข้อมูลด้านการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติในขอบเขตวิชาชีพอย่างชัดเจน 2. เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนให้ผู้ป่วยเห็นยินยอมรับการรักษา 3. ติดต่อประสานงานในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ผู้รับผิดชอบ 4. ให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความเห็นและเข้าร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา 5. ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกรูปแบบหรือวิธีการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การรักษายาพยาบาล 7. บอกวิธีการสังเกตอาการที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นผลจากการให้การรักษายาพยาบาล 8. ตรวจสอบข้อมูลการรับรู้ของผู้ป่วยว่าเข้าใจถูกต้องด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 9. รับฟังปัญหา ความคิดเห็นความต้องการและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยใจที่ปราศจากอคติโดยไม่แสดงสีหน้าหรือท่าทางรำคาญ
ข้อ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่	1. เมื่อพบผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต้องให้ความช่วยเหลือโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือรีบด่วนจะต้องคำนึงถึงความจำเป็นแก่กรณีด้วย มิใช่แฝงไว้ด้วยประโยชน์ทางการเงิน 2. หน่วยงานต้องมีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์การช่วยเหลือชีวิตให้พร้อมปฏิบัติการเสมอ 3. จัดให้มีการทบทวนปรับปรุงขั้นตอนวิธีการช่วยชีวิตอย่างสม่ำเสมอเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา 4. จัดให้มีผู้รับผิดชอบการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
ข้อ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน	1. ทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพถึงบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบ 2. แนะนำตัวและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนให้บริการตามความเหมาะสม 3. สร้างวัฒนธรรมในการแนะนำตนเองทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 4. ปักหรือติดบัตร ชื่อ - นามสกุล ตำแหน่งที่ถูกต้องของบุคลากรทุกประเภทให้มองเห็นได้ชัดเจนและอ่านง่าย

สิทธิผู้ป่วย	บทบาทพยาบาล
	<p>5. ในหอผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยฉุกเฉิน มีแผนภูมิแสดงสายงานบังคับบัญชาพร้อมติดรูปชื่อ – สกุลและตำแหน่งไว้หน้าหน่วยงาน</p> <p>6. ในหอผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยฉุกเฉิน เขียนชื่อ – สกุลของแพทย์ บุคลากรพยาบาลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพอื่นที่รับผิดชอบในแต่ละเวรไว้ในสถานที่ที่มองเห็นเด่นชัด</p> <p>7. ในหอผู้ป่วยในให้ติดป้ายชื่อแพทย์เจ้าของไข้ไว้ทุกเตียงและหน้าห้องผู้ป่วยทุกห้อง</p> <p>8. หอผู้ป่วยนอกติดป้ายชื่อแพทย์เวรที่ออกตรวจที่หน้าห้องตรวจโรค/โต๊ะตรวจโรคให้ผู้ป่วยมองเห็นเด่นชัด</p>
<p>ข้อ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการ แก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นตัวแทนผู้ป่วยและญาติในการเรียกร้องสิทธิ หากผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพ 2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างดีแม้ผู้ป่วยจะปฏิเสธบริการรักษาจากหน่วยงานของท่าน 3. ให้ความช่วยเหลือประสานงานเมื่อผู้ป่วยแจ้งความจำนงขอเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ 4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยในการเลือกผู้ให้บริการหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยประสงค์จะถูกส่งไปรักษาต่อโดยใจที่ปราศจากอคติและคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 5. แจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบว่าผู้ป่วยสามารถจะกลับมารับบริการจากหน่วยงานของท่านได้ตลอดเวลาโดยจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ ในการรักษาพยาบาล 6. ให้ผู้ป่วยหรือญาติที่มีสิทธิในการดูแลผู้ป่วยลงนามในเอกสารว่าไม่สมัครอยู่หลังจากได้รับคำบอกกล่าวของแพทย์และพยาบาลและเข้าใจถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นอย่างละเอียดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการฟ้องร้องว่าละเลยทั้งที่อยู่ในภาวะอันตราย
<p>ข้อ 7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของตน เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือเมื่อเจ้าพนักงานต้องปฏิบัติตามหน้าที่ 2. อภิปรายข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะผู้ร่วมทีมสุขภาพและเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเท่านั้น 3. ไม่นำเรื่องผู้ป่วยมาถกเถียงหรือวิจารณ์ให้ผู้อื่นได้ยินโดยเฉพาะในที่สาธารณะ 4. จัดสถานที่ที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย 5. ไม่วางแฟ้มประวัติหรือเขียนชื่อโรคไว้ที่ปลายเตียง/หน้าห้องผู้ป่วยเพราะข้อมูลความเจ็บป่วยอาจมีผลเสียหายต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว 6. ไม่ตอบข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือพิจารณาตรวจสอบให้แน่ใจก่อนให้ข้อมูล 7. จัดเก็บรายงานผู้ป่วยไว้เป็นสัดส่วนและทบทวนระเบียบการหีบห่อแฟ้มประวัติ/เวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อมีการส่งไปให้คำปรึกษา/การส่งต่อหรือการนำไปเพื่อใช้ในการศึกษา

สิทธิผู้ป่วย	บทบาทพยาบาล
	8. จัดทำระเบียบการขอสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วยหรือการแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยต่อบุคคลที่สามเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรในหน่วยงานและป้องกันการนำความลับของผู้ป่วยไปใช้ในทางเสื่อมเสียแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว
ข้อ 8 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดตั้งคณะกรรมการหรือหน่วยงานในโรงพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบการวิจัย/การทดลองที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือถูกละเมิดสิทธิส่วนบุคคล 2. ให้ข้อมูลรายละเอียดที่ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย/ทดลองและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย 3. ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย/ทดลองโดยยืนยันว่าจะไม่มีผลใดๆ ต่อคุณภาพการรักษายาบาลและการดูแลที่จะได้รับ 4. บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลา ขอบเขตการวิจัย/การทดลองอย่างชัดเจน 5. อธิบาย ตอบข้อข้องใจ ให้ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนระหว่างหรือหลังทำการวิจัย/ทดลอง 6. ไม่เปิดเผยชื่อ ที่อยู่ ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย/ทดลอง
ข้อ 9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานจัดประชุมและหาข้อตกลงร่วมกันถึงแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลว่าข้อมูลใดเปิดเผยได้ ข้อมูลใดเปิดเผยไม่ได้และใครเป็นผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. ผู้ป่วยมีสิทธิจะทราบและขอผลการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องทดลองของตนได้ 3. กรณีแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือต้องให้การรักษาพยาบาลด้วยวิธีพิเศษที่อาจเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ด้านร่างกายหรือจิตใจ พยาบาลควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนแจ้งข้อมูล 4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 5. ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ขอข้อมูลเองหรือมอบหมายให้ผู้อื่นกระทำแทนตามวิธีทางกฎหมายได้ 6. ตรวจสอบการยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยต่อบุคคลที่สาม เช่น การสมัครงาน การประกันชีวิตหรือการประกันสุขภาพ 7. ไม่นำเรื่องราวของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสื่อมวลชน ถ้าจำเป็นต้องไม่เปิดเผยชื่อผู้ป่วยหรือบิดส่วนของใบหน้าที่จะทำให้ผู้อื่นจำได้ โดยต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเช่นกัน
ข้อ 10 บิดา มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้	1. ให้ข้อมูลรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ยังอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์/ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต และเปิดโอกาสบิดา มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเคารพการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจ

สรุป พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพราะเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีหน้าที่ประเมินความต้องการ เพื่อการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลเพื่อมุ่งที่ภาวะสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลนั้นพยาบาลจะต้องคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ไม่ใช่เพียงแค่การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ แล้วลืมไปว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาลอย่างบุคคลหนึ่งมากกว่าเป็นโรคหนึ่งๆ เพราะผู้ป่วยและครอบครัวต่างต้องการได้รับโอกาสร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจถึงภาวะสุขภาพรวมถึงข้อมูลต่างๆในการรักษาพยาบาลขณะที่มีการเจ็บป่วย



2.2 ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการพยาบาล

โครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

- 1) ความหมายของสุขภาพ
- 2) ความหมายการเจ็บป่วย

เรื่องที่ 2 การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

- 1) ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต
- 2) ขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต
- 3) การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
- 4) การพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

เรื่องที่ 3 การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

- 1) ลักษณะของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 2) ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 3) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

เรื่องที่ 4 การพยาบาลประคับประคอง

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับความตาย
- 2) หลักการดูแลแบบประคับประคอง
- 3) การพยาบาลแบบประคับประคอง

แนวคิด

1. ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย สุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมต่อสิ่งแวดล้อม ความสามารถอันนั้นได้แก่ ปฏิกริยาตอบสนอง (human response) และการปรับตัวของบุคคล (Human adaptation) ภาวะสุขภาพจึงเป็นความต้องการสูงสุดของบุคคล สุขภาพดีจะช่วยให้กระบวนการเจริญเติบโต พัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นไปได้ด้วยดี บุคคลจึงต้องมีการเรียนรู้และดูแลตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพดีอยู่ตลอดเวลาโดยการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมและสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง ส่วนความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี

2. การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นปัญหาที่คุกคามทั้งต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรืออาจเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2549) ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่เพื่อการรักษาชีวิตรอด การดูแลประคับประคอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตของผู้ป่วย (Sole & Hartshorn, 1997 อ้างถึงใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2551) ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จึงเป็นการดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามของชีวิตโดยเน้นการรักษาประคับประคองทั้งด้านร่างกาย

จิตสังคม ตามภาวะตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2551)

3. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมานานและมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคตซึ่งจะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีวิวัฒนาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น มีการค้นพบแนวทางการรักษาโรคต่างๆ มากขึ้น ทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นแต่การมีชีวิตที่ยืนยาวก็ทำให้พบผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามความเจ็บป่วยเรื้อรังได้สะท้อนให้เห็นถึงปรัชญาการรักษายาบาลที่เน้นความรับผิดชอบต่อในการดูแลตนเองมากกว่าการรักษา (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงกับอาการและอาการแสดงของตน มีการพยายามในการจัดการกับอาการของตนเพื่อการดูแลตนเอง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงเป็นการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยนั่นเอง

4. การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงตนอย่างมีคุณภาพที่ดีเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มุ่งหวังเรื่องการรักษาให้หายจากโรค อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้สามารถประยุกต์ใช้กับการรักษาโรคอื่นๆ ที่รักษาให้หายขาดได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 2.2 แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วย
2. บอกลักษณะและการตอบสนองของผู้ป่วยวิกฤตได้ถูกต้อง
3. บอกขอบเขตความรับผิดชอบต่อในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ถูกต้อง
4. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ถูกต้องเหมาะสม
5. บอกลักษณะและการตอบสนองของผู้ป่วยเรื้อรังได้ถูกต้อง
6. อธิบายผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้
7. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังได้ถูกต้องเหมาะสม
8. เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับความตายและใกล้ตาย
9. อธิบายปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติต่อภาวะใกล้ตายได้ถูกต้อง
10. วางแผนการพยาบาลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสม

2.2 ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยและการพยาบาล

1. ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

1.1 ความหมายของสุขภาพ (Health)

Nightingale (1860) ให้ความหมาย สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่ปราศจากโรคและสามารถใช้พลังกำลังของตนเองได้เต็มความสามารถ

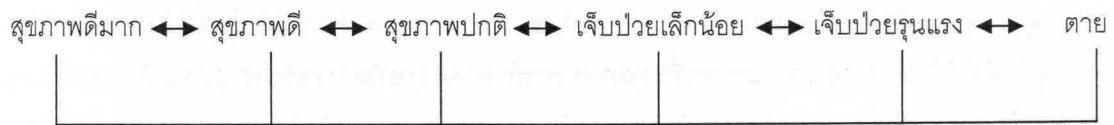
องค์การอนามัยโลก (World health Organization: WHO) ในปี ค.ศ. 1947 ได้ให้ความหมาย คำว่า สุขภาพ ว่า หมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (<http://www.who.int/about/en/index.html>. retrieved 1 December 2011)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (2550). ในมาตราที่ 3 ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นผลจากทุกมิติของสุขภาพ หากสุขภาพมิติใดมิติหนึ่งเปลี่ยนแปลง ทั้งในทางบวกและลบจะส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆ และสุขภาพโดยรวมด้วยเสมอ

นายแพทย์ประเวศ วะสี (2549) กล่าวว่า สุขภาพไม่ใช่เรื่องโรคเท่านั้น แต่เป็นความถูกต้องทั้งหมดของมนุษย์และสังคม ด้วยเหตุนี้ทุกสิ่งที่มีมนุษย์คิด รู้สึก ปฏิบัติจะมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับสุขภาพในแต่ละมิติเสมอ

1.2 ความหมายการเจ็บป่วย (illness)

การเจ็บป่วยนั้น หมายถึง สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจจะเปลี่ยนด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายๆ ด้านรวมกัน ทำให้บุคคลทำหน้าที่บกพร่องหรือทำหน้าที่ได้น้อยลงกว่าปกติ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคก็ได้ ความเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย หรือความผิดปกติของจิตใจ เช่น มีอาการเบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น การบ่งชี้ถึงสภาวะความเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีนั้นบางครั้งไม่เด่นชัด ยกเว้นในรายที่เจ็บป่วยมากๆ มีอาการรุนแรง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นทางด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ตามมา เช่น ถ้ามีความเจ็บป่วยด้านร่างกายจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจด้วย บุคคลนั้นจะเกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เครียด รู้สึกหงุดหงิด ส่งผลกระทบต่อสังคมรอบตัวไม่ปกติตามไปด้วย ในโลกนี้น้อยคนนักที่จะมีสุขภาพดีมาก คือ ครบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดเวลา คนส่วนใหญ่มักจะมีความบกพร่องทางสุขภาพบ้างไม่มากนักน้อย เช่น แพ้อากาศ วิตกกังวลเกินกว่าเหตุ กลัวความมืด เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าหากบุคคลนั้นพอใจในสภาวะการณที่เป็นอยู่และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขก็ถือได้ว่ามีสุขภาพดีอยู่ ดังเช่นแผนภาพแสดงภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย



ภาพที่ 2.1 แสดงภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย
(สุปาณี เสนาดิสัยและ วรธรรณา ประไพพานิช, 2547)

2. การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นปัญหาที่คุกคามทั้งต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรืออาจเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2549) ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเพื่อการรักษาชีวิตรอด การดูแลประคับประคอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตของผู้ป่วย (Sole & Hartshorn, 1997 อ้างถึงใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2551) ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จึงเป็นการดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการคุกคามของชีวิตโดยเน้นการรักษาประคับประคองทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม ตามภาวะตอบสนองของด้านร่างกาย จิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2551)

2.1 ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่คุกคามกับชีวิต (Life threatening) ต้องการการดูแล สังเกตให้การรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การตอบสนองของผู้ป่วยต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่พบบ่อย คือ ความเครียด (Stress) ความกลัวและวิตกกังวล (Fear & anxiety) ภาวะซึมเศร้า (Depression) การนอนไม่หลับ (Sleep deprivation) การสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ความเจ็บปวด (Pain) ภาวะพรากความรู้สึก (Sensory deprivation) ภาวะที่มีการกระตุ้นความรู้สึกมากเกินไป (Sensory overload) และกลุ่มอาการไอซียู (ICU syndrome) (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2549; วิจิตรา กุสุมภ์, 2551)

2.1.1 ความเครียด (Stress) ความกลัวและวิตกกังวล (Fear & anxiety) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อมซึ่งก็คือสถานการณ์วิกฤตของตนเอง ประเมินว่ามีอันตรายหรือมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) การศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่า ความเครียดของผู้ป่วยและญาติในระยะวิกฤตที่มากที่สุดคือความเครียดจากด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค

2.1.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นการตอบสนองที่พบได้บ่อยมาก จะพบพฤติกรรมการร้องไห้ หลีกเลียงการสบตา มีผลให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ภาวะซึมเศร้านี้ถือได้ว่าเป็นระยะของความวิตกกังวลที่รุนแรงที่สุด (panic) ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสีย หมดกำลังและถึงแก่กรรมได้ (Taylor, Lillis & Lemone, 2001)

2.1.3 การสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถกระทำการใดๆ เพื่อควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันได้ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดแรงจูงใจทำให้มีผลต่อการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การศึกษาของทองไคร์ นาโควงส์ (2543) ที่ศึกษาภาวะสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า พฤติกรรมที่แสดงออกถึงภาวะสูญเสียอำนาจ คือ ไม่สามารถทำอะไรง่ายๆ ได้ ยอมตามผู้อื่น นอนหลับไม่เพียงพอ อยู่ในภาวะที่มีการควบคุมต่ำ วิตกกังวล ไม่มีจุดมุ่งหมายและโกรธ ซึ่งมักพบใน 1 – 3 วันแรกที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก

2.1.4 การนอนไม่หลับ (Sleep deprivation) การนอนไม่หลับหรือการนอนหลับไม่เพียงพอ เป็นพฤติกรรมตอบสนองที่พบได้บ่อย (Novaes, et al., 1997) ซึ่งมักเกิดจากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักนั้นมีแสงสว่างมาก มีเสียงดังตลอดเวลา มีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องกระทำต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจากความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อการเจ็บป่วย ซึ่งสุจิตรา ลิ่มอำนาจ (2549) กล่าวว่า การถูกรบกวนการนอนทุก ๆ 20 นาที ทำให้มีผลต่อการหายใจของแผลและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยอีกด้วย

2.1.5 ความเจ็บปวด (Pain) ความเจ็บปวดเป็นปัญหาด้านร่างกายที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยวิกฤต (Novaes, et al., 1997; 1999) เพราะความรุนแรงของความปวดนั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความปวด ซึ่งส่งผลต่อความสบายต่างๆ รวมถึงภาวะทั้งอารมณ์ทำให้ความเครียด ความวิตกกังวลสูงขึ้นได้

2.1.6 ภาวะพรากความรู้สึก (Sensory deprivation) เป็นความผิดปกติของการรับรู้เกี่ยวกับประสาทรับความรู้สึกจากการจำกัดหรือลดสิ่งกระตุ้นหรือภาวะที่มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลงซึ่งมีสาเหตุจากหลายประการ เช่น การที่ต้องอยู่ในสถานที่ใกล้ชิดพยาบาลห่างไกลญาติ การที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้หรือถูกจำกัด การเคลื่อนไหวจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือจากการผูกมัด จากความเจ็บปวดหรือจากการที่ถูกรบกวนการพักผ่อนบ่อย เป็นต้น

2.1.7 ภาวะที่มีการกระตุ้นความรู้สึกมากเกินไป (Sensory overload) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยถูกรบกวนมากเกินไป ความสนใจของผู้ป่วยจะถูกเปลี่ยนจากสิ่งหนึ่งไปสู่อีกสิ่งหนึ่งจนเกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ เกิดความสับสนทางด้านความคิด ไม่สามารถควบคุมสภาพจิตใจให้ปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติได้

2.1.8 กลุ่มอาการไอซียู (Intensive care unit syndrome: ICU syndrome) เป็นภาวะผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ แต่ภาวะเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิด เช่น ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ การพร่องออกซิเจน ไข้ หรือความเจ็บปวด โดยอาการมักเริ่มจากการรับรู้วัน เวลา สถานที่ผิดไป (Disorientation) อาการนี้มักพบในผู้ป่วยที่อยู่ใน ICU นานกว่า 5 – 7 วัน และจะหายเมื่อย้ายออกจาก ICU ภายใน 48 ชั่วโมง

2.2 ขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต

วิจิตรา กุสุมภ์ (2551) กล่าวถึงขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

2.2.1 เฝาระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยและประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติงานให้มีทักษะ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 รับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการรักษาอย่างกะทันหัน ญาติหรือครอบครัวจึงเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล ซึ่งพบว่า ญาติสายตรง ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา และ/หรือบุตร มักจะมีความเครียดมากกว่าผู้ป่วย (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546)

2.2.3 ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิตและพัฒนาการของบุคคล

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน สุจิตรา ลิ่มอำวยลาภ (2549) และวิจิตรา กุสุมภ์ (2551) ได้ให้มีแนวทางในการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

2.3.1 การสร้างสัมพันธภาพก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งโดยการแนะนำตนเองและแสดงท่าทีที่เป็นมิตร แนะนำสถานที่ เวลา และอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์การพยาบาล

2.3.2 การประเมินภาวะสุขภาพอย่างใกล้ชิด โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยวิกฤตที่นิยมใช้มาก คือ FANCAS เป็นแบบประเมินที่เน้นการลำดับปัญหาสำคัญที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของร่างกาย จึงทำให้ประเมินได้รวดเร็วและครอบคลุมปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย โดยประเมินความสมดุลของน้ำ การหายใจ ภาวะโภชนาการ การติดต่อสื่อสาร การทำกิจกรรมและการได้รับการกระตุ้น

2.3.3 การช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ดังนี้

1) การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและทันท่วงที เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตอาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่รวดเร็วเนื่องจากภาวะล้มเหลวของระบบใดระบบหนึ่งหรือหลายระบบร่วมกัน พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งแนวทางการพยาบาล

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทอิสระตามศักยภาพ เช่น การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2.3.4 การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม ดังนี้

1) ให้การยอมรับ กระตุ้นและสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เปิดเผยและยอมรับผู้ป่วย ให้ความเคารพความเป็นบุคคล

2) จัดเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจุดมุ่งหมายของการพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อบอกและตอบคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่เป็นจริงและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3) กระตุ้นและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

4) จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยลดระดับเสียงดัง แยกเวลากลางวันและกลางคืนโดยการเปิดปิดม่าน แนะนำเวลากลางวันและกลางคืน

5) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกปลอดภัย ลดความกลัว ความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลถึงความพร้อมของร่างกาย การถอดเครื่องมือที่ช่วยชีวิต ก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยออกรวมทั้งฝึกหัดผู้ป่วยในการไม่พึ่งพาเครื่องมือ ย้ายในเวลากลางวันเพื่อให้ได้พบเจอกับเจ้าหน้าที่รวมทั้งญาติ และการตรวจเยี่ยม

6) การช่วยเหลือและป้องกันภาวะเครียดด้านสังคม โดยการพูดคุยและกระตุ้นให้ญาติมาเยี่ยม และควรยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยมหากไม่เกิดผลกระทบใดๆ

2.3.5 การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณโดยการจัดให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อของเขา เช่น พิธีกรรมทางพุทธศาสนา หรือคริสต์ศาสนา เป็นต้น

2.4 การพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่คุกคามต่อผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลอันเป็นที่รักของตน ทำให้บุคคลในครอบครัวแสดงปฏิกิริยาออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว กล่าวหาผู้ป่วยจะสูญเสียชีวิตและขาดความสนใจตนเอง

Johnson (1986 อ้างถึงใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2549) ได้ให้มีแนวทางในการพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

2.4.1 การยอมรับภาวะเศร้าโศกของญาติของผู้ป่วย การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตซึ่งอาจถึงแก่ความตายหรือมีความพิการในภายหลัง เหตุการณ์เช่นนี้ก่อให้เกิดความโศกเศร้าต่อบรรดาญาติของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความเข้าใจและเห็นใจในภาวะนี้ โดยแสดงความรู้สึกเข้าใจ ให้เวลากับญาติในการอยู่ด้วยหรือพูดคุยโดยใช้คำพูดปลอบโยน เป็นต้น

2.4.2 การให้คำอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ ของใช้และสภาพแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วย พยาบาลควรบอกและสอนญาติให้รู้จักชื่อและประโยชน์ของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ บอกสาเหตุที่ต้องใช้อุปกรณ์เหล่านั้น โดยพิจารณาใช้คำพูดที่เหมาะสม

2.4.3 การใช้คำพูดที่ง่ายและคุ้นเคยตามพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์

2.4.4 การทำให้จุดสนใจของญาติแคบลง ญาติของผู้ป่วยมักจะมี ความวิตกกังวลล่วงหน้าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง กล่าวหาภาวะเจ็บป่วยจะรุนแรงขึ้น อาจถึงแก่ความตายได้ พยาบาลควรจะต้องทำให้จุดสนใจของญาติแคบลงโดยให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและบอกแผนการพยาบาลที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยแก่ญาติ

2.4.5 หลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือสิ่งที่จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับญาติ ซึ่งสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเครียดนั้นไม่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยเท่านั้น แต่อาจเกิดจากระบบบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลหรือการพูดคุยสนทนาระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพ

2.4.6 การจัดให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการสอนให้รู้จักสังเกตอาการ และให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและให้โอกาสและเวลากับญาติได้อยู่กับผู้ป่วยและช่วยเหลือกิจวัตรบางอย่างจะทำให้ญาติรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2.4.7 การช่วยเหลือญาติในการตัดสินใจ พยาบาลควรให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะกับญาติในการประกอบการตัดสินใจเนื่องจากขณะนั้นญาติอาจมีความสับสน คิดอะไรไม่ออก

2.4.8 การช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ โดยพยาบาลอาจมีส่วนช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำญาติให้จัดลำดับความสำคัญของภาระงานและแนะนำในการหาบุคคลอื่นมาช่วยเหลือชั่วคราว

2.4.9 การเปลี่ยนแปลงบทบาทภายในบ้าน อันเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตเกิดขึ้น ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในบ้าน

2.4.10 การจัดหาสิ่งช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ สมาชิกภายในครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนอนาคตจะคุกคามถึงชีวิต ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล กระวนกระวายไม่มีความสุขในจิตใจ จึงต้องการคนที่เข้าใจ ให้กำลังใจ พยาบาลอาจจัดหาหรือแนะนำให้หาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ

สรุป ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตหรือมีความพิการได้ รวมทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคและมีปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต และถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าของเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมากมายแต่จะแน่ใจได้อย่างไรว่าเครื่องมือเหล่านี้จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตโดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองไปในหลายลักษณะทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความสามารถในการเผชิญปัญหา พยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมตอบสนองเหล่านั้นเพื่อให้สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพต่อไปได้

3. การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมานานและมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคตซึ่งจะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีวิวัฒนาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น มีการค้นพบแนวทางการรักษาโรคต่างๆ มากขึ้น ทำให้มนุษย์มีชีวิที่ยืนยาวขึ้นแต่การมีชีวิที่ยืนยาวก็ทำให้พบผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามความเจ็บป่วยเรื้อรังได้สะท้อนให้เห็นถึงปรัชญาการดูแลสุขภาพที่เน้นความรับผิดชอบในการดูแลตนเองมากกว่าการรักษา (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงกับอาการและอาการแสดงของตน มีการพยายามในการจัดการกับอาการของตนเพื่อการดูแลตนเอง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงเป็นการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยนั่นเอง

3.1 ลักษณะของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในปี ค.ศ.1949 คณะกรรมการโรคเรื้อรัง (Commission of chronic disease) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเรื้อรังว่ามีลักษณะต่อไปนี้ คือ 1) พยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร 2) ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น 3) พยาธิสภาพไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ 4) ต้องการการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และ 5) ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อติดตามประเมินอาการเป็นระยะไปตลอดชีวิต (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ความหมายในสมัยนั้นยังไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมของบุคคล ต่อมา Lubkin (1998 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นสภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้ร่างกายมีการเบี่ยงเบนการทำงานที่ ในระยะเวลาที่ยาวนาน อย่างน้อย 6 เดือน เป็นปีหรือตลอดชีวิต และผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ยังทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือเกิดความพิการได้

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยที่เคยได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือนต่อปี หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ตามปกติอย่างน้อย 3 เดือนต่อปี หรือการเจ็บป่วยนั้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรหรือมีความพิการหลงเหลืออยู่หรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติหรือต้องการการฟื้นฟูสภาพ ติดตามประเมินผล การสังเกตและการดูแลเป็นระยะเวลานาน

การตอบสนองของผู้ป่วยเรื้อรัง มีดังนี้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540)

- 3.1.1 ความปวด ความปวดอาจเกิดขึ้นตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและแตกต่างกันไปแต่ละคน ความปวดทำให้ความกระปรี้กระเปร่าและความมีชีวิตชีวาลดลง สนใจตนเองมากขึ้น เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ซึมเศร้า หงุดหงิด แยกตัวเองและก้าวร้าว
- 3.1.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ความสามารถลดลงหรือรู้สึกแตกต่างจากเดิมจึงประเมินความมีคุณค่าในตนเองลดลง
- 3.1.3 การแยกตัวและรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่นทำให้ผู้ป่วยแยกตัวและไม่เข้าสังคมโดยเฉพาะในระยะที่โรคกำเริบและต้องพึ่งพผู้อื่น
- 3.1.4 ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าเขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจและไม่เป็นตัวของตัวเอง
- 3.1.5 การหมดหวัง เนื่องจากไม่มีความสุข และไม่สามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้
- 3.1.6 ความโกรธ เป็นปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบเสมอ ผู้ป่วยอาจโกรธตนเองที่เจ็บป่วยหรือโกรธคนอื่นๆ ที่สุขภาพดี

3.2 ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

พินทอง รัตนบุษย์ (2550) ได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปเกี่ยวกับ ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไว้หลากหลายมิติ ดังนี้

- 3.2.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย
 - 1) ผลกระทบด้านพัฒนาการ พัฒนาการของบุคคลล้วนมีพันธกิจแต่ละวัยแตกต่างกันไป ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้พันธกิจเพิ่มขึ้นมากมาย ทำให้บุคคลไม่สามารถทำพันธกิจนั้นได้ทั้งหมด ทำให้การเจริญเติบโตก้าวไปสู่อีกระยะล่าช้าหรือหยุดชะงักได้
 - 2) ผลกระทบด้านร่างกาย บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังกว่าร้อยละ 40 มีความผิดปกติมากกว่า 1 ระบบ ความผิดปกติเหล่านี้ก่อให้เกิดความพิการและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และนอกจากนี้ยังมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนอีกด้วย
 - 3) ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ทางเพศ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองด้านการมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ จากอาการและอาการของโรคร่วม รวมทั้งผลข้างเคียงของการรักษา และอาจเกิดจากความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าลดลง ซึ่งส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยมี 3 ประการคือ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ น้ำกามไม่หลังหรือหลังน้อยและการไม่ถึงจุดสุดยอดทำให้เกิดปัญหาต่อทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส (สุจิตรา ลิ่มอำนวยลาภ, 2535)
 - 4) ผลกระทบด้านจิตใจ บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมักเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และซึมเศร้า และพบว่าบุคคลที่ต้องรักษาด้วยการใช้ยามากขึ้นหรือยังมีอาการรุนแรงเท่าใดจะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจเพิ่มสูงมากขึ้นได้ โดยผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมซึมเศร้า วิตกกังวล โกรธ ก้าว ขาดความมั่นใจและบางครั้งจะลงโทษตนเองด้วยการคิดฆ่าตัวตาย
 - 5) ผลกระทบด้านสังคม ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกเพราะการรักษาโรคเรื้อรังต้องใช้เวลาและเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมกันหลายโรค บุคคลต้องได้รับการรักษาด้วยยา

หลายอย่าง อาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาและเป็นปัญหาในการดูแล การเกิดโรคเรื้อรังทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตลดลง เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมาอีกด้วย

3.2.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังบุคคลไม่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล บุคคลสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แต่หากบุคคลมีความพิการหรือมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ บุคคลต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นงานที่ต้องทำเป็นระยะเวลานานและเป็นงานที่ไม่มีรายได้ตอบแทน การที่ต้องทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นเวลานานก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนต้องทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และต้องทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน รับผิดชอบงานบ้านทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องขาดการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน ขาดการติดต่อสื่อสาร เวลาอาหารถูกรบกวน วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เกิดความเครียด ซึมเศร้าและรับรู้ถึงการรับภาระที่หนักเกินไป อาจทำให้ต้องเปลี่ยนงานหรือลาออกจางานเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย

3.2.3 ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกโดยเฉพาะในศตวรรษที่ 21 เพราะจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เห็นได้จากประเทศอังกฤษในช่วง ค.ศ.2000 – 2001 พบว่า ร้อยละ 36 ของวัยผู้ใหญ่และร้อยละ 68 ของวัยสูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่าง ในแคนาดา พบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 67 ของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งหมดของประชาชน ในอังกฤษพบว่าร้อยละ 45 ของประชากรมีความผิดปกติด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่างและพบผู้ป่วยเบาหวาน 40,000 คนถูกตัดแขนขา ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องป้องกันได้ และค่าใช้จ่ายร้อยละ 75 เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง

3.2.4 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ โรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ เพราะโรคเรื้อรังมักมีโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและยิ่งโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนมากเท่าใด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็ยิ่งสูงเพิ่มมากขึ้น

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพ การดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อที่จะได้สอน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งลักษณะของการเจ็บป่วยนั้นอาจเป็นปัญหาที่ซ้ำซากไม่มีวันหยุด ปัญหาเกิดขึ้นตลอดเวลาไม่มีสิ้นสุด ฉะนั้นพยาบาลต้องเข้าใจและอดทนและพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยให้ได้เพื่อให้มีความสุขตามอัตภาพ ซึ่งบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

3.3.1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากหากพยาบาลและผู้ป่วยไม่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันก็อาจจะไม่เกิดกิจกรรมการดูแลอื่นๆ โดยเฉพาะการดูแลปัญหาด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพราะหากผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาลแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขอคำปรึกษาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลซึ่งส่งผลไปในระยะยาวต่อผู้ป่วยและครอบครัวและชุมชนได้

3.3.2 การสอนเกี่ยวกับการประเมินปัญหาสุขภาพตนเองรวมทั้งการปฏิบัติตัวในการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง นอกจากนี้พยาบาลและทีมสหสาขาควรที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลแนวทางการรักษา อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติเพื่อหาทางแก้ไขและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย

3.3.3 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยินดีปฏิบัติตามแนวทางการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีชีวิตอยู่กับข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น การจำกัดอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การพึ่งพาเครื่องมือ และภาวะปัญหาทางด้านจิตใจที่ซึมเศร้า ท้อแท้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

3.3.4 การส่งต่อเพื่อให้มีติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นบทบาทที่สำคัญโดยมีการเตรียมสถานที่ในบ้านให้เหมาะสมกับสภาพและความสามารถของผู้ป่วย การแนะนำเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลและ/หรือญาติสามารถตอบสนองต่อผู้ป่วยได้สอดคล้องกัน

สรุป การเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะกว่าความเจ็บป่วยทั่วไปเนื่องจากต้องมียาระยะเวลาดำเนินของโรคยาวนาน มีลักษณะของโรคสงบและโรคกำเริบ ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินของโรคและพยาธิสภาพตามประสบการณ์ของตนเอง แนวทางการช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีหลากหลายแนวทาง และบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับและดูแลช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นๆ

4. การพยาบาลประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงตนอย่างมีคุณภาพที่ดีเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มุ่งหวังเรื่องการรักษาให้หายจากโรค อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้สามารถประยุกต์ใช้กับการรักษาโรคอื่นๆ ที่รักษาให้หายขาดได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

สำหรับคำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีคำที่ใช้ใกล้เคียงกันกับคำถาม Palliative care คือ คำว่า Supportive Care ซึ่งทัศนีย์ ทองประทีป (2552) กล่าวว่าทั้งสองคำมีความหมายไม่แตกต่างกันและบางครั้งใช้แทนกันได้ แต่ Palliative care มีความหมายกว้างกว่าเพื่อนำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทั้งหลายมาส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ หลักการของการดูแลแบบประคับประคองจึงเน้นที่คุณภาพชีวิตมากกว่าระยะเวลาของชีวิตที่ยืนยาวออกไปแต่เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยังครอบคลุมไปถึงการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยให้คลายทุกข์โศกที่เกิดจากการสูญเสีย (bereavement phase) ให้สามารถปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ และนอกจาก 2 คำข้างต้นแล้ว ยังมีคำศัพท์ที่ใกล้เคียงอีกหลายคำ เช่น end-of-life care, terminal care และ hospice care ล้วนเป็นคำที่ใช้อยู่ภายใต้ร่มของคำว่า Palliative care ทั้งสิ้น แต่เอาระยะเวลาเป็นจุดให้ความสนใจ ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้เสนอว่า คำว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life care, terminal care) เหล่านี้ให้ความหมายเชิงลบทำให้ผู้รับฟังรู้สึกหดหู่ เศร้าสร้อย ส่วน hospice care นั้นเป็นรูปแบบของการจัดบริการในการดูแลซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้าน หรือในสถาบันดังนั้นจึงยังไม่ครอบคลุมเท่ากับคำว่า Palliative care

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

4.1.1 ความหมายเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย (Dead and Dying)

ความตายเป็นส่วนหนึ่งในพัฒนาการของชีวิตเรา มนุษย์เป็นสัตว์ชนิดเดียวที่ตระหนักในความตายของตัวเอง ความกลัวตายของมนุษย์เป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ (Learning process) ดังนั้นปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ทราบว่าจะตัวเองกำลังจะตายจึงเป็นปฏิกิริยาที่เกิดมาจากผลของการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตซึ่งทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็จัดการกับปัญหาเกี่ยวกับความตายของตัวเองแตกต่างกันออกไป

4.1.1.1 ความหมายเกี่ยวกับความตาย

วิทย์ เทียงบุญธรรม และเกษม เทียงบุญธรรม (2533 อ้างถึงใน พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2550) ให้นิยามคำว่าความตายไว้ในพจนานุกรมแพทยศาสตร์ เล่ม 1 ว่า คือ การหยุดอย่างถาวรของหน้าที่ต่างๆ ที่สำคัญของอวัยวะร่างกาย ซึ่งได้แก่ สมอง ระบบหายใจ ระบบหมุนเวียนเลือด ส่วนพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี 2542 ให้นิยามว่า หมายถึง สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สันสภาพของการมีชีวิต เช่น สภาวะสมองตาย

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2543) ให้ความหมายของความตายว่า ความตายเกิดขึ้นเมื่ออวัยวะสำคัญ (Vital organ) ของร่างกายไม่สามารถทำงาน ทำให้บุคคลไม่สามารถคงชีวิตอยู่ได้ เช่น การได้รับออกซิเจน อาหาร น้ำ ความสมดุลของอุณหภูมิ และการขับถ่าย เมื่อเซลล์ต่างๆ ของร่างกายค่อยๆ ลดความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ในที่สุดเซลล์ก็จะตาย เมื่อเซลล์ในส่วนของเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ตายลงอวัยวะก็จะเสื่อมสภาพไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต บุคคลนั้นก็จะตายในที่สุด ความตายเป็นการสิ้นใจ ไม่อยู่ต่อไป ไม่ไหวติง และหมายถึงกระบวนการและวิธีการในการดำรงอยู่ของชีวิตหยุดทำหน้าที่โดยสิ้นเชิง โดยชีวิตนั้นเมื่อดับแต่จิตยังคงอยู่ต่อไป

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2547) ให้ความหมายการเสียชีวิตหรือการตายว่า คือ การหายใจหยุดลง หัวใจหยุดเต้น การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่มีตามปกติ แต่ทวารจะเปิด ไม่มีอาการตอบสนองทางประสาท ม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ปากอาจจะหุบหรืออ้า เป็นต้น

4.1.1.2 ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

ผู้ป่วยใกล้ตาย (Dying patient) หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้หรือมีอาการอยู่ในระยะที่ใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (serious ill patient) หรือมีอาการในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้แล้ว และหมายถึงผู้ป่วยที่เจ็บหนักและ/หรือผู้ป่วยที่หมดหวัง (hopeless patient) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งหมายถึงสมองและไขสันหลังส่วนต้น ระบบไหลเวียน ระบบหัวใจ และยังหมายถึงผู้ป่วยที่เป็นระยะที่การตอบสนองต่อการรักษาลดลงเรื่อยๆ เริ่มแน่นชัดแล้วว่าไม่มีการรักษาที่ได้ผลและผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ภายในไม่กี่วัน ไม่ว่าผู้ให้การรักษาจะทำดีที่สุดอย่างไร (สุมาลี นิมนานิตย์, 2547) ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองในช่วงระยะเวลานี้ของชีวิตจะปรับเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในการเผชิญกับความตายที่เคยประสบ ร่วมกับวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

4.1.2 เป้าหมายการดูแลระดับประคอง

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย คือ ช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่มีความหมาย พบกับความสงบและลดทุกข์เวทนาให้มากที่สุด การเปลี่ยนแปลงการรักษาควรให้เพียงการบรรเทาอาการและให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายมากที่สุด ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดของผู้ป่วยและลดความคาดหวัง ลดเป้าหมายหลายๆ อย่างที่เคยมีมา (รักษนก กิ่งจำปา, 2552)

4.1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยใกล้ตาย

การคาดคะเนเวลาตายเป็นเรื่องยาก บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2547) ได้เสนออาการและอาการแสดงในการกระบวนการตายว่าเกิดขึ้นประมาณ 1 – 3 เดือน ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต และในช่วงที่ผู้ป่วยเสียชีวิตนี้ ในช่วงประมาณ 2 สัปดาห์สุดท้ายเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนและมีความสำคัญที่สุด โดยความทุกข์ทรมานที่

เกิดขึ้นในช่วงนี้จำแนกอาการออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงอาการและอาการแสดงในกระบวนการใกล้ตาย (บ้ำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2547)

ระยะ 1 – 3 เดือน ก่อนเสียชีวิต	ระยะ 1 – 2 สัปดาห์ ก่อนเสียชีวิต	ระยะ 1 – 2 วัน ก่อนเสียชีวิต	หลายนาที – 1 ชั่วโมง ก่อนเสียชีวิต
<ul style="list-style-type: none"> - ความอยากอาหารและน้ำลดน้อยลง - การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป - นอนหลับมากขึ้น - การสื่อสารลดน้อยลง - แยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม - มีความกลัวมากขึ้น กลัวต้องจากไป - ให้ความสนใจกับพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - สับสน จำบุคคล วัน เวลา และสถานที่ไม่ได้ - กระวนกระวาย กระสับกระส่าย - ประสาทหลอนทั้งการเห็นภาพและได้ยินเสียง - ขาดสติ มีนงง - หยับจับสิ่งของใดส่วนหนึ่งของผ้าปูที่นอนหรือเสื้อผ้า - ความดันโลหิตลดลง - ชีพจรเต้นเร็วขึ้นหรือช้าลง - สิวเปลี่ยนเป็นขีด เหลือง ผิวเล็บปลายนิ้วมีนิ้วเท้า อาจจะเขียวหรือซีดลง เหงื่อออกมาก - การหายใจเปลี่ยนแปลง อาจช้าหรือเร็วขึ้น - มีสิ่งตกค้างในทางเดินหายใจ เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ - รับประทานอาหารไม่ได้ จิบน้ำได้เล็กน้อย - อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงได้มากทั้งร้อนจัดหรือเย็นจัด - นอนหลับมากกว่าตื่น - สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง - ไม่มีแรงและรู้สึกว่าร่างกายแขน ขาหนักมาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยดูเหมือนจะมีอาการดีขึ้นอย่างผิดหูผิดตา - สติสัมปชัญญะดีขึ้น - มีอาการกระปรีกระเปร่า มีชีวิตชีวาขึ้นมาอีกครั้ง - ต่อมาความดันโลหิตลดลงเรื่อยๆ ดวงตานิ่ง ไม่มีแว่น้ำตาไหล ลืมตาได้ครึ่งเดียว - หายใจเป็นห้วงๆ ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งอาจหยุดหายใจไป 10 – 35 วินาทีก่อนที่จะเริ่มหายใจใหม่อีกครั้ง - กระสับกระส่ายหรือหยุดนิ่ง - เข้า-เท้ามีสีม่วง - ชีพจรเบาหรือแรง - ปัสสาวะออกน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> - หายใจกล่าบากมาก - การเคลื่อนไหวและการรับรู้ต่างๆ จะค่อยๆหมดไป ประสาทรับความรู้สึกสุดท้ายที่ยังคงอยู่คือ การได้ยิน - กล้ามเนื้อและกล้ามเนื้อหูรูดต่างๆ เกิดการคลายตัว อาจมีอุจจาระ ปัสสาวะไหล - ไม่ได้ตอบหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

ระยะที่	พฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย
ไม่ได้ เป็นระยะที่เวลาผ่านไประยะหนึ่ง มีการดำเนินของโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นจริงๆ จึงเป็นความจำเป็นต้องยอมรับสภาพ	ต้องการวางแผนชีวิต พินัยกรรม หรือบอกญาติมิตร บุคคลในครอบครัวในการเตรียมพิธีศพหรือภาวะที่ยังค้างค้ำ เช่น การจัดการเรื่องมรดก แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายที่สามารถผ่านมาถึงขั้นตอนนี้ได้ - แนวทางการพยาบาล คือ ให้ความเคารพในความต้องการของผู้ป่วย คุยอยู่กับผู้ป่วยอย่างใจเย็นๆ สัมผัสบีบมือแล้วสบตา อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความต้องการ ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้ญาติพบหรือเยี่ยม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา

อย่างไรก็ตาม ในทางเป็นจริงแล้วผู้อยู่ในภาวะใกล้ตายหลายคนก็ไม่ได้เกิดความรู้สึกทั้ง 5 ขั้นตอนที่ทั้งหมดจริงๆ แล้วอาจมีเพียงบางขั้นตอนที่บางคน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามลำดับดังกล่าว

4.1.5 ปฏิกริยาของครอบครัวต่อภาวะใกล้ตาย

ทศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้สรุปพฤติกรรมของครอบครัวในการเผชิญต่อความตายของสมาชิกในครอบครัวโดยทั่วไป ดังนี้

1) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวมักตั้งคำถามว่าจะต้องทำอะไรบ้างเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมทั้งนี่ก็ต้องให้บทบาทหน้าที่ของตนยังคงดำรงอยู่ได้ อาจต้องแบ่งหน้าที่กันทำหรือโอนความรับผิดชอบบางอย่างให้ผู้อื่นทำ ญาติต้องพยายามอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอารมณ์ของผู้ป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงง่ายเพราะเกิดความหวาดหวั่นและไม่มั่นคงในชีวิต

2) ความภูมิใจในที่ได้ทำหน้าที่ ญาติในกลุ่มนี้มักมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรักความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นตั้งแต่ในยามปกติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นการดูแลช่วยเหลือกันด้วยความรักและเข้าใจ อดทนและเสียสละเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขมากที่สุด และพบว่ากลุ่มนี้ไม่มีปัญหาในด้านการเงินและค่าใช้จ่ายในการรักษา ญาติกลุ่มนี้มักค้นพบศักยภาพของตนเอง เรียนรู้สังขารและประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายจากคนที่ตนรัก ทำให้สามารถปรับการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

3) ความรู้สึกว่าเป็นภาระ คำว่าภาระนี้มีความหมายหลายอย่าง เช่น ภาระด้านสุขภาพที่ต้องญาติต้องใช้กำลังกายในการดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การจัดสภาพแวดล้อม และการให้กำลังใจและใส่ใจกัน รวมทั้งความเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายและเวลา แม้ว่าจะได้รับสิทธิการรักษาบัตรทองหรือประกันสังคมหรือสิทธิของข้าราชการ แต่ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นค่าอาหาร ค่าที่พัก หรือของใช้จำเป็นอื่นๆ ในขณะที่มาเฝ้าไข้ก็ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกเป็นกังวลได้

4) ความรู้สึกขัดแย้งในใจ การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเป็นระยะที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ทำให้ญาติทุกข์ทรมานไปด้วย ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานที่ไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไร อาจมีความรู้สึกว่าเมื่อใดผู้ป่วยเสียชีวิตความทุกข์ทรมานนั้นก็จบอาจทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นการแข่งคนที่ตนรัก จึงทำให้รู้สึกผิดที่ต้องเก็บซ่อนไว้ในใจ และโดยเฉพาะความขัดแย้งในจิตใจเมื่อญาติต้องการผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

5) การค้นหาความหมาย การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้มีเวลาในการค้นหาความหมายของตนเองและเป้าหมายของชีวิต ญาติของผู้ป่วยก็เช่นกัน การเจ็บป่วยของบุคคลที่รักและผูกพัน

4.1.4 ปฏิกริยาของผู้ป่วยต่อภาวะใกล้ตาย

Dr. Elisabeth Kubler – Ross อายุรแพทย์และจิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้เสนอทฤษฎีที่อธิบายขั้นตอนการตอบสนองต่อความสูญเสีย ว่าบุคคลจะมีปฏิกริยาแสดงออกเป็น 5 ระยะ (Kubler – Ross, 1969) ในแต่ละระยะกลับไปกลับมาได้ ได้แก่ ระยะช็อคหรือระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ไม่พึงพอใจ ระยะต่อรอง ระยะ ซึมเศร้า และระยะยอมรับกับความจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยมีรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2.3 (White, Sorensen & Luckman อ้างถึงใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2547; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

ตารางที่ 2.3 แสดงการตอบสนองหรือปฏิกริยาต่อความตายและภาวะใกล้ตาย

ระยะที่	พฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย
ระยะช็อคหรือระยะปฏิเสธ เป็นระยะการปฏิเสธความจริงที่เป็นข่าวร้ายเกี่ยวกับการวินิจฉัย การปฏิเสธถือว่าเป็นกลไกการปกป้องตนเองของบุคคลในระดับต้นๆ ข่าวร้ายดังกล่าวเป็นความจริงที่ทำให้ยอมรับได้ยาก ผู้ป่วยอาจจะตกใจจนทำอะไรไม่ถูก	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดภาวะช็อคทางจิตใจ อาจรู้สึกตกใจมาก งงงันในตอนแรก ต่อจากนั้นจะปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือไม่เชื่อว่าการสูญเสียกำลังจะเกิดขึ้น - แนวทางการพยาบาล คือ การยอมรับปฏิกริยาของผู้ป่วยด้วยการฟังอย่างแท้จริง ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับความกลัวตามลำพัง
ระยะโกรธ ไม่พึงพอใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยตระหนักว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอารมณ์โกรธร่วมด้วย และความรู้สึกหลายๆ อย่างปนกัน เช่น ความรู้สึกคับข้องใจ สะเทือนใจและกลัว	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้สึกโกรธจะเกิดตามมาเมื่อสิ้นสุดระยะแรก อาจแสดงความเคียดแค้นว่าตนเองเป็นบุคคลที่โชคร้ายจึงต้องตายทั้งที่ยังไม่ปรารถนาจะตาย - แนวทางการพยาบาล คือ การเข้าใจและยอมรับในปฏิกริยาของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ ไม่ได้เถียง ให้ความเคารพและช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ตลอดจนส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา
ระยะต่อรอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มยอมรับแต่ก็พยายามต่อรองขอโอกาสอีกสักครั้งจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจต่างๆ ที่อยู่เหนือการควบคุมของมนุษย์แม้จะมีโอกาสเพียงน้อยนิด อาจเป็นการขอเลื่อนเวลาออกไปก่อนที่จะเผชิญกับสิ่งที่คิดว่าไม่ดีเพื่อขอเวลาดั้งหลักหรือทำใจ	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามประนีประนอม ตอรองเพื่อหลีกเลี่ยงการสูญเสียเพื่อให้มีโอกาสมีชีวิตยืนยาวต่อไป อาจรู้สึกผิด กลัวการลงโทษจึงอาจไปทำการบนบานศาลกล่าวต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วย ถ้าวอดตายจะกระทำความดีอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการตอบแทน - แนวทางการพยาบาล คือ รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยต่อรองตอรอง ให้กำลังใจผู้ป่วยให้ได้ระบายความรู้สึกโดยไม่ปฏิเสธหรือตอบรับแต่ให้ข้อมูลและความกระจ่างรวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและดูแลตนเองและให้การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ
ระยะซึมเศร้า เป็นระยะที่เกิดจากความเสียใจหรือทุกข์โศกกับสิ่งต่างๆ ที่สูญเสีย ความเศร้าในระยะนี้มี 2 ชนิด คือ ความเศร้าที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเศร้าในการเตรียมตัวตาย	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถปฏิเสธความเจ็บป่วยและตระหนักว่าไม่สามารถชะลอการสูญเสีย ผู้ป่วยอาจนั่งซึม ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ซบออยู่คนเดียวเงียบๆ อาจจะพูดคุ้ยบ้างหรือร้องไห้สลับกันไป - แนวทางการพยาบาล คือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเศร้าหรือนั่งอยู่ด้วยเงียบๆ ใช้มือสัมผัสและจับผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการพูดคุ้ย
ระยะยอมรับกับความจริงที่หลีกเลี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - แสดงอาการยอมรับความจริง ความสนใจต่อคนรอบข้างน้อยลง บางรายอาจ

ระยะที่	พฤติกรรมตอบสนองของสมาชิกครอบครัว
รับผิดชอบใดๆ ในครอบครัวได้แล้ว หากแต่เป็นภาวะของครอบครัวอีก	- แนวทางการพยาบาล คือ การประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์การปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวว่าครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคใดหรือไม่
ระยะที่ 3 ระยะไว้ทุกข์หรือโศกเศร้า (Bereavement) เป็นระยะที่ความตายได้มาถึงประสบการณ์ของครอบครัวต่อเนื่องจากระยะที่ 1 และ 2	- รู้สึกอ้างว้าง ถูกพรากและตัดขาดจากผู้ตายโดยเด็ดขาด - รู้สึกวิปโยค (Mourning) ละอายใจที่ไม่สามารถช่วยชีวิตคนในครอบครัวไว้ได้ และรู้สึกว่าถ้าหากได้ทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ให้กับผู้ตายตั้งแต่ยังมีชีวิตอยู่จะเป็นการดี เป็นการทบทวนความผูกพันกับผู้ตายอีกครั้งหนึ่ง - แนวทางการพยาบาล คือ การกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวคำนึงถึงความผูกพันซึ่งกันและกันของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ประคับประคองให้การเศร้าโศกเป็นไปตามปกติ
ระยะที่ 4 ระยะสุดท้ายที่เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวและครอบครัวเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ	- สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นหรือครอบครัว สามารถเอาชนะความรู้สึกโศกเศร้าและความละอายใจต่างๆ ต่อผู้ตาย - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับหน่วยสังคมอื่นๆ ได้ตามปกติ - แนวทางการพยาบาล คือ พยายามให้สมาชิกคำนึงถึงและยอมรับอดีตที่ผ่านมาอย่างมีความสุข มองไปข้างหน้าอย่างมั่นใจ มีความอบอุ่นในชีวิตครอบครัว สามารถดำรงหน้าที่ รับผิดชอบของครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์

สำหรับปฏิกิริยาของญาติที่เกิดขั้นนั้น พยาบาลจะต้องประเมินว่าเป็นเช่นใดโดยเฉพาะการเสียชีวิตของคู่สมรสที่เป็นครอบครัวเดี่ยว ญาติอาจจะควบคุมความเศร้าโศกได้ยากจนไม่สามารถดำเนินการเรื่องการจัดการกับตนเองได้ อาจต้องมีการช่วยเหลือด้านจิตใจเป็นระยะ

4.2 หลักการดูแลแบบประคับประคอง

เต็มศักดิ์ ฟิงรัศมี (2550) ได้กล่าวถึง หัวใจหรือหลักการสำคัญของ การดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย "4 C" ดังนี้

4.2.1 การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (Centered at Patient and family) ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หน้ตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด เช่น การใส่ท่อให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือได้ฉิวหนึ่งรวมไปถึงปฏิบัติการกู้ชีพ เป็นต้น

4.2.2 การดูแลแบบองค์รวม (Comprehensive) นอกจากหลักการในการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้วยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาซึ่งอาจแตกต่างไปจากผู้ดูแลรักษา และพึงระลึกเสมอว่า มิติและมุมมองทางการแพทย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหาทั้งหมดได้

4.2.3 การปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพ ครอบครัวและสังคม (Coordination) เพราะงานบางส่วนต้องการความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี และองค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยกว่าบุคลากรทาง

จะทำให้ญาติมีความถามว่าตนเองได้ทำหน้าที่หรือได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างดีแล้วหรือยัง มีอะไรที่ยังบกพร่องอยู่เพื่อจะได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่นี้ให้มีคุณค่าที่สุด

6) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายของคนที่คุณรัก ในครอบครัวที่สามารถสื่อสารกันได้ อย่างตรงไปตรงมาเรื่องความตายจะทำให้การเตรียมตัวตายของผู้ป่วยและการเตรียมตัวของญาติดำเนินไปไม่ยุ่งยากมากนัก ผู้ป่วยที่ยังพอรู้สึกตัวดีจะวางแผนการจัดการของตนเองร่วมกับญาติได้ดี แต่บางครอบครัวก็อาจพบปัญหาได้

Giacquinta (1977 อ้างถึงใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2547) แบ่งขั้นตอนของปฏิบัติการของครอบครัวที่เกิดขึ้นต่อความตายของสมาชิกครอบครัวเป็น 4 ระยะ ดังแสดงในตาราง 2.4

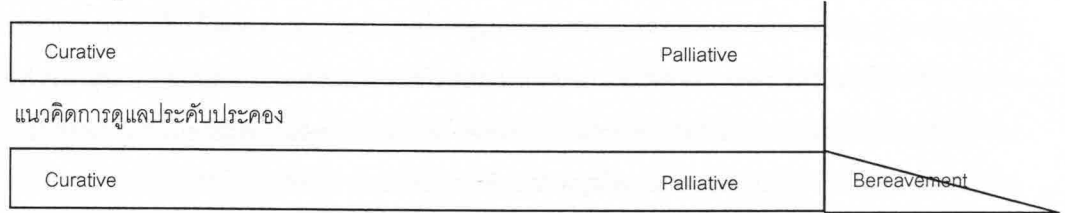
ตารางที่ 2.4 แสดงปฏิบัติการของครอบครัวที่เกิดขึ้นต่อความตายของสมาชิกครอบครัว

ระยะที่	พฤติกรรมตอบสนองของสมาชิกครอบครัว
ระยะที่ 1 ระยะการปรับตัวต่อโรคร้าย (Living with) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังทำหน้าที่รับผิดชอบครอบครัวตามปกติเท่าที่จะทำได้แต่รับรู้ว่าคุณมีชีวิตรอยู่ไม่นาน ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นระยะ	<ul style="list-style-type: none"> - อารมณ์ของครอบครัวเต็มไปด้วยความวิตกกังวล อาจซีด ท้อแท้ หดหู่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ - หน้าทีและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผิดปกติไปจากเดิมเนื่องจากมีสมาชิกเจ็บป่วยเป็นเวลานานหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เวลาและพลังงานของครอบครัวใช้กับสมาชิกที่เจ็บป่วยทำให้โครงสร้างของครอบครัวอ่อนแอลง มีปัญหาทางอารมณ์และการถูกทอดทิ้ง - สมาชิกในครอบครัวเกิดคำถามต่อตนเองและสมาชิกอื่นว่าทำไมต้องอยู่ในสภาพเช่นนี้ เป็นการค้นหาความหมายต่อความตายที่เกิดขึ้นหรือตอกย้ำให้รับรู้การตายของสมาชิกในครอบครัว เต็มไปด้วยความสับสน สงสัย ตั้งคำถามกับตนเองซ้ำซาก - บอกกล่าวกับผู้อื่นรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของตนถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น เกิดการกลับเข้ากลุ่ม รับรู้ร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันใหม่ในหมู่สมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ทั้งนี้เพราะปรับตัวปรับใจได้และหวังใยสมาชิกคนอื่น การรวมกลุ่มอาจมีผลทำให้เกิดความปรวนแปรทางอารมณ์จนต้องแยกตัวไปตามลำพังได้อีก - แสดงความเศร้าโศกล่วงหน้า ครอบครัวจะแสดงความเศร้าโศกก่อนเหตุการณ์และหาหนทางปรับให้สมาชิกทำหน้าที่แทนผู้ป่วยที่จะถึงแก่ชีวิต - แนวทางการพยาบาล คือ ให้ครอบครัวมีความหวังเกี่ยวกับการรักษาอยู่บ้าง แม้จะไม่ใช่อยู่มากแต่ก็เป็นลักษณะการยึดชีวิตและให้มีความทุกข์ทรมานน้อยลง กระตุ้นให้เกิดความผูกพันในครอบครัว ให้ครอบครัวหาแหล่งพักพิงด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม ให้สมาชิกมีความกล้าหาญ เผชิญความจริง แก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สิ่งสำคัญคือ การให้ความช่วยเหลือต้องสม่ำเสมอและเป็นทีไว้นิ่งเพื่อใจ
ระยะที่ 2 ระยะก้ำกึ่งระหว่างจะอยู่หรือจะตาย (Living-dying interval) เป็นระยะที่นอกจากจะไม่สามารถทำหน้าที่	<ul style="list-style-type: none"> - มีการปรับบทบาท แบ่งหน้าที่รับผิดชอบใหม่ - คำนึงถึงความดีงามของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต จัดเตรียมสิ่งต่างๆ ที่เป็นอนุสรณ์ให้

การแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครต่างๆ

4.2.4 การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Continuous) การดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิตและสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ดังแสดงในภาพที่ 2.2

แนวคิดการดูแลแบบเดิม



ภาพที่ 2.2 แนวคิดการให้การดูแลแบบประคับประคอง (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)

4.3 การพยาบาลแบบประคับประคอง

4.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จากแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีลักษณะการดูแลที่มีการผสมผสานหลายแนวคิดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญทั้งในฐานะผู้เยียวยาซึ่งต้องให้การบำบัดดูแลอย่างเอื้ออาทร ด้วยความเห็นอกเห็นใจ และเป็นผู้สนับสนุนชี้แนะให้ผู้ป่วยสามารถดึงพลังที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยใช้ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาใช้เพื่อทำความเข้าใจคนทั้งคนนั่นเอง โดยปฏิบัติ ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่กำลังจะตายนั้นพยาบาลต้องการความเข้าใจ (Understanding) และการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นเป็นพิเศษ (Sensitivity) โดยปฏิบัติ ดังนี้

1.1) ให้เข้าใจความรู้สึกตนเองก่อนว่ารู้สึกเช่นไรกับภาวะใกล้ตายและความตาย (Death) เราจะต้องสามารถยอมรับความตายเป็นเรื่องปกติของทุกคน และแม้แต่ตัวเราเองก็ต้องตายเช่นกัน ถ้าเราไม่สามารถยอมรับในจุดนี้ เรายังจะรู้สึกไม่สบายใจในการคุยอย่างเข้าใจกับคนที่กำลังป่วยในระยะสุดท้ายได้

1.2) แสดงให้เห็นว่าคุณมีความพร้อมและเต็มใจที่จะคุยกับผู้ป่วย การแสดงออกทั้งทางภาษาพูด การสัมผัส การกอด และไม่พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ พยายามแสดงให้เห็นว่าเราพร้อมที่จะเป็นกำลังใจ เข้าใจและคอยรับฟังเขาเสมอ

1.3) ถ้ารู้สึกไม่สบายใจในการพูดถึงบางหัวข้อเรื่องให้บอกผู้ป่วยถึงข้อจำกัดหรือความรู้สึกของตนเองแก่ผู้ป่วย ความซื่อสัตย์ เปิดเผย และเคารพซึ่งกันและกันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ

1.4) ตอบคำถามให้ถูกต้องที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้ามีคำถามใดที่ตอบไม่ได้ ให้สอบถามหรือหาผู้ที่สามารถตอบได้มาอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ถ้าผู้ป่วยยังมีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ควรบอกให้ผู้ป่วยมีกำลังใจแต่ไม่ควรพูดจนเกินเลยความเป็นจริง

1.5) ให้เวลาแก่ผู้ป่วยต่อการที่จะยอมรับสถานการณ์ด้วยตัวของเขาเอง อย่าไปบังคับให้เขาต้องยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น แต่พยายามให้ข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องต่อเขา การยอมรับในชะตากรรมของตนเองเป็นขั้นตอนสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการของภาวะโกลีตาย

1.6) เคารพในความเชื่อด้านปรัชญาและศาสนาของผู้ที่กำลังจะตาย อย่าได้ค้านหรือทำให้ผู้ป่วยถึงความเชื่อในด้านเหล่านี้ของเขา เราต้องพยายามเปิดใจให้กว้าง รับฟัง ยอมรับ และให้กำลังใจ

1.7) ช่วยให้การครอบครัวและเพื่อนยอมรับความจริงถึงเรื่องความตายของผู้ป่วย เมื่อคนโกลีตายผู้ป่วยยอมรับได้จะมีผลต่อความรู้สึกผู้ป่วยเองที่ยอมรับได้เช่นกัน และระลึกไว้เสมอว่าญาติและเพื่อนผู้ป่วยก็มีบางสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเช่นกัน ให้แสดงให้เห็นว่าเราพร้อมที่จะช่วยเมื่อเราต้องการ

2) การพยาบาลปัญหาทางด้านร่างกาย

2.1) ให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน เช่น อาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องความเจ็บปวด ควรให้ยาควบคุมอาการปวดอย่างเต็มที่ หรืออาการหายใจลำบาก อาการเบื่ออาหาร ผอมแห้งอ่อนเพลีย อาการท้องผูก อาหารคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

2.2) ไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็นหรือไม่มีประโยชน์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น

2.3) ให้การดูแลความสบายด้านต่างๆ เช่น การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การดูแลความสะอาดร่างกายและให้อาหารให้เพียงพอ

3) การพยาบาลทางด้านจิตใจ

3.1) ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง

3.2) ให้เวลาพูดคุย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามถึงสิ่งต่างๆที่สงสัย เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และได้พูดถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ โดยไม่ยึดเยียดและสังเกตจากความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น

3.3) ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการพูดเรื่องเกี่ยวกับความตายของตน แต่บางรายก็อาจไม่ยอมพูด ควรประเมินและพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3.4) ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าแม้จะไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และผู้รักษาจะพยายามควบคุมอาการต่างๆ อย่างเต็มที่

4) การพยาบาลทางด้านสังคมเศรษฐกิจ

4.1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น มีคนที่ผูกพันเช่น ญาติสนิท คอยดูแล ถ้าไม่มีญาติหรือคนใกล้ชิด ก็ควรจัดให้มีผู้ดูแลประจำ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอได้

4.2) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระดมเรื่องต่างๆให้เรียบร้อยก่อนจะจากไป ทั้งด้านการเงิน การงาน และเรื่องส่วนตัวอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

4.3) คำนึงถึงปัญหาทางการเงิน และภาระการใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องแบกรับ

5) การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

5.1) ประเมินและบันทึกความต้องการทางจิตวิญญาณ ค้นหาสิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสมของแต่ละคน

5.2) สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น มีห้องพระ ห้องละหมาด เป็นต้น

5.3) สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสงบผ่อนคลายในระยะสุดท้าย

5.4) การปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อควรมีการปรับให้เหมาะสมกับพื้นฐานการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย เช่น คนที่ไม่ได้ปฏิบัติธรรม คุณค่าชีวิตอาจอยู่ที่การทำงานอย่างเต็มที่ การเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดี โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบและระลึกถึงความดีที่เขากระทำ มีการส่งเสริมให้ทำความดีตามวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย เช่น สวดมนต์หรือทำบุญ ช่วยในการค้นหาและตอบสนองความปรารถนาที่ยังไม่สำเร็จ ส่วนคนที่อาจมีการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้องมาในอดีต การเข้าใกล้ความตายอาจทำให้สงบได้ยาก ในขณะที่ไม่สามารถแก้ไขอดีตได้ ครอบครัวอาจมีส่วนช่วยในการค้นหาและสะสางปมที่ค้างคาใจอยู่และส่งเสริมให้มีการอโหสิกรรมระหว่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่มีศรัทธาในหลักศาสนาต่างๆ ควรส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติเพื่อยกระดับจิตใจ เช่น การเตรียมตัวกลับไปใช้ชีวิตที่แท้จริงหลังการตายกับพระเจ้า (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2550)

4.3.2 การพยาบาลครอบครัวแบบประคับประคอง

ในการพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าชีวิตของผู้ป่วยนั้นกำลังจะจบลงแต่ชีวิตของญาติจะต้องดำเนินต่อไป ญาติของผู้ป่วยอาจเผชิญกับความสูญเสียและมีปัญหาด้านอารมณ์ได้ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมากนักโดยเฉพาะญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักเพราะญาติคือแหล่งของความหวังและกำลังใจที่สำคัญ พยาบาลควรมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ดังนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; ลักษมีชาญเวชช์, 2549)

1) การดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย ครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักประสบกับปัญหาความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินอาการและอาการแสดงและดูแลด้านร่างกายกับครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก

2) การดูแลประคับประคองด้านสังคมและเศรษฐกิจ

2.1) เป็นสื่อกลางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

2.2) ค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจในการต่อสู้กับอาการต่างๆ ของโรคร้าย ในระยะใกล้จะสิ้นลมหายใจ พยาบาลควรจัดโอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝากฝังใจแก่ญาติของตนได้

2.3) ควรจัดทีมที่ช่วยดูแลผู้ป่วยแทนชั่วคราวเพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลมีโอกาสผ่อนคลาย และช่วยแบ่งเบาภาระของญาติ

2.4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับและประสานให้ผู้ป่วยได้รับสิทธินั้น นอกจากนี้ควรหาแหล่งทุนสนับสนุนอื่นๆ จากองค์กรอื่นหรือเงินบริจาคไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของเงิน ค่าเดินทางหรืออุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องใช้

3) การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ

3.1) เรียนรู้และทำความเข้าใจว่าปฏิกิริยาต่างๆ นี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนที่รับรู้ต่อข่าวร้ายในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความผาสุกของตนเอง ญาติผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน

- 3.2) เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยระบายความรู้สึก พยาบาลเป็นผู้รับฟังเรื่องราวที่เป็นความทุกข์กังวลใจของผู้ป่วย
- 3.3) สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจให้โอกาสผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อการดูแลและรักษาตนเอง พร้อมกันนี้ต้องเปิดโอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตให้มากที่สุด
- 3.4) ให้เกียรติและยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออกที่อาจมีอารมณ์โกรธหรือปฏิเสธ
- 3.5) ประเมินกลไกการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยในอดีตเพื่อให้แรงเสริมกับญาติของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- 3.6) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะญาติผู้ป่วยอาจสับสนหรือไม่เข้าใจแต่ไม่กล้าซักถาม
- 4) การดูแลประคับประคองด้านจิตวิญญาณ โดยการเปิดโอกาสพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยถึงแนวความคิด ความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องความตาย ชีวิตหลังความตาย ความเชื่อทางจิตวิญญาณ เปิดโอกาสให้ทำพิธีทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การทำละหมาด หรือการสวดมนต์ เป็นต้น

4.3.3 การพยาบาลประคับประคองตามหลักความเชื่อทางศาสนาพุทธ คริสต์และอิสลาม

1) การพยาบาลประคับประคองตามหลักความเชื่อทางศาสนาพุทธ

พระไพศาลวิสาโล เห็นว่าความตายไม่ใช่เรื่องที่ทุกคนต้องกลัว ในทางตรงกันข้ามกลับเป็นช่วงเวลาที่เราจะได้พลิกวิกฤตให้กลายเป็นโอกาสในการพัฒนาจิตใจ เป็นโอกาสในการคืนดีกับคนที่เราเคยบาดหมาง เป็นโอกาสที่จะทำให้เราดำเนินชีวิต ด้วยความไม่ประมาท ทำความดี และสร้างกุศลอยู่เสมอ และยังถ้าเป็นการตายอย่างสงบ สามารถส่งผลให้คนเราไปสู่ในภพภูมิที่ดีได้อย่างแน่นอน ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจิตสุดท้ายก่อนตายสำคัญ ที่เรียกว่า อสังขารม คือกรรมจวนเจียน อาจารย์พุทธทาสเรียก นาทิสุดท้ายก่อนตายว่าเป็น นาทิทองของชีวิต เพราะเป็นพลังผลักดันอันสำคัญที่จะพาเราไปสู่สุคติหรือทุคติก็ได้ ถ้าไม่มีความกังวล ปล่อยวางใจเป็นกุศล ก็ไปสู่สุคติ หรือกระทั่งบรรลุนิพพานขั้นสูงก็ได้ แต่ถ้ามีความตระหนก กลัว ห่วง กังวล หรือถูกบีบบังคับด้วยความเจ็บปวด มีความทุกข์ทรมาน อย่างแรง ก็จะไปสู่ทุคติ ที่จริงทุกศาสนาให้ความสำคัญกับตอนใกล้ตาย เพราะฉะนั้นประเพณีไทยจะมีการนิมนต์พระมาออกออร์หัง บอกทาง หรือให้คนใกล้ตายได้ฟังธรรม ฟังพระสวดมนต์ ให้จิตใจน้อมนำไปในทางที่เป็นกุศล ให้ถวายสังฆทานก่อนตาย ให้พนมมือ ถีอดดอกไม้ธูปเทียน เพื่อที่จะได้ไปสักการะพระเศวตแก้วจุฬามณีบนสวรรค์

พระไพศาลวิสาโล (2550) ได้นำให้แนวทางในการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตายในปัจจุบันไว้ 7 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 การให้ความรัก ความเข้าใจผู้ป่วยใกล้ตายมักจะมีความกลัวหลายอย่าง เช่น กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวเป็นภาระ กลัวตายคนเดียว ซึ่งเราควรให้ความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งเขา ให้เขามั่นใจและมีกำลังใจที่จะข้ามพ้นความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานทางใจไปได้ และอาจทำให้ความทุกข์ทรมานทางกายเบาบางไปได้ด้วย โดยญาติมิตรจะต้องมีความอดทนอดกลั้น มีสติ เมตตา ไม่ฉุนเฉียวกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย

ประการที่ 2 ช่วยให้เรายอมรับความตายที่จะมาถึง การพูดให้เรายอมรับความตายที่จะมาถึงการพูดจาให้เรายอมรับความตายเป็นศิลปะ ซึ่งไม่สามารถทำได้ด้วยการเทศนา สั่งสอนว่าความตายเป็นของ

เที่ยง ทุกคนต้องตาย และปล่อยวาง เพราะคนเราจะปฏิเสธไว้ก่อน ไม่เชื่อว่าเป็นความจริง ไม่ยอมรับสิ่งเหล่านี้ ดังนั้น จึงต้องอาศัยการซักถามให้เขาเห็นตัวเอง เช่นถามว่า ไม่อยากตายเพราะอะไร เขากลับหรือกังวลอะไรเป็นต้น

ประการที่ 3 ช่วยให้เขาจดจ่อในสิ่งที่ต้องการ เช่น ให้นึกถึงพระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ หรือ ความดี ความภาคภูมิใจที่เขาได้ทำ เพื่อให้จิตเป็นกุศลเกิดความอิมเอิบใจ มั่นใจ ไม่พลัดไปสู่กรรมนิมิต หรือคตินิมิตที่ไม่ดี และที่สำคัญจะทำจิตใจสงบไม่ทุรนทุราย

ประการที่ 4 ช่วยให้เราปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ สิ่งค้างคาใจนี้อาจหมายถึง การแบ่งมรดก ความน้อยเนื้อต่ำใจคนใกล้ตัว ความโกรธแค้น ความรู้สึกถูกผิด ฯลฯ ซึ่งเราควรช่วยจัดสภาพแวดล้อมหรือหาโอกาสให้เขาได้ปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ เหล่านั้นเพื่อให้เขาจากไปอย่างเบาที่สุด

ประการที่ 5 ช่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ แม้บางคนอาจไม่มีสิ่งค้างคาใจที่เป็นกุศล แต่ก็ต้องปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดเช่นกัน ทั้งรูปธรรม นามธรรม แม้แต่ความรักก็ต้องปล่อยวาง ซึ่งการจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องนี้ อาจต้องพิจารณาภูมิปัญญาหรือภูมิธรรมของเขาว่ามีแค่ไหนด้วย

ประการที่ 6 สร้างบรรยากาศที่เอื้อให้ใจสงบ เช่น การนำพระพุทธรูปที่เขานับถือมาให้บูชา หรือบรรยากาศที่ญาติมิตรพร้อมเพรียงกันช่วยกันสวดมนต์ทำสมาธิ หรือถ้าเขาไม่สนใจธรรมะ อาจเปิดเพลงที่เขาชอบเบา ๆ ก็ได้

ประการที่ 7 กล่าวคำอำลา หากเขาคิดว่าจะอยู่กับเราได้ไม่นาน ก็ควรกล่าวคำอำลา อาจพูดขอบคุณสิ่ง ๆ ที่เขาทำให้กับทุกคนหรือแนะนำให้เขาปล่อยวาง เตรียมตัวเตรียมใจ ระลึกถึงพระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ และขอขมาเจ้ากรรมนายเวรซึ่งการนำทางไปสู่สุคติเช่นนี้ ลูกหลานญาติมิตรสามารถช่วยได้

2) แนวคิดศาสนาคริสต์ที่เกี่ยวข้องกับความตาย ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้า พระเจ้าทรงเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของศรัทธาและทรงเป็นจุดมุ่งหมายของความสุขนิรันดร (eternal beatitude) การเข้าถึงพระเจ้าได้คือ การเข้าสู่ความสุขนิรันดร แต่มนุษย์ทุกคนไม่อาจเข้าถึงพระเจ้าได้เหมือนกันหมดทุกคนเนื่องจากความบกพร่องทางวิญญาณ การจะเข้าถึงพระเจ้าได้ต้องเริ่มจากความเชื่อ ความศรัทธาเป็นพื้นฐาน (สิวลี ศิริไล, 2544) ตลอดช่วงการดำเนินชีวิต พระเจ้าจะให้ปัจจัยที่จะดำเนินชีวิตด้วยความดีไว้ให้ นอกจากนี้ยังเชื่อในเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ซึ่งพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่คนจะก้าวไปสู่โลกที่สมบูรณ์กว่านี้ให้อีกเช่นกัน ชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาชั่วคราวเท่านั้น คริสต์ศาสนิกชนจึงมีทัศนคติต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า ดังนั้นจึงต้องดูแลช่วงเวลานี้ ดูแลวิญญาณให้ไปสู่ความเป็นนิรันดร ชาวคริสต์ให้ความสำคัญกับช่วงเวลาก่อนตายไม่น้อยกว่าเวลามีชีวิต ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มียิ่ง เพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่คนจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดพลาดเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้ ฉะนั้นจึงไม่เห็นด้วยกับการฆ่าเพื่อยุติความเจ็บปวด เพราะคนสามารถเปลี่ยนความเจ็บปวด ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมานและน้ำตาเป็นกุศลได้ เพราะฉะนั้นทุกเวลาของชีวิตจึงต้องให้โอกาสเขาได้เรียนรู้ที่จะทำเช่นนี้ ทุกสัปดาห์ทุกคนจึงต้องไปโบสถ์เพื่อรับศีลและฟังคำสอนเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ เพื่อการดำเนินชีวิตด้วยความดีตลอดเวลา

สำหรับในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นชาวคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกแล้วบาทหลวงหรือพระสงฆ์จะดำเนินการ ต่อไปนี้

1) อภัยบาปในนามของพระเจ้าให้แก่ผู้ป่วยเพราะในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะคิดถึงความผิดในอดีต ทำให้กังวล หวาดกลัว บาทหลวงจะอ่านพระคัมภีร์ตอนที่กล่าวว่าพระเจ้ามีเมตตา ให้อภัยลูกตลอดเวลา กล่าวซ้ำๆ เพื่อให้เขาสงบและไว้ใจในพระเมตตาของพระเจ้า

2) ให้กำลังกายและใจ โดยอ่านพระคัมภีร์ที่เกี่ยวกับเรื่องความตายให้ฟังเพื่อให้มีสติตลอดเวลา

3) ให้ศีลศักดิ์สิทธิ์แห่งพระกายของพระเจ้า ที่จะให้กำลังทั้งกายและวิญญาณ เช่น ศีลเจิมผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย บาทหลวงจะเสกน้ำมันมะกอกเจิมผู้ป่วย 3 จุด คือ ศีรษะ เพื่อให้รักษาความสงบมองโลกในแง่ดี และที่มือทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้รับพลังกลับคืนมา

นอกจากบาทหลวงแล้ว ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงผู้เป็นที่รักควรจะมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อให้เขารู้สึกอบอุ่น และไม่รู้สึกรู้สึไปคนเดียว

สำหรับการดำเนินการเกี่ยวกับศพตามหลักศาสนาคริสต์ ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าร่างกายของคนตายควรได้รับความเคารพ เพราะกายคือเครื่องมือของใจที่จะทำดี กายทุกกายจะถูกปลุกเพื่อรวมกับวิญญาณอีกครั้ง เพราะฉะนั้นจึงไม่นิยมเผาศพแต่จะฝังฝักดินไว้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะเก็บศพไว้ 3 วัน แล้วพระสงฆ์จะมารวมตัวกันเพื่อทำพิธีกรรมสำหรับคนตาย นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าแม้คนจะตายแล้วแต่ความสัมพันธ์ทางใจยังคงอยู่ ฉะนั้น การไปเยี่ยมเยียนที่หลุมฝังศพ และการสวดมนต์ให้กับคนที่จากไปจึงยังสำคัญและความทำอยู่อย่างต่อเนื่อง

3) **แนวคิดศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับความตาย** หลักศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ์) เป็นผู้สร้างมนุษย์ขึ้นในโลก โดยกำหนดเวลาเกิด เวลาตายไว้ให้แล้ว มนุษย์มีหน้าที่ต้องเคารพ ศรัทธา สักการะอัลลอฮ์ด้วยการทำความดี นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องโลกหน้าว่าเป็นโลกแท้จริงที่พึงปรารถนา เป็นชีวิตที่จริงยั่งยืน ชีวิตในโลกนี้เป็นเพียงทางผ่านสู่โลกหน้าเท่านั้น ความตายจึงไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิตแต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้าที่สุขสบายกว่า ยิ่งยืมนกว่า ศาสนาอิสลามจึงสอนให้มนุษย์ระลึกถึงความตายอยู่เสมอจะได้ไม่ทำความชั่วให้ทำแต่ความดีและอดทนต่อความทุกข์ ความเจ็บป่วยที่ผ่านเข้ามาเพราะนั่นเป็นเพียงบททดสอบถึงความศรัทธาที่มีต่อพระเจ้า ผู้ที่ท้อแท้ สิ้นหวังกับชีวิตพึงระลึกไว้เสมอว่าพระเจ้าเป็นที่พึ่งและทรงมีเมตตา ให้อภัยมนุษย์เสมอ ดังนั้น มนุษย์จึงควรทำความดีเพื่อจะได้ใช้ชีวิตในโลกหน้าอย่างมีความสุข

3.1) หลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ มี 3 องค์ประกอบ คือ การควบคุมสภาวะความเจ็บป่วยด้านร่างกาย การดูแลสนับสนุนสภาวะจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวโดยครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งศาสนาเป็นแนวทางในการประเมินทางจิตวิญญาณที่สำคัญ พยาบาลที่เป็นมุสลิมนอกจากจะใช้ทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยแล้วควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ 3 ข้อที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณ (กุศลศรี ต่อเล็บ, 2550; ดำรง แวอาลี, 2549) ดังนี้

- Allah ให้ผู้ป่วยได้นึกถึงอัลลอฮ์พระผู้เป็นเจ้า กำลังจะกลับไปหาพระองค์ กระตุ้นให้ให้มีโอกาสรำลึกถึงโดยการกล่าวนามหรือปฏิบัติโดยเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นลงให้กล่าว "กาสิมะหฺชาฮาดะห์" ที่มีความหมายว่า "ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ฉันเคารพนับถือนอกจากอัลลอฮ์" ซึ่งเป็นสิ่งที่ปรารถนาสูงสุดของมุสลิมก่อนที่วิญญาณจะออกจากร่าง

- Amal-ibadah หมายถึง การปฏิบัติศาสนากิจหลักหรือกิจกรรมทางศาสนาที่พึงปฏิบัติ โดยเฉพาะการละหมาดซึ่งไม่สามารถหยุดได้แม้เจ็บป่วย โดยอนุโลมให้ทำได้ในท่านั่งหรือท่านอนบนเตียง แม้กระทั่งเคลื่อนไหวไม่ได้ก็ให้หลับตา-ลืมตา ทำเท่าที่ทำได้ทราบใดที่สติยังมีอยู่ ฉะนั้น การกระตุ้นหรือสนับสนุน

ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนากิจที่สำคัญจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังต้องช่วยประสานเรื่องภาระที่ค้างค้างที่ส่งผลต่อผู้ป่วยในโลกหน้า

- Akirat หมายถึง โลกหน้า หรือชีวิตหลังความตาย มุสลิมทุกคนเชื่อว่ามียุคหรือชีวิตหลังความตาย ซึ่งเป็นโลกนिरันดร การตายเปรียบเสมือนสะพานนำไปสู่โลกหน้า ดังนั้น มุสลิมที่เข้าใจเขาจะไม่กลัวตาย เพราะเขาจะได้ไปพบพระเจ้าและเป็นเจ้าและอยู่ในโลกนिरันดร

ให้ญาติจับผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้ายข้างด้านขวา (หากทำไม่ได้ให้จับนอนหงาย) หันใบหน้าไปทางทิศกิบลัต คือ ทิศที่ตั้งของบัยติลละฮ์ในนครมักกะฮ์ สำหรับประเทศไทยคือทิศตะวันตกซึ่งทำดังกล่าวผู้ป่วยสามารถทำละหมาดได้เลย และอ่านคัมภีร์อัลกุรอานบท **“ญาซีน”** ให้ผู้ป่วยใกล้ตายฟังไม่ว่าเขาจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม การอ่านคัมภีร์บทนี้ พระเจ้าจะส่งความเมตตาไปยังสถานที่แห่งนั้น ทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ สบาย ไม่เจ็บปวด

3.2) การปฏิบัติต่อศพของมุสลิมนั้นกระทำ ดังนี้

- จัดทำให้ศพนอนเหมือนคนนอนหลับสบายๆ ถ้าขาขอยู่ให้เอียง ถ้าอ้าปากให้เอาเส้นผ่ามามัดไว้ไม่ให้ปากอ้า มือวางข้างลำตัว หรือกอดอกเอามือขวาทับมือซ้าย

- เนื่องจากความตายในทัศนะศาสนาอิสลามไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า วิญญาณของชาวมุสลิมจะมีความรู้สึกตลอดจนกว่าโลกหน้าจะอุบัติขึ้น ดังนั้น ศพที่เสียชีวิตจะยังมีความรู้สึกเหมือนคนเป็น จึงห้ามทำให้ศพเจ็บปวดในทุกกรณี การปฏิบัติต่อศพจะต้องทำอย่างทะนุถนอม แฝวเบา ไม่รุนแรง

- ศพยังมีความละเอียดอยู่ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ศพจะต้องทำอย่างมิดชิด มิให้อวัยวะที่พึงสงวนเปิดเผยให้ผู้อื่นเห็น

3.3) การจัดพิธีศพตามหลักศาสนาอิสลามนั้น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้รีบจัดการศพอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ศพจะเปลี่ยนแปลง เพราะหากปล่อยไว้จนศพเปลี่ยนแปลง เหม็นเน่า จะเป็นบาปทั้งกับผู้ตายและทายาทผู้จัดการศพ การจัดพิธีศพจะทำ 4 ประการ คือ อาบน้ำให้ศพ ห่อศพด้วยผ้าสะอาด เอาศพไปละหมาดที่มัสยิดและเอาศพไปฝัง

สรุป พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีความสุขสบาย อบอุ่นใจและเกิดความมั่นใจว่าจะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล โดยในการให้การพยาบาลนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมด้วยความเมตตาและเอื้ออาทร โดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้ข้อมูลที่จำเป็น ให้คำปรึกษาและกำลังใจและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความเป็นจริงของชีวิต และยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา รวมทั้งมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

บทที่ 3

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)

เค้าโครงเนื้อหา

ตอนที่ 3.1 แนวคิดองค์รวม

- 3.1.1 ความหมายขององค์รวม
- 3.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวม
- 3.1.3 ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

ตอนที่ 3.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

- 3.2.1 ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวม
- 3.2.2 กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม
- 3.2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม
- 3.2.4 ข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมและแนวทางแก้ไข
- 3.2.5 การพัฒนาศิลปะในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม

ตอนที่ 3.3 แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

- 3.3.1 แนวคิดความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์
- 3.3.2 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

แนวคิด

1. แนวคิดองค์รวม แนวคิดองค์รวมเป็นปรัชญาพื้นฐานทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่มีความสำคัญในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ คำว่าองค์รวมถูกกล่าวถึงในทางสุขภาพตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ และในปัจจุบันนี้แนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในบริบททางสุขภาพมีการกล่าวถึงในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การแพทย์แบบองค์รวม (Holistic medicine) และการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) เป็นต้น

2. การพยาบาลแบบองค์รวม คือ การดูแลบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ปัจจุบันบุคลากรทางด้านสุขภาพเริ่มให้ความสนใจและกล่าวถึงมิติของความเป็นองค์รวมมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลในมิติด้าน จิตวิญญาณ จิตวิญญาณเปรียบเหมือนแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากและความยุ่งยากในชีวิต จิตวิญญาณทำหน้าที่เป็นทั้งตัวเชื่อมประสานกับองค์ประกอบอื่นๆ ของบุคคล คือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีความหมายเป็นองค์รวม ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ตลอดทั้งการนำศาสตร์อื่นๆ เข้ามาสอดแทรกในการปฏิบัติดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มนุษย์ทุกคนมีองค์ประกอบสองส่วน คือ จิตกับกาย คุณค่าสำคัญของมนุษย์ที่แตกต่างกับสัตว์ที่เห็นได้ง่ายๆ คือ ความมีเหตุผล สัตว์ไม่รู้จักเหตุผล ไม่มีเหตุผล สิ่งที่ทำให้มนุษย์มีเหตุผลนั้นคือ มนุษย์มีการใช้การทำหน้าที่ของสมองในขั้นสูงซึ่งก็คือ การคิดทั้งการคิดขั้นพื้นฐานและการคิดขั้นสูง

จึงทำให้มนุษย์รู้จักผิดชอบชั่วดี มีเมตตากรุณา สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนาหรือดูแลบุคคลอื่นให้มีชีวิตที่ดีงาม มีอิสรภาพ มีความสุข ได้ ซึ่งเป็นคุณค่าสำคัญของมนุษย์ ขาดคุณค่าสำคัญนี้ความเป็นมนุษย์ย่อมไม่สมบูรณ์

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาบทที่ 3 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดองค์รวม
2. ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลคนทั้งคนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

กิจกรรม/โครงการ (10%)

1. แบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มละ 8 คน จำนวน 6 กลุ่ม
2. ร่วมกิจกรรมในโครงการจิตอาสาเพื่อผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วย โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จ. นครราชสีมา
3. ทำกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมที่นักศึกษาสามารถทำได้ เช่น อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟัง สนทนากับผู้ป่วย ร้องเพลง บิ๋นอาหาร สระผม หวีผม พยุงเดิน ฯลฯ ทุกวันศุกร์ เวลา 13.00-15.00น.
4. นักศึกษาต้องนำสมุดบันทึกกิจกรรมให้พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยรับรองผลงานและประเมินการทำกิจกรรมทุกครั้ง
5. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน e-Portfolio ในทุกๆสัปดาห์



3.1 แนวคิดองค์รวม (Holistic)

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 ความหมายขององค์รวม

เรื่องที่ 2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวม

- 1) ปรัชญาตะวันออก
- 2) ทฤษฎีทางการพยาบาล

เรื่องที่ 3 ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

- 1) ความหมายสุขภาพองค์รวม
- 2) คุณลักษณะที่สำคัญของแนวคิดสุขภาพองค์รวม
- 3) หลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวม

แนวคิด

แนวคิดองค์รวมเป็นปรัชญาพื้นฐานทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่มีความสำคัญในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ คำว่าองค์รวมถูกกล่าวถึงในทางสุขภาพตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ และในปัจจุบันนี้แนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในบริบททางสุขภาพมีการกล่าวถึงในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การแพทย์แบบองค์รวม (Holistic medicine) และการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) เป็นต้น

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 3.1 แล้วนักศึกษาสามารถ

1. บอกความหมายขององค์รวมได้ถูกต้อง
2. อธิบายจุดเน้นของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวมได้ถูกต้อง
3. แยกแยะและอธิบายประเภทของการดูแลแบบองค์รวมในระบบสุขภาพได้ถูกต้อง

3.1 แนวคิดองค์รวม (Holistic)

แนวคิดองค์รวมเป็นปรัชญาพื้นฐานทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่มีความสำคัญในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ คำว่าองค์รวมถูกกล่าวถึงในทางสุขภาพตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ และในปัจจุบันนี้แนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจเพิ่มมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นจากการนำมาใช้ในทฤษฎีทางการศึกษา รูปแบบการบำบัดรักษาทางการแพทย์และภาวะสุขภาพ (Ham-Ying, 1993) โดยเฉพาะในบริบททางสุขภาพมีการกล่าวถึงในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การแพทย์แบบองค์รวม (Holistic medicine) และการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) แนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี ดังนี้

1. ความหมายขององค์รวม

Blattner (1981) กล่าวเกี่ยวกับคำว่า องค์รวม ดังนี้ Holism เป็นคำนามมาจากภาษาอังกฤษโบราณคือ คำว่า Hal หมายถึง ทั้งหมด (Whole) หรือเพื่อบำบัด (To heal) หรือความสุข (Happy) และใช้แทนกันได้ทั้งสองคำ ดังนั้น องค์รวม ในภาษาอังกฤษจึงเขียนได้ทั้ง Holistic หรือ Wholistic

Cornman (2000) และ White (2002) กล่าวว่า Holistic มาจากรากศัพท์ภาษากรีกคือ คำว่า Holos มีความหมายว่า หนวยรวม หรือ องค์รวม เช่นเดียวกับคำว่า Whole

ความหมายตามพจนานุกรม หมายถึง การรวมสิ่งที่เกี่ยวข้องเข้าเป็นหน่วยเดียวกัน (Longman, 2001)

ดังนั้นกล่าวโดยสรุป องค์รวม คือ สิ่งที่เป็นหน่วยเดียวกันโดยรวมทั้งหมด ไม่สามารถทำความเข้าใจโดยการศึกษแยกเป็นส่วนๆ ได้ แม้ว่าองค์รวมจะมีส่วนย่อยหลายอย่างมาประกอบกัน แต่องค์รวมจะมีคุณสมบัติใหม่ที่ที่ประกอบย่อยๆ ไม่มี

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวม

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวมมี 2 แนวคิด ดังนี้

2.1 ปรัชญาตะวันออก โดยหลักสำคัญของปรัชญา เน้นเรื่องความสมดุลภายในร่างกายของบุคคลที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติอย่างกลมกลืน (Harmony) เช่น

2.1.1 ปรัชญาเล่าจื้อหรือปรัชญาเต๋า (Tao) เป็นปรัชญาจีนที่ให้ความสำคัญกับการเข้าใจธรรมชาติและสังคม มองทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งจักรวาล แนวคิดดังกล่าว จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดองค์รวมอย่างชัดเจน ในการมองทุกสิ่งทุกอย่างไม่แยกจากกันนอกจากนั้นตามแนวคิดของเต๋ามองทุกสรรพสิ่งในโลกย่อมเกิดมาคู่กัน หรือมีความตรงข้ามกันเสมอ สรรพสิ่งในจักรวาลจะคงอยู่ในสภาพปกติได้ต้องอาศัยภาวะสมดุลของหยิน (Yin) และ หยาง (Yang) ซึ่งต่างฝ่ายต่างสนับสนุนซึ่งกันและกัน หากปริมาณหรือดุลภาพของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีอัตราส่วนมากกว่า ก็จะมีผลกระทบต่อภาวะสมดุล คุณลักษณะของหยิน เช่น เพศหญิง ความมืด ความเย็น ส่วนคุณลักษณะของหยาง เช่น เพศชาย แสงสว่าง ความร้อน ดังนั้นการดูแลสุขภาพตามแนวคิดปรัชญาเต๋า คือ การคงไว้ซึ่งภาวะสมดุล และลักษณะตามธรรมชาติของชีวิตมนุษย์นั่นเอง (Chen, 2001; Morgan, 2001) นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับพลังที่อยู่ในตัวบุคคลที่เรียกว่า ชี (Chi) ภาวะสมดุลจึงเป็นภาวะที่มีการไหลเวียนของชีเป็นปกติ ซึ่งสามารถส่งเสริมโดยการออกกำลังกายแบบจีน เช่น การรำมวยจีน เป็นต้น (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2544)

2.1.2 ปรัชญาอินเดีย กล่าวถึงความสำคัญของหลักการทางแพทย์ของอินเดียที่เรียกว่า “อายุรเวท” โดยเน้นความสมดุลของพลังงาน 3 ส่วนในร่างกาย หรือ ตรีโทษะ คือ วาตะ ปิตตะ และกะพะ ซึ่งพลังทั้ง 3 มีหน้าที่สร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นภายในร่างกาย นอกจากนี้ยังแบ่งองค์ประกอบของมนุษย์ 4 ประการ คือ 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) วิญญาณและสติสัมปชัญญะ และ 4) ปัจจัยทั้ง 5 (ดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศธาตุ) ดังนั้นความเป็นองค์รวมตามหลักการแพทย์ของปรัชญาอินเดียจึงให้ความสำคัญกับหลักสมดุลของพลังงานทั้ง 3 ส่วนในร่างกาย และสมดุลขององค์ประกอบต่างๆ 4 ประการ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2544)

2.1.3 ปรัชญาพุทธ หลักทางศาสนาพุทธให้ความสำคัญกับธรรมชาติที่เป็นผลรวมของสิ่งต่างๆ อย่างสมดุลเพื่อสร้างชีวิต องค์รวมของบุคคลมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ รูป และนาม ซึ่งก็คือผลรวมของสิ่งต่างๆ อย่างสมดุล คือ ชั้น 5 ได้แก่ กาย เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ (พระมหาจรรยา สุทธิญาณ, 2543) องค์รวมทางธรรมะ เรียกว่า อิทัปปัจจยตา ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนา คือ กระบวนการแห่งเหตุ และปัจจัยอาศัยการเกิดขึ้นซึ่งกันและกัน (Cause & Condition) ซึ่งเป็นที่มาของกฎแห่งกรรมนั่นเอง (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2544)

2.2 ทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับแนวคิดองค์รวมทางสุขภาพ โดยการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคล ซึ่งช่วยในการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น

2.2.1 ทฤษฎีทางการพยาบาลของ Florence Nightgale ได้เน้นหลักการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้รับบริการอย่างเหมาะสม จัดให้ผู้รับบริการได้รับน้ำ อาหาร อากาศ แสงแดด สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการหายจากภาวะเจ็บป่วยได้เอง (self healing) ความเชื่อเช่นนี้แสดงให้เห็นถึงอำนาจ และธรรมชาติที่ผสมผสานของมนุษย์ในการหายได้เอง ซึ่งเป็นความเชื่อของแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมนั่นเอง (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2534)

2.2.2 ทฤษฎีระบบของ Roger กล่าวถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบโดยความเป็นองค์รวมมีลักษณะเฉพาะ และแสดงออกในรูปของสนามพลังงานของชีวิตหน่วยเดียวที่มากกว่า และแตกต่างจากผลรวมขององค์ประกอบส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ดังนั้นเราจึงไม่สามารถเข้าใจบุคคลจากการศึกษาส่วนประกอบทางชีวภาพหรือจิตสังคมมารวมกัน ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของบุคคลในรูปของพลังซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกัน

2.2.3 ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวม (Holistic adaptive system) หลักการพยาบาลเน้นการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้มีสุขภาพะครบองค์รวม เช่นเดียวกับทฤษฎีของ Levine และ Parse ที่ให้ความสำคัญขององค์รวมของบุคคลจากการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วนคือ ร่างกาย จิต และจิตวิญญาณ โดยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างปกติสุข และยังคงสอดคล้องกับทฤษฎีของนิวมานที่ให้ ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักของบุคคลทั้ง 4 มิติ การพยาบาลเน้นการให้การดูแลแบบองค์รวม และปกป้องสิ่งคุกคามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอก

2.2.4 ทฤษฎีระบบพฤติกรรมของ Johnson มีแนวคิดว่าคุณคนเป็นระบบพฤติกรรม (Behavior system) ประกอบด้วย ระบบย่อยๆ 7 ระบบ โดยมีปฏิสัมพันธ์และพึ่งพากันและกันตลอดทั้ง 7 ระบบ ได้แก่

(1)ระบบการรับเข้า (2)ระบบการพึ่งพา (3)ระบบการสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (4) ระบบสืบพันธุ์ (5) ระบบการขับหลัง (6) ระบบก้าวหน้าและการป้องกัน และ (7) ระบบความสำเร็จ ซึ่งระบบพฤติกรรมโดยรวมนี้จะมีการป้องกันการกระตุ้นและการส่งเสริมเลี้ยงดู การพยาบาลมุ่งที่จะช่วยให้ระบบต่างๆ มีเสถียรภาพและทำงานได้อย่างสมดุล

2.2.5 ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ร่างกาย จิต และจิตวิญญาณที่จะเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล

2.2.6 ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มีแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลว่าเป็นองค์รวมโดยสามารถทำหน้าที่ได้ครบถ้วนทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสัญลักษณ์และด้านสังคม หลักการพยาบาลเน้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญ ทั้งนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพ และมีความตั้งใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเองให้อยู่ในสภาวะที่สมบูรณ์ได้

จะเห็นได้ว่าปรัชญา และทฤษฎีต่างๆ มุ่งอธิบายความสำคัญขององค์ประกอบของบุคคลในมิติต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่างสมดุล ดังนั้นจึงเป็นพื้นฐานที่ช่วยในการทำความเข้าใจองค์รวมของบุคคลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และยังเป็นผลดีในการช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตของตนเองได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง โดยเฉพาะเมื่อนำแนวคิดองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ

3. ภาวะสุขภาพองค์รวม

3.1 ความหมายสุขภาพองค์รวม

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2534) ให้ความหมายสุขภาพองค์รวมว่าหมายถึง ภาวะสุขภาพที่มีดุลยภาพครบองค์ประกอบของบุคคลทุกมิติ คือ มิติด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และต้องพิจารณาทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งหมด เน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าการเจ็บป่วยหรืออาการของโรค

พระมหาจรรยา สุทธิญาโน (2543) ให้ความหมายสุขภาพองค์รวมว่า หมายถึง การมองกระบวนการสุขภาพ ชีวิต กระบวนการดูแลรักษา ผู้ดูแลรักษาที่เน้นการเชื่อมโยงถึงกันแล้วนำมาเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ มองเรื่องสุขภาพอย่างเป็นระบบ ไม่มองเฉพาะเรื่องการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาเท่านั้น

ส. ปันวงษ์ หรือ วันชัย บ่อเงิน (2544) ให้ความหมายสุขภาพองค์รวมว่าหมายถึง สภาวะที่ระบบชีวิต สาธารณะรักษาสมดุลของระบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ไว้ได้ ทั้งองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

เจียมจิต แสงสุวรรณและสมจิต แคนสีแก้ว (2544) ให้ความหมายสุขภาพองค์รวมว่าหมายถึง ภาวะสมบูรณ์ทางสุขภาพหรือภาวะที่บุคคลมีดุลยภาพอันเกิดจากการเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์หรือบูรณาการของกาย จิต จิตวิญญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก (สังคม) เข้าเป็นหนึ่งเดียวที่จะก่อให้เกิดบุคคลมีคุณภาพชีวิต มีความผาสุกหรือมีสภาวะที่สมบูรณ์

สิดารัตน์ สัมครสมาน (2550) ให้ความหมายสุขภาพองค์รวมว่าหมายถึง กระบวนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งที่หมายรวมนั้นเป็นทั้งส่วนที่มองเห็นคือ ร่างกาย ส่วนที่มองไม่เห็น คือ ความคิด ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ความผูกพันต่อเรื่องต่างๆ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นส่วนประกอบของการมีชีวิตนั่นเอง

4) การปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ (Altered provider-patient relationships) ซึ่ง Fink เชื่อว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด เพราะเป็นการเน้นความเป็นอิสระในการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือน พ่อ-แม่ให้การดูแลบุตร ดังนั้นการปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการตามแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม คือ ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนเท่านั้น

สมาคมสุขภาพองค์รวมของอเมริกา (Walter, 2006) ที่ให้ความหมายสุขภาพองค์รวมว่า หมายถึง การมุ่งที่วิถีชีวิตมากกว่าความเจ็บป่วย มองคนเป็นองค์รวม คือ มองว่าคนมีสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมอย่างไร การเชื่อมโยงร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดภาวะปกติสุขภาพสามารถดำเนินไปอย่างสมบูรณ์เท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งบุคคลมีบทบาทรับผิดชอบต่อระดับสุขภาพของตนและรับผิดชอบต่อตัดสินใจใดๆ เพื่อสุขภาพตนเอง

สรุป แนวคิดสุขภาพองค์รวม เป็นแนวคิดสุขภาพที่มองสุขภาพลึกซึ้งมากกว่าพฤติกรรมโดยมุ่งไปที่วิถีชีวิตของบุคคลที่เชื่อมโยงกับการปฏิสัมพันธ์กับร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม โดยมีมิติทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่สุดเพราะมีความสำคัญต่อการประสานเชื่อมโยงให้ทุกมิติ และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ เพื่อรักษาภาวะสมดุลแห่งสุขภาพของตนเอง

3.2 คุณลักษณะที่สำคัญของแนวคิดสุขภาพองค์รวม

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2550) ได้วิเคราะห์แนวคิดสุขภาพองค์รวมและสรุปคุณลักษณะที่สำคัญของสุขภาพองค์รวมว่า ประกอบด้วย ความสมดุล ความกลมกลืน และความเป็นหนึ่งเดียวกัน ดังนี้

3.2.1 ความสมดุล (Balancing) มุ่งที่ความสมดุลของสุขภาพในแต่ละมิติโดยแต่ละมิติของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณต้องมีความสมดุลซึ่งกันและกัน รวมถึงมีความสมดุลกับบริบทสิ่งแวดล้อมรอบตัว

3.2.2 ความกลมกลืน (Harmony) เป็นความกลมกลืนภายในตนเองและความกลมกลืนกับบริบทภายนอกรอบตัว ด้วยบุคคลดำรงอยู่ภายใต้ระบบธรรมชาติและบุคคลมีระบบย่อยภายในตน คือ ทั้งมิติกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้น ความกลมกลืนภายในตนในแต่ละมิติและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมในระบบธรรมชาติจะนำมาซึ่งความปกติสุขไม่คับข้องใจ ไม่ขัดแย้ง

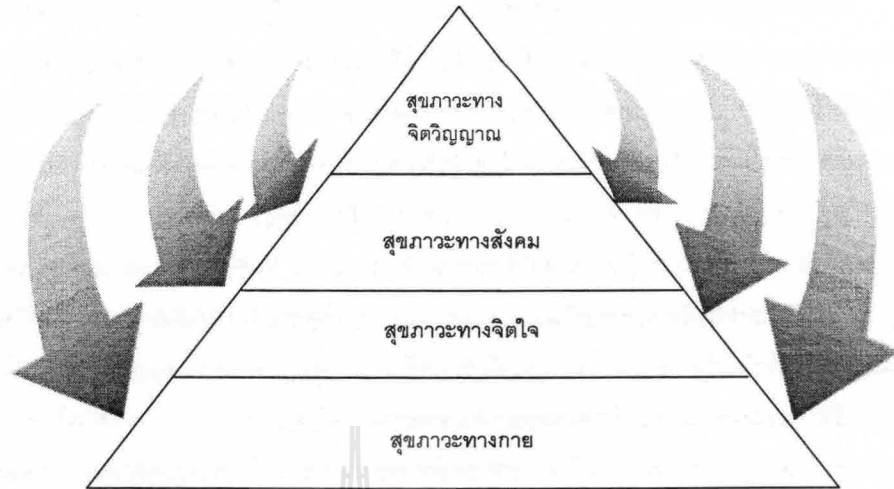
3.2.3 ความเป็นหนึ่งเดียวกัน (Coherence) หมายถึง แต่ละมิติมีการยึดโยงกันไว้ หากมิติใดขาดความเชื่อมโยงจะทำให้เสียสมดุลได้

จะเห็นว่าคุณลักษณะของสุขภาพองค์รวมเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและเป็นนามธรรมอยู่ภายในของแต่ละบุคคลซึ่งหากขาดความสมดุลไม่ว่าจะเป็นในมิติใดก็ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้

3.3 หลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวม

หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมุ่งเน้นการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและอยู่ร่วมกันกับธรรมชาติอย่างสันติ ในประเทศไทยมีการกล่าวถึงสุขภาพแบบองค์รวมมาตั้งแต่สมัยโบราณ โดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล เช่น การคลอดบุตร ทุกคนในครอบครัวจะมีส่วนช่วย โดยเฉพาะสามี ญาติ พี่น้อง จะอยู่พร้อมหน้ากัน ผู้คลอดจึงสามารถรู้สึกได้ถึงความปลอดภัย แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงองค์รวมของบุคคลอันส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับการรณรงค์การฉีดโครงการสายสัมพันธ์แม่ลูก เป็นต้น (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2539) สำหรับในปัจจุบัน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-

นพ.ประเวศ วะสี (2544) ได้ให้ความหมายสุขภาพองค์รวมว่าหมายถึง สภาวะที่ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์อันละเอียดอ่อนระหว่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ใช่มีแต่เฉพาะเรื่องกายหรือชีววิทยาเท่านั้น และให้รูปแบบแนวคิดเกี่ยวกับองค์รวมของมนุษย์ที่มีการเชื่อมโยงของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีมิติทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่อยู่ชั้นสูงสุดและมีความสำคัญต่อการประสานเชื่อมโยงให้ทุกมิติรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย สภาวะอันจะช่วยให้มนุษย์มีความสมดุลแบบองค์รวม ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 ความสัมพันธ์สภาวะทางกาย ทางจิต สังคม และทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวพันกันไปมา สภาวะทางจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามแนวคิดแบบองค์รวมอีก 3 มิติ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

Fink (1976 cited in Blattner, 1981) ได้ให้ความหมายภาวะสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การรวมแนวคิดทางการแพทย์เชิงมานุษยนิยม (Humanistic medicine) ระบบสุขภาพทางเลือก (Alternative health care) การดูแลพื้นฐาน (Primary care) และการปรับเปลี่ยนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Altered provider-patient relationships) มาไว้ด้วยกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Blattner, 1981)

1) การแพทย์เชิงมานุษยนิยม (Humanistic medicine) เป็นการดูแลรักษาโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่คำนึงแต่โรค และการวินิจฉัยโรค ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ให้กับภาวะสุขภาพของตนเอง

2) ระบบสุขภาพทางเลือก (Alternative health care) เป็นแนวทางที่หลากหลายในการรักษาสุขภาพ อาทิ การรักษาตามธรรมชาติ (Naturopathic medicine) การรักษาของแพทย์อายุรเวท (Ayurveda) การทำสมาธิ การสวดมนต์ ดนตรีบำบัด วิธีการทางโภชนาบำบัด (Dietary supplements) การนวด (Massage) การใช้พลังบำบัด เช่น ชีกง (qi gong) สัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) และพลังงานสนามแม่เหล็ก (Magnetic fields) เป็นต้น

3) การดูแลพื้นฐาน (Primary care) คือ การดูแลรักษาปัญหาสุขภาพกันเองภายในชุมชนและสังคม เช่น การดูแลตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

2549) (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายเน้นการสร้างสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองมากขึ้น รวมทั้งระบบการบริการทางสุขภาพเน้นการบริการที่มีความเป็นองค์รวม เช่น การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้ากับแผนปัจจุบัน แนวคิดธรรมชาติบำบัด และการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เป็นต้น ซึ่งในอนาคตข้างหน้า ผู้รับบริการทางสุขภาพจึงน่าจะมีแนวทางในการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถ่องแท้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หลักในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมองว่าผู้ดูแลนั้นไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่อยู่ในวงการสุขภาพเท่านั้น หากแต่ต้องรวมถึงผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย สังคม สิ่งแวดล้อมตลอดจนบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ให้มีโอกาสเปิดใจเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เคารพซึ่งกันและกันอันจะทำให้ความรู้เรื่องสุขภาพได้กระจายออกไปอย่างทั่วถึง (พระมหาจรรยาสุทธิญาณ, 2543)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดองค์รวม เมื่อนำมาใช้ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจลักษณะตามธรรมชาติของภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคลเพราะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของบุคคลในมิติต่างๆ ได้แก่ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่างสมดุล ดังนั้นบุคลากรผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพโดยตรงจึงต้องให้ความสำคัญต่อการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการบริการอย่างมีคุณภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม



3.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวม

เรื่องที่ 2 กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม

- 1) การประเมินสภาพ
- 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล
- 3) การปฏิบัติการพยาบาล
- 4) การประเมินผล

เรื่องที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม

- 1) ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของพยาบาล
- 2) ปัจจัยด้านองค์กร และระบบงาน
- 3) ปัจจัยด้านระบบการศึกษา
- 4) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ
- 5) ปัจจัยด้านอื่นๆ

เรื่องที่ 4 ข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมและแนวทางแก้ไข

- 1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 2) ลักษณะของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในการทำงานของหน่วยงาน
- 3) พยาบาลไม่มีเวลา

เรื่องที่ 5 การพัฒนาศิลปะในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม

- 1) ความเมตตาากรุณา
- 2) ความเอื้ออาทร
- 3) ทักษะการสื่อสาร

แนวคิด

การพยาบาลแบบองค์รวม คือ การดูแลบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ปัจจุบันบุคลากรทางด้านสุขภาพเริ่มให้ความสนใจและกล่าวถึงมิติของความเป็นองค์รวมมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลในมิติด้าน จิตวิญญาณ จิตวิญญาณเปรียบเหมือนแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากและความยุ่งยากในชีวิต จิตวิญญาณทำหน้าที่เป็นทั้งตัวเชื่อมประสานกับองค์ประกอบอื่นๆ ของบุคคล คือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีความหมายเป็นองค์รวม ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ตลอดทั้งการนำศาสตร์อื่นๆ เข้ามาสอดแทรกในการปฏิบัติดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาเนื้อหาตอนที่ 3.2 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. บอกความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมได้ถูกต้อง
2. ตระหนักและอธิบายถึงความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวมต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้
3. อธิบายความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนได้ถูกต้อง
4. อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวมได้ถูกต้อง
5. อภิปรายประเด็นเกี่ยวกับข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมและแนวทางแก้ไขได้ถูกต้อง
6. อธิบายแนวทางการพัฒนาศิลปะในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมได้ถูกต้อง



3.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลเป็นศาสตร์ในการดูแลภาวะสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย จึงเป็นศาสตร์หนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดองค์รวมเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่สมัย Florence Nightingale (Dossey, 2001) จากการพิจารณาสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการ รวมทั้งการให้ความสนใจป้องกันสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่มีผลต่อโรค ความเกี่ยวข้องนี้เป็นการพิจารณาองค์รวมของผู้รับบริการ ได้แก่ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้คงอยู่อย่างสมดุล โดยเน้นหลักการพยาบาลที่จัดให้ผู้รับบริการได้รับน้ำ อาหาร อากาศ แสงแดด สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ Nightingale เชื่อว่ากิจกรรมเหล่านั้นจะช่วยให้ผู้รับบริการหายจากการเจ็บป่วยเองได้ (Self healing) ความเชื่อเช่นนี้แสดงให้เห็นว่ามนุษย์สามารถเยียวยารักษาตนเอง โดยอาศัยพลังตามธรรมชาตินั่นเอง แนวคิดดังกล่าวจึงกลายมาเป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญทางการพยาบาลจวบจนถึงปัจจุบัน การพยาบาลแบบองค์รวมจึงเป็นปรัชญาพื้นฐานในการให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการและเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล

รายละเอียดต่างๆ ของการพยาบาลแบบองค์รวม ในส่วนนี้ประกอบด้วย ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม บัญญัติที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม และ การพัฒนาศิลปะการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

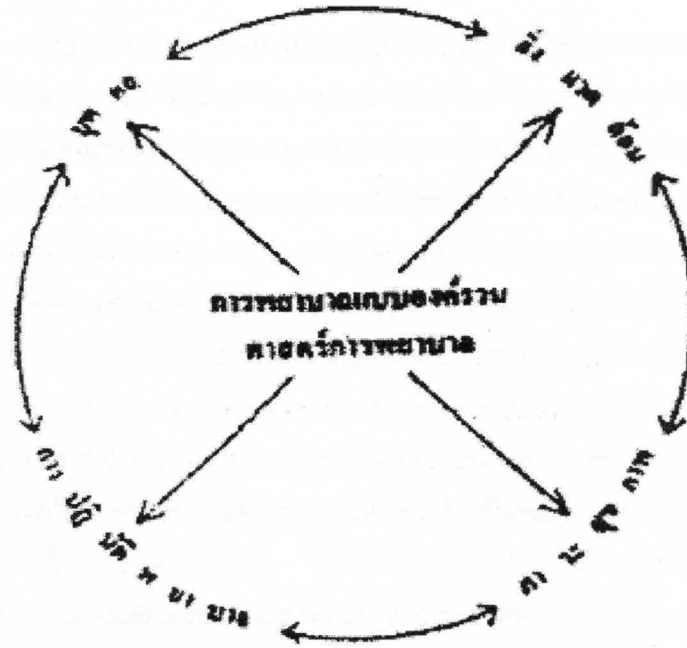
1. ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน (Whole person) โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุลเน้นการดูแลให้ครบทุกส่วนไม่แยกจากกัน (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2544; AHNA, 2003; White & Duncan, 2002) ตลอดจนการคำนึงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแล โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (Dossey, 2001)

สิวลี ศรีไล (2544) ให้ความหมายว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม และแนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2533) ให้ความหมายการพยาบาลบุคคลแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

สมจิต หนูเจริญกุล (2531) ได้วิเคราะห์แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมใหญ่ๆ 3 แนวคิด คือ แนวคิดที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ แนวคิดที่อาศัยการปรับตัวของบุคคล และแนวคิดการมองมนุษย์ในรูปแบบพลังงาน พยาบาลจึงจะต้องมีความเข้าใจตัวบุคคลทั้ง 4 มิติ รวมถึงสิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งก็คือ โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล ดังภาพ



ภาพที่ 3.2 การพยาบาลแบบองค์รวม โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล
(รัตนา ทองสวัสดิ์, 2541; 2552)

Griffin (1993) สรุปภาวะสุขภาพแบบองค์รวมสู่การพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 4 ประการ คือ

- 1) การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาวิธีการดูแล การอำนวยความสะดวกให้เกิดการผสมผสานระหว่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้ภาวะสุขภาพของบุคคลอยู่ในภาวะสมดุลโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการตระหนักเกี่ยวกับตนเองบนพื้นฐานปรัชญาองค์รวม
- 2) การพยาบาลแบบองค์รวมต้องคำนึงถึงการให้ผู้รับบริการเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังรักษาสุขภาพของตนเองได้
- 3) ประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญทำให้มีโอกาสทำความเข้าใจตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง และรับผิดชอบต่อตนเองมากยิ่งขึ้น
- 4) พยาบาลต้องคำนึงถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติในแต่ละบุคคล

Blattner (1981) ได้อธิบายว่า การพยาบาลแบบองค์รวมมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ มีเป้าหมาย มีโครงสร้างที่ชัดเจนและมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดสิ่งใหม่ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการชีวิต 9 กระบวนการ ดังนี้

- 1) กระบวนการรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง (self responsibility life process) เน้นความรับผิดชอบต่อตนเอง (Self responsibility) และการตระหนักในคุณค่าของตนเอง (self awareness)
- 2) กระบวนการดูแลชีวิต (Life care process) พยาบาลให้การดูแลโดยให้ผู้รับบริการมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตและมีความตระหนักถึงศักยภาพของตนเองเพื่อให้สามารถมีชีวิตอย่างตามสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้

3) กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ (Human development life process) คือ การพัฒนามนุษย์ให้เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ และมีความตระหนักในตนเองให้ปรากฏลักษณะตนเองและมีความผาสุกของตนเองซึ่งพยาบาลสามารถประเมินพัฒนาการต่างๆ เหล่านี้ได้

4) กระบวนการจัดการความเครียด (Stress life process) ความเครียดเป็นสิ่งที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต การพยาบาลแบบองค์รวมจึงต้องมีความเข้าใจกลไกการปรับสมดุลของร่างกายแบบเฉพาะที่หรือแบบทั่วไป พยาบาลต้องสามารถประเมินการตอบสนองต่อความเครียดและความทนต่อความเครียดและยังมองไปถึงความเครียดที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชนด้วย

5) กระบวนการดำเนินชีวิต (Life styling life process) แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พยาบาลต้องสามารถประเมินสิ่งที่เป็นความเสี่ยงของภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเมื่อแบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพยาบาลเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนเน้นความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นของบุคคลและชุมชน

6) กระบวนการติดต่อสื่อสาร (Communication life process) การติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะพยาบาลต้องติดต่อกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายสาขาในการให้การดูแลผู้รับบริการ

7) กระบวนการแก้ปัญหา (Problem solving life process) พยาบาลต้องมองหาวิธีการแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนรวมไปถึงการศึกษาวิจัยที่จะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

8) กระบวนการสอนและการเรียนรู้ (Teaching/Learning life process) พยาบาลต้องมีความรู้และต้องฝึกฝนในการเรียนรู้ มีแรงจูงใจและวิพากษ์ตนเองในการเรียนรู้และเรียนรู้ไปพร้อมๆ กับผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน

9) กระบวนการเป็นผู้นำและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต (Leadership & change life process) พยาบาลต้องมีบทบาทในการเป็นผู้นำ ยืดหยุ่นและสามารถทำนายความต้องการของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ มีความรอบรู้และเป็นผู้เชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพรวมทั้งประเด็นทางการเมืองต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ

กระบวนการทั้ง 9 นี้เกี่ยวข้องกันระหว่างสิ่งที่อยู่ภายในบุคคล (Intrapersonal) สิ่งที่อยู่ระหว่างบุคคล (Interpersonal) และชุมชน (Community) โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ เพื่อทำนุบำรุงสุขภาพ (Nurturative) และสร้างสิ่งใหม่ในการดูแลสุขภาพ (Generative)

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาสำหรับพยาบาลในการเข้าใจมุมมองของผู้รับบริการเพื่อสามารถให้การดูแลตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เกี่ยวข้องให้อยู่ในภาวะสมดุล เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการดูแล ให้ผู้รับบริการสามารถสร้างความตระหนักในตนเอง มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองตามศักยภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างผาสุก

2. กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม

การให้การพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลที่มีความสำคัญในการเป็นวิธีการ และเป็นแนวทางให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ

ยิ่งขึ้น (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2541) เพราะกระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีขั้นตอนอย่างเป็นระบบและมีทิศทางที่ชัดเจน เน้นความเป็นองค์รวมของบุคคลตลอดทั้งกระบวนการ โดยพิจารณาปัญหา ผลกระทบ และปัจจัยรอบข้างของผู้รับบริการอย่างครอบคลุม วัลภา ตันตโยทัยและสมจิต หนูเจริญกุล (2544) ได้แบ่งขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

2.1 การประเมินสภาพ เป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะต้องพยายามรวบรวมข้อมูลทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ฯลฯ ดังนั้นสัมพันธภาพที่ระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ในการประเมินภาวะสุขภาพนั้นพยาบาลสามารถสร้างเครื่องมือหรือมีแบบประเมินต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งจากบุคคลหรือข้อมูลจากแฟ้มประวัติต่างๆ อย่างครอบคลุมซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการได้มากขึ้น (Guzzetta, 1995)

อย่างไรก็ตาม การประเมินด้านจิตวิญญาณเมื่อแรกรับไว้ในความดูแลนั้นอาจจะไม่ได้ข้อมูลเลยหรืออาจได้ไม่ครบถ้วน แต่ความเอื้ออาทร ความจริงใจใส่ใจ ความสม่ำเสมอในการตรวจเยี่ยมผู้รับบริการจะช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลด้านจิตวิญญาณได้ชัดเจนและมีความแม่นยำมากขึ้นในเวลาต่อมา ได้มีความพยายามของพยาบาลในการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณซึ่งมักจะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้สามารถเติมข้อความต่างๆ ที่เป็นจริงสำหรับผู้รับบริการแต่ละรายได้ และการที่ให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพต้องอาศัยทักษะในการสัมภาษณ์ การสังเกตและการวิเคราะห์ของพยาบาล พยาบาลควรใช้คำถามที่ค้นหาแหล่งของความหวังหรือกำลังใจ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจรวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจจะกระทบต่อความมั่นคงทางจิตวิญญาณของผู้รับบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมาตัดสินใจทางการพยาบาล

2.2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ควรกำหนดให้สื่อความหมายตามวัฒนธรรม ความเชื่อ จิตวิญญาณของผู้รับบริการ การเขียนข้อวินิจฉัยที่ดีจะต้องช่วยชี้นำการปฏิบัติการพยาบาล และจะต้องมีข้อมูลสนับสนุนทั้งที่เป็นคำบอกเล่า และจากการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้รับบริการแสดงออก โดยอาจใช้หลักเกณฑ์การกำหนดข้อวินิจฉัยของ NANDA เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการกำหนดปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (Guzzaetta, 1995) ส่วนในการวางแผน พยาบาลต้องตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยผู้รับบริการจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ถ้าผู้รับบริการมีความพร้อมจะเป็นผู้เลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง โดยมีทีมสุขภาพให้คำปรึกษา และอธิบายถึงข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความ เต็มใจ พอใจที่จะปฏิบัติและสามารถดูแลตนเองได้

2.3 การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดภาวะสมดุลทางสุขภาพ โดยจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งมีความเชื่อมโยงส่งผลซึ่งกันและกัน หรือกล่าวได้ว่าหากดูแลมิติใดมิติหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆ ด้วย และในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้ดูแลในมิติหนึ่งก็จะมีผลกระทบต่อมิติอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมมีแนวทางการดูแลดังต่อไปนี้

2.3.1 การพยาบาลด้านร่างกาย คือ การช่วยเหลือดูแลผู้รับบริการให้มีความสุขสบายทางกาย เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น การเช็ดตัว การอาบน้ำ การสัมผัส การนวด กิจกรรมเหล่านี้สามารถพบเห็นได้โดยทั่วไปเมื่อผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจกล่าวได้ว่าเป็นมิติที่พยาบาลมีความสามารถในการให้บริการอย่างรวดเร็วและโดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาเร่งด่วนหรือคุกคามความปลอดภัย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องให้การดูแลตอบสนองอย่างใกล้ชิด

ซึ่งโดยทั่วไปจะพบว่า การดูแลส่วนใหญ่ทางการพยาบาลมักจะทำให้การพยาบาลที่เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการทุเลาได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับการมีภาระงานมากจึงต้องให้การดูแลช่วยเหลือมิติดังกล่าวเป็นอันดับแรก เพราะพยาบาลเชื่อว่าเมื่อภาวะสุขภาพทางกายดีขึ้นแล้ว บุคคลจะสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้อย่างผาสุกต่อไปได้ (สุพร ดนัยดุชะฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์, อติพร สำราญบัว, และอรุณ นุรักษ์เช, 2544)

2.3.2 การพยาบาลด้านจิตสังคม การพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญขั้นพื้นฐานในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม จิตใจและสังคม ส่วนใหญ่มักจะกล่าวถึงพร้อมๆ กันอย่างไรก็ตามมีความหมายที่แตกต่างกัน การดูแลทางด้านจิตใจ หมายถึง การดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้แก่ ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ ความเป็นมิตร ความเป็นกันเอง ความอดทน รวมทั้งการตระหนักถึงความต้องการของผู้รับบริการ ส่วนในด้านสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตอบปัญหา การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง เป็นต้น (ปัญญาภรณ์ ชูตั้งกร, 2536)

Nichols (1984) ได้จำแนกองค์ประกอบที่กล่าวถึงการพยาบาลด้านจิตสังคมไว้ 4 ประการ คือ การดูแลด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การเป็นที่ปรึกษา และการควบคุมสภาวะจิตใจ เช่นเดียวกับ ซอลดา พันธุเสนา (2536) ที่กล่าวว่า การพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นการแสดงความเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการโดยการอยู่เป็นเพื่อนให้ความมั่นใจ ให้การยอมรับและมีการสื่อความหมายโดยการสัมผัส

อย่างไรก็ตามพบว่า ในการดูแลมิติดังกล่าวยังเป็นปัญหาอยู่มาก ดังเช่นการศึกษาของ สมสมัย สุธีรศานต์และพิบูลรัตน์ วงศ์พานิชย์ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้รับบริการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลจะให้การดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก พยาบาลยังไม่เห็นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้จากปัจจัยแวดล้อม คือ การมีภาระงานมากและการมีอัตราค่าจ้างที่จำกัดจึงต้องทำงานอย่างเร่งรีบทำให้ไม่มีเวลาให้ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ รวมทั้งความเป็นนามธรรมของการพยาบาลทางด้านจิตสังคม ทำให้ขาดทักษะการให้การพยาบาล (อติรัตน์ วัฒนไพลินและนพพร เจริญสุข, 2542)

ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ความตระหนัก และความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมให้มากขึ้น เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ความสำคัญกับญาติที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2.3.3 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความเชื่อมโยงความเป็นองค์รวมของบุคคลให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่

สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆ ได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกายจิตใจและสังคม เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากในชีวิตได้

Ross (1994) กล่าวว่า การมีความหมาย เป้าหมายและการบรรลุถึงเป้าหมายของชีวิตนั้นเป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตวิญญาณและเป็นตัวกำหนดความมีสุขภาพดี ความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณพัฒนาขึ้นบนความต้องการพื้นฐานทางจิต และเห็นได้ชัดเจนเมื่อบุคคลอยู่ในอันตรายหรืออ่อนแอลง (ละออ นุตากร, 2534) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อยามเจ็บป่วย บุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษ เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจ หรือการตอรองอื่นๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) ทัศนีย์ ทองประทีป (2534) กล่าวว่า บุคคลทุกคนมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดหรือแม้แต่คนไม่มีศาสนา

ความต้องการในมิติด้านจิตวิญญาณ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ (1) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การยอมรับในตนเอง มีความผูกพัน ความไว้วางใจในตนเอง (2) ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งที่อยู่เหนือตน เช่น พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ซึ่งมีลักษณะของความศรัทธา ความรัก ไว้วางใจ และการให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไข (3) ต้องการมีความหวัง ซึ่งเป็นความต้องการตามจินตนาการเพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดีและชีวิตดีขึ้น (Highfield, 1992) ดังนี้

1) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (need for meaning and purpose in life)

Highfield (1992) กล่าวว่า ในมิติจิตวิญญาณของบุคคล บุคคลจะหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตเพื่อเป็นเหตุผลในการยอมรับตนเอง การมีความสัมพันธ์ไว้วางใจในตนเอง และบุคคลอื่น การหาความหมายในชีวิตไม่เพียงแต่เป็นการทบทวนประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาและให้ความหมายเท่านั้น แต่จะรวมถึงการให้ความหมายของการตาย การดำรงอยู่ ความทุกข์ทรมาน และเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตด้วย ซึ่งทำให้ต้องการที่จะรู้จุดมุ่งหมายของชีวิต ต้องการที่จะรู้จักตนเองให้มากขึ้น ต้องการควบคุมและเอาชนะธรรมชาติ และต้องการพัฒนาตนเพื่อก้าวสู่ปลายทางของชีวิตอย่างดีที่สุด แม้กระทั่งภพหน้าหรือชาติหน้า

การค้นพบความหมาย รวมถึงการค้นพบความหมายเล็กๆ ในทุกๆ สิ่ง แม้ในความเจ็บป่วย ความตาย และการมีชีวิตอยู่ตามที่ตนให้คุณค่า (Simson, 1985 cited in Ross, 1994) Ross (1994) พบว่า เมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะทำให้ชีวิตมีความหมายได้ ผลที่ตามมาคือ ความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ จะแสดงออกโดยความรู้สึกว่างเปล่า โดดเดี่ยว สิ้นหวัง และดำเนินสู่ความตาย สำหรับในบุคคลที่ขาดความหมายในชีวิตจะทำให้เกิดปัญหาทางจิตวิญญาณ จะแสดงออกซึ่งการไม่มีเหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ จะถ้ามถึงความหมายในความทุกข์ทรมานและความตาย จะแสดงออกซึ่งความหมดหวัง ไม่สามารถหาเป้าหมายในการดำรงชีวิตและอาจทำให้พึ่งพาสงัที่ผิด เช่น การใช้จ่าย การดื่มสุรา และมักจะพบว่าจะพุดตลกเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย

ในบุคคลที่นับถือศาสนาและมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามหลักของศาสนาจนบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ตามหลักศาสนานั้นๆ เชื่อว่าจะได้หลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิตมีความเป็นนิรันดร์ เช่น บุคคลที่นับถือศาสนาคริสต์หรืออิสลามจะนับถือพระเจ้าเป็นสิ่งสูงสุดของชีวิต มีความศรัทธาอันแรงกล้า จะปฏิบัติตามหลักศาสนา ซึ่งมีเหตุผลสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ศรัทธา (faith) คือ มีความเชื่อ ความรัก ความภักดีต่อพระเจ้า

เจ้า (2) ความรัก (love) คือ มีความรัก ความเคารพในพระเจ้า และมีความรักความเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ (3) ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (charity) คือ ความพยายามช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ทุกวิถีทาง โดยคาดหวังจากผลการปฏิบัติจะมีชีวิตนิรันดร์กับพระเจ้า ส่วนบุคคลที่นับถือศาสนาพุทธจะปฏิบัติตามหลักศาสนาที่สำคัญ 8 ประการ (อริยมรรค) คือ ความเห็นชอบ ความดำริชอบ การเจรจาชอบ การงานชอบ เลี้ยงชีพชอบ พยายามชอบ ตั้งสติชอบ และทำจิตให้สงบชอบ ผลของการปฏิบัติขั้นสุดท้ายจะช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากความทุกข์ และมีความสุขอย่างแท้จริง (สิทธาร์ตน์ สัมครสมาน, 2550)

2) ความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน (Need for relationships with others and/or a supreme other) Highfield (1992) กล่าวว่า ความต้องการในด้านนี้ประกอบด้วย ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งนอกเหนือตน (เช่น พระผู้เป็นเจ้า) ซึ่งมีลักษณะของการให้และการรับ ความรัก (love) ความผูกพัน ความศรัทธา (faith) ความไว้วางใจ (trust) และการให้อภัย (forgiveness) โดยไม่มีเงื่อนไข

ก. ความรักและความผูกพัน นั้น คือ ความรักและความผูกพันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น สิ่งอื่น และสิ่งนอกเหนือตน ซึ่งองค์ประกอบนี้เป็นหัวใจของจิตวิญญาณ ซึ่ง lay & Corless, 1988 cited in Dyson et al. (1997) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์กับพระเจ้า ตนเอง และผู้ใกล้ชิด และในเรื่องความสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่นนั้นจะมีความรักและความผูกพันเป็นกุญแจสำคัญ ในความต้องการความรักและความผูกพันนี้ทั้งการให้และการรับ ทั้งนี้บุคคลจะมีความรู้สึกว่าได้รับการตอบสนองของความ ต้องการด้านนี้จำเป็นต้องเป็นการรับและการให้ที่สมดุลต้องเป็นการรับและการให้โดยไม่มีเงื่อนไข ลักษณะของผู้ที่มีความผาสุกในด้านความรักความผูกพันจะมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกรักในพระเจ้า รักผู้อื่น ยอมรับการช่วยเหลือ รักและยอมรับตนเอง แสวงหาสิ่งที่ดีในบุคคลอื่น สำหรับคนที่ขาดความรัก จะมีปัญหาทางจิตใจ เช่น ขาดความรู้สึกรักในตนเองอย่างถูกต้อง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะได้รับความรักจากพระเจ้าหรือบุคคลอื่น ขาดคุณสมบัติในทางความรัก มีความรู้สึกอยากให้คนอื่นหรือพระผู้เป็นเจ้ารักมากๆ รู้สึกว่าคนอื่นรักตนเองไม่เท่าที่ควร ต้องแสวงหาความรักจากผู้อื่น ใช้ผู้อื่นเป็นเครื่องมือในการแสวงหาสิ่งที่ตนต้องการ กังวลเกี่ยวกับการพรากจากคนรัก ปฏิเสธตนเอง เห็นแก่ตัว รู้สึกว่าถูกแยกจากพระเจ้า บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกกลัวต้องพึ่งพาผู้อื่น และอาจมีพฤติกรรมทำลายตนเอง (Highfield & Carson, 1983)

ข. ความไว้วางใจ (trust) การที่คนเรามีความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น มีพื้นฐานมาจากการพัฒนาบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารกในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มีความไว้วางใจจะเชื่อว่าผู้อื่นมีความจริงใจต่อตนเอง สามารถเจรจาต่อรองกับผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยมีบรรยากาศของการยอมรับมีความซื่อสัตย์ซึ่งกันและกัน สามารถที่จะพึ่งพาและคาดหวังความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามจำเป็น และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยเหตุผลตรงไปตรงมา คนที่มีความระแวงสงสัยมักจะมีความรู้สึกว่าภาพลักษณ์เบี่ยงเบนไป ประกอบกับความรู้สึกว่าหาความหมายของชีวิตไม่ได้ จะต้องต่อสู้กับความรู้สึกสิ้นหวัง และพยายามที่จะคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของตนเอง โดยไม่ได้ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ บางคนจะเริ่มไม่หากลุ่มศาสนาหรือองค์กรต่างๆ เพื่อทำให้การรับรู้ตนเองดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อที่จะต่อสู้กับความรู้สึกหมดหวังของตนเอง และคงไว้ซึ่งความรู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย

ค. การได้รับการยอมรับหรือได้รับการอภัย (forgiveness or acceptance) ในภาวะจิตวิญญาณของผู้รับบริการใกล้ตาย ซึ่งไม่มีทางใดที่จะช่วยให้ดีขึ้นนอกจากการได้รับการช่วยเหลือบรรเทาความ

เจ็บปวดให้หายไปทันทีหรือตลอดไปในวันเวลาที่เหลืออยู่แล้วยังต้องคำนึงถึงความต้องการการได้รับการรักษาใน ความผิดพลาดในอดีต ซึ่งอาจเกิดจากการกระทำตามหน้าที่หรือจงใจละเว้นไม่กระทำตามที่ได้รับมอบหมาย ความรู้สึกผิดนี้มีความสำคัญมาก บางคนกล่าวว่าคนเราก่อนจะตายจะคิดถึงบาปที่ตนเคยกระทำและรู้สึกสำนึก ต่อไป จะมีความต้องการการขออภัย หรือการขอรับการลงโทษ (Conard, 1985 cited in Kemp, 1995) การรู้สึกสำนึก ผิดของแต่ละคนขึ้นอยู่กับกรให้ความหมายทางจริยธรรม ผู้รับบริการบางคนมีความทุกข์ทรมานจากความหรือบาป มากกว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดทางกาย เช่น ในกรณีการสูญเสียบุตรที่ยังเด็ก หรือในกรณีที่ทราบ ว่าบุตรชายและบุตรสาวของตนมีความสัมพันธ์ทางเพศกัน บิดามารดาจะรู้สึกผิดบาปอย่างรุนแรงและตลอดเวลา ทำให้บางคนอาจเสียดสีหรือติตดูราเรื่อรัง (Kemp, 1995) จากตัวอย่างดังกล่าวนี้บุคคลจะมีความรู้สึกต้องการได้รับการให้อภัยอย่างมาก ถ้าไม่ได้รับจะเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณอย่างรุนแรง ถ้าได้รับการให้อภัยบุคคลก็จะมี ภาวะจิตวิญญาณดีขึ้น

3) *ความต้องการมีความหวัง (the need for hope)* ความหวัง หมายถึง ความปรารถนาเพื่อให้ ตนเองได้พบสิ่งที่ดี และมีชีวิตที่ดีขึ้น (Highfield, 1992) เป็นแรงผลักดันของชีวิตที่อยู่ภายในตัวบุคคล มีความสำคัญ ต่อชีวิตและภาวะสุขภาพดี เป็นกระบวนการด้านจิตสังคม เป็นพลวัตมีลักษณะซับซ้อนหมายมิตี เป็นความคาดหวัง ที่ไม่แน่ใจถึงความสำเร็จในอนาคต เป็นแหล่งพลังที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Miller, 1983) เป็น ประสบการณ์ที่ซับซ้อนเป็นส่วนผสมของความรู้สึกซึ่งมีความเชื่อเป็นศูนย์กลางในการแก้ปัญหา และความต้องการ ของมนุษย์ การทำให้บุคคลมีความหวังต้องอาศัยปัจจัยหลายสิ่ง ซึ่ง Brown (1989) กล่าวว่าสิ่งหนึ่งคือการตั้ง ความหวัง การตั้งความหวังทำให้บุคคลรู้สึกถึงการมีความหวัง ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งสำคัญในชีวิตและจะมุ่งมั่น เพื่อการได้มาซึ่งความหวัง ซึ่งระดับความหวังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา Miller (1983) ได้แบ่งระดับของ ความหวังที่พบในบุคคลทั่วไปออกเป็น 3 ระดับ คือระดับที่หนึ่ง เป็นความปรารถนาที่ว่างๆไป ในลักษณะไม่จริงจัง ทำได้นัก ความหวังในระดับนี้จะพบได้บ่อย ระดับที่สอง เป็นความหวังของบุคคลเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดี หวังที่จะ พัฒนาตนเองไปในทางที่เหมาะสม และหวังที่จะประสบความสำเร็จเกี่ยวกับตนเอง หากไม่สมหวังบุคคลจะวิตก กังวล ซึ่งต้องใช้พลังทางจิต ในการปรับตัวมากขึ้นกว่าระดับแรก ระดับที่สาม เป็นความหวังสูงสุดของบุคคล ซึ่ง บุคคลหวังที่จะหลุดพ้นจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความลำบาก การถูกกักขัง หรือขาดอิสระภาพ ความหวัง ในระดับนี้เป็นแหล่งพลังที่สำคัญของบุคคลในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง และความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ซึ่งหากบุคคลไม่สมหวัง จะทำให้ท้อแท้เบื่อหน่าย และสิ้นหวัง ต้องใช้พลังทางจิต มากมายทั้งจากภายในและ ภายนอกตัวบุคคลเพื่อช่วยในการปรับตัว

แม้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้วยจิตวิญญาณจะเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตามจากการทบทวน วรรณกรรมกลับพบว่า มิติจิตวิญญาณเป็นมิติที่พยาบาลยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาล มากกว่าด้านอื่นๆ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีภาระงานมาก การไม่ให้ความสำคัญและมองข้ามการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณ ไม่เข้าใจลึกซึ้งถึงจิตวิญญาณ ทำให้พยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลด้านร่างกาย การ ดูแลด้านจิตวิญญาณจะกระทำน้อยมากและกระทำต่อเมื่อพบว่า มีปัญหาหรือได้แก้ไขปัญหาร่างกายแล้วและ ยังขาดความต่อเนื่องในการดูแล (บุบผา ซอบใช้, 2543; เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545) รวมทั้งมีข้อจำกัดด้าน สถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ เช่น มีเสียงดัง และหอผู้ป่วยบริการคับแคบ เป็นต้น

ความไม่เข้าใจและขาดความรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการพยาบาลผู้รับบริการด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ประกอบกับการขาดแคลนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ ตลอดจนขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะในยามที่ชีวิตเผชิญกับภาวะวิกฤต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย จึงเป็นบทบาท และหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล ในการดูแลมิติเหล่านี้เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทุกมิติพร้อมๆ กับการพัฒนาภาวะสมดุลของพยาบาลผู้ให้การดูแล เพื่อความพร้อม และศักยภาพในการดูแลเพื่อนมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป นอกจากนี้ยังจะต้องให้การดูแลบริบทแวดล้อมของผู้รับบริการที่มีผลต่อความสมดุลของภาวะสุขภาพด้วยเช่นกัน

2.3.4 การพยาบาลด้านการบำบัดเยียวยา การบำบัดเยียวยา (Healing) หมายถึง ขบวนการบำบัดเยียวยาที่คำนึงถึงองค์ประกอบของบุคคลทุกมิติอย่างผสมผสาน และสมดุล (Dossey, 1995) โดยเป็นการนำวิธีการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapies) มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความ เป็นองค์รวมของบุคคลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทของการเป็นผู้บำบัดเยียวยารักษา (Nurse as a healer) ทั้งบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้การสนับสนุน ผู้สอน ผู้ให้ความรู้ และผู้ปฏิบัติในการดูแลภาวะสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ คุณค่าและความเชื่อของผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Hanucharumkul, 2002)

ในปัจจุบันพบว่า มีการศึกษาเทคนิควิธีต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งผู้รับบริการและผู้ดูแล โดยกิจกรรมเยียวยา อาทิ เช่น กิจกรรมการบำบัดเยียวยา ได้แก่ การฝังเข็ม การบำบัดด้วยกลิ่น การใช้ศิลปะบำบัด การฝึกการหายใจ การบำบัดด้วยความร้อน การใช้สมุนไพร การบำบัดด้วยเสียงหัวเราะ การสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การนวดและการฝึกโยคะ เป็นต้น และกิจกรรมที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลมาก คือ เทคนิคการผ่อนคลาย และการบำบัดด้วยกลิ่น ตามลำดับ (Wilkinson & Simpson, 2002)

สำหรับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานในประเทศไทย จากการประชุมปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา ประชาคมจากองค์กรภาคีต่างๆ ได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางถึงการที่จะนำปรัชญาสุขภาพเชิงองค์รวมมาใช้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่มีทางเลือก มีการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพทั้งกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม โดยการผสมผสานศาสตร์ต่างๆ และตั้งอยู่บนรากฐานตามแนวสังคมไทย ผลจากการประชุมได้สะท้อนให้เห็นว่าอนาคตข้างหน้านักวิชาชีพทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพต่อการดูแลรักษาผู้รับบริการ โดยมีบทบาทในการให้ความรู้หรือการแนะนำแหล่งที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการ หรือให้ความรู้ในการเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (สมพร เตรียมชัยศรี, 2542) พาริดา อิบราฮิม (2545) กล่าวว่า แนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลมีกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระในการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอนการประเมินสภาพที่พยาบาลทำการซักประวัติถึงวิธีในการดูแลตนเองด้วยวิธีการบำบัดรักษาวิธีอื่นๆ ในอดีต หรือที่กำลังใช้อยู่นอกเหนือจากการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งการดูแลเยียวยาด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีทางเลือกในการดูแลรักษาตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งกิจกรรมเยียวยา ได้แก่ **การนวด (Massage)** หรือ **การนวดกดจุดฝ่าเท้า**

(Reflexology) ช่วยลดความเจ็บปวด **การฝึกสมาธิ (Meditation)** ช่วยลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าลดความเครียด และลดระดับความดันโลหิตในผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation)** ช่วยลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวล **การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy)** สามารถช่วยลดปวดและลดความวิตกกังวล และอาการคลื่นไส้อาเจียนใน **เทคนิคการสร้างจินตนาการ (Imaginary)** เพื่อช่วยลดความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล และลดอาการคลื่นไส้อาเจียน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาการนำเทคนิคต่างๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการในกลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลยังขาดความรู้ และขาดทักษะในการนำเทคนิคเหล่านี้มาใช้เพียงพอด

2.3.5 การพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นบุคคล และคำนึงถึงบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง นอกจากการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักภายในบุคคลแล้ว การพยาบาลแบบองค์รวมยังจะต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคล และคำนึงถึงบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล เพราะโดยลักษณะตามธรรมชาติแล้วบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต และโดยเฉพาะวิถีชีวิตความเชื่อของการดูแลสุขภาพ การศึกษา ถึงรายละเอียดเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคล และปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในแต่ละบุคคลได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้หลักในการดูแลโดยยึดหลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ยังจะต้องให้ความสำคัญกับการดึงศักยภาพของผู้รับบริการมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่ามนุษย์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Orem, 2001) สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลของ Nightingale ที่เชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้รับบริการที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถหายได้เอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงพลังธรรมชาติที่อยู่ในตัวมนุษย์ ซึ่งจะช่วยให้จัดการกับความเจ็บป่วยได้เอง

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการช่วยเหลือดูแลให้องค์ประกอบหลักทุกมิติของสุขภาพ มีการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งภายในบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของสุขภาพ

2.4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลตามเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลแบบองค์รวม โดยพิจารณาจากคำบอกเล่าจากผู้รับบริการ และญาติ อาจใช้เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการ รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการเป็นหลักเพื่อจะได้ทราบว่าปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไขไปมากน้อยเพียงใด มีปัญหาใดเกิดขึ้นใหม่ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้วนั้นไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำข้อมูลมาปรับแผนการพยาบาลต่อไป ซึ่งหลังจากการประเมินผลแล้ว อาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่ยังคงอยู่ หรือยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุผลสำเร็จได้ จึงต้องมีการทบทวนย้อนกลับไปยังขั้นตอนแรก และมีการดำเนินการต่อมาตามลำดับขั้นของกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อไป เพื่อให้สามารถช่วยกันแก้ไขปัญหาทางสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จได้ กระบวนการพยาบาลจึงถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีความต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเน้นให้มีความครอบคลุมทุกมิติในทุกชั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รวมทั้งต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและ/หรือปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม จากการศึกษาพบว่า มีทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถแบ่งออกได้ 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของพยาบาล 2) ปัจจัยด้านองค์กร และระบบงาน 3) ปัจจัยด้านระบบการศึกษา 4) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และ 5) ปัจจัยด้านอื่นๆ ดังรายละเอียด ดังนี้ (ศมนันท์ สมสุข, 2546)

3.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของพยาบาล บุคลากรพยาบาลนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้รับบริการโดยตรง หากพิจารณาพื้นฐานของตัวบุคคล การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัว ที่อบอุ่น การได้รับการปลูกฝังจากอาจารย์ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ประสบการณ์ในการทำงาน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถเกิดการเรียนรู้สิ่งที่ดีงาม สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่าบุคลิกภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม 2 ใน 3 และได้รับอิทธิพลจากพันธุกรรม 1 ใน 3 ส่วน โดยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมนั้นได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว และสถาบันการศึกษา การหล่อหลอม และประสบการณ์เหล่านี้พยาบาลจะสามารถนำมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็นอย่างดีต่อไป

อย่างไรก็ตามในทางกลับกัน หากพื้นฐานทางครอบครัวของบุคคลดังกล่าว ไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี หรือในระบบการศึกษาไม่ได้รับการปลูกฝังหรือมีแบบอย่างที่ดีในการพยาบาลแบบองค์รวมจากอาจารย์ รวมทั้งประสบการณ์ในการปฏิบัติงานก็ไม่ได้มีทิศทางที่ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศในการดูแลแบบองค์รวม ก็ไม่สามารถมีแบบอย่างให้พยาบาลสามารถเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบองค์รวมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม หรือบางรายมีความเข้าใจ แต่ไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้ นอกจากนี้พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการตระหนักถึงประเด็น วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ขาดผู้เชี่ยวชาญ และผู้ชำนาญการที่สนใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างจริงจัง (สมพร เตรียมชัยศรี, 2542) และพยาบาลยังขาดจิตสำนึกที่ดีในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้

3.2 ปัจจัยด้านองค์กร และระบบงาน ได้แก่

ผู้บริหาร ปรัชญา และนโยบายขององค์กรต้องพิจารณาถึงองค์กรแห่งนั้นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับการกำหนดเป็นปรัชญาในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด รวมทั้งนโยบาย และแผนงานที่กำหนดสะท้อนให้เห็นจุดประสงค์ขององค์กรในการให้ความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม เช่น การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นต้น ทั้งนี้จากปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะนโยบายและแผนงานของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เช่น ไม่มีนโยบาย และแผนงานในการควบคุมมาตรฐานการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นต้น รวมทั้งระบบการพยาบาลไม่มีการเชื่อมโยงขาดความต่อเนื่อง เช่น ในการผลิตเปลี่ยนเวร ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ

3.3 ปัจจัยด้านระบบการศึกษา ได้แก่

3.3.1 หลักสูตรการศึกษาระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษา จะต้องพิจารณาถึงการสอดแทรกเนื้อหาหลักสูตรการพยาบาลแบบองค์รวม และสถาบันการศึกษาแห่งนั้นให้ความสำคัญกับการพยาบาลแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด ดังเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้บรรจุเป็นวิสัยทัศน์ของคณะไว้อย่างชัดเจนต่อการเป็น ศูนย์กลางทางวิชาการพยาบาลในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกภายในปี 2555 มีการจัดการเรียนการสอน เน้นให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจการพยาบาลแบบองค์รวมตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-ระดับปริญญาเอก เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษายังไม่มีการระบุนโยบายการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระดับอย่างชัดเจน

3.3.2 นักศึกษาพยาบาล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นรากฐานที่สำคัญในการปลูกฝังความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมให้ลึกซึ้ง อย่างไรก็ตามนักศึกษาจะต้องเป็นผู้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้รับบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะการช่วยเหลือปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

3.3.3 อาจารย์พยาบาล เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการเป็นผู้ปลูกฝังรากฐานที่ดีต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมให้แก่ นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการฝึกปฏิบัติงาน ดังนั้นอาจารย์พยาบาลควรมีทัศนคติ ความเชื่อในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีคุณสมบัติ และมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ นักศึกษามีความเข้าใจอย่างละเอียดลึกซึ้ง

3.4 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

จากสภาพของความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และญาติทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณหรือกล่าวได้ว่าความเจ็บป่วยนั้นกระทบต่อองค์รวมของบุคคลทุกมิติ โดยเฉพาะสภาพจิตใจ ผู้รับบริการจึงต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ดังนั้นจากสภาพความเจ็บป่วยเหล่านี้ทำให้ในบางครั้งผู้รับบริการไม่มีความพร้อมในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ หรือในบางครั้งอาจแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ รวมทั้งการคาดหวังต่อการได้รับการดูแลที่สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานให้หมดไปอย่างรวดเร็ว แต่ความต้องการเหล่านั้นบางครั้งพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้ จึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในระหว่างการดูแลได้ ดังนั้นในระหว่างการดูแลพยาบาลจะต้องให้ความเข้าใจปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น อดทน มีการประนีประนอมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี เพื่อช่วยให้เกิดการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวมกับผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้รับบริการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยได้ หากไม่ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว

3.5 ปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่

ลักษณะทางวัฒนธรรมสังคมไทย ลักษณะทางสังคมของประเทศไทย ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ทำให้มีการถ่ายทอดแบบอย่างของการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก เช่น ผู้ที่เจ็บป่วย ดังนั้นจึงมักพบเห็นภาพของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างญาติผู้รับบริการด้วยกันเอง หรือระหว่างญาติเพียงข้างเคียงกับผู้รับบริการรายอื่นๆ เมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือเยียวยาซึ่งกันและกัน โดยสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการในรายที่ไม่มีญาติ หรือญาติยัง

ไม่เข้ามาเยี่ยมได้ นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริมภาวะสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น อย่างไรก็ตามลักษณะทางสังคมของภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยประชาชนหลายกลุ่ม ได้แก่ ไทยพุทธ มุสลิม คนไทยเชื้อสายจีน ดังนั้นเมื่อประชาชนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเกิดความยากลำบากในเรื่องการสื่อสาร โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงมักให้ญาติช่วยในการสื่อสาร ซึ่งจะเป็นการตอบสนองของความต้องการของผู้รับบริการต่อการเยี่ยมภาวะสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ปัจจัยต่างๆ ข้างต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริม และ/หรือเป็นอุปสรรคในการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งควรจะทำให้ความสำคัญต่อการนำไปพัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมและแนวทางแก้ไข

ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้อธิบายถึงข้อจำกัดของการดูแลในมิติจิตวิญญาณ ซึ่งผู้เขียนมีความเชื่อว่ามีมิติด้านจิตวิญญาณนั้นเป็นจุดเน้นของการพยาบาลแบบองค์รวม ดังนั้นจึงขอนำประเด็นดังกล่าวมาเป็นตัวแทนของข้อจำกัดในเรื่องของการดูแลแบบองค์รวม ดังนี้

4.1 ความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งเรื่องการเลี้ยงดูในครอบครัว อายุ เพศ การศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อ ภาวะวิกฤตที่กำลังเผชิญอยู่และความสามารถในการสื่อสาร ปัจจัยดังกล่าวมักมีผลต่อการแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้รับบริการแต่ละรายนั้นจึงควรเป็นบุคคลเดียวกัน เพื่อที่จะได้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมขณะที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้รับบริการในโอกาสต่างๆ กัน ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้รับบริการแล้ว ยังทำให้การดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกันและต่อเนื่องอีกด้วย แต่ก็นับว่าเป็นการยากเพราะพยาบาลต่างต้องหมุนเวียนกันเพื่อขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แนวคิดการดูแลแบบจัดการรายกรณี (Case management) อาจช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้

4.2 ลักษณะหอผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในการทำงานของหน่วยงาน ความเร่งรีบเพื่อช่วยผู้รับบริการที่อยู่ในภาวะวิกฤต การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ล้วนมีผลต่อการพยาบาลแบบองค์รวมเพราะการช่วยเหลือมักเพื่อรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะและชีวิตก่อนเป็นอันดับต้นๆ กระบวนการช่วยเหลือด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการดูแลแบบองค์รวม เหมือนกับอยู่กันคนละขั้วของเส้นเชือก อาจทำให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติได้ ดังนั้นการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต่อการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นสิ่งที่สำคัญ หากพยาบาลมีทัศนคติด้านบวก มีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวมไปในทิศทางเดียวกัน ก็จะทำให้เกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้รับบริการหรือญาติให้ประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น

4.3 พยาบาลไม่มีเวลา (Time pressure) อัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการควรมีความเหมาะสม เพื่อให้พยาบาลมีเวลาอย่างเพียงพอในการดูแลอย่างใกล้ชิดกับผู้รับบริการ หากต้องการคุณภาพการพยาบาลและบรรลุเป้าหมายการดูแลบุคคลแบบองค์รวม พยาบาลควรมีสุขภาพแบบองค์รวมก่อน จึงจะสามารถนำพลังกาย กำลังใจและสติปัญญา ไปดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพตามที่สังคมคาดหวัง ดังนั้นหากในระบบบริหารจัดการต้องการคุณภาพการดูแลอย่างแท้จริงควรเร่งสร้างระบบเกื้อหนุนให้พยาบาลมีความสุขในการทำงาน เพื่อพยาบาลจะได้ช่วยสร้างความสุขให้แก่ผู้รับบริการได้ อีกทั้งยังช่วยป้องกันกลุ่มอาการที่มักเกิดในพยาบาลยุคปัจจุบันที่เรียกว่า “อ่อนล้าและหมดแรง” ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้พยาบาลออกจากวิชาชีพเร็วกว่ากำหนด

5. การพัฒนาศิลปะในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม

ในการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความสามารถในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมได้นั้น พยาบาลต้องเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

5.1 ความเมตตากรุณา (Loving kindness & compassion) ความเมตตากรุณาเป็นหลักพุทธธรรมที่เป็นค่านิยมพื้นฐานของคนในสังคมไทย และเป็นค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลที่พยาบาลไทยยึดมาช้านาน โดย **เมตตา** หมายถึง ความปรารถนาดี ความมีมิตรไมตรีหรือความเป็นเพื่อน ส่วน **กรุณา** หมายถึงความกระตือรือร้นพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการที่เผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานให้บรรเทาหรือหายจากอาการดังกล่าว การที่พยาบาลให้เวลาใกล้ชิดผู้รับบริการ เพื่อให้การช่วยเหลือหรือช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้ถือว่าช่วยให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ อบอุ่นใจและสุขสงบทางจิตวิญญาณ (Spiritual comfort) ได้ระดับหนึ่ง ความเมตตากรุณาของพยาบาลจะช่วยให้ผู้รับบริการมั่นใจในการดูแลของพยาบาลมากขึ้น ดังที่ได้ยินเสมอว่า พยาบาลเป็นผู้เยียวยารักษา (Spiritual healer)

5.2 ความเอื้ออาทร (Caring) ความเอื้ออาทร หมายถึง ความสนใจหรือความรู้สึกห่วงใย (Crowther, 1995) เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในลักษณะที่เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้รับบริการในกิจกรรมต่างๆ เป็นการใช้เครื่องมือหรือใช้เทคนิคต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกระทำที่แฝงไปด้วยความรู้สึกนึกคิดทางอารมณ์และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้รับบริการโดยพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้รับบริการในฐานะเป็นปัจเจกบุคคลและเป็นการป้องกันและระแวดระวังเพื่อให้มีการกระทำที่ถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สอดคล้องกับที่ Watson (1999) นักทฤษฎีการพยาบาลที่ได้ศึกษาถึงการดูแลเอื้ออาทร และอธิบายว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นศาสตร์และศิลป์ในการกระทำและแสดงความรู้สึกอย่างจริงใจระหว่างบุคคล ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างก็มีศักยภาพและได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการดูแล และ Mayeroff (1971 cited in Euswas, 1991) นักปรัชญาที่เน้นการดูแลเอื้ออาทรโดยเฉพาะต่อมนุษย์ กล่าวว่า การดูแลเอื้ออาทรเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่บุคคลเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง (Self actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้ (Knowledge) กล่าวคือ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแลซึ่งก็หมายถึงรู้จักกับบุคคลนั้นและรู้วิธีการที่ให้การช่วยเหลือ 2) ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของคนที่ต้องการจะให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น 3) ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้รับการดูแลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันนั่นคือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 4) ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดตัดสินใจด้วยตนเองและให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง 5) ความหวัง (Hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแลเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง 6) ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีการอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตนจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับบริการอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับบริการ 7) ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล และ 8) การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythms) ผู้ให้การดูแลต้องมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินการดูแลและปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

5.3 ทักษะการสื่อสาร (Communicative skills) กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลถือปฏิบัติได้ว่าเป็นการสื่อสารที่แสดงถึงความเมตตา ความปรารถนาดีหรือความเอื้ออาทรที่พยาบาลมีต่อผู้รับบริการ ดังนั้น ทักษะการสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะการเป็นผู้ฟังที่ดี ความสนใจและใส่ใจในสิ่งที่ผู้รับบริการพูด การประสานสายตาเป็นการแสดงถึงความตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้รับบริการพูด การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล ให้โอกาสในการเลือกและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมประจำวันจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่า การให้เวลาเพื่อพูดคุยนับว่าเป็นสิ่งที่มีความหมายมาก อย่างไรก็ตาม อัตราส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลของรัฐมักเป็นปัญหาที่ทำให้พยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลด้านร่างกาย รวมทั้งการที่พยาบาลต้องจัดการกับเอกสารต่างๆ มากมายต่างมีผลทำให้เวลาที่จะสนทนากับผู้รับบริการนั้นน้อยเหลือเกิน แต่หากว่าในทุกๆ กิจกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการนั้นอยู่บนพื้นฐานของความใส่ใจ ตั้งใจแล้ว ช่วงเวลานั้นก็เป็นช่วงเวลาที่มีคุณค่าเปรียบเสมือนกับเป็นการเยียวยาทางจิตแก่ผู้รับบริการได้ด้วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) การสัมผัสทางกาย (Bodily touch) ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารที่เป็นอวัจนภาษา ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) กล่าวว่า มนุษย์ทุกวัยต้องการการสัมผัสทางกายด้วยความรัก ความเข้าใจและความปรารถนาดีที่มีต่อกัน การสัมผัสจะช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยและความมั่นคงทางจิตใจ (Kociszkeski, 2004) อย่างไรก็ตามในวัฒนธรรมไทยนั้น การพยาบาลโดยการสัมผัสอาจถูกจำกัดให้เพียงกับผู้รับบริการวัยเด็กเท่านั้น

สรุป การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแสดงถึงความไม่สมดุลในร่างกาย ซึ่งหมายรวมถึงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มุมมองสุขภาพทางจิตวิญญาณมองว่าจิตใจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ร่างกายเสียสมดุล ส่งผลต่ออวัยวะภายในและแสดงออกด้วยการเจ็บป่วยด้านร่างกายได้ โดยปกติร่างกายมีกลไกในการปรับสมดุลให้กลับคืนสู่สภาพเดิมตามธรรมชาติ โดยอาศัยกระบวนการดูแลสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและมีผลต่อกระบวนการหายใจหรือการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งได้แก่ สภาพจิตใจ จิตวิญญาณ ตลอดจนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ฉะนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลสนใจตนเองและดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้

3.3 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 3.3.1 แนวคิดความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

- 1) การรับรองความเป็นมนุษย์
- 2) ความหมายของมนุษย์ที่สมบูรณ์

เรื่องที่ 3.3.2 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

- 1) ความหมายการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
- 2) หลักสำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
- 3) ทักษะในการเรียนรู้เกี่ยวกับความเป็นมนุษย์
- 4) กระบวนการสร้างจิตอาสาหรือจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

แนวคิด

มนุษย์ทุกคนมีองค์ประกอบสองส่วน คือ จิตกับกาย คุณค่าสำคัญของมนุษย์ที่แตกต่างกับสัตว์ที่เห็นได้ง่ายๆ คือ ความมีเหตุผล สัตว์ไม่รู้จักเหตุผล ไม่มีเหตุผล สิ่งที่ทำให้มนุษย์มีเหตุผลนั่นคือ มนุษย์มีการใช้การทำหน้าที่ของสมองในขั้นสูงซึ่งก็คือ การคิดทั้งการคิดขั้นพื้นฐานและการคิดขั้นสูง จึงทำให้มนุษย์รู้จักผิดชอบชั่วดี มีเมตตา กรุณา สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนาหรือดูแลบุคคลอื่นให้มีชีวิตที่ดีงาม มีอิสรภาพ มีความสุข ได้ ซึ่งเป็นคุณค่าสำคัญของมนุษย์ ขาดคุณค่าสำคัญนี้ความเป็นมนุษย์ย่อมไม่สมบูรณ์

วัตถุประสงค์ เมื่อนักศึกษาเรียนจบตอนที่ 3.3 นี้แล้ว สามารถ

1. เข้าใจแนวคิดความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ได้ถูกต้อง
2. อธิบายความหมายของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ถูกต้อง
3. เข้าใจหลักสำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ถูกต้อง
4. เข้าใจและฝึกทักษะในการเรียนรู้เกี่ยวกับความเป็นมนุษย์ได้ถูกต้อง
5. อธิบายกระบวนการสร้างจิตอาสาหรือจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ถูกต้อง

3.3 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

มนุษย์ทุกคนมีองค์ประกอบสองส่วน คือ จิตกับกาย คุณค่าสำคัญของมนุษย์ที่แตกต่างกับสัตว์ที่เห็นได้ง่ายๆ คือ ความมีเหตุผล สัตว์ไม่รู้จักเหตุผล ไม่มีเหตุผล สิ่งที่ทำให้มนุษย์มีเหตุผลนั้นคือ มนุษย์มีการใช้การทำหน้าที่ของสมองในขั้นสูงซึ่งก็คือ การคิดทั้งการคิดขั้นพื้นฐานและการคิดขั้นสูง จึงทำให้มนุษย์รู้จักผิดชอบชั่วดี มีเมตตาสามารถสามารถพัฒนาตนเองและพัฒนาหรือดูแลบุคคลอื่นให้มีชีวิตที่ดีงาม มีอิสรภาพ มีความสุข ได้ ซึ่งเป็นคุณค่าสำคัญของมนุษย์ ขาดคุณค่าสำคัญนี้ความเป็นมนุษย์ย่อมไม่สมบูรณ์

1. แนวคิดความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

1.1 การรับรองความเป็นมนุษย์

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ได้บัญญัติรับรองเรื่อง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 4 ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” มาตรา 26 ว่า “การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้” และ มาตรา 28 ว่า “บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน” ซึ่งนักกฎหมายได้สรุปความหมายของคำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นคุณค่าที่มีลักษณะเฉพาะ อันสืบเนื่องมาจากความเป็นมนุษย์และเป็นคุณค่าที่ผูกพันอยู่เฉพาะกับความเป็นมนุษย์เท่านั้น โดยไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่นใดทั้งสิ้น เช่น เชื้อชาติ ศาสนา คุณค่าของมนุษย์ดังกล่าวนี้มีความมุ่งหมายเพื่อให้มนุษย์มีความอิสระในการที่จะพัฒนานุคลิกภาพส่วนตัวของบุคคลนั้นๆ ภายใต้ความรับผิดชอบของตนเองโดยถือว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นคุณค่าที่มีอาจล่วงละเมิดได้ (บรรเจิด สิงคะเนติ, 2547)

1.2 ความหมายของมนุษย์ที่สมบูรณ์

จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ส่งผลต่อระบบโครงสร้างทุกๆ ระบบของประเทศ ตัวอย่างเช่น ในระบบและโครงสร้างทางการศึกษา ได้มีการปฏิรูปการศึกษาขึ้น และได้มีพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และแก้ไข 2548 เป็นแม่บทในการจัดการศึกษาที่เพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของชาติให้มีคุณลักษณะ เก่ง ดี และมีความสุข โดยถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด จากความหมายนี้ พบคุณลักษณะของผู้เรียนที่เรียกว่ามีความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพและด้านจิตภาพหรือด้านจิตใจนั่นเอง สอดคล้องกับแนวพุทธปรัชญาการศึกษา หรือเรียกว่าเป็นคุณลักษณะของผู้เรียนตามแนว “ไตรสิกขา” นั่นเอง (ปัญญา นาแพงหมื่น, สุรวัดร์ จันทร์โสภากและนคร วิชัยผิน, 2548)

ประเวศ วะสี (2545) ได้กล่าวว่า มนุษย์ที่สมบูรณ์ คือ ผู้ที่เข้าถึงสิ่งสูงสุดประสพกับความเป็นอิสระ คลายความยึดมั่นในตัวตน มีความรักแก่สรรพสิ่ง และเพื่อนมนุษย์ มีความสามารถในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาคนอื่นให้เขามีชีวิตที่ดี งดงาม ประณีต มีอิสรภาพ มีความสุข ความเป็นคนทั้งคน และท่านพระพรหมคุณาภรณ์ (2550) กล่าวว่า การพัฒนาคนที่แท้จริงของคนทั้งคนให้เป็นคนเต็มคน คือ การพัฒนาระบบของศีลธรรมแห่งการดำเนินชีวิตของคนให้ครบทั้ง 3 ด้าน คือ พุทธิกรรม จิตใจ และปัญญา ให้เจริญออกงามขึ้นอย่างประสานสัมพันธ์สอดคล้อง

ส่งผลเกื้อกูลต่อกันไปด้วยดีทั้งระบบ และดร.อาจอง ชุมสาย ณ อยุธยา (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงความเป็นมนุษย์ว่า ประกอบด้วย ความจริง ความรัก และความเมตตา ความประพฤติชอบ ความสงบสุข และอหิงสา คือ ไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน

2. การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

2.1 ความหมายการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

จากแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ก็นำมาสู่การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หรือการบริการด้วยความรัก (Humanized Healthcare) หมายถึง การบริการที่เข้าใจมิติความเป็นคนของคนไข้ เห็นคนไข้เป็นคนที่ มีร่างกาย จิตใจและสังคม มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความรู้สึกนึกคิด มีอารมณ์ชอบ ไม่ชอบ มีเศรษฐกิจ วัฒนธรรม (ประเวศ วะสี, 2551) นับเป็นการสร้างสมดุลระหว่างความรัก ความงาม ความจริงและความดี

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น ได้จัดการเรียนการสอนเรื่อง Humanized Health care สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ในปีการศึกษา 2550 และได้ให้นักศึกษาแพทย์สะท้อนเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้ดูแล เพื่อให้ผู้ที่กำลังจะเป็นแพทย์ได้เข้าใจในความหมายและมีทัศนคติที่ดีต่อแนวคิดการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งนักศึกษาแพทย์ได้ให้ความหมายของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (สตาจ์ ศุภผล, 2551) ดังเรื่องราวที่เลือกยกตัวอย่างมานี้

ดูแลเป็นองค์รวม

โดย ปาณินุชย์ วงศ์พรหมเมธ นักศึกษาแพทย์

ดิฉันประทับใจที่ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยรายหนึ่ง ตั้งแต่เริ่มแรกจนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย ซึ่งมาอนโรงพยาบาลด้วยอาการลำไส้อุดตัน ... ญาติๆ ของผู้ป่วยมักจะกังวลและไม่เข้าใจสิ่งที่อาจารย์แพทย์อธิบาย ทำให้ดิฉันมีส่วนในการสื่อสารข้อมูลระหว่างอาจารย์แพทย์กับผู้ป่วยและญาติ ค่อยๆ อธิบาย ... ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและยอมรับในตัวโรคมากขึ้น ต่อมาผู้ป่วยก็กังวลเกี่ยวกับบ้านปลายชีวิต จึงมีการพูดคุยถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ... เมื่อพูดกันหลายครั้ง ผู้ป่วยและญาติจึงเลือกที่จะกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน ดิฉันรับฟังทางเลือกของผู้ป่วยและให้คำแนะนำ อธิบายที่เหมาะสมจนผู้ป่วยและญาติพอใจในการรักษา และกลับบ้านไ้ ต่อมาไม่นานจึงได้ข่าวว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วและได้รับเชิญไปงานศพผู้ป่วย ญาติเล่าให้ฟังถึงช่วงสุดท้ายว่า ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และญาติรู้สึกว่าได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยก็รู้สึกมีความสุขที่จากไปท่ามกลางคนที่รัก

ดิฉันได้เรียนรู้มากมายจากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ มีโอกาสได้สัมผัสกับผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ให้ข้อมูลหลายด้าน ได้เข้าใจปัญหาที่แท้จริง ผึกที่จะคิดและช่วยแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม ได้เข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติต่อการเจ็บป่วย การตัดสินใจรักษา ... ดิฉันเห็นว่า เราควรรักษาผู้ป่วยที่ใจมากกว่าร่างกาย ... ดิฉันได้ขอคิดว่าการดูแลผู้ป่วยต้องดูแลเป็นองค์รวมจึงได้ผลดี ความคิดของคนไข้ต่อโรคสำคัญมาก บางครั้งโรคดีขึ้นแต่ความกังวลอาจจะยังไม่หายไปก็ได้ ดังนั้นแพทย์ต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีและดูแลผู้ป่วยเหมือนเป็นญาติของเราเอง

จากเรื่องราวดังกล่าว ปาณินุชย์ วงศ์พรหมเมฆ ได้ให้ความหมาย การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือ การดูแลผู้ป่วยด้วยการดูแลทั้งการเจ็บป่วยของร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ การดูแลสังคม ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

ความตั้งใจในการดูแล

โดย กษิตา ทุ่งนศิริ นักศึกษาแพทย์

ดิฉันได้ดูแลผู้ป่วยชายวัยรุ่นคนหนึ่ง ประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ ตรวจพบว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีกะโหลกร้าวและมีความกระทบกระเทือนในสมอง จึงทำให้ต่อมาผู้ป่วยมีอาการหูแว่วและความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ซึ่งเป็นชั่วคราวแล้วค่อยๆ ดีขึ้น แต่มารดาซึ่งมาดูแลนั้นมีความกังวลในอาการของผู้ป่วยมาก ครอบครัวนี้ฐานะค่อนข้างยากจน แต่มารดาก็มักจะตามใจลูก เคยห้ามลูกชายไม่ให้กินเหล้าแต่ทำไม่ได้ เมื่อลูกมาประสบอุบัติเหตุอย่างนี้ก็มี ความกังวลมาก ดิฉันจึงเข้าไปพูดคุยกับทั้งมารดาและลูกชาย โดยเฉพาะการเตือนลูกชายแทนมารดาในเรื่องการดื่มเหล้า และพยายามถ่ายทอดความรู้สึกห่วงใยของแม่ให้ลูกได้รับรู้ ทำให้มารดาผู้ป่วยประทับใจและรับรู้ถึงความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยของดิฉัน

ดิฉันจะรู้สึกดีทุกครั้งที่เราได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจโรค แผนการรักษาและตอบคำถามในสิ่งที่เขายังสงสัย ทุกครั้งที่สามารถอธิบายสิ่งที่เขาต้องการรู้ได้ ดิฉันจะเห็นปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติที่รู้สึกสบายใจขึ้น คลายความวิตกกังวลและเกิดความรู้สึกสนิทสนมและใกล้ชิดกับเรามากขึ้น ยิ่งถ้าได้พูดคุยกันแล้วผู้ป่วยยิ้มแย้มทำให้เกิดความเป็นกันเองและเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

จากเรื่องราวดังกล่าว กษิตา ทุ่งนศิริ ได้ให้ความหมาย การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยยึดพื้นฐานเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีมนุษยธรรม

สรุปได้ว่า การให้ความหมายการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น ผู้ให้ความหมายต้องมีหัวใจความเป็นมนุษย์ มีดวงตาที่มีธรรมะ ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดๆ ในโลก เพราะทุกศาสนาต่างสอนให้คนยึดมั่นในความดีงาม มองคนอย่างเป็นองค์รวม ไม่แยกส่วน รวมทั้งมองไปถึงครอบครัวและชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ด้วยก็จะสามารถให้ความหมายการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ด้วยตนเอง

2.2 หลักสำคัญของการดูแลที่เน้นหัวใจความเป็นมนุษย์

ในหัวข้อนี้ขอยกตัวอย่างหลักสำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามแนวพุทธ ซึ่งได้แก่ หลักพุทธจือจี้ และแนวคิดมิตรภาพบำบัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 หลักพุทธจือจี้

โรงพยาบาลพุทธจือจี้ เป็นโรงพยาบาลขนาด 1,200 เตียง ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ.2537 พร้อมกับคณะแพทยศาสตร์ตามภารกิจของจือจี้ซึ่งเป็นสำนักพุทธหมายเลข 1 ของไต้หวัน จือจี้เป็นสำนักพุทธที่กำหนดเป้าหมายองค์กรไว้ 4 ภารกิจ คือ การทำกิจกรรมสังคมสงเคราะห์ การจัดบริการรักษาพยาบาล การจัดการศึกษา และการส่งเสริมวัฒนธรรม มีท่านธรรมาจารย์เจิ้งเหยียน (ภิกษุณี) เป็นประมุข

ซึ่งรวมทั้ง “ไมตรี” ด้วย คนเราถ้ามีความเป็นไมตรีต่อกัน มีเมตตาต่อกัน มีความเป็นมิตรต่อกัน ความรู้สึกจะดีมาก จะมีความสุข โรคภัยไข้เจ็บบางทีมันจะหายไปเลย (อรจิตต์ ธนกิจเจริญ, 2551)

อรจิตต์ ธนกิจเจริญ (2551) ได้สรุปว่าการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดนี้ ได้จุดประกายให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่สำคัญ 2 ส่วน คือ หน่วยบริการ และอาสาสมัครของผู้มีจิตอาสา โดยการปรับเปลี่ยนของหน่วยบริการนั้นได้มีความตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการด้วย “หัวใจความเป็นมนุษย์” ด้วยความปรารถนาที่จะเห็นเพื่อนมนุษย์พ้นทุกข์จากโรคภัย ส่วนในด้านของอาสาสมัครผู้มีจิตอาสา นั้น พบว่า อาสาสมัครคือหุ้นส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการดูแลเพื่อนมนุษย์นั้นไม่ใช่หน้าที่ของหน่วยบริการแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้นหากแต่เป็นหน้าที่ของมนุษย์ทุกคน นอกจากนี้ยังมีการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานทำให้เกิดเครือข่าย ขยายผลออกไปในวงกว้างด้วย

2.3 ทักษะในการเรียนรู้เกี่ยวกับความเป็นมนุษย์

ในการดูแลเยียวยาด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น พยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะสำคัญซึ่งก็คือการสื่อสารนั่นเอง (ประเวศ วะสี, 2551) โดยเป็นการสื่อสารที่พื้นฐานอยู่ในศีลธรรม เพราะศีลธรรมพื้นฐานของสังคม คือ การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นคนที่มีความเท่าเทียมกัน ดังนั้นถ้าบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งพยาบาลเคารพศักดิ์ศรีความเป็นคนของผู้ป่วยก็จะฟังผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งเพื่อให้ได้ยินเสียงหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า สุนทรียสนทนา (Dialogue)

วิสิทธิ์ วังวิญญู (2548) ได้กล่าวถึงการรับฟังอย่างลึกซึ้งและการให้เวลากับการใคร่ครวญด้วยหลัก 4 ประการของการสุนทรียสนทนา (Dialogue) ที่ประกอบด้วย 1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) 2) การเคารพปันพื้นที่ ไม่ก้าวร้าว (Respecting) 3) การห้อยแขวน (Suspending) และ 4) การตรวจสอบสมมติฐาน การตัดสินใจและเปิดเผยเสียงภายใน (Voicing) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) เป็นการปล่อยให้เสียงและความเป็นตัวตนทั้งหมดของผู้อื่นเข้ามาในตน และการรวบรวมประมวลผล สร้างความหมายให้กับสรรพสิ่งที่ฟัง ซึ่งบ่อยครั้งการฟังของเราจะหลุดลอยไปในโลกของเราเองไม่ว่าจะเป็นโลกของอารมณ์หรือความคิด การที่เราจะหลุดออกมาจากโลกของเรา จะต้องฝึกสมาธิเพื่อผ่อนคลายความวุ่นของอารมณ์ต่าง ๆ ในใจเราให้สงบลงและฝึกปัญญา คือ วิปัสสนาที่เราจะวางจากความคิดของเราเองเพื่อรับความคิดของผู้อื่นเข้ามา

2) การเคารพ (Respecting) คือ การฟังทั้งหมดอย่างไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะที่ชอบหรือไม่ชอบ หากฟังโดยมีปฏิริยาให้น้อยที่สุด ไม่เอาความรู้สึกอารมณ์เข้าไปร่วม อีกด้านหนึ่งของความเคารพ คือ เรื่องของความศรัทธาหรือความเชื่อมั่นในคุณงามความดีของผู้อื่น ยิ่งเมื่อเรารู้สึกร่วมกันหลาย ๆ คน ก็จะมีพลัง หล่อหลอมคน ๆ นั้นให้เป็นเช่นนั้นจริง ๆ

3) การห้อยแขวน (Suspending) หมายถึง ห้อยแขวนทุกสิ่งทุกอย่าง โดยเฉพาะห้อยแขวนการตัดสินใจ ตัดสินใจ ตัดสินใจ เมื่อได้ฟังคนอื่นพูดตลอดจนเวลาที่ดำรงตนอยู่ในวงสนทนาทั้งหมด เปิดเนื้อที่ให้กับความเป็นไปได้อันไร้ขีดจำกัดของความเหลื่อมซ้อนแห่งมุมมองในขณะที่จิตเราประวิงเวลาแห่งการตัดสินใจต่าง ๆ นั้น พื้นที่แห่งการเป็นไปได้ พื้นที่แห่งการเลือก แห่งมุมมองและความเข้าใจใหม่ได้เปิดออก เป็นพื้นที่แห่งปัญญา การห้อยแขวนทำให้เกิดสมาธิและความตั้งใจที่จะห้อยแขวนเป็นตัวก่อให้เกิดความเป็นไปได้แห่งปัญญา

โรงพยาบาลพุทธฉือจี้ นั้นตั้งขึ้นเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้คนในทุกๆ ด้าน รวมทั้งยังเป็นการส่งเสริมและปลูกฝังให้บุคลากรทางการแพทย์คำนึงถึงมิติทางจิตวิญญาณและความเป็นมนุษย์ควบคู่ไปกับองค์ความรู้ทางวิชาการ และนับว่าเป็นนวัตกรรมของมนุษยชาติในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสร้างโอกาสให้ทุกคนทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ปฏิบัติธรรมไปพร้อมๆ กัน เป้าหมายสำคัญ คือ การรักษาโรค รักษาใจ รักษาชีวิตของผู้คนเสมือนญาติ บุคลากรของโรงพยาบาลแห่งนี้ใช้หลักคำสอน “พรหมวิหาร 4” คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ โดยเมตตา คือ การฝึกการมีจิตใจที่ต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข กรุณา คือ การฝึกลงมือกระทำเพื่อช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ มุทิตา คือ การฝึกเรียนรู้ เข้าใจและกตัญญูในสรรพสิ่ง และอุเบกขา คือ การฝึกเข้าใจความเป็นธรรมชาติ ธรรมดา สามารถลดตัวตนและปล่อยวาง

อำพล จินดาวัฒน์ (2549) ได้วิเคราะห์หลักการสำคัญของการดำเนินงานที่เน้นหัวใจความเป็นมนุษย์ของพุทธฉือจี้ว่ามียุทธศาสตร์สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ศรัทธา คือ การสร้างศรัทธาในการทำความดีเพื่อผู้อื่น โดยมีท่านธรรมอาจารย์เจิ้งเหยียนเป็นผู้นำและมีคำสอนแนวพุทธโพธิสัตว์เป็นหลักยึด 2) ปัญญา ฉือจี้รับเอาองค์ความรู้ เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาปรับใช้เพื่อสานเจตนารมณ์ตลอดเวลา ไม่ได้ปล่อยให้เรื่องศาสนาเป็นเรื่องคร่ำครึ เป็นเรื่องอดีตที่แยกส่วนจากปัจจุบันจึงสามารถเข้าถึงได้ทั้งคนรุ่นเก่าและรุ่นใหม่ได้ตลอดเวลา และ 3) การจัดการ ในกระบวนการทำงานของฉือจี้ มีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีมืออาชีพในทุกระดับ แม้แต่การทำงานของอาสาสมัครก็มีขั้นตอน มีระบบ ไม่ใช่แบบ “ช่วยๆ กันไป” การทำได้อย่างนี้ถือว่าได้นำ “การจัดการ” มาใช้อย่างครอบคลุม ดังแสดงในภาพที่ 3.3



ภาพที่ 3.3 แสดงหลักสำคัญของการดูแลที่เน้นหัวใจความเป็นมนุษย์ (อำพล จินดาวัฒน์, 2549)

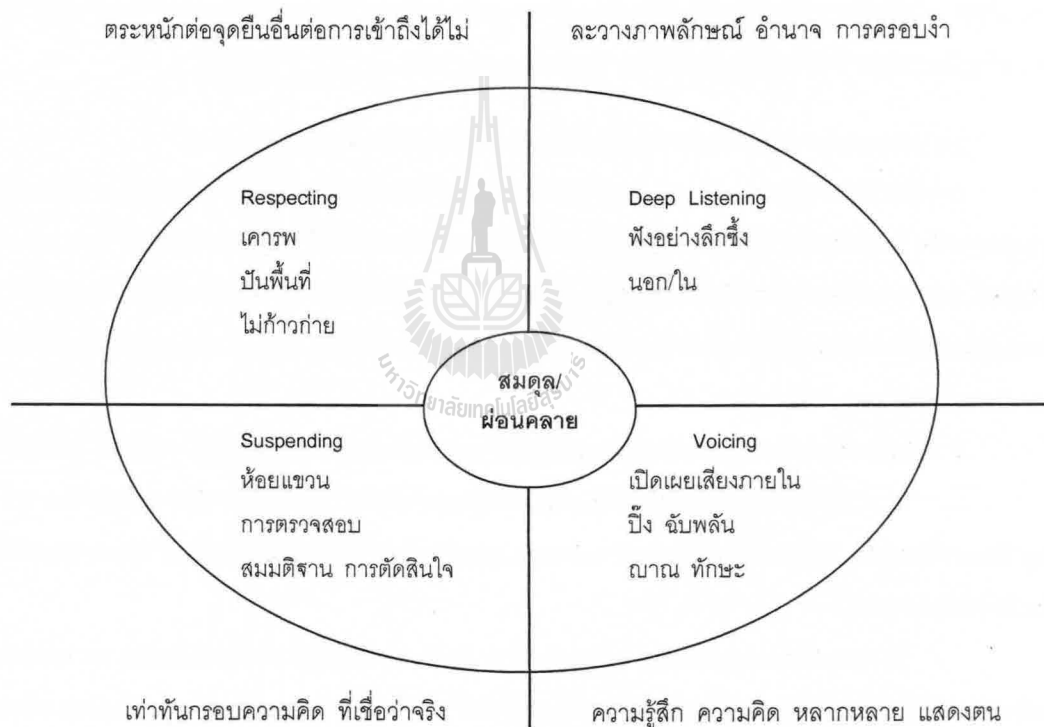
2.2.2 มิตรภาพบำบัด

ในประเทศไทยได้มีโครงการเยียวยาผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยสร้างความสัมพันธ์ในเชิงมิตรภาพบำบัดในการบำบัดรักษาโรคที่มุ่งเน้นมิติทางด้านความเป็นคนที่เป็นรูปธรรม คือ “ศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด” ที่ก่อตั้งในหน่วยบริการ 17 แห่งทุกภูมิภาค ในปี พ.ศ.2549 โดยการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือกันของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจัดระบบอาสาสมัครที่ทำงานด้วยจิตอาสา

เป้าหมายของศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดนี้ คือ การบำบัดรักษาทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในกลุ่มต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มี “สุขภาพวะ” ที่ดีขึ้น ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า “มิตรภาพ” นั้นสำคัญเพราะคนจะมีความสุขเมื่อมี “มิตรหรือมิตระ” กับคำว่า “เมตตา” นั้นมาจากรากศัพท์เดียวกัน

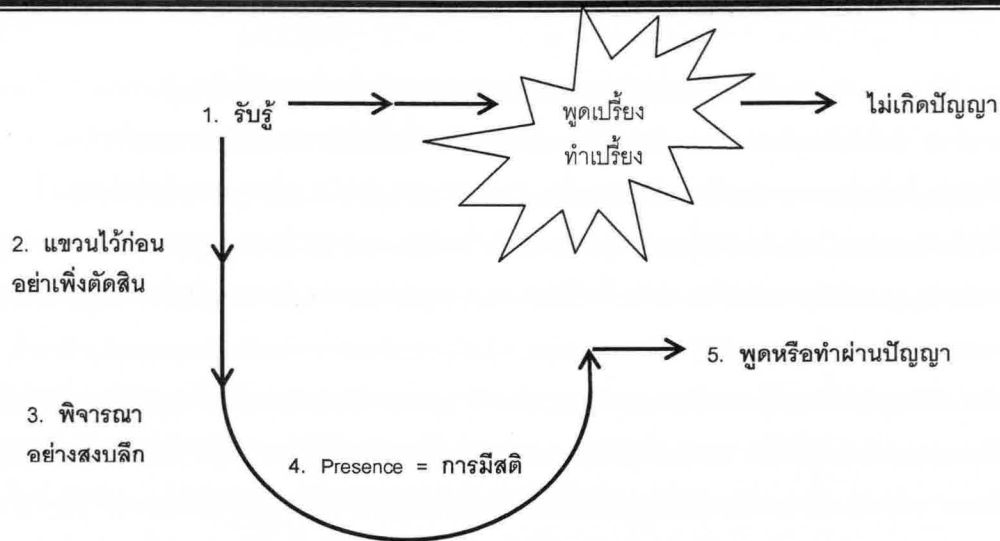
การฟัง การเคารพและการห้อยแขวนการตัดสินใจทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องส่งเสริมกันและกันอย่างเป็นเอกภาพ ก่อให้เกิดสติ สมาธิและปัญญา คือ การฟังเปิดเนื้อที่ให้การเคารพเพราะเมื่อฟังอย่างลึกซึ้งเราจะเห็นสติปัญญาและคุณงามความดีของผู้คนมากขึ้น การเคารพยอมทำให้การห้อยแขวนเป็นไปได้มากขึ้น การห้อยแขวนก็ทำให้การเคารพเป็นไปได้ง่ายขึ้นและการฟังจะดีขึ้นด้วย และการห้อยแขวนการตัดสินใจจะกระตุ้นความคิดให้ใคร่ครวญและเปิดโอกาสให้มีช่องว่าง พื้นที่ว่าง ความว่างแห่งการก่อเกิดความคิดใหม่ มุมมองใหม่หรือนวัตกรรมทางความคิด

4) เสียงของเรา (Voicing) เป็นการพูดออกมาจากความรู้สึกในขณะนั้น ๆ โดยไม่ได้เป็นความรู้ที่ผ่านการจดจำมาแล้วให้ฟัง บางคนทีพูดมาก ๆ อาจจะไม่ใช่การพูดที่ได้จากการฟังเสียงภายในตัวของเราเองแต่เป็นเพียงการท่องบ่นเรื่องราวในอดีตและคนที่เงยบังนเมื่อได้ยินเสียงจากภายในให้พูดแต่ตัดสินใจที่จะไม่พูด เสียงภายในก็ค่อย ๆ แผ่วลงไป จนในที่สุดเราอาจลืมนั่นไปหรือมันอาจจะไม่ปรากฏเข้ามาในสำนึกของเราได้ง่าย ๆ อีก แต่เมื่อพูดออกไปมันกลับจะพรุ้งพรุ้งออกมาเมื่อนั้นเราจะได้สัมผัสถึงพลังแห่งถ้อยคำของเราเอง ดังภาพที่ 3.4



ภาพที่ 3.4 แสดงสุนทรียสนทนา(Dialogue) (วิสิษฐ์ วังวิญญู ,2548)

การรับฟังอย่างลึกซึ้งจากสุนทรียสนทนา จะก่อให้เกิดปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี (U Theory) ของ Otto Scharmer (2007) ตามแผนภาพที่3.5



ภาพที่ 3.5 แสดงสาระทฤษฎี (U Theory) (Scharmer, 2007 อ้างถึงใน ประเวศ วะสี, 2550ก; 2550ข)

ซึ่งจะเกิดการมีสติหรือการมีสติรู้อยู่กับปัจจุบัน การจะพูดหรือจะทำอะไรก็ตามจะเป็นการทำด้วยความรู้ว่าอะไรควรไม่ควร หรือเป็นการพูด การทำที่ผ่านกระบวนการทางปัญญามาแล้ว

2.4 กระบวนการสร้างจิตอาสาหรือจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

การที่จะพัฒนาบุคลากรที่มีคุณภาพมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นั้นต้องเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามสภาพจริง โดยให้ทุกวิชาชีพได้มีโอกาสในการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะเป็นคนดี ซึ่ง ศ.นพ.ประเวศ วะสี (2549; 2551) กล่าวว่า ทุกคนมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีอยู่ในหัวใจที่เมื่อความดีไปสัมผัสผัสเข้า จิตจะดีขึ้น เกิดความปลื้มยินดีและอยากร่วมมือทำสิ่งดี ๆ ที่เรียกว่า "ทำให้เยียวยาโลกได้" ดังนั้น ความเมตตาปราณีจึงเป็นพลังในการเยียวยา (Healing) ด้วย

การพัฒนากระบวนการสร้างจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (มกราพันธุ์ จูฑะรสก, 2552) ได้แก่

1) การปลูกฝังให้ตระหนักถึงความสำคัญของจิตบริการ การมีจิตบริการเกิดจากการที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก จากครอบครัวและสถานศึกษาและสร้างจิตสำนึกโดยมีกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

2) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้และการติดต่อสื่อสาร ความพร้อมที่มาจากจิตใจ ร่างกายที่แข็งแรง มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย พร้อมทั้งทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นด้วย

3) การสร้างความเชื่อมั่นในตน การจะเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

4) การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาจิตบริการควรได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง

สรุป การพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม และการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการพัฒนาคนทั้งคน (Holistic view) อย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย จิตวิญญาณ สังคม ให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในที่นี้เน้นไปที่นักศึกษาพยาบาล ให้เป็นผู้มีความเข้าใจถึงการบริการในมิติความเป็นมนุษย์ สังคม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้บริการด้วยความมีสติ ปัญญา เอาใจใส่ พึงพาอาศัยกัน เสียสละ มีความอดทนอดกลั้นต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ มุ่งเน้นการเสียสละ การแบ่งปันทั้งร่างกาย แรงใจ สิ่งของและเวลาที่ช่วยกันเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น หรือสังคมให้เกิดประโยชน์และความสุขมากขึ้นด้วยความเต็มใจ สม่ครใจ ตั้งใจทำและเสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน



บทที่ 4

กระบวนการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลและแผนการจำหน่าย

เค้าโครงเนื้อหา

ตอนที่ 4.1 ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

- 4.1.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล
- 4.1.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาล
- 4.1.3 ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล
- 4.1.4 คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล
- 4.1.5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ตอนที่ 4.2 ความหมาย ความสำคัญและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล

- 4.2.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล
- 4.2.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล
- 4.2.3 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
- 4.2.4 ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล
- 4.2.5 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล
- 4.2.6 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล
- 4.2.7 แนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ
- 4.2.8 เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
- 4.2.9 ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาลและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล

ตอนที่ 4.3 ความหมาย ความสำคัญและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

- 4.3.1 ความหมายของการวางแผนการจำหน่าย
- 4.3.2 วัตถุประสงค์ของการวางแผนการจำหน่าย
- 4.3.3 องค์ประกอบของการวางแผนการจำหน่าย
- 4.3.4 ปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ
- 4.3.5 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ

แนวคิด

1. ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญของพยาบาลในปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้บริการที่มีคุณภาพ เป็นสิ่งที่แสดงถึงการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ มีความเป็นสากล มีความเป็นพลวัตร ต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน และต้องใช้กระบวนการทางปัญญาในทุกๆ ขั้นตอน ซึ่ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลทางการพยาบาล

2. ความหมาย ความสำคัญและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้เกิดการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาลและพยาบาลกับบุคคลากรทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพในการ

รักษาพยาบาลเห็นความต่อเนื่องตั้งแต่แรกได้รับบริการไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้บ้านพักทางการพยาบาลยังเป็นเอกสารที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล อีกด้วย แนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลมีหลากหลายโดยอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการพยาบาลซึ่งต่างกันที่รูปแบบการเขียน หรือแบบฟอร์มของแต่ละสถาบัน ได้แก่ รูปแบบบอกเล่าเรื่องราว รูปแบบที่ใช้กระบวนการพยาบาล รูปแบบระบบที่เฉพาะ รูปแบบระบบปัญหา รูปแบบการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยบันทึก และรูปแบบการใช้แผนการดูแล ซึ่งในอนาคตอาจมีการพัฒนาในรูปแบบอื่นๆ ต่อไป

3. ความหมาย ความสำคัญและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย วางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันความเรื้อรังจากการรักษาตัวที่ไม่ถูกต้อง และเพิ่มความแข็งแรงในการปรับตัวต่อสู้กับความเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้รับบริการและครอบครัวอีกด้วย ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้รับบริการนั้นควรกระทำตั้งแต่รับผู้รับบริการไว้ในโรงพยาบาลหรือในความดูแลในทุกๆ แห่งให้บริการ แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมีหลากหลาย วางแผนจำหน่ายที่ประสบผลสำเร็จอย่างดีจะต้องมีกลไกในการส่งเสริมปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการลดหรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาบทที่ 4 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล
2. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง
3. ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้
4. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล
5. ระบุแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนกระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง
6. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย
7. ระบุองค์ประกอบและปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพได้

4.1 ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

โปรดอ่านแผนการสอนประจำตอนที่ 4.1 แล้วจึงศึกษาเนื้อหาสาระโดยละเอียดในแต่ละเรื่อง

หัวข้อเรื่อง

เรื่องที่ 1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

เรื่องที่ 2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

เรื่องที่ 3 ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล

1) ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

2) ประโยชน์ต่อตัวพยาบาล

3) ประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

เรื่องที่ 4 คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล

เรื่องที่ 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

1) ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ

2) ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล

3) ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล

4) ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล

5) ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล

แนวคิด

ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญของพยาบาลในปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้บริการที่มีคุณภาพ เป็นสิ่งที่แสดงถึงการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ มีความเป็นสากล มีความเป็นพลวัตร ต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน และต้องใช้กระบวนการทางปัญญาในทุกๆ ขั้นตอน ซึ่ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาตอนที่ 4.1 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. บอกความหมายของกระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง
2. บอกความสำคัญของกระบวนการพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง
3. บอกประโยชน์ของกระบวนการพยาบาลต่อผู้รับบริการ พยาบาลและวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง
4. อธิบายคุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลที่ทำให้การพยาบาลมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างไปจากวิชาชีพอื่นได้
5. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง ดังนี้
 - 5.1 จำแนกชนิดของข้อมูลและยกตัวอย่างประกอบได้ถูกต้อง
 - 5.2 บอกส่วนประกอบของประวัติสุขภาพต่างๆ ได้ถูกต้อง
 - 5.3 อธิบายรูปแบบและโครงสร้างของข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้อง
 - 5.4 อธิบายหลักการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้
 - 5.5 วิเคราะห์ข้อมูลและตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องสัมพันธ์กัน

- 5.6 บอกขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง
 - 5.7 อธิบายและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้
 - 5.8 กำหนดเป้าหมาย เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลได้สอดคล้องกับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
 - 5.9 บอกขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลได้
 - 5.10 บอกแนวทางการประเมินผลการพยาบาลได้
6. ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้



4.1 ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการดูแลผู้เจ็บป่วย การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติต่อผู้รับบริการซึ่งครอบคลุมถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชน และการประเมินผล (สภาการพยาบาล, 2542)

1. ความหมายของกระบวนการพยาบาล

Yura and Walsh (1983) ได้ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลที่ต้องการจะดำรงภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการ ถ้าผู้รับบริการป่วยก็จะให้การดูแลที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการกลับสู่สภาพสุขภาพดี แต่ถ้าให้กลับสู่ภาวะสุขภาพดีไม่สำเร็จก็ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพของผู้รับบริการแต่ละคนเท่าที่เขาคouldจะเป็นไปได้

Atkinson & Murray (2000) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาล เป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญและยั่งยืนที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ

Wilkinson (2001) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการเฉพาะที่พยาบาลใช้ความรู้และทักษะในการคิดและปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อหาปัญหา ป้องกันและรักษาปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือมีแนวโน้มจะเป็นและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพดีด้วย

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจงสำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล ประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ของพยาบาล เป็นกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) ที่ให้วิธีคิดและแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิมอำนวยลาภและวิพร เสนารักษ์ (2540) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการวิทยาศาสตร์ที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาลโดยมีเป้าหมายชัดเจนและมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

สาลี เอลิมวรรณพงศ์ (2544) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาล คือ ทักษะเบื้องต้นที่พยาบาลแสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพ โดยใช้ความรู้จากศาสตร์แขนงต่างๆ มาคิดวางแผนแนวทางและปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่สุขภาพดี ค้นหาปัญหา ป้องกันและแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพ ให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้น อย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายในการดำรงภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

พรศิริ พันธศรี (2552) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การนำแผนไปปฏิบัติและการประเมินผล การปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเป็นการแสดงออกถึงความเป็นเอกลักษณ์และความเป็นวิชาชีพของการพยาบาล

สรุป กระบวนการพยาบาล คือ กระบวนการพยาบาล คือ กระบวนการที่พยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนโดยมีขั้นตอนตามหลักวิทยาศาสตร์ แสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพภายใต้ความ

เชื่อ ความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่สุขภาพดี ป้องกันและแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้น ในการดำรงภาวะสุขภาพ

2. ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นสิ่งที่แสดงถึงการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการพยาบาลจึงเป็นการจัดระบบระเบียบการให้บริการทางการพยาบาล ในอเมริกาได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการพยาบาลโดยนำมาใช้ในการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาล (Register nurse: RN) และได้เสนอเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นในปี ค.ศ.1973 และต่อมาในปี ค.ศ. 2004 ได้เสนอเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลว่ามีลำดับขั้นตอน 5 ขั้นตอน (ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป) และแต่ละขั้นตอนจะต้องคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีเหตุผลหรือใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณนั่นเอง ซึ่งการศึกษาของ Axeisson, Bjorvell, Mattiasson & Randers (2006 อ้างถึงใน พรศิริ พันธศรี, 2552) ที่สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ 12 คน พบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจงได้ และทำให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดีส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในประเทศไทยได้มีการประกาศพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลขึ้นหลังการแก้ไขรัฐธรรมนูญปี พ.ศ.2540 ซึ่งประกาศให้พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและสามารถประกันคุณภาพการพยาบาลได้ (พรศิริ พันธศรี, 2552)

สภาการพยาบาลได้ประกาศเรื่อง มาตรฐานการปฏิบัติการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540 ไว้ 5 มาตรฐาน (คณะอนุกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล, 2540) ดังนี้

- มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- มาตรฐานที่ 2 การรักษาสีทิวผู้รับบริการจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ
- มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- มาตรฐานที่ 4 การจัดการดูแลต่อเนื่อง
- มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน

3. ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล

สาสิ เฉลิวรรณพงศ์ (2544) และพรศิริ พันธศรี (2552) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การดูแลผู้รับบริการ ดังนี้

3.1 ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ มีดังนี้

3.1.1 ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากงานทางการพยาบาลนั้นต้องมีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นการมีแผนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการเฉพาะรายจะทำให้พยาบาลส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้รับบริการรวมทั้งช่วยลดความสับสนในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการด้วย

3.1.2 ช่วยป้องกันการละเลยการพยาบาลและการพยาบาลซ้ำซ้อน

3.1.3 ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเฉพาะบุคคล เพราะผู้รับบริการแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน

3.1.4 ช่วยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ซึ่งเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพพยาบาลต้องประเมินศักยภาพของผู้รับบริการและญาติ หากจุดอ่อนและจุดแข็งของผู้รับบริการ และเปิดโอกาสให้ร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมทั้งกำหนดกิจกรรมที่ต้องทำและประเมินผลว่าสิ่งใดสามารถทำได้ สิ่งใดไม่สามารถทำได้เพราะเหตุใด เป็นต้น

3.2 ประโยชน์ต่อตัวพยาบาล มีดังนี้

3.2.1 ช่วยให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน อันเนื่องมาจากการปฏิบัติพยาบาลเป็นระบบทำให้สามารถช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองหรือปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

3.2.2 ช่วยให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในการค้นคว้า และพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ ดังภาพที่ 4.1

3.2.3 ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการกิจการพยาบาล โดยมีการรวบรวมข้อมูลตัดสินใจในทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งอยู่บนหลักการทางวิทยาศาสตร์ อันจะทำให้รู้สึกปลอดภัยกับกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติการลงไปได้

3.2.4 ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนและมอบหมายงานให้แก่ทีมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้รับบริการเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

3.2.5 ช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice)

3.3 ประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล มีดังนี้

3.3.1 ช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยกระบวนการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อสารทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศในการทำงานทางบวก ทำให้ทีมสหสาขา รวมทั้งผู้รับบริการและญาติพึงพอใจกับประสิทธิภาพการดูแล

3.3.2 ช่วยเพิ่มคุณค่าของวิชาชีพ เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ครบคลุมจะทำให้พยาบาลสามารถวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ เป็นการป้องกันความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตรงกับความต้องการ ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการและผู้บริหารองค์กรเห็นคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลเพิ่มขึ้น

3.3.3 ช่วยสร้างความเป็นเอกลักษณ์ในวิชาชีพ กำหนดขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่แท้จริงของวิชาชีพพยาบาลซึ่งมิใช่เป็นเพียงผู้ช่วยแพทย์เท่านั้น

3.3.4 ช่วยส่งเสริมให้มีการพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลมากขึ้นซึ่งทำให้วิชาชีพพยาบาลมีความก้าวหน้าและเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลในด้านต่างๆ ต่อไป

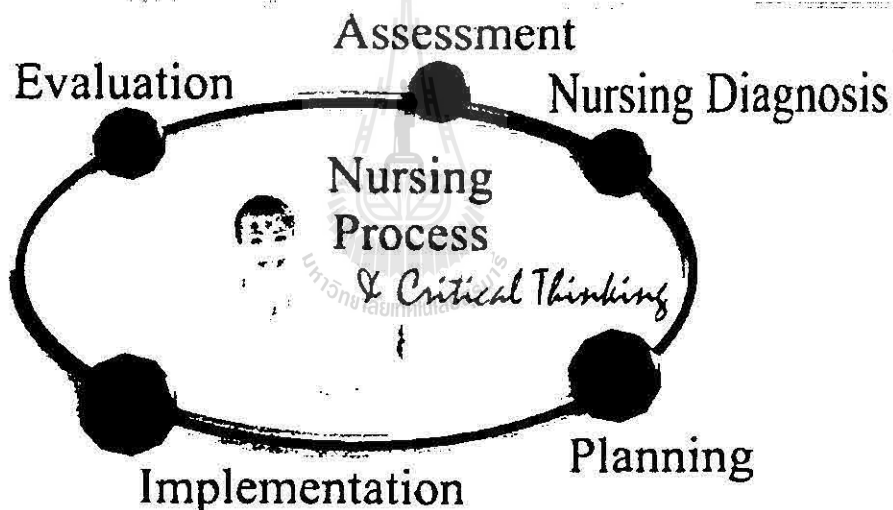
4. คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล

Wilkinson (2001) ได้อธิบายคุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลว่ามี 5 ประการซึ่งขยายความความหมายและแสดงถึงธรรมชาติของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

4.1 เป็นพลวัตรและวงจร (Dynamic and Cyclic) กระบวนการพยาบาลเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องของปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการซึ่งแสดงให้เห็นตลอดการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ พยาบาลประเมินการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของผู้รับบริการเมื่อได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาล ขั้นตอนต่างๆ ในแผนการพยาบาลต้องได้รับการตรวจสอบให้เหมาะสมตลอดเวลา เนื่องจากแต่ละขั้นตอนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

4.2 ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client – center) แผนการดูแลถูกสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองปัญหาทางการพยาบาล

4.3 มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน (Planned and goal directed) ปัญหาทางการพยาบาลต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ ตรงประเด็นและมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดกิจกรรมการพยาบาลบนหลักวิชาการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้



ภาพที่ 4.1 แสดงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ที่มา: <http://www.plu.edu/~nicholte/nursing-process/home.html>

4.4 เป็นสากล (Universally application) และมีความยืดหยุ่น (Flexibility) สามารถใช้ได้กับผู้รับบริการทุกช่วงวัย ทุกสภาวะสุขภาพตั้งแต่สุขภาพดีจนถึงมีความเจ็บป่วยและทุกสถานการณ์

4.5 เป็นกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) พยาบาลต้องใช้ทักษะทางปัญญาในการพิจารณาตัดสินใจในการตั้งปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

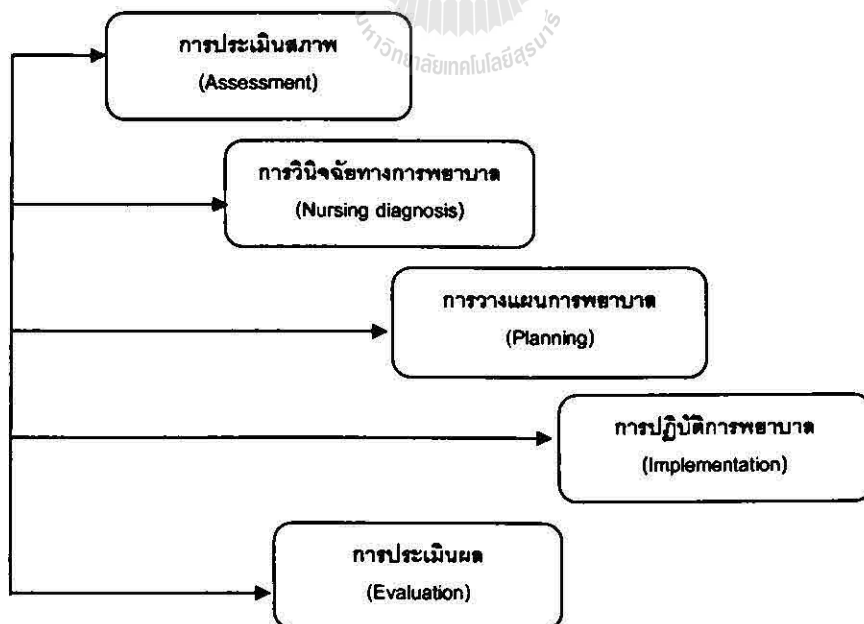
ลักษณะที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลจึงทำให้การพยาบาลมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างไปจากวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะกระบวนการทางการแพทย์ซึ่งมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน ดังแสดงใน ตารางที่ 5.1

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลและกระบวนการแพทย์ (Wilkinson, 2001)

จุดเน้นของพยาบาล	จุดเน้นของแพทย์
1. วินิจฉัยและบำบัดการตอบสนองของบุคคล (Human response)	1. วินิจฉัยและบำบัดโรค/ ความเจ็บป่วย
2. ดูแลผู้รับบริการ	2. รักษาโรค / ความเจ็บป่วย
3. เน้นองค์รวม – ผลของความเจ็บป่วยต่อคนทั้งคน	3. เน้นผลของโรคต่อระบบของร่างกาย
4. สอนผู้รับบริการให้ดูแลตนเองได้และสามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	4. สอนผู้รับบริการเกี่ยวกับการบำบัดความเจ็บป่วยหรือโรคของเขา

5. ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังภาพที่ 4.2 ซึ่งแม้ว่ากระบวนการพยาบาลจะเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกันไปแต่ก็ไม่จำเป็นที่แต่ละขั้นตอนต้องเสร็จสิ้นสมบูรณ์จึงจะทำขั้นตอนต่อไปได้ พยาบาลอาจจะทำกิจกรรมในบางขั้นตอนยังไม่เสร็จดี เช่น อาจทำการปฏิบัติการพยาบาลไปพร้อมๆ กับการประเมินสภาพหรือแม้แต่การประเมินผลก็เป็นได้ โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลอาจจะรวบรวมข้อมูลบางส่วนแล้ววินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและปฏิบัติการแก้ไขทันที หลังจากนั้นจึงมารวบรวมข้อมูลในด้านอื่นๆ ต่อไป



ภาพที่ 4.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Alfaro – Lefevre, 1998)

รายละเอียดแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีดังนี้

5.1 ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นพฤติกรรมแรกที่พยาบาลจะต้องกระทำเมื่อพบผู้รับบริการ เป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการเพื่อนำมากำหนดการวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อไป ถ้าการประเมินภาวะสุขภาพผิดพลาดหรือบกพร่องจะทำให้แผนการพยาบาลนั้นไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้

การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) (2) การจัดระบบข้อมูล (Data Organization) และ (3) การบันทึกข้อมูล (Data Recording)

5.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องระหว่างข้อมูลที่ปรากฏกับพื้นฐานความรู้ของผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ถ้าผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีความรู้พื้นฐานในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะละเอียดหรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่รวบรวมมา การเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องครอบคลุมข้อมูลทั้งทางด้านชีว-จิตสังคมของผู้รับบริการ ใช้ความรู้และทักษะที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย โดยจะต้องใช้ความรู้ด้านต่างๆ เช่น ศาสตร์ทางการพยาบาล ทฤษฎีความต้องการของบุคคล พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรค เภสัชวิทยา การเจริญเติบโตและพัฒนาการวัฒนธรรมและประเพณี ความเชื่อ ศาสนา เศรษฐกิจและสังคม

5.1.1.1 ชนิดของข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) **ข้อมูลอัตนัย (Subjective Data)** เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยความรู้ความสามารถในการสัมภาษณ์ ชักประวัติ และการฟัง ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาวลักษณะ อึดมโนทัศน์ ค่านิยมและความเชื่อต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่พยาบาลไม่สามารถจะสังเกตโดยตรงหรือวัดจากพฤติกรรมได้ ดังแสดงในตารางที่ 5.2

2) **ข้อมูลปรนัย (Objective Data)** เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง รวมทั้งการบันทึกต่างๆ ของทีมสุขภาพ แหล่งของข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) เป็นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์หรือชักประวัติจากผู้รับบริการโดยตรงซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุด และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) เป็นข้อมูลอื่นที่รวบรวมได้จากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากผู้รับบริการ เช่น ข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวของผู้รับบริการ ญาติ หรือบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จากรายงานต่างๆ ของผู้รับบริการ เช่น ผลการตรวจทางห้องทดลอง บันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงตัวอย่างข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัย

ตัวอย่างข้อมูลอัตนัย (Subjective data)	ตัวอย่างข้อมูลปรนัย (Objective data)
- ปวดท้องมาก	- หน้ามืด คือรวมวัด เขามีอุณหภูมิ
- เบื่ออาหาร รุมปาก	- รูปร่างผอม น้ำหนัก 40 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร BMI = 15.63
- บัสลภาวะแลบซีด กระปิดกระปรอย	- บัสลภาวะสีเหลืองจุน 750 มิลลิเมตรใน 8 ชั่วโมง ตรวจบัสลภาวะ พบเม็ดเลือดขาว 50 – 100 cell/HPF
- กลุ้มใจมาก	- สีหน้าอิดโรย นอนเอมื่อก่ายหน้าผาก
- มีไข้	- อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส หน้าแดง ปากแห้ง
- เวียนศีรษะ	- ความดันโลหิต 100 / 60 mmHg นอนหลับตาบนเตียง
- รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ	- หน้าท้องโป่งตึง เคาะโปร่ง เสียงลำไส้เคลื่อน 3 ครั้ง/นาที
- รู้สึกหายใจเหนื่อย	- อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอช่วย ขณะหายใจ ปีกจมูกบาน
- กลัวว่าหลังผ่าตัดแล้วจะไม่ฟื้น	- วัดระดับความวิตกกังวลได้ 70 / 80 คะแนน

5.1.1.2 การซักประวัติสุขภาพ ประวัติสุขภาพประกอบด้วย

1) **ข้อมูลส่วนบุคคลหรือประวัติส่วนตัว (Patient profile or Personal history)** เป็นข้อมูลที่ทำให้พยาบาลทราบว่าผู้รับบริการเป็นใครมาจากไหน ต้องละเอียดและชัดเจน เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการได้ดีขึ้น ป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการและสามารถติดตามผู้รับบริการได้ในกรณีที่ต้องการติดต่อกับผู้รับบริการเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ สกุล เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา ที่อยู่อาศัย และแบบแผนการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

2) **อาการสำคัญ (Chief complain: CC)** เป็นอาการหลักหรืออาการที่เป็นปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการหรือญาติมารับการรักษา รวมถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการสำคัญจนถึงเวลาที่มาโรงพยาบาล อาการสำคัญช่วยบอกแนวทางการซักประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง ส่วนระยะเวลาที่เริ่มมีอาการสำคัญอาจแสดงความรุนแรงของโรคหรือทำให้จำแนกปัญหาสุขภาพได้ว่าเป็นปัญหาเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น ปวดท้องบริเวณชายโครงขวาที่ผ่านมา 2 วัน หรือเป็นลมหมดสติก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที เป็นต้น การใช้คำถามที่จะได้ข้อมูลอาการสำคัญ เช่น คุณมีปัญหอะไรจึงมาโรงพยาบาล อะไรเป็นสาเหตุให้คุณตัดสินใจมาโรงพยาบาล เป็นต้น

หลักการเขียนอาการสำคัญ คือ เขียนอาการ 2 – 3 อาการที่สำคัญ ด้วยประโยคสั้นๆ กะทัดรัด โดยไม่แปลความหมายจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเพราะอาจทำให้ข้อมูลบิดเบือนไปได้ หลีกเลี่ยงข้อความที่กินความกว้าง เช่น "ไม่สบายมา 1 วัน" เป็นต้น และไม่ควรเขียนด้วยศัพท์ทางการแพทย์ เช่น "Dyspnea ก่อนมา 1 ชั่วโมง" เป็นต้น และระบุระยะเวลาที่เริ่มมีอาการสำคัญ เช่น "1 วันก่อนมาโรงพยาบาล" " 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล" เป็นต้น

3) **ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness: PI)** เป็นประวัติเจ็บป่วยปัจจุบันที่ขยายรายละเอียดจากอาการสำคัญโดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้นเจ็บป่วยในครั้งนั้นจนถึงระยะเวลาของ

การเกิดอาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล รวมทั้งการรักษาที่ได้รับหรือการดูแลตนเองที่ผ่านมากและการเปลี่ยนแปลงของอาการก่อนที่จะมาพบแพทย์ โดยเขียนเรียงลำดับเวลาตามอาการที่เกิดขึ้นก่อนหลัง

แนวทางการซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน คือ สอบถามอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้อะไรเริ่มเป็นตั้งแต่เมื่อใด อาการนั้นเกิดขึ้นทันทีหรือค่อยเป็น ค่อยไป อาการที่เป็นมีลักษณะอย่างไร ตำแหน่งที่เป็นอยู่ตรงไหนของร่างกาย สิ่งที่ทำให้อาการเป็นมากขึ้นหรือทุเลาอาการลงได้มีหรือไม่ อย่างไรบ้าง และเมื่อมีอาการได้ปฏิบัติตัวอย่างไร เช่น ซ้ำยามารับประทานเองหรือไม่ หรือไปรับการรักษาที่ไหนหรือว่าปล่อยให้หายเอง รวมทั้งผลการรักษานั้นเป็นอย่างไร

4) *ประวัติเจ็บป่วยในอดีต (Past history: PH)* เป็นประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้รับบริการนอกเหนือจากการเจ็บป่วยปัจจุบัน รวมทั้งประวัติอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย การซักประวัติเจ็บป่วยในอดีตควรประกอบด้วยเรื่องต่อไปนี้

- ประวัติการมีโรคประจำตัว เช่น ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคหัวใจ โรคเลือด โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ ไชมันในเลือดสูง
- ประวัติการเป็นโรคติดต่อ เช่น การติดเชื้อวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี กามโรค เป็นต้น
- ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค เช่น ภูมิคุ้มกันโรคหัด คางทูม ไอกรน ตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันบาดทะยัก เป็นต้น
- ประวัติการผ่าตัด จะช่วยให้ทราบข้อมูลหรือประเมินปัญหาผู้รับบริการได้ถูกต้อง
- ประวัติการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมี จะช่วยหลีกเลี่ยงสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้ได้
- ประวัติการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่กล่าวมานี้ควรบันทึกระยะเวลาที่เป็นว่าเป็นมานานเท่าไร ได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้าได้รับการรักษาให้ระบุระยะเวลาที่รักษา สถานที่รักษาและผลของการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการประเมินปัญหาสุขภาพต่างๆ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ด้วย

5) *ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family history: FH)* เป็นประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลภายในครอบครัวของผู้รับบริการ สิ่งที่ต้องซักประวัติได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ของญาติสายตรง ได้แก่ บุ ยา ตา ยาย พ่อแม่ พี่น้องท้องเดียวกัน รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยที่สามารถติดต่อกันได้ระหว่างบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นญาติสายตรงหรือไม่ก็ได้ เช่น วัณโรค อีสุกอีใส ไข้เลือดออก เป็นต้น

5.1.1.3 การตรวจร่างกาย (Physical examination) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินเกี่ยวกับโครงสร้าง หน้าที่และสิ่งตรวจพบในระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นเป็นอาการแสดง (Signs) ต่างๆ การตรวจร่างกายที่มีประสิทธิภาพนั้นผู้ตรวจต้องมีทักษะและความสามารถในการดู คลำ เคาะ และฟัง ดังนั้นพยาบาลควรฝึกทักษะต่างๆ ดังกล่าวเพื่อที่จะได้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5.1.1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจเสมหะ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการ

ตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น จะช่วยให้การประเมินภาวะสุขภาพหรือประเมินปัญหาของผู้รับบริการได้ถูกต้อง ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่สิ่งที่สำคัญ คือ พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลการตรวจได้อย่างถูกต้องจึงจะสามารถนำข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.2 การจัดระบบข้อมูล (Data Organization)

เป็นการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาจัดให้เป็นหมวดหมู่ จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้เที่ยงตรง และครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ การจัดระบบข้อมูลขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น กรอบแนวคิดความต้องการของ Maslow กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon และทฤษฎีการพยาบาลต่าง ๆ

5.1.3 การบันทึกข้อมูล (Data Recording)

เป็นการนำข้อมูลพื้นฐานที่เก็บรวบรวมได้มาบันทึกลงในแบบฟอร์มประกอบด้วย 3 ส่วน

5.1.3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา เศรษฐกิจ ภูมิฐานะ เป็นต้น

5.1.3.2 ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการตรวจร่างกายได้จากการตรวจด้วยวิธีการดู การเคาะ การคลำ และการฟัง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำไขสันหลัง และผลการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้า ฯลฯ

5.1.3.3 แบบฟอร์มการบันทึกประวัติทางการแพทย์นั้น จะแตกต่างกันออกไปตามกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีการพยาบาลที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

การบันทึกข้อมูลมีหลักสำคัญ คือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับอาการและการรับรู้ของผู้รับบริการ ควรบันทึกตามถ้อยคำที่ผู้รับบริการบอก ไม่ควรบันทึกโดยการแปลความหมายของถ้อยคำนั้นๆ เพราะอาจผิดพลาดได้ ควรบันทึกให้กะทัดรัด ได้ใจความและเรียงลำดับก่อน - หลัง

5.2 ชั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นขั้นตอนที่นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความหมาย ตัดสินใจและระบุถึงภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ กระบวนการนี้จะช่วยให้พยาบาลนำไปวางแผนการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ถ้าพยาบาลไม่สามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้ จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลขั้นอื่นๆ ดำเนินไปได้อย่าง การวินิจฉัยการพยาบาลจึงเป็นการให้แนวทางแก่พยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ป้องกันสิ่งที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคล หรือสิ่งที่มีผลต่อการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ในการวินิจฉัยการพยาบาลนั้นพยาบาลสามารถกระทำได้โดยอิสระภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของพยาบาลในการให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดการพัฒนารองความรู้ทางการพยาบาล

5.2.1 ลักษณะของการวินิจฉัยทางการพยาบาล มีดังนี้

5.2.1.1 แสดงถึงปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ

5.2.1.2 ระบุถึงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น และที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

5.2.1.3 เป็นผลสรุปจากการประเมิน จัดกลุ่ม อาการและอาการแสดง

5.2.1.4 ได้มาจากข้อมูลอัตนัยและปรนัย

5.2.1.5 ได้จากการตัดสินใจของพยาบาล

5.2.1.6 ข้อความกะทัดรัด ชัดเจน

5.2.1.7 ประกอบด้วยข้อความ 2 ส่วน คือ การตอบสนองของผู้รับบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเชื่อมข้อความทั้งสองส่วนด้วยคำว่า “เนื่องจาก” “สัมพันธ์กับ” “เกี่ยวข้องกับ”

5.2.1.8 เป็นสภาพการณ์ที่พยาบาลสามารถให้การดูแลได้

5.2.1.9 ตรวจสอบความตรงกับผู้รับบริการได้

การวินิจฉัยการพยาบาลมีความใกล้เคียงกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ แต่ไม่เหมือนกันแม้ว่าการวินิจฉัยการพยาบาลจะมีพื้นฐานมาจากมุมมองทางการแพทย์ โดยความแตกต่างจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ความแตกต่างระหว่างการวินิจฉัยการพยาบาลและการวินิจฉัยของแพทย์ (ดัดแปลงจาก พรศิริ พันธศรี, 2552 และ Potter & Perry, 2005)

การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยของแพทย์
1. มุ่งการแก้ไขปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุม ชุมชน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	1. มุ่งแก้ไขความผิดปกติ หรือการรักษาโรคของผู้ป่วย
2. เปลี่ยนแปลงไปเมื่อการตอบสนองหรือพฤติกรรมของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลง - อธิบายการตอบสนองของบุคคลแต่ความเจ็บป่วย	2. ไม่เปลี่ยนแปลงจนกว่าจะหายจากการเจ็บป่วย - อธิบายกระบวนการของโรค
3. การแก้ไขปัญหาแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะเป็นปัญหาเดียวกัน	3. การรักษาโรคมียุทธวิธีเหมือนกันในผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน
4. นำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นอิสระทั้งการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลตามขอบเขตของวิชาชีพ	4. นำไปสู่การรักษา
5. อยู่ในระหว่างการพัฒนาให้เป็นที่ยอมรับ	5. เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน

5.2.2 ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล

กระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล อาศัยความรู้ทางการพยาบาลและความรู้ทางศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การคิดอย่างมีเหตุผล ตลอดจนการตัดสินใจของพยาบาล สำหรับขั้นตอนของกระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล (Data Processing) (2) การกำหนดภาวะสุขภาพ (Determinating Health Status) และ (3) การกำหนดปัญหาหรือการเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Formulating Nursing Diagnosis)

5.2.2.1 การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล (Data Processing) เป็นขั้นตอนของการแปลความหมายข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลมาตรฐาน และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแบบประเมินที่ยึดถือปฏิบัติอยู่ เช่น ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของ Maslow หรือทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ

ตัวอย่างเช่น

ข้อมูล : นอนนิ่งทำเดียนานๆ เคลื่อนไหวร่างกายซิกซายไม่ได้ เริ่มมีรอยแดงบริเวณก้นกบ

ภาวะปกติ : เปลี่ยนท่านอนบ่อยครั้ง

การแปลความข้อมูล : มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

5.2.2.2 การกำหนดภาวะสุขภาพ (Determinating Health Status)

เป็นการระบุภาวะสุขภาพ ซึ่งมีทั้งภาวะสุขภาพดีและ ภาวะที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งในการกำหนดปัญหาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) ปัญหาที่ **"เกิดขึ้นแล้ว"** (Actual Problem) คือ ปัญหาที่มีข้อมูลสนับสนุน มีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่งชี้

2) ปัญหาที่ **"เสี่ยงต่อการเกิด"** หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น (Potential Nursing Diagnosis) ได้แก่ ปัญหาที่ยังไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง แต่มีข้อมูลสนับสนุน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้รับบริการว่าจะเกิดขึ้น ถ้าพยาบาลไม่ระมัดระวัง ป้องกัน หรือแก้ไข

3) ปัญหาที่ **"อาจจะเกิด"** (Possible Nursing Diagnosis) ได้แก่ ปัญหาที่พยาบาลคิดว่าน่าจะเกิดขึ้นตามวิจารณ์จากประสบการณ์ และความรู้ทางการพยาบาล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์สนับสนุนเพียงพอ ผู้รับบริการยังไม่มีอาการและอาการแสดง ต้องการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตัดสินใจได้แน่นอนว่ามีปัญหาจริงหรือไม่

5.2.2.3 การเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Formulating Nursing Diagnosis)

เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะทำให้พยาบาลทราบแนวทางในการให้การพยาบาล เพื่อแก้ไขหรือส่งเสริมภาวะสุขภาพ

1) การกำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำได้ 2 รูปแบบ คือ

1.1) คือการกำหนดข้อความ 2 ส่วน คือ ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ โดยเขียนเชื่อมข้อความด้วยคำว่า "เนื่องจาก" "สัมพันธ์กับ" "เกี่ยวข้องกับ"

ตัวอย่างเช่น

ภาวะสุขภาพดี :

- สุขภาพแข็งแรง เนื่องจากสนใจดูแลตนเองและแสวงหาวิธีปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้น :

- อาจเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อยสัมพันธ์กับมีโรคหลอดเลือดสมอง

มีปัญหาสุขภาพ :

- ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัวเนื่องจาก ตามัว และขาทั้งสองข้างอ่อนแรง

- แสดงบทบาทความเป็นแม่ไม่เหมาะสมเนื่องจากเกิดความขัดแย้งด้านจิตใจ

- พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีสิ่งรบกวนจากเสียงและวิตกกังวล

1.2) กำหนดในรูปแบบ PES format เป็นการกำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Gordon ที่ได้เสนอไว้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

P = Problem คือ ปัญหาสุขภาพ

E = Etiology คือ สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

S = Symptoms and signs คือ กลุ่มอาการและอาการแสดง

ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาที่พยาบาลกำหนดขึ้นจากกระบวนการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลโดยต้องระบุทั้งปัญหา และระดับความรุนแรงของปัญหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม ก็ได้ การเขียนข้อความส่วนนี้จะเชื่อมด้วยคำว่า "เนื่องจาก" กับข้อความที่เป็นปัญหาสุขภาพกลุ่มอาการและอาการแสดง เป็นส่วนที่ใช้ขยายส่วนที่สอง โดยเขียนต่อท้ายจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมด้วยคำว่า "จาก" "เป็นผลจาก" หรือ "สังเกตจาก" ประโยชน์ของการระบุกลุ่มอาการและอาการแสดง

ตัวอย่าง เช่น

- เจ็บปวดบริเวณต้นขาขวาเนื่องจากได้รับบาดเจ็บเป็นผลจากกระดูกต้นขาขวาหัก
- ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีน้ำคั่งในปอดจากภาวะปอดอักเสบ
- ขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้ลดลงจากภาวะการอักเสบของเยื่อช่องปาก

การระบุข้อความส่วนที่สามที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นจะทำให้ทราบรายละเอียดและเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลได้ตรงกับปัญหามากขึ้น ทั้งนี้ในส่วนที่สามอาจนำไปเขียนเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ด้วย (พรศิริ พันธศรี, 2552)

2) หลักการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

2.1) เขียนข้อความในรูปแบบของการตอบสนองของผู้รับบริการที่มีต่อความเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพขณะนั้นมากกว่าความต้องการของพยาบาลหรือความต้องการการรักษา

ไม่ควรเขียนว่า ...ต้องการดูตมเพราะเนื่องจากมีเสมหะมาก แต่ควรเขียนว่า...มีโอกาสดูรับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสมหะคั่งในปอด

2.2) ใช้คำว่า "เนื่องจาก" เชื่อมข้อความทั้งสองส่วนของปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพบางอย่างเกิดขึ้นจากปัจจัยหลาย อย่างได้

ไม่ควรเขียนว่า ...มีโอกาสดูอันตรายมีสาเหตุมาจากสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลง แต่ควรเขียนว่า...มีโอกาสดูอันตรายเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ

2.3) หลีกเลี่ยงการใช้ข้อความที่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย

ไม่ควรเขียนว่า ...ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่ได้รับการพลิกตัว แต่ควรเขียนว่า...ผิวหนังเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

2.4) หลีกเลี่ยงการเขียนโดยการตัดสินคุณค่า การใช้คำนิยม หรือมาตรฐานของพยาบาล

ไม่ควรเขียนว่า ... มีการติดเชื้อในโพรงมดลูกเรื้อรังเนื่องจากไม่หลาบจำจากการทำแท้งที่ผิดกฎหมายหลายครั้ง *แต่ควรเขียนว่า ...* ไม่สุขสบายปวดท้องน้อยเนื่องจากการอักเสบติดเชื้อเรื้อรังในโพรงมดลูกจากการขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง

2.5) หลีกเลี่ยงการใช้ข้อความสลับกัน

ไม่ควรเขียนว่า ... อยู่ในภาวะได้รับสิ่งกระตุ้นมากเกินไป เนื่องจากนอนหลับไม่เพียงพอ *แต่ควรเขียนว่า ...* แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป

ไม่ควรเขียนว่า ... เหนื่อยหอบมากเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย *แต่ควรเขียนว่า ...* มีอาการอ่อนเพลียเนื่องจากเหนื่อยหอบมากจากภาวะสารน้ำคั่งในปอด

2.6) หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดง เป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ไม่ควรเขียนว่า ... กระสับกระส่ายเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง *แต่ควรเขียนว่า ...* ปรับตัวไม่ได้เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง

2.7) ประโยค 2 ส่วนของการวินิจฉัยการพยาบาล ไม่ใช่อธิบายสิ่งเดียวกัน หรือมีความหมายเหมือนกัน

ไม่ควรเขียนว่า ... รับประทานอาหารไม่ได้เนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง *แต่ควรเขียนว่า ...* รับประทานอาหารไม่ได้เนื่องจากมีแผลในปาก

2.8) ข้อความ 2 ส่วนของการวินิจฉัยการพยาบาลควรอยู่ภายในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลซึ่ง เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้

ไม่ควรเขียนว่า ... ซึมเศร้าเนื่องจากสามีเสียชีวิต *แต่ควรเขียนว่า ...* ซึมเศร้าเนื่องจากรับรู้สูญเสียสิ่งผูกพัน และขาดความมั่นคงในชีวิต

ไม่ควรเขียนว่า ... แขนขาอ่อนแรงเนื่องจากเส้นเลือดในสมองตีบ *แต่ควรเขียนว่า ...* อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากแขนขาไม่มีแรงจากการมีเส้นเลือดใน สมองตีบ

2.9) หลีกเลี่ยงการเขียนวินิจฉัยโรคของแพทย์หรือคำสั่งการรักษามาเขียนในประโยคของการวินิจฉัยการพยาบาล

ไม่ควรเขียนว่า ... เป็นเบาหวาน *แต่ควรเขียนว่า ...* อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน: ระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ เนื่องจากการเผาผลาญสารอาหารผิดปกติจากโรคเบาหวาน

ไม่ควรเขียนว่า ... ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเนื่องจากมีภาวะขาดน้ำ *แต่ควรเขียนว่า ...* มีภาวะขาดสารน้ำเนื่องจากสูญเสียทางอุจจาระจากภาวะอุจจาระร่วง

2.10) ประโยคการวินิจฉัยการพยาบาลควรกะทัดรัดชัดเจน

ไม่ควรเขียนว่า ... แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสามีป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ทำให้รายได้ครอบครัวลดลง *แต่ควรเขียนว่า ...* มีปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจภายในครอบครัวเนื่องจากขาดรายได้จากการที่ สามีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

5.2.2.4 การตรวจสอบความถูกต้องของการวินิจฉัยการพยาบาล

หลังจากกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล ควรมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนจะนำไปเขียนแผนการพยาบาล ดังนี้

- 1) เป็นปัญหาสุขภาพจริง โดยตรวจสอบว่ามีข้อมูลสนับสนุนครบถ้วนถูกต้อง
- 2) มีความชัดเจน มองเห็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล
- 3) ก่อให้เกิดความเข้าใจในทีมการพยาบาล
- 4) ไม่เกิดผลลบทางกฎหมาย
- 5) สามารถปฏิบัติได้ภายในขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล
- 6) ควรเป็นปัญหาที่อธิบาย และชี้ให้ผู้เกี่ยวข้องยอมรับว่าเป็นปัญหา

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่อาศัยความรู้ สถิติปัญญา และประสบการณ์ของพยาบาล การกำหนดผ่านกระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล แสดงถึงความเป็นอิสระและเอกลักษณ์ของวิชาชีพอย่างชัดเจน พยาบาลจึงต้องระบุงการวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักการเขียนและโครงสร้าง

5.3 ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนต่อจากการวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต้องนำความรู้ทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ดังที่ Bower (1972 อ้างถึงโดย ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) ได้กล่าวไว้ว่า "การพยาบาลที่ไม่มีแผนเปรียบเสมือนการค้นหาดินแดนโดยไม่มีแผนที่หรือเครื่องกำหนดทิศทางอื่นๆ ทำให้งานที่เสี่ยงอันตรายนั้นขาดจุดหมายปลายทางที่แน่นอน" ดังนั้นในขั้นตอนนี้ถึงเป็นการแสดงถึงแนวคิดในการสร้างกลยุทธ์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการซึ่งสามารถกระทำได้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้รับบริการไว้ในความดูแล

5.3.1 ชนิดของการวางแผนการพยาบาล

แผนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่ง เริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้รับบริการไว้ในความดูแลและดำเนินไปจนความสัมพันธ์ยุติลง ซึ่งมักจะเป็นการจำหน่ายกลับบ้านหรือย้ายแผนก จึงสามารถแบ่งระยะการวางแผนการพยาบาลเป็น (1) การวางแผนการพยาบาลเมื่อเริ่มรับผู้รับบริการ (Initial planning) (2) การวางแผนการพยาบาลระหว่างการดูแล (Ongoing planning) และ (3) การวางแผนเพื่อจำหน่าย (Discharge planning) (สาลี เจริญวรรณพงศ์, 2544) ดังนี้

5.3.1.1 การวางแผนการพยาบาลเมื่อเริ่มรับผู้รับบริการ (Initial planning) พยาบาลเป็นคนแรกที่ประเมินสภาพผู้รับบริการ เมื่อผู้รับบริการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลควรจะเป็นผู้วางแผนระยะแรกโดยรวม เพราะจะเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูลที่ได้จากปฏิกิริยาของผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลในระยะแรกอาจไม่สมบูรณ์มากนัก พยาบาลจึงควรรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวางแผนการพยาบาลในขั้นตอนนี้ต่อไป

5.3.1.2 การวางแผนการพยาบาลระหว่างการดูแล (Ongoing planning) พยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการจะต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งประเมินผลในบางรายการปัญหาที่ได้รับการส่งต่อมาตั้งแต่แรกเริ่มผู้ปวยไว้ในความดูแล ระยะนี้พยาบาลควรจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยเจเพาะอย่างยิ่งข้อมูลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพราะเมื่อผู้รับบริการให้ความไว้วางใจกับพยาบาลผู้ดูแลแล้วจึงจะให้ข้อมูลที่สำคัญในด้านนี้เพื่อให้เกิดการดูแลที่เน้นความแตกต่างในรายบุคคลและมีความเป็นองค์รวม

5.3.1.3 การวางแผนเพื่อจำหน่าย (Discharge planning) การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการควรคำนึงถึงกระบวนการเตรียมผู้รับบริการเพื่อออกจากสถานบริการสุขภาพ รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง การส่งต่อการดูแลต่อที่บ้านหรือในชุมชนระหว่างพยาบาลผู้ดูแลในปัจจุบันและผู้ที่จะดูแลหลังจากที่ผู้รับบริการได้กลับไปอยู่บ้านแล้ว

5.3.2 องค์ประกอบของแผนการพยาบาล

สาลิ เฉลิวรรณพงศ์ (2544) ได้กล่าวเกี่ยวกับองค์ประกอบของแผนการพยาบาลว่าประกอบไปด้วย ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Problem or nursing diagnosis) เป้าหมายการพยาบาลและเกณฑ์ประเมินผล (Goal & nursing outcome) และกิจกรรมการพยาบาล (Intervention)

5.3.2.1 ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Problem or nursing diagnosis) ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลหมายถึงการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเปราะบาง ซึ่งผู้รับบริการแต่ละรายจะมีหลายข้อวินิจฉัยที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การบำบัดรักษาเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ

5.3.2.2 เป้าหมายการพยาบาลและเกณฑ์ประเมินผล (Goal & nursing outcome) เป้าหมายการพยาบาลหรือวัตถุประสงค์การพยาบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลและผู้รับบริการคาดหวังจะให้เกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไปแล้ว ซึ่งอาจกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนที่ต้องการให้ปัญหานั้นถูกแก้ไข ส่วนเกณฑ์ประเมินผล เป็นสิ่งที่ใช้ตรวจสอบว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ นั้นบรรลุเป้าหมายสำเร็จหรือไม่

5.3.2.3 กิจกรรมการพยาบาล (Intervention) กิจกรรมการพยาบาลเป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดต้องมีเหตุผลที่บ่งบอกว่าทำกิจกรรมนั้นๆ เพราะอะไรและกิจกรรมที่กำหนดต้องครอบคลุมบทบาทของพยาบาลทั้ง 4 มิติดังกล่าว

5.3.3 ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ (1) การลำดับความสำคัญของปัญหา (2) การกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผล (3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การเขียนแผนการพยาบาล

5.3.3.1 การลำดับความสำคัญของปัญหา เป็นขั้นตอนในการพิจารณาว่าผู้รับบริการมี ปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใด ปัญหาใดมีความสำคัญมากที่สุด หรือปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องตระหนักและให้การพยาบาลก่อน ซึ่งมีแนวทางการพิจารณาหลายลักษณะ ดังนี้

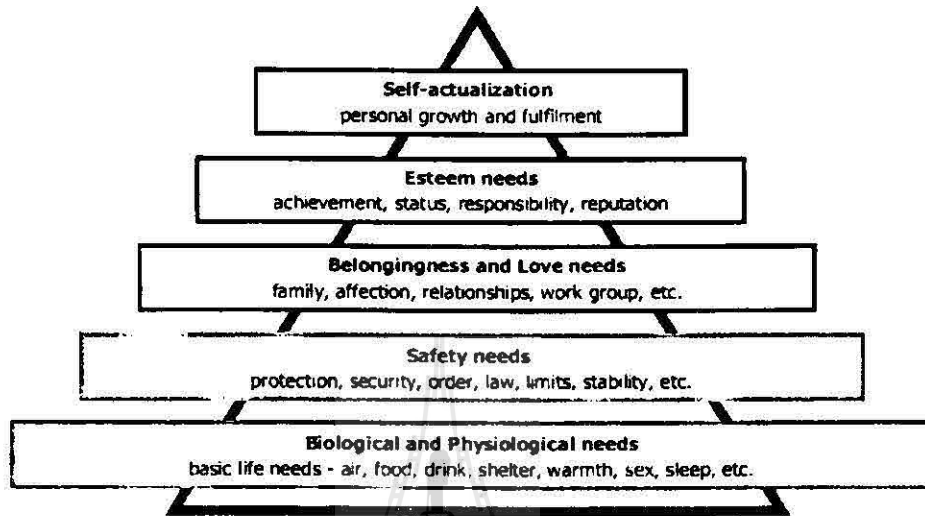
1) พิจารณาตามระดับความรุนแรงของปัญหา โดยพิจารณาปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตก่อน อาจแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 3 ลำดับ คือ

ลำดับที่ 1 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลทันที ถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้รับบริการอาจเสียชีวิต เสียอวัยวะหรือพิการ เช่น ทางเดินหายใจไม่โล่ง เนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้นจำนวนมาก หรือ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากหัวใจทำงานบกพร่องจากพยาธิสภาพของโรค

ลำดับที่ 2 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลรีบด่วนถ้าไม่แก้ไขอาจเกิดปัญหารุนแรงขึ้นได้ เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ลำดับที่ 3 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลแต่รอได้ เช่น ผิดหวังเสียหน้าที่ เนื่องจากอยู่ในภาวะจำกัดการเคลื่อนไหวและควบคุมการขับถ่ายของเสียไม่ได้

2) พิจารณาตามกรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของ Maslow ซึ่งแบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 2 ชั้นใหญ่ คือ (1) ความต้องการสิ่งที่ขาดแคลน (Deficiency needs) เป็นความต้องการขั้นต่ำเพื่อความอยู่รอดปลอดภัย และ (2) ความต้องการสำหรับการดำรงชีวิต (Being needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดเกิดเมื่อความต้องการสิ่งที่ขาดแคลนได้รับอย่างครบถ้วนแล้ว (Woolfolk, 2010) ดังภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 แสดงลำดับชั้นความต้องการของ Maslow

(<http://mathehu.wordpress.com/author/mathehu> [สืบค้น 1 สิงหาคม 2553])

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามแนวคิดของ Maslow จึงเรียงลำดับ ดังนี้

ลำดับที่ 1 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการความอยู่รอด (survival) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับและด้านเพศสัมพันธ์

ลำดับที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการความปลอดภัย (safety) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านร่างกาย การประกอบอาชีพ ความปลอดภัยในครอบครัว

ลำดับที่ 3 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการความรัก (belonging) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนฝูง สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความใกล้ชิดทางเพศ (sexual intimacy)

ลำดับที่ 4 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self esteem) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงในจิตใจ ความสำเร็จในชีวิต การเคารพผู้อื่นและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

ลำดับที่ 5 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการสำหรับการดำรงชีวิต (Being needs) ประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการประสบความสำเร็จทางปัญญา (intellectual achievement) ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการการเห็นคุณค่าทางสุนทรียศาสตร์ (aesthetic appreciation) และ ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการการรู้จักและเข้าใจตนเอง (self actualization)

3) พิจารณาตามความต้องการของผู้รับบริการ เป็นความต้องการที่มีความเป็นปัจเจกของผู้รับบริการ เนื่องจากความร่วมมือของผู้รับบริการมีส่วนในการบรรลุผลสำเร็จของการให้การพยาบาล ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับการรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการที่อาจจะให้ลำดับความสำคัญของปัญหาที่แตกต่างจากการรับรู้ของพยาบาล

นอกจากแนวทางที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวแล้ว พยาบาลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการจัดลำดับความสำคัญ ในทางปฏิบัติพยาบาลคนหนึ่งต้องให้การดูแลผู้รับบริการหลายคน การจัดลำดับความสำคัญของผู้รับบริการแต่ละรายต้องนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้การพยาบาลได้ทั่วถึงและมีความเป็นองค์รวม

5.3.3.2 การกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผลทางการพยาบาล

1) จุดมุ่งหมายทางการพยาบาล เป็นข้อความที่แสดงถึงความคาดหวังพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลเนื่องจากการพยาบาล โดยเขียนอย่างกว้าง ๆ เป็นนามธรรมไม่สามารถวัดได้ วิธีการเขียนจุดมุ่งหมาย มีพื้นฐานมาจากวลีแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นการแจกแจงพฤติกรรมตอบสนองของผู้รับบริการต่อปัญหา และเป็นข้อความที่บ่งชี้ทิศทางของปฏิบัติการพยาบาลอีกด้วย มักใช้คำว่า เพิ่ม (Increase) ลด (Decrease) ปรับปรุง (Improve) พัฒนา (Develop) เป็นต้น

ตัวอย่างเช่น

- ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย
- ปรับปรุงแบบแผนการรับประทานอาหาร

2) ชนิดของจุดมุ่งหมายการพยาบาล ในการเขียนจุดมุ่งหมายแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ จุดมุ่งหมายระยะสั้นและจุดมุ่งหมายระยะยาวดังนี้

2.1) จุดมุ่งหมายระยะสั้น (Short - term goal) เป็นจุดมุ่งหมายที่พยาบาลคาดว่าจะบรรลุผลในระยะเวลาอันสั้นภายใน 2 - 3 ชั่วโมง หรือไม่เกิน 1 สัปดาห์ มักใช้ในสถานการณ์การพยาบาลแบบฉุกเฉิน เจ็บพลัน มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว คาดการณ์ไม่ได้ สามารถใช้วัดความก้าวหน้าของการพยาบาลได้และยังกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีกำลังใจที่จะแก้ปัญหาด้วย

ตัวอย่างเช่น : ผู้รับบริการสามารถยกแขนขวาในระดับไหล่ได้ภายในวันศุกร์

2.2) จุดมุ่งหมายระยะยาว (Long - term goal) เป็นจุดมุ่งหมายที่บอกการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการในช่วงเวลาที่ยาว อาจเป็นสัปดาห์หรือมากกว่า ส่วนใหญ่จะกำหนดให้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการกำหนดจุดมุ่งหมายระยะยาวคือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามปกติ ในขณะที่มีปัญหาสุขภาพ แต่ถ้าไม่สามารถรักษาความเป็นปกติของหน้าที่ได้ จุดมุ่งหมายระยะยาวจะบอกถึงการทำหน้าที่ได้สูงสุดที่ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและปัจจัยจะอำนวยได้ จุดมุ่งหมายระยะยาวมักกำหนดในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างฟื้นฟูสุขภาพ

ตัวอย่างเช่น : ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการสามารถใช้แขนขวาได้ตามปกติ

แต่เนื่องจากส่วนใหญ่แล้ว ผู้รับบริการมักนอนอยู่ในโรงพยาบาลไม่นานนัก ดังนั้นการกำหนดจุดมุ่งหมายจึงกำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะเวลาที่ได้อยู่กับผู้รับบริการ เพื่อให้พยาบาลสามารถติดตามความก้าวหน้าของผู้รับบริการได้

3) แนวทางการเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาล แนวทางการเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาลอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้รับบริการ ดังนั้นในการกำหนดจุดมุ่งหมายจึงขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้วย ดังนี้

- 3.1) เขียนพฤติกรรมของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล
- 3.2) มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง
- 3.3) จุดมุ่งหมายที่กำหนดต้องสอดคล้องกับงานหรือแนวทางการรักษาของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ

- 3.4) ในแต่ละข้อวินิจฉัยอาจมีจุดมุ่งหมายการพยาบาลมากกว่า 1 ข้อ
- 3.5) ควรระบุระยะเวลากว้างๆ ไว้เพื่อแสดงว่าเป็นจุดมุ่งหมายระยะสั้นหรือระยะยาว
- 3.6) ระบุจุดมุ่งหมายที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

ตารางที่ 4.4 แสดงตัวอย่างเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาล (ดัดแปลงจาก สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2544)

แนวทางการเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาล (บางรายการ)	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	จุดมุ่งหมายการพยาบาล	
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
(1) เขียนพฤติกรรมของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากควบคุมการเคลื่อนไหวของขาไม่ได้จากอัมพาต	ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ลดการเกิดแผลกดทับ
(2) มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง	วิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรคนเล็ก เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล	ความวิตกกังวลลดลง	ไม่มีความวิตกกังวล
(3) จุดมุ่งหมายที่กำหนดต้องสอดคล้องกับงานหรือแนวทางการรักษาของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ	ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (O: ผู้รับบริการหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก 1 วัน ยังคง On CBI with Traction)	ได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จนกระทั่งยกเลิกการจำกัดการเคลื่อนไหว	ลุกเข้าห้องน้ำเพื่อทำกิจวัตรส่วนตัวได้
(4) ในแต่ละข้อวินิจฉัยอาจมีจุดมุ่งหมายการพยาบาลมากกว่า 1 ข้อ	ไม่สามารถอาบน้ำบุตรคนแรกได้เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ	1. มีความรู้เกี่ยวกับการอาบน้ำทารก 2. อาบน้ำบุตรได้อย่างปลอดภัย	-

แนวทางการเขียน จุดมุ่งหมายการพยาบาล (บางรายการ)	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	จุดมุ่งหมายการพยาบาล	
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
(5) ควรระบุระยะเวลาต่างๆ ไว้ เพื่อ แสดง ว่า เป็น จุดมุ่งหมายระยะสั้นหรือ ระยะยาว	มารดามีความตั้งใจในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (O: มารดาหลังคลอดบุตรคน แรก)	ส่งเสริมมารดาให้เลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ครบ 6 เดือน	ส่งเสริมให้มารดาเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่

4) การกำหนดเกณฑ์ประเมินผล เกณฑ์ประเมินผล หมายถึง มาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลจึงเป็นการพิจารณาว่าการที่จะประเมินผลการพยาบาลหรือเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังได้นั้น จะประเมินได้จากข้อบ่งอะไรหรือพฤติกรรมใดของผู้รับบริการ ที่จะทำให้พยาบาลทราบว่าหลังจากให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการแล้ว ผลการเปลี่ยนแปลงบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หรืออาจกล่าวได้ว่าเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาลเป็นมาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาลที่จะบอกให้ทราบว่าผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

5) แนวทางการกำหนดเกณฑ์ประเมินผล ประกอบด้วย

5.1) เกณฑ์ประเมินผลแต่ละข้อสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงการบรรลุจุดมุ่งหมายการพยาบาลที่กำหนด

ตัวอย่าง เช่น

- จุดมุ่งหมายการพยาบาล ได้รับน้ำอย่างเพียงพอใน 8 ชั่วโมง
- เกณฑ์ประเมินผล
- เยื่อช่องปากชุ่มชื้น
 - ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณมากกว่า 300 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง
 - ความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะอยู่ระหว่าง 1.010 - 1.025

5.2) เกณฑ์ประเมินผลจะต้องเขียนเป็นรูปธรรมเพื่อให้สามารถวัดได้ ตัวอย่างข้อ 5.1

5.3) สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการพยาบาลที่กำหนดและสอดคล้องกับข้อมูลที่บ่งชี้ถึงปัญหาหรือข้อวินิจฉัย ดังตัวอย่างในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงความสอดคล้องของเกณฑ์ประเมินผลกับจุดมุ่งหมาย ข้อวินิจฉัยและข้อมูลสนับสนุน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	จุดมุ่งหมายการพยาบาล	เกณฑ์ประเมินผล
มีการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะเนื่องจาก การค้างค้ำของปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน S- ปัสสาวะเองไม่ได้ O - อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ผล U/A WBC 50 - 100 cell/HPF, CBC WBC 11,000 cell/cumm3	ลดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	1. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส 2. ปัสสาวะสีเหลืองใส 3. ผล U/A พบ WBC 1 - 2 cell/HPF 4. CBC พบ WBC 5,000 - 10,000 cell/cumm3

5.4) ผลของการพยาบาลที่กล่าวในเกณฑ์สามารถบรรลุได้ตามความเหมาะสมและความสามารถของผู้ป่วย

5.5) เป็นที่ยอมรับและผู้ประเมินทุกคนวัดได้ตรงกัน

5.6) เกณฑ์ประเมินผลแต่ละข้อบ่งชี้เฉพาะเจาะจงถึงผลการพยาบาลเพียงอย่างเดียวดังตัวอย่างในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงลักษณะเกณฑ์ประเมินผลที่มีความหมายกว้างและเกณฑ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์ประเมินผลที่มีความหมายกว้าง	เกณฑ์ประเมินผลที่มีความเฉพาะเจาะจง
- อุณหภูมิร่างกายลดลง	- อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
- ได้รับสารอาหารเพียงพอ	- รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ - ได้รับพลังงานรวมแต่ละมื้อ 300 - 400 KCal
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น	- น้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม/ สัปดาห์
- หายใจสบายขึ้น	- อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที - ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอและท้องช่วงขณะหายใจ - ไม่มีปีกจมูกบาน - เสียงหายใจปกติไม่มีเสียงแทรก
- เข้าในการปฏิบัติตัวขณะใส่เฝือก	- สามารถลาธีย้อนกลับการเดินทางด้วยไม้ค้ำยันได้ถูกต้องตามหลักการเดิน - ตอบคำถามการปฏิบัติตัวขณะใส่เฝือกได้ถูกต้อง 4 ใน 5 ข้อ

5.3.3.3 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดเทคนิคหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะเพื่อแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามบ่งบอกไว้ในจุดมุ่งหมายการพยาบาล ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ของแต่ละเทคนิคการพยาบาล เพื่อตัดสินใจว่าเทคนิคการพยาบาลใดเหมาะสมในการแก้ปัญหาแต่ละเรื่อง กิจกรรมการพยาบาล

ครอบคลุมหน้าที่หลักของการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน ให้การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

1) ชนิดของกิจกรรมการพยาบาล (สาลิ เอลิมวรรณพงศ์, 2544; พรศิริ พันธศรี, 2552) แบ่งเป็น

1.1) กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นอิสระ (Independent intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคิดขึ้น โดยไม่ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลสามารถสั่งการจากการวินิจฉัยของพยาบาลซึ่งเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติได้ตามสิทธิและหน้าที่ทางกฎหมายโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ เช่น การสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง การนวดหลังเพื่อเพิ่มความสุขสบาย การดูแลช่องปากและลำคอ เป็นต้น

1.2) กิจกรรมการพยาบาลกึ่งอิสระ (Interdependent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลดำเนินการร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ กิจกรรมการพยาบาลอาจจะร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์และแพทย์ เช่น การประสานงานกับโภชนาการในการสอนทำอาหารปั่นให้กับญาติผู้รับบริการที่ต้องดูแลผู้ที่มีภาวะอัมพาต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่สามารถกลืนอาหารได้เอง การประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการสอนการเดินด้วยไม้ค้ำยันที่ถูกต้องสำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหากระดูกขาหักและแพทย์อนุญาตให้ลงน้ำหนักที่เท้าได้บางส่วน (Partial weight bearing) เป็นต้น

1.3) กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่อิสระ (Dependent intervention) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การฉีดยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในร่างกายให้กับผู้รับบริการ การช่วยเหลือแพทย์ในการเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อตรวจหาเชื้อโรค เป็นต้น

2) ปัจจัยพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ นั้นพยาบาลต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (สาลิ เอลิมวรรณพงศ์, 2544)

2.1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม พื้นฐานการดำรงชีวิต การมองชีวิต ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การดูแลสุขภาพและการเผชิญปัญหา

2.2) ลักษณะพยาธิสภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ

2.3) แผนการรักษาของแพทย์

2.4) มาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือปฏิบัติการพยาบาล นโยบายของหน่วยงาน กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งกฎหมายประกอบวิชาชีพ

2.5) ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์รวมถึงค่านิยมของพยาบาลเอง

2.6) ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมและทรัพยากรที่มีอยู่

2.7) ความรู้ในศาสตร์ต่างๆ ของพยาบาลทั้งวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งมีทั้งความรู้พื้นฐานที่เรียนมาและจากผลการวิจัยหรือบทความวิชาการใหม่ๆ ทางการพยาบาล

3) หลักการในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล สาลิ เอลิมวรรณพงศ์(2544) และ พรศิริ พันธศรี (2552) ได้เสนอหลักการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้

3.1) หน้าที่หลักของพยาบาล 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การบำบัดรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

3.2) กิจกรรมพยาบาล มี 5 ประเภทใหญ่ ๆ ด้วยกัน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์, 2540) คือ ก.การให้การดูแล (Caring) เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย ข. การให้ความช่วยเหลือ (Helping) เช่น ช่วยพยุง ช่วยในการบริหารกล้ามเนื้อ ค. การให้บริการ (Giving) เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้ นวดหลังให้ ง. การตรวจสอบ (Monitoring) เช่น สังเกตพฤติกรรม วัดสัญญาณชีพ และ จ. การสอน (Teaching) เช่น สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

3.3) ต้องมีความละเอียด รอบคอบและชัดเจนของกิจกรรมการพยาบาล เพราะผู้ที่ปฏิบัติพยาบาลมีหลายระดับทั้งที่มีประสบการณ์ ความรู้ที่ไม่เท่ากันหากกำหนดกิจกรรมไม่ละเอียดเพียงพอก็จะทำให้ความเข้าใจในการปฏิบัติแตกต่างกัน เช่น การดูแลความสะอาดปากฟันของผู้รับบริการที่ได้รับเคมีบำบัดชนิด 5-FU ที่มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้มีการอักเสบของเยื่อช่องปากได้ง่าย หากพยาบาลกำหนดกิจกรรมเพียงว่า "ดูแลความสะอาดปากฟัน" อาจทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลไม่เพียงจัดการให้ผู้รับบริการแปรงฟันโดยไม่คำนึงถึงลักษณะของขนแปรงและชนิดของยาสีฟันซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้รับบริการต่อไปได้

3.4) เป็นการกระทำของพยาบาลหรือผู้ที่พยาบาลมอบหมายให้กระทำและผู้รับบริการเป็นผู้ถูกกระทำ

4) แนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

4.1) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและจุดมุ่งหมายการพยาบาล

<p>ตัวอย่างเช่น</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเนื่องจากการสำลักอาหารจากภาวะกล้ามเนื้อช่วยการกลืนอ่อนแรง</p> <p>จุดมุ่งหมายการพยาบาล : ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการสำลักอาหาร</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบ gag reflex และขจัดเสมหะออกให้หมดก่อนให้อาหารทุกครั้ง - จัดให้นั่งศีรษะสูงขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที - สอนผู้รับบริการให้ดื่อกอาหารคำเล็กๆ และรับประทานช้าๆ - จัดชนิดอาหารให้น่ารับประทานและรับประทานขณะอาหารยังอุ่นไม่เป็นขี้ด - ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
--

จากตัวอย่าง จะเห็นว่า กิจกรรมการพยาบาลข้อ 1 - 4 มีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและจุดมุ่งหมายการพยาบาล แต่ในข้อที่ 5 - 6 นั้นไม่สอดคล้องเพราะไม่ใช่เป็นการป้องกันการสำลักอาหารแต่เป็นการส่งเสริมให้ได้รับสารอาหารมากขึ้น

4.2) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลมีความเป็นองค์รวม คือ สามารถแก้ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

4.3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรให้ผู้รับบริการและครอบครัว/ชุมชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลตนเองหรือแก้ปัญหาให้มากที่สุด

4.4) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องครอบคลุมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยหรือป้องกันอันตรายให้กับผู้รับบริการจากภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น การยกไม้กั้นเตียงขึ้น การผูกยึดเมื่อจำเป็น การจัดสิ่งของเครื่องใช้ข้างเตียงที่สะดวกต่อการเอื้อมหยิบใช้ การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

4.5) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรเป็นกิจกรรมที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์นั้นๆ โดยพิจารณาความสามารถของผู้รับบริการ รวมทั้งบุคลลากรและอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

4.6) การจัดลำดับกิจกรรม ต้องจัดตามความสำคัญก่อนหลัง ตามความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติโดยมุ่งให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากที่สุด ยึดหลักมีประสิทธิภาพที่สุด ปลอดภัยที่สุดและรวดเร็วที่สุด เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

4.7) ควรประยุกต์ความรู้ที่อยู่ในตำราให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของผู้รับบริการ แต่ละรายไม่ใช่กำหนดตามทฤษฎีหรือตำราทั้งหมด ดังตัวอย่างในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงตัวอย่างการประยุกต์ความรู้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของผู้รับบริการ

ทฤษฎี	สถานการณ์จริง
ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร	ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร มีประวัติโรคเบาหวานและรักษาต่อเนื่อง หลัง NPO มา 3 วันอาการปวดท้องลดลง แพทย์ให้รับประทานอาหารอ่อนได้
วินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำอาหารและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน	
<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพ และตรวจสอบสัญญาณแสดงของปัญหา - ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนอย่างง่ายในกรณีที่ได้รับประทานได้ - ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา - ดูแลให้ได้รับยาควบคุมการบีบตัวของลำไส้ ยาลดและป้องกันการอาเจียน และยาอื่นๆตามแผนการรักษา - ประเมินภาวะขาดสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ โดยการสังเกตตรวจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการแสดง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ทุก 4 ชั่วโมง - ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน – เบาหวาน - ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% D/N/2 1000 cc IV drip 100 cc/hr - ดูแลให้ได้รับยา Prasil ทางหลอดเลือดดำ และสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา - บันทึกสารน้ำเข้า – ออก ทุก 8 ชั่วโมง - ติดตามผลการตรวจเลือดเพื่อหาระดับ อิเล็กโทรไลต์

4.8) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรเป็นกิจกรรมที่ไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้รับบริการโรคไตวายที่มีแผนการรักษาให้จำกัดน้ำ ในกิจกรรมการพยาบาลควรระบุปริมาณน้ำที่แนะนำให้ผู้รับบริการดื่มในแต่ละช่วงอย่างเหมาะสม เป็นต้น

5.3.3.4 การเขียนแผนการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นแผนการดูแลผู้รับบริการเฉพาะรายที่พยาบาลรับผิดชอบในการดูแลเขียนขึ้นภายหลังจากการประเมินผู้รับบริการ แผนการพยาบาลจะประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จุดมุ่งหมาย และเกณฑ์ประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล

สรุป การวางแผนการพยาบาลสามารถกระทำได้ 3 ระยะ คือ เมื่อแรกรับผู้รับบริการไว้ในความดูแล ขณะให้การดูแล และเมื่อจำหน่าย การวางแผนการพยาบาลมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาล

5.4 ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ การจะปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพได้นั้นต้องมีการเตรียมการที่ดี ผู้ปฏิบัติต้องมีความคิดสร้างสรรค์ละเอียดรอบคอบ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล วัตถุประสงค์สถานการณ์ และคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน การปฏิบัติการพยาบาลอาจเป็นการปฏิบัติการเป็นทีม (Team nursing) อาจใช้ระบบการพยาบาลตามหน้าที่ (Functional nursing) หรือระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (case management) หรืออาจเป็นการผสมผสานกันหลายรูปแบบ

ซึ่งขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาล มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเตรียมการ (Preparation) (2) การปฏิบัติ (Intervention) และ (3) การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน (Documentation) ดังนี้

5.4.1 การเตรียมการ (Preparation)

การเตรียมการ เป็นขั้นตอนก่อนการลงมือปฏิบัติการพยาบาลซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการต้องประเมินผู้รับบริการอีกครั้งและประเมินทุกครั้งที่ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาล และอาจจำเป็นต้องทบทวนเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล นโยบาย กฎระเบียบการปฏิบัติการต่าง ๆ ซึ่งองค์ประกอบในการเตรียมการประกอบด้วย

5.4.1.1 ผู้ปฏิบัติการ อาจจะเป็นพยาบาลผู้วางแผนเองหรือมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติคนอื่น โดยต้องพิจารณากิจกรรมที่จะทำว่ามีความรู้หรือประสบการณ์พอที่จะทำได้หรือไม่ ต้องหาความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพิ่มเติมหรือไม่ หรือต้องการผู้ช่วยหรือไม่ กรณีที่มอบหมายให้ผู้อื่นทำต้องพิจารณาว่าผู้ที่ได้รับมอบหมายมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะทำได้หรือไม่ และทั้งพยาบาลผู้วางแผนเองและผู้ที่ได้รับมอบหมายมีสิทธิและหน้าที่ที่จะทำตามกฎหมายหรือไม่ ซึ่งพรทิพย์ ชัยพิบาลสุขศรี (2535 อ้างถึงในลาสิ เจลิมวรรณพงศ์, 2544) กล่าวว่า คุณสมบัติที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในผู้ปฏิบัติการ คือ 4 H ประกอบด้วย Head Heart Hands และ Heels นั่นคือ ต้องมี - Head ความสามารถทางสติปัญญา ต้องมี - Heart ใจรักและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาล Hands - ทักษะความชำนาญ ความนุ่มนวลในการปฏิบัติการพยาบาลและ Heels - ความอ่อนไหว ทัศนการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

5.4.1.2 ผู้รับบริการ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติการต้องประเมินผู้รับบริการอีกครั้งว่ากิจกรรมที่ถูกกำหนดไว้ในแผนยังเป็นที่ต้องการหรือไม่ ซึ่งพยาบาลไม่ควรคิดว่าเมื่อวางแผนไว้แล้วต้องนำไปปฏิบัติกับผู้รับบริการเสมอไป เพราะสภาพการณ์ของผู้รับบริการมักมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ และต้องประเมินความพร้อมของผู้รับบริการที่จะได้รับการปฏิบัติการพยาบาล เช่น พยาบาลวางแผนจะไปให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ แต่พบว่าผู้รับบริการหลับพักผ่อนอยู่ก็ไม่ควรจะไปปลุกผู้รับบริการมาเพื่อฟังการให้ความรู้ เป็นต้น

5.4.1.3 อุปกรณ์เครื่องใช้ ก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ให้พร้อมเพื่อลดความสิ้นเปลืองเวลาในการทำงานและป้องกันความผิดพลาดต่างๆ ด้วย

5.4.1.4 การทบทวนแผนการพยาบาล ก่อนปฏิบัติงานในแต่ละเวร พยาบาลต้องศึกษา รายละเอียดของแผนการพยาบาลอีกครั้ง เพราะอาจต้องปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างให้เหมาะสมกับ สถานการณ์

5.4.2 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่นำกิจกรรมการพยาบาลที่วางไว้ปฏิบัติกับผู้รับบริการ ซึ่งต้อง ใช้ทั้งศิลปะและทักษะในการปฏิบัติการ

5.4.2.1 ข้อควรคำนึงถึงในการปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้

1) ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (Safety) ผู้รับบริการอาจเกิดอันตรายจากผู้ปฏิบัติ กิจกรรมพยาบาลได้ ถ้าไม่ระวังและไม่ปฏิบัติด้วยความรอบคอบ ขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติอาจได้รับอันตรายจาก ผู้รับบริการได้เช่นกัน โดยเฉพาะผู้รับบริการที่เป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

2) ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency and effectiveness) การปฏิบัติการ พยาบาลต้องทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดจึงจะเกิดคุณภาพการพยาบาล

3) ประหยัด (economization) วัสดุอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ราคา แพง การใช้งานจึงต้องระมัดระวังเพื่อไม่ให้สูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่เกิดประโยชน์

4) ความสุขสบาย (comfort) ความสุขสบายทั้งของผู้รับบริการและความสุขสบายของผู้ ปฏิบัติการพยาบาล

5) สิทธิหน้าที่ตามกฎหมาย บางครั้งจะพบว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติงานเกิน ขอบเขตหน้าที่ของตนเองซึ่งเกิดเนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความเป็นห่วงเกรงว่าผู้รับบริการจะเกิดอันตราย หรือเคยได้รับมอบหมายจากผู้มีสิทธิตามกฎหมายมาก่อน แต่เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลก็อาจทำให้ ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายหรือถือว่าเป็นความผิดโดยไม่เจตนาได้นั่นเอง

5.4.2.2 ทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานโดย ใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ ทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะด้านการ สังเกต ทักษะด้านการสัมภาษณ์ ทักษะด้านการตัดสินใจ และทักษะด้านการบันทึก (สาลิ เจลิมวรรณพงศ์, 2544; ชันทอง มางจันต์อุดม, 2549) ดังนี้

1) ทักษะด้านสัมพันธภาพ หมายถึงการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยอาศัยการแสดงออกทั้งทางกาย วาจา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจ ซึ่งพยาบาลจะต้องเข้าใจหลักในการ สร้างสัมพันธภาพ โดยยอมรับสิ่งที่แสดงออกให้ความสม่ำเสมอ จริงจังและจริงใจที่จะช่วยเหลือ

2) ทักษะด้านการสังเกต เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การดูด้วยตา การดมกลิ่น การได้ยินเสียง การลิ้มรส และการสัมผัสมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อแปลความหมายของข้อมูล การสังเกตจะทำให้ ได้มาซึ่งข้อมูลปรนัย (objective data) ในขั้นการประเมินภาวะสุขภาพ และนำไปใช้ในขั้นตอนการปฏิบัติการ พยาบาลรวมทั้งประเมินผลการพยาบาลด้วย

3) ทักษะด้านการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์พยาบาลจะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นการ สัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือและควรเป็นสัดส่วน สิ่งแวดล้อมในการสัมภาษณ์ต้องไม่รบกวนสมาธิผู้รับบริการ ทำที่ ต้องไม่รีบร้อน มีเวลาพอเพียง ให้ความเคารพและความสำคัญในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดอย่างไม่มียอคติ

4) ทักษะด้านการตัดสินใจ เป็นทักษะที่จำเป็นในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล ในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ดีก็จำเป็นไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลก็จะมีประสิทธิภาพตามไปด้วย

5) ทักษะด้านการปฏิบัติ การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ต้องใช้ทักษะในการใช้มือ ผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชำนาญย่อมเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการมากกว่า เช่น ผู้ที่ดูแลห่มหัดให้ผู้รับบริการอย่างนุ่มนวลโดยไม่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความทุกข์ทรมาน หรือผู้ที่เจาะเลือดให้ผู้รับบริการแล้วผู้รับบริการไม่เจ็บ ผู้ที่น้อมเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการว่าสามารถช่วยเขาได้และได้รับความไว้วางใจ

6) ทักษะด้านการบันทึก การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (professional autonomy) และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการนำแผนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ

5.4.3 การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน หลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแล้วพยาบาลต้องรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลหรือมีการลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน กิจกรรมการพยาบาลจะถูกบันทึกไว้ในแบบฟอร์มหลายอย่าง เช่น แบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบบันทึกการให้ยา เป็นต้น การบันทึกมีความสำคัญนับตั้งแต่เริ่มประเมินปัญหา วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล พยาบาลต้องมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทั้ง 5 ขั้นตอน การบันทึกและรายงานต้องแสดงลักษณะสำคัญดังนี้ (1) ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาล ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ ให้ปรากฏแก่ชุมชน (2) ความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล (3) ข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล จะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้องทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา และ (4) ข้อมูลทางการพยาบาลต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และต้องคงอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถาวร

5.5 ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลแต่ไม่ใช่ขั้นสุดท้ายที่พยาบาลจะปฏิบัติ เพราะการประเมินผลการพยาบาลสามารถแทรกอยู่ได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล นับเป็นขั้นตอนการตัดสินใจให้การพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้น เพื่อตัดสินใจว่าควรยุติการให้การพยาบาล คงการพยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใหม่

5.5.1 ชนิดของการประเมินผล สาลี เจริญวรรณพงศ์ (2544) แบ่งชนิดของการประเมินผลเป็น 3 ชนิด คือ

5.5.1.1 การประเมินเชิงโครงสร้าง (Structure) เป็นการประเมินที่เน้นเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้การดูแล ซึ่งจะตอบคำถามว่าอะไรของหน่วยงานที่มีผลต่อคุณภาพของการดูแล การประเมินผลชนิดนี้จะตรวจสอบการจัดระบบสำหรับการดูแล ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การบริการ งบประมาณ การสื่อสาร กระบวนการพัฒนาตนเอง แบบแผนการจัดกำลังคน คุณภาพของบุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือเครื่องใช้

5.5.1.2 การประเมินเชิงกระบวนการ (Process) เน้นกิจกรรมของผู้ให้การดูแลที่เกิดขึ้น เพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการขณะนั้น โดยดูในสิ่งเหล่านี้ คือ กิจกรรมอะไรที่ให้ผู้รับบริการ การดูแลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้รับบริการหรือไม่ การดูแลมีความสมบูรณ์และเหมาะสมแก่เวลาหรือไม่ ทักษะของผู้ให้การดูแลเป็นอย่างไร คุณภาพของการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลเป็นอย่างไร

5.5.1.3 การประเมินเชิงผลลัพธ์ (Outcome) เน้นที่ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อผลของการดูแล ผลลัพธ์ภายหลังให้การพยาบาลนี้จะถูกประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่พยาบาลและผู้รับบริการคาดหวังให้เป็นไป ดังตัวอย่างในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงการประเมินเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ (สาลี เอลิมวรรณพงศ์, 2544)

ชนิดการประเมิน	จุดเน้น	ตัวอย่างเกณฑ์
เชิงโครงสร้าง	หน่วยงาน	- เครื่องหมายทางออกต้องมองเห็นชัดเจน - ชุดช่วยฟื้นคืนชีพต้องมีประจำแต่ละหอผู้ป่วย - มีห้องสำหรับให้ญาติรอในแต่ละชั้น
เชิงกระบวนการ	กิจกรรมของผู้ให้การดูแล	- การสัมภาษณ์เมื่อแรกรับผู้รับบริการต้องสมบูรณ์ภายใน 1 ชั่วโมง - การตอบสนองต่ออาการของผู้รับบริการจะถูกเขียนไว้ในแฟ้ม - ผู้ป่วยจะได้รับการทำความสะอาดปากฟันทุกเวร
เชิงผลลัพธ์	การตอบสนองของผู้รับบริการ	- ความดันโลหิต 140/90 mmHg ตลอดเวลา - เดินไปเข้าห้องน้ำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยภายใน 3 วัน - ท้องนุ่มและไม่มีอาการกดเจ็บใน 5 วัน

5.5.2 ขั้นตอนการประเมินผล มี 3 ขั้นตอน (1) การศึกษาเกณฑ์ประเมินผล (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล และ (3) การตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย ดังนี้

5.5.2.1 การศึกษาเกณฑ์ประเมินผล เป็นการศึกษาเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมิน ซึ่งถ้าเกณฑ์ประเมินผลที่ได้กำหนดไว้ชัดเจน เจาะจง ครบคลุม และวัดได้ จะช่วยเป็นแนวทางที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

5.5.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล เพื่อเป็นการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจกระทำได้ในขณะปฏิบัติการพยาบาลหรือการพยาบาล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจทำได้หลายอย่าง เช่น การสังเกต การพูดคุยกับผู้รับบริการ การตรวจร่างกาย เป็นต้น

5.5.2.3 การตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้นั้นเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผล ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ 2 ทาง คือ

1) บรรลุครบตามจุดมุ่งหมาย ข้อมูลที่รวบรวมมาสอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผลทุกข้อ ต้องตัดสินใจว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นสิ้นสุด หรือยุติการให้การพยาบาลได้ หรือว่ายังต้องให้การพยาบาลต่อไป แม้ว่าจุดมุ่งหมายนั้นจะบรรลุแล้ว

2) ไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ข้อมูลที่ได้มาไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล ต้องตรวจสอบซ้ำอีกครั้งเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จุดมุ่งหมาย กิจกรรมการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไข

5.5.3 การปรับปรุงแผนการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและการเปลี่ยนแปลง ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ในการปรับปรุงแผนการพยาบาลดำเนินการ ดังนี้คือ การสรุปภาวะสุขภาพและการ ทบทวนแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

5.5.3.1 การสรุปภาวะสุขภาพ เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาล ขึ้นอยู่กับว่าส่วนของผลลัพธ์ที่บรรลุผลหรือไม่บรรลุผลสำเร็จ หรือบรรลุเพียงบางส่วน พยาบาลจะเขียนสิ่งเหล่านี้ เกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วย เมื่อการประเมินผลบ่งชี้ว่าเป็นเป้าหมายบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งการสรุปภาวะสุขภาพ มีดังนี้

1) ปัญหาได้รับการแก้ไข เมื่อปัญหาถูกเขียนไว้ว่ากำลังเกิดหรือเสี่ยงที่จะเกิดได้ถูกแก้ไข แล้ว จึงไม่ต้องให้การพยาบาลต่อไป ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าปัญหาถูกแก้แล้ว ถ้าเกณฑ์ทุกข้อผ่านหมดถือว่าปัญหานั้น ได้รับการแก้ไขจึงยุติข้อวินิจฉัยได้

2) ปัญหาเสี่ยงได้รับการป้องกัน บังคับเสี่ยงคงอยู่เมื่อปัญหาเสี่ยงที่ถูกกำหนดไว้ในข้อ วินิจฉัยนั้นไม่เกิดขึ้น แต่บังคับเสี่ยงยังมีอยู่ การพยาบาลยังต้องการสำหรับให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3) ปัญหาที่เป็นไปได้ถูกกำจัดออกไป ในกรณีนี้ควรระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัย วัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล

4) ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นยังมีอยู่

5) ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข

5.5.3.2 การทบทวนแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยประเมินผลคุณภาพของข้อ วินิจฉัย วัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลและทบทวนสิ่งที่ได้กระทำในแต่ละขั้นตอนด้วย

5.5.4 ประโยชน์ของการประเมินผลการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลเป็นการตัดสินใจ คุณภาพของการให้การพยาบาลโดยวัดจากความสำเร็จในการแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้รับบริการ ดังนั้นจึงใช้ผลการประเมินนี้ไปพัฒนากระบวนการพยาบาล ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล และพัฒนาการเรียนรู้ของพยาบาล ดังนี้

5.5.4.1 พัฒนาขั้นตอนกระบวนการพยาบาล การประเมินผลจะช่วยให้ทราบผลของการ ปฏิบัติการพยาบาล เห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เพราะจะมีผล ย้อนกลับให้ได้พิจารณาว่ากิจกรรมที่ได้กระทำนั้นเหมาะสมหรือไม่ มีข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร หากไม่บรรลุเป้าหมายจะต้องกลับไปพิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการใหม่ วางแผนการพยาบาล ใหม่หรือปรับปรุงแผน เปลี่ยนแปลงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม แก้ไขข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมให้ บรรลุจุดมุ่งหมาย

5.5.4.2 พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของการพยาบาล การประเมินผลจะให้ข้อมูลย้อนกลับให้ทราบอยู่ตลอดเวลาว่าการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ในกรณีที่ไม่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายจะต้องประเมินต่อไปว่ามีสาเหตุมาจากความบกพร่องหรือไม่ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

5.5.4.3 พัฒนาการเรียนรู้ของพยาบาล เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล ถ้าพยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามขั้นตอนต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วและได้ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย ประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลและปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยก็จะช่วยให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย เข้าใจว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมตอบสนองเช่นนี้ต้องการการพยาบาลอย่างไร ทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้และทักษะในการคิดและแก้ปัญหาทางการพยาบาลและยังช่วยให้คิดค้นวิธีการพยาบาลที่ดีที่สุด (Best practice) ซึ่งเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

5.5.4.4 การประกันคุณภาพ การประเมินผลการพยาบาลจะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลได้เนื่องจากเมื่อประเมินผลแล้วจะกลับไปทบทวนแก้ไขแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดซึ่งนำไปกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลในแต่ละเรื่องได้

สรุป การประเมินผลการพยาบาลเป็นการตัดสินคุณภาพ คุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลโดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (1) การศึกษาเกณฑ์ประเมินผล (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล และ (3) การตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นทั้งแก่นและสาระของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีรูปแบบ ขั้นตอน เป็นระบบระเบียบที่ไม่หยุดนิ่ง การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลช่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนและผิดพลาดที่มีผลทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรโดยไม่จำเป็น และสามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานคุณภาพของแหล่งให้บริการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ในการจัดการศึกษาพยาบาลต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีความสามารถพื้นฐานในการใช้กระบวนการพยาบาล

ตอนที่ 4.2 ความหมาย ความสำคัญและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล

หัวเรื่อง

- เรื่องที่ 1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 3 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 4 ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 5 หลักการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 6 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 7 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 8 แนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ
- เรื่องที่ 9 เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 10 ระยะเวลาในการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล
- เรื่องที่ 11 ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาลและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล

แนวคิด

ความหมาย ความสำคัญและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้เกิดการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาลและพยาบาลกับบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพในการรักษาพยาบาลเห็นความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มผู้รับบริการไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังเป็นเอกสารที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล อีกด้วย แนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลมีหลากหลายโดยอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการพยาบาลซึ่งต่างกันที่รูปแบบการเขียน หรือแบบฟอร์มของแต่ละสถาบัน ได้แก่ รูปแบบบอกเล่าเรื่องราว รูปแบบที่ใช้กระบวนการพยาบาล รูปแบบระบบชี้เฉพาะ รูปแบบระบบปัญหา รูปแบบการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยบันทึก และรูปแบบการใช้แผนการดูแล ซึ่งในอนาคตอาจมีการพัฒนาในรูปแบบอื่นๆ ต่อไปอีก

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาตอนที่ 4.2 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. บอกความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง
2. บอกวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง
3. ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลวิชาชีพพยาบาลและตัวพยาบาลได้
4. อธิบายกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง
5. บอกข้อดี ข้อเสียและจุดเด่นของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแต่ละรูปแบบได้ถูกต้อง
6. อธิบายแนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในสถานการณ์ทางการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม
7. บอกเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง
8. ระบุปัญหาและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้

- 2.5 เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้
- 2.6 เป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหาผู้รับบริการและการปฏิบัติการพยาบาล
- 2.7 เป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ

3. ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญในการบริการพยาบาล เนื่องจากเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป & เบญจมา เตากล้า, 2543; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

- 3.1 ข้อมูลที่บันทึกนำมาใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับภาวะและความก้าวหน้าในอาการผู้รับบริการระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ
- 3.2 ข้อมูลที่บันทึกสามารถนำมารวบรวม เปรียบเทียบและประเมินความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ
- 3.3 ช่วยในการวางแผนการพยาบาลและให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัย
- 3.4 ช่วยในการแยกแยะบทบาทของพยาบาลจากวิชาชีพอื่น
- 3.5 ให้เกณฑ์ในการจำแนกผู้รับบริการ
- 3.6 ให้ข้อมูลแก่ฝ่ายบริหารเพื่อการวางแผน
- 3.7 นำมาใช้เป็นเครื่องมือในระบบการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้รับบริการและเป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและโรงพยาบาล
- 3.8 ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- 3.9 เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาและวิจัย

4. ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

- 4.1 ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้รับบริการจากเจ้าหน้าที่หลาย ๆ ฝ่าย
- 4.2 ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการได้รับการกระทำซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิมโดยไม่จำเป็น เช่น การซักประวัติ การสอน แนะนำในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมบางอย่างที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ
- 4.3 ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลถูกต้องมากขึ้น และช่วยลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากการขาดข้อมูลในการประเมินปัญหา
- 4.4 ทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่สมบูรณ์ ต่อเนื่อง ถูกต้อง
- 4.5 ใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย
- 4.6 เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า วิจัยต่าง ๆ
- 4.7 เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร เพราะจากการบันทึกจะทำให้ทราบว่าคุณภาพการมีจุดอ่อนหรือความสามารถในด้านใด เพื่อจะได้นำมาช่วยเหลือและแก้ไขได้ถูกต้อง

5. หลักการบันทึกทางการพยาบาล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ประคิน สุจฉายา (2549) และสุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้กล่าวถึงหลักการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

ตอนที่ 4.2 ความหมาย ความสำคัญและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บันทึกทางการพยาบาลเป็นหนึ่งในการสื่อสารที่สำคัญ และยังเป็นเอกสารที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลอีกด้วย

1. ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล(Nursing Documentation)

หมายถึง การเขียนบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเป็นภาวะสุขภาพ ผลการประเมินอาการ ปัญหาของผู้รับบริการ กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลทั้งการรักษา การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยมีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลและแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ

จากมาตรฐานการพยาบาลที่ได้กล่าวมาแล้วในเรื่องกระบวนการพยาบาล จะเห็นว่ามีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ 2 ข้อ คือ ข้อ 1 และข้อ 5 โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง (เรณู พุกบุญมี, 2552) ดังนี้

ข้อ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระบุว่า มีการใช้กระบวนการพยาบาลและมีการบันทึกรายงานการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการทุกรายโดยพยาบาลวิชาชีพ

ข้อ 5 การบันทึกและการรายงาน ระบุรายละเอียด ดังนี้

- 1) การบันทึกและการรายงานการพยาบาลมีความครอบคลุมการพยาบาลในทุกระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายโดยสรุปรายงานด้านการพยาบาลผู้รับบริการทุกราย
- 2) การบันทึกมีความชัดเจนในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน
- 3) มีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่มีมาตรฐานและมีการพัฒนาแบบบันทึกให้สามารถบันทึกได้อย่างครบถ้วนและแปลผลการบันทึกได้อย่างแม่นยำ
- 4) ผลการบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้
- 5) มีระบบตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกเพื่อการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นในการบันทึกทางการพยาบาลจะต้องแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม บทบาทของพยาบาลจะต้องประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขา และต้องมีความต่อเนื่อง

2. วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

2.1 เพื่อสื่อสารให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมที่ให้การดูแลผู้รับบริการ มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับบริการอย่างชัดเจนครบถ้วนเหมือนกันซึ่งจะก่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างถูกต้องต่อเนื่อง

2.2 เป็นเอกสารที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการให้การพยาบาล การค้นหาปัญหาของผู้รับบริการในโรคต่าง ๆ สำหรับผู้ที่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล

2.3 เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล

2.4 เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผล และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ ช่วยให้มีการติดตามการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

- 5.1 การบันทึกในเวลาที่ถูกต้อง ดังนี้
 - 5.1.1 เขียนวัน เวลา ที่บันทึกให้ชัดเจน
 - 5.1.2 ในแต่ละเหตุการณ์เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน
 - 5.1.3 บันทึกทันทีหลังเหตุการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ
 - 5.1.4 ควรบันทึกให้เรียบร้อยก่อน ไปทำงานอื่น ๆ ต่อไป เพื่อป้องกันการหลงลืมและทำให้ผู้ร่วมทีมสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ทันที
 - 5.1.5 ไม่บันทึกก่อนปฏิบัติจริง เพราะไม่ทราบว่าเมื่อไรจะมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์
- 5.2 บันทึกโดยมีการใช้ภาษา วิธีการที่ถูกต้อง ชัดเจน ดังนี้
 - 5.2.1 ใช้คำพูดที่ชัดเจนมีน้ำหนัก ไม่ควรพูดว่า "ปกติดี" "เพียงพอ" ควรใช้คำพูดที่บอกรายละเอียดเป็นตัวเลขชัดเจน
 - 5.2.2 ไม่ใช่คำที่เป็นการตัดสินหลังคำปฏิเสธ ควรเป็นการบรรยายถึงสิ่งที่มองเห็น ให้เห็นสภาพผู้รับบริการในขณะนั้น
 - 5.2.3 ใช้คำกะทัดรัดได้ใจความ ตัดข้อความที่ไม่สำคัญออกไป
 - 5.2.4 ใช้สัญลักษณ์ คำย่อที่เป็นสากลและเชื่อว่าคำย่อนั้นคนในทีมสุขภาพสามารถทำความเข้าใจได้
- ชัดเจน
 - 5.2.5 ใช้ไวยากรณ์ต่างๆ ให้ถูกต้อง ไม่ใช่ภาษาพูด
 - 5.2.6 ถ้าเขียนผิด ชีดเส้นผ่าน 1 เส้น แต่ยังคงมองเห็นข้อความเดิมได้เขียนคำถูกเหนือคำผิดนั้น ไม่ควรเขียนแทรกระหว่างคำ เพราะจะทำให้การบันทึกนั้นเชื่อถือได้น้อย
 - 5.2.7 เขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน
 - 5.2.8 เขียนด้วยหมึกสีดำ หรือน้ำเงิน
 - 5.2.9 ก่อนจบเขียนเส้นจบให้เรียบร้อย อย่าปล่อยช่องว่าง เพราะจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นมาเขียนเพิ่มเติมได้ ซึ่งจะมีผลในแง่กฎหมาย ผู้เซ็นกำกับต้องรับผิดชอบในข้อความนั้น
 - 5.2.10 เขียนชื่อและตำแหน่งให้ชัดเจน
 - 5.2.11 ในแต่ละแผ่นของรายงานต้องเขียนชื่อ-สกุล ของผู้รับบริการให้เรียบร้อย
 - 5.2.12 ห้ามใช้เครื่องหมายละใจความ (" - ")
- 5.3 บันทึกข้อมูลครบถ้วนชัดเจนเป็นความจริง และสิ่งที่บันทึกต้องมีความเหมาะสมเกี่ยวเนื่อง ไม่จำเป็นต้องบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยจะทำให้เสียเวลา และอาจเป็นการก้าวร้าวความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ เขียนบันทึกความก้าวหน้าที่เป็นจริง มีความจำเพาะ คือสิ่งที่ได้เห็น ได้ยินจริง ไม่ใช่ความคิดเห็น หรือการแปลผลของพยาบาล
- 5.4 สิ่งที่ควรบันทึกได้รับการบันทึกครบถ้วน ดังนี้
 - 4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม
 - 4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย
 - 4.3 อากาและอาการแสดงที่ไม่ปกติ รุนแรงขึ้น ช้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- 4.4 การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ และการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- 4.5 การตรวจเยี่ยมโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ
- 4.6 ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการรักษา
- 4.7 ผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด ต้องมีการลงเวลา อาการก่อนขณะ และหลังทำ ผลที่ได้เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง
- 4.8 ต้องคำนึงถึงความสำคัญของการบันทึกด้านกฎหมายทุกครั้งที่บ้านทีกเพราะสิ่งที่บันทึกจะสะท้อนถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลเสมอ
- 4.9 ควรบันทึกต่อเนื่อง โดยบันทึกเมื่อผู้รับบริการรับใหม่ มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีกิจกรรมการรักษาพยาบาล ย้ายเข้าหรือย้ายออกจากตึก จำหน่าย ไม่สมัครอยู่ หนีกลับ หรือถึงแก่กรรม

6. กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย ธรรมิกบวร (2540) ได้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลว่าเป็นขั้นตอน วิธีการที่จะได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ เป็นประโยชน์ แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง โดยยึดหลักตามแนวกระบวนการพยาบาล ดังนี้

6.1 ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล การรวบรวมก่อนการบันทึก เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง การรวบรวมข้อมูลที่ดี ย่อมช่วยให้บันทึกได้ดี ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

6.1.1 ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ เกี่ยวกับการเกิดโรค การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ซึ่งความรู้นี้ จะเป็นแนวทางให้สามารถค้นหาข้อมูลได้ตรง ครบถ้วน เพราะรู้ว่าจะต้องสังเกตอาการอะไรบ้าง ประเมินปัญหาในเรื่องใด ติดตามอาการอะไร เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีทักษะในการสังเกตที่ดีเพื่อช่วยให้สามารถค้นหาข้อมูลที่น่าสนใจอื่น ๆ ได้

6.1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับเพื่อเป็นแนวทางในการหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดตามความต้องการของ Maslow หรือแบบแผนสุขภาพของ Gordon หรือใช้ทฤษฎีของ Orem มาเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้แนวคิด หรือทฤษฎีใดก็จะประเมินผู้รับบริการตามทฤษฎีนั้นๆ เช่น ถ้าเป็นทฤษฎีของ Orem ก็จะต้องบันทึกเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

6.1.3 มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพและง่ายต่อการบันทึก เพื่อให้เกิดผลในการปฏิบัติ ซึ่งในการเลือกแบบฟอร์มได้นั้นเป็นความจำเป็นที่แต่ละสถาบันจะต้องตกลงกันเอง

6.2 ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาพร้อมแล้วให้พิจารณาว่าจะบันทึกอย่างไร จึงจะสั้น กระชับ ได้ข้อมูลเพียงพอ ครบถ้วนและสะดวกต่อการปฏิบัติถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องศึกษาและฝึกฝนให้เกิดทักษะ โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์สิ่งที่บันทึกดังนี้

6.2.1 ข้อมูลนั้นเป็นจริงแน่นอนหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคงคลุมเครือไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้ความหมาย ให้บันทึกตามที่เห็น

6.2.2 ข้อมูลที่ได้นั้น เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการในลักษณะใด เช่น เป็นปัญหาที่พยาบาลค้นพบ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว เป็นต้น ซึ่งข้อความในลักษณะดังกล่าวสามารถลงบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้นั้นไม่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ในแง่ที่จะเชื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลก็ไม่จำเป็นที่จะต้องบันทึกทั้งหมด

6.2.3 การบันทึก จะบันทึกในลักษณะใด ให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น เป็นช่วงเวลา หรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวร เช่น ถ้าวิเคราะห์ได้ว่า การบันทึกข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ขณะให้การดูแลในเวรกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วอยู่ในภาวะวิกฤต หรือป่วยหนัก ถ้าในลักษณะนี้ควรพิจารณาเขียนเป็นช่วงเวลา หรือทันทีที่ได้ข้อมูล เพื่อให้ได้รายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เต็มที่ ถ้าข้อมูลที่รวบรวมได้ไม่มีความรีบด่วน และไม่จำเป็นก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวร

6.2.4 การนำเสนอข้อมูล เพื่อการบันทึกทางการพยาบาลนั้น ควรจะวิเคราะห์ถึงวิธีการนำเสนอว่า รูปแบบใดจึงจะชัดเจน เหมาะสม สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ผู้บันทึกจะต้องมีการพัฒนาตลอดไป

6.2.5 สิ่งที่จะบันทึกมีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ สามารถบันทึกลงในแผ่นรายงานได้หรือไม่ เป็นต้น

6.3 ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล ตามหลักการที่กล่าวถึงวิธีการบันทึกอย่างถูกต้อง ด้วยลายมือที่อ่านง่าย ชัดเจน เพราะถ้าบันทึกอ่านยากอาจทำให้ความหมายเปลี่ยนไปได้

6.4 ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการบันทึกทุกครั้ง ว่าได้เขียนบันทึกตรงตามการตอบสนองจากผู้รับบริการ และสิ่งที่สังเกต ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

7. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ซึ่งผู้เขียนนำเสนอ 6 รูปแบบ ดังนี้ (สุริย์ ธรรมมิกบวร, 2540; พรศิริ พันธสี, 2552)

7.1 การบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (narrative record) เป็นรูปแบบที่พยาบาลทุกคนมีความคุ้นเคยมากที่สุด นิยมใช้กันมาก ก่อนจะมีการบันทึกด้วยแบบฟอร์มต่างๆ เป็นการบันทึกตามสิ่งที่สังเกตได้ อาจบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของผู้รับบริการ ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ตัวอย่างการบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (narrative record) (ศรีัญญา จุฬาริ, 2552)

วคป	กิจกรรม	ลายเซ็น
1 ม.ค.50 (08.00- 16.00น.) 7.30 น.	รับเวร ผู้รับบริการรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผลไม่มี discharge ซึม ไม่มี กลิ่นจุน ไม่บ่นปวดแผล สัญญาณชีพ T = 37.2 C, P = 80 ครั้ง/นาที, R = 18 ครั้ง/นาที BP = 120/80 mmHg -----	ฉัตรชนก RN
10.30 น.	ทำแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแบบ wet dressing pack ด้วย 0.9 % NSS แผลมีสีแดงดี ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นจุน บ่นปวดแผลเล็กน้อย แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีบาดแผล และ การรับประทานอาหารโปรตีนและวิตามินซีเพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล ผู้รับบริการ เข้าใจ สัญญาณชีพ T = 37 C, P = 76 ครั้ง/นาที, R = 18 ครั้ง/นาที BP = 120/80 mmHg -----	ฉัตรชนก RN

7.1.1 ข้อดี

- 1) เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย ค้นเคย
- 2) สามารถใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ได้ง่าย
- 3) ถ้าบันทึกอย่างถูกต้อง จะประกอบด้วยปัญหา การดูแลและการตอบสนองของผู้รับบริการ
- 4) เขียนได้รวดเร็ว

7.1.2 ข้อเสีย

- 1) ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา
- 2) เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อย ๆ จึงพบว่า มักขาดการประเมินผล ขาดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ การบันทึกข้อมูลมักเป็นการบันทึกตามที่เห็นหรือซักถามได้ ไม่มีการระบุปัญหาชัดเจน เป็นผลให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดูแล เนื่องจากไม่มีการสืบค้นข้อมูลเพียงพอ ซึ่งถ้ามีการวิเคราะห์ ก็มักจะมีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสม
- 3) ไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล
- 4) ยากที่จะประเมินคุณภาพการพยาบาล
- 5) ขาดความสม่ำเสมอในการกำหนดปัญหาทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะของพยาบาลแต่ละคน จึงทำให้ขาดความต่อเนื่อง
- 6) ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่ชัดเจน

7.2 การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) มีการระบุถึงปัญหา บอกถึง การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและผลการปฏิบัติ ซึ่งในส่วนของกรบันทึกจะมีอยู่ 3 ส่วนคือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล ดังแสดงในตารางที่ 4.10

7.3 การบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) เป็นการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติการที่มีจุดชี้เฉพาะ 3 ประการคือ สิ่งที่ได้รับบริการให้มีความสำคัญหรือพฤติกรรมขณะนั้น อาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และผลที่สำคัญของการรักษา

จะเห็นว่า จุดที่ชี้เฉพาะต้องการการพยาบาล ดังนั้นคำที่บอกถึงจุดชี้เฉพาะ จึงไม่ใช่การวินิจฉัยทางการแพทย์ แต่อาจบอกถึงความต้องการหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่นในผู้รับบริการที่ขาหัก จะพบความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมผ่าตัด ความเจ็บปวด หองผูก และการประเมินเกี่ยวกับการเข้าเฝือกหรือดั่งกระดูก เป็นต้น

จุดประสงค์ของระบบชี้เฉพาะ

- 1) ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก
- 2) ทำให้ง่ายต่อการบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน
- 3) ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้รับบริการให้มีความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลเด็กทารก เป็นต้น
- 4) ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล
- 5) ทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการบันทึกแบบชี้เฉพาะ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังตารางที่ 4.11 และ 4.12

ตารางที่ 4.11 ตารางการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (สุรีย ธรรมิกบวร, 2540)

วัน เวลา	จุดชี้เฉพาะ	บันทึกความก้าวหน้า (DAR)
		DATA..... Action..... Response.....

7.1.3 ข้อดี

- 1) ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก
- 2) บันทึกอย่างเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน
- 3) ชี้ชัดในสิ่งที่ผู้รับบริการให้มีความสำคัญ ไม่จำเป็นของเป็นปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลตนเองหลังตัดขา เป็นต้น จึงอาจไม่ต้องเขียนปัญหาในลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาล
- 4) ง่ายต่อการสืบค้น

7.3.2 ข้อเสีย อาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้ หรืออาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในกรณีติดตามผลการให้ยา

ตารางที่ 4.12 ตัวอย่างการบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) (ศรัญญา จุฬาริ, 2552)

วคป.	จุดชี้เฉพาะ	บันทึกความก้าวหน้า	ลายเซ็น
1 มกราคม 2550 (08.00-16.00 น.) 10.30 น.	ไม่สุขสบาย ปวดแผล มาก	ข้อมูล - สีหน้าแสดงถึงความเจ็บปวด - มีแผลผ่าตัด mid line บริเวณหน้าท้อง หลังผ่าตัด 1 วัน การพยาบาล - จัดท่านอน fowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดการดึงของบาดแผล - ให้ยาแก้ปวด pethidine 25 mg เข้าหลอดเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ - เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดโดยให้อ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ชอบ - วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อ การประเมิน - ผู้รับบริการนอนพักผ่อน หลับตามเตียงได้ - บาดแผลมีสีแดง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นจุน - อ่านหนังสือบันเทิงที่จัดให้ตลอดช่วงเช้า ไม่บ่นปวดเพิ่มขึ้น - สัญญาณชีพ 10.00 น. T = 37.2 C	ฉัตรชนก RN

7.4 การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented record)

การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการเป็นหลัก ผู้เริ่มระบบนี้เมื่อปี ค.ศ. 1987 คือ นายแพทย์ Lawrence Weed โดยนำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาได้มีการนำมาปรับใช้ในวงการพยาบาล

7.4.1 องค์ประกอบสำคัญ การบันทึกระบบนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ

- 1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นจากการประเมินผู้รับบริการ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย Subjective data และ Objective data
- 2) รายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และนำมาเรียงลำดับความสำคัญ วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน รอได้หรือแก้ไขแล้ว
- 3) แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหามาตามี่ระบุไว้ โดยพิจารณาตามความรุนแรง เร่งด่วนของปัญหา
- 4) การบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการ (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

7.4.2 รูปแบบการบันทึก มีดังนี้

7.4.2.1 SOAP note และพัฒนาเป็น SOAPIE note คือ

S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการมักบันทึกในลักษณะคำพูดหรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการหรือผู้รับบริการ

ตารางที่ 4.10 ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) (ศรีัญญา จุฬาริ, 2552)

วคป.	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล	ลายเซ็น
1 มกราคม 2550 (08.00-16.00 น.) 10.30 น.	ไม่สุขสบายปวด เนื่องจากมีการ ติดเชื้อบริเวณ บาดแผลหน้า ท้อง	- จัดให้นอนท่า Fowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้า ท้องหย่อนตัวลดอาการเกร็งบริเวณหน้าท้อง - ทำแผลบริเวณหน้าท้องแบบ wet dressing pack ด้วย 0.9% NSS เพื่อชะ ล้างสิ่งสกปรกบริเวณบาดแผล - เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดโดยให้ อ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ชอบ - วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อสังเกต อาการเปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อ	- ผู้รับบริการนอนพักผ่อน หลับตาคนเดียวได้ - บาดแผลมีสีแดง ไม่มีเนื้อ ตาย ไม่มีกลิ่นฉุน - อ่านหนังสือบันเทิงที่จัดให้ ตลอดช่วงเช้า ไม่บ่นปวด เพิ่มขึ้น - สัญญาณชีพ 10.00 น. T = 37.2 C	ฉัตรชนก RN

7.2.1 ข้อดี

- 1) บอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาได้ชัดเจน
- 2) มีการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงความรู้ทาง

วิชาชีพ

3) ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวและมีความต่อเนื่องเพราะทีมการพยาบาล
มองปัญหาในทิศทางเดียวกัน

- 4) มีการประเมินผลการทำงานชัดเจนทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมทันเวลา
- 5) สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลและกระตุ้นให้มีการเขียนวินิจฉัย

การพยาบาล

7.2.2 ข้อเสีย

1) ขาดขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล การติดตามผลการปฏิบัติเพื่อประเมินผลว่าปัญหานั้น
ได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่

2) ไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการที่
ปัญหาไม่เปลี่ยน

การบันทึกโดยวิธีนี้น่าจะเป็นที่นิยมมากขึ้นถ้าพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนวินิจฉัย
การพยาบาลมาก เพราะการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลนั้นต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึกอาจทำให้ใช้
เวลานาน จนเกิดความท้อถอยหรือไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบการคิดวิเคราะห์

ตารางที่ 4.12 ตัวอย่างการบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) (ศรัญญา จุฬาริ, 2552)

วคป.	จุดชี้เฉพาะ	บันทึกความก้าวหน้า	ลายเซ็น
1 มกราคม 2550 (08.00-16.00 น.) 10.30 น.	ไม่สุขสบาย ปวดแผล มาก	ข้อมูล - สีหน้าแสดงความเจ็บปวด - มีแผลผ่าตัด mid line บริเวณหน้าท้อง หลังผ่าตัด 1 วัน การพยาบาล - จัดท่านอน fowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดการดึงของบาดแผล - ให้อาแก้ปวด pethidine 25 mg เข้าหลอดเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ - เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดโดยให้อ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ชอบ - วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อ การประเมิน - ผู้รับบริการนอนพักผ่อนหลับตาคนเดียวได้ - บาดแผลมีสีแดง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นจุน - อ่านหนังสือบันเทิงที่จัดให้ตลอดตรงเช้า ไม่บ่นปวดเพิ่มขึ้น - สัญญาณชีพ 10.00 น. T = 37.2 C	ฉัตรชนก RN

7.4 การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented record)

การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการเป็นหลัก ผู้เริ่มระบบนี้เมื่อปี ค.ศ. 1987 คือ นายแพทย์ Lawrence Weed โดยนำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาได้มีการนำมาปรับใช้ในวงการพยาบาล

7.4.1 องค์ประกอบสำคัญ การบันทึกระบบนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ

- 1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นจากการประเมินผู้รับบริการ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย Subjective data และ Objective data
- 2) รายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และนำมาเรียงลำดับความสำคัญ วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน รอได้หรือแก้ไขแล้ว
- 3) แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหาตามที่ระบุไว้ โดยพิจารณาตามความรุนแรง เร่งด่วนของปัญหา
- 4) การบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการ (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

7.4.2 รูปแบบการบันทึก มีดังนี้

7.4.2.1 SOAP note และพัฒนาเป็น SOAPIE note คือ

S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการมักบันทึกในลักษณะคำพูดหรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการหรือผู้รับบริการ

O (Objective data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การตรวจร่างกายและแจกเอกสารอื่น ๆ

A (Analysis) คือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่ายังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง

P (Plan) คือแผนการรักษาพยาบาล ต่อมาเมื่อผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง คือเพิ่มจาก SOAP เป็น SOAPIE ดังนี้

I (Interventions) คือการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ

E (Evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

7.4.2.2 *PIE note* เป็นการบันทึกตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยรวมแผนการพยาบาลเข้าไปอยู่ใน progress note จึงต้องบันทึกปัญหาทางการพยาบาลในทุกผลัดของการทำงาน PIE note ประกอบด้วย

P (Problem) คือ ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

I (Interventions) คือการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้รับบริการ

E (Evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับ

7.4.2.3 *Focus DAR note* เป็นการบันทึกตามปัญหาเฉพาะกรณี โดยไม่เน้นเฉพาะปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ แต่สามารถบันทึกเหตุการณ์อื่นๆที่สำคัญได้ เช่น สิ่งที่เกิดจากการให้คำแนะนำหรือการสอนผู้รับบริการ เป็นต้น Focus DAR note ประกอบด้วย

D (Data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการและญาติ

A (Action) คือ กิจกรรมการพยาบาล

R (Response) คือ การตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลของผู้รับบริการ

การวางแผนในระบบนี้จะรวมถึงการวางแผนจำหน่ายโดยจะระบุไปแต่ละปัญหาว่ามีปัญหาใดที่ยังไม่แก้ไข และจะสามารถแก้ไขได้โดยวิธีการใด

ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหาเป็นหลัก ประกอบด้วย 2 แบบฟอร์ม ดังตารางที่ 4.13 และ

4.14

ตารางที่ 4.13 แบบฟอร์มแสดงรายการปัญหา (ศรีบุญญา จุฬารัตน์, 2552)

ปัญหาที่	ปัญหา	วันเริ่มต้น	วันที่สิ้นสุด
1	เสี่ยงต่อการติดเชื้ในทางเดินหายใจเนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานและไม่สามารถขับเสมหะเองได้	4/1/53	6/1/53
2	แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง	4/1/53	

ตารางที่ 4.14 แบบบันทึกความก้าวหน้า แบบ SOAPIE note (ศรีบุญญา จุฬารี, 2552)

วคป.	เวลา	การเปลี่ยนแปลง	ลายเซ็น
1 มกราคม 2553 (08.00- 16.00 น.)	7.30 น.	S : "รู้สึกปวดที่แผลผ่าตัด" "เมื่อคืนนอนไม่ค่อยหลับ ปวด บางที่ต้องลุกมานั่ง งอตัวไว้" O : - ผู้รับบริการหลังผ่าตัด 1 วัน มีแผลผ่าตัด midline line ไม่มี discharge ซึม - ทำทางอิดโรย รอบตาคล้ำ อ่อนเพลีย เขามืออ้อมที่แผลตลอดเวลา - ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 mmHg A : แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง: นอนไม่หลับเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด P : ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ และ ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา _____	ฉัตรชนก RN
	12.00 น.	I : - จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ กันม่านข้างเตียง ให้ญาติเฝ้าใกล้ชิดขณะที่ ผู้รับบริการนอน - จัดท่านอน fowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดการดึงของบาดแผล - ให้ยาแก้ปวด pethidine 25 mg เข้าหลอดเลือดตามแผนการรักษาของ แพทย์ - เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดขณะก่อนนอนโดยให้ฟังเพลงที่ชอบ E : - ผู้รับบริการฟังเพลงที่จัดให้และนอนพักผ่อนบนเตียงได้ตลอดช่วงเช้า - หลังจากตื่นนอน ไม่บ่นปวดเพิ่มขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น _____	ฉัตรชนก RN

7.4.3 ข้อดี

- 1) ทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน
- 2) ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว

7.4.4 ข้อเสีย

- 1) การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือ สนใจจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจึงจะได้รับประโยชน์
เต็มที่
- 2) ถ้าการดูแลผู้รับบริการแยกออกเป็นส่วน ๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การ
บันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา

7.5 การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting)

ปัจจุบันสถานพยาบาลหลายแห่งได้มีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้เก็บข้อมูลมากมายในแผนกต่างๆทั้งทางเงิน
พัสดุ บุคคล โภชนาการ เภสัชกรรม รวมทั้งข้อมูลทางด้านประวัติผู้ที่มาใช้บริการและข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ
ต่างๆในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาลสถานพยาบาลบางแห่งได้มีการพัฒนาวิธีการลงบันทึกข้อมูลต่างๆโดย
ใช้คอมพิวเตอร์ให้การทำงานมีความสะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถดูหรือตรวจสอบข้อมูล ประวัติของผู้รับบริการ
การวินิจฉัยการพยาบาลการวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งสามารถพัฒนาคุณภาพการ
บริการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหลายๆสถาบันได้ (ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์

โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล = International Classification for Nursing Practice: ICNP) และยังสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่นๆทำให้มีการทำงานประสานกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ช่วยให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ คือ การวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการทุกคนแม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้รับบริการอยู่เสมอเพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนเป็นการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการถ้าไม่มีระบบความปลอดภัยหรือระบบป้องกันการเข้าถึงข้อมูลอย่างเพียงพอซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านกฎหมาย

7.6 การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้รับบริการ (Clinical pathway, Care map charting)

การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้รับบริการเป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการดูแลผู้รับบริการแบบ Case management ซึ่งเป็นการบันทึกแผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้รับบริการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมีการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ช่วยให้บุคลากรในทีมสหภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลและสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน (The Case Management Society of Australia, 2004 อ้างถึงใน พรศิริ พันธศรี, 2552) ดังแสดงในตารางที่ 4.15

7.6.1 ข้อดี

- 1) บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถให้การดูแลรักษาผู้รับบริการได้รวดเร็วโดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์เนื่องจากมีแนวทางในการรักษามาตรฐาน (Standard order) อยู่แล้ว
- 2) ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้ข้อมูลผู้รับบริการอย่างชัดเจนในทีมสหภาพจึงเป็นการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางการดูแลทำให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด
- 3) เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหภาพเพื่อการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวแบบองค์รวม .
- 4) ทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการเป็นระบบมีประสิทธิภาพและผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง

- 5) สามารถใช้ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

7.6.2 ข้อเสีย

ไม่เหมาะสมสำหรับบันทึกในผู้รับบริการที่เป็นหลายโรคเนื่องจากแผนการดูแลรักษาจัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานสำหรับผู้รับบริการแต่ละโรค และไม่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะแทรกซ้อนเพราะไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ผู้รับบริการจะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายและกลับบ้านตามที่กำหนดได้

ตารางที่ 4.15 ตัวอย่าง แผนการดูแลโรค

คุณลักษณะในการดูแล	ก่อนผ่าตัด 1 วัน	วันที่ผ่าตัด	หลังผ่าตัด 1 วัน	หลังผ่าตัด 2 วัน
การประเมินภาวะสุขภาพ				
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
การรักษาทางยา				
อาหาร				
กิจกรรม				
การสอน				

สรุป การจะเลือกการบันทึกทางการพยาบาลแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน แต่สิ่งที่ควรคำนึงก็คือ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้รับบริการและโอกาสที่จะพัฒนาวิชาชีพให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ย่อมต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน การเห็นด้วย และความพอใจที่จะเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ไม่ควรจะได้รับรื้อนในการเปลี่ยนแปลง อาจใช้การปรับเปลี่ยนไปที่ละจุด เพื่อศึกษาความพร้อมและการเป็นไปได้ต่อไป (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540)

8. แนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ

แนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อรับผู้รับบริการใหม่ การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการก่อนทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษและหลังจากทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ การเขียนบันทึกการพยาบาลขณะผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยบริการ การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ย้ายไปรักษาต่อหน่วยงานอื่น การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ถึงแก่กรรม (Schillinget al, 2006 อ้างถึงใน พรศิริ พันธศรี, 2552)

ตารางที่ 4.16 การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อรับผู้รับบริการใหม่ (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. บันทึกข้อมูลว่ารับผู้รับบริการจากแผนกใดการมาถึงแผนกใช้รถนอน รถนั่ง หรือเดินมาเอง เพราะลักษณะการนั่งการเดินจะบอกสภาพผู้รับบริการขณะแรกรับได้ 2. บันทึกอาการสำคัญที่ผู้รับบริการมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการแพ้ยา(ในกรณีที่มีสถานพยาบาลบางแห่งมีเนื้อหาส่วนนี้อยู่ในแบบฟอร์มบันทึกการรับผู้รับบริการใหม่แล้วก็ไม่จำเป็นต้องบันทึกซ้ำอีก)	1.บันทึกเวลาที่รายงานแพทย์ให้ทราบว่ามีมารับผู้รับบริการใหม่ 2. บันทึกประเมินการติดตามประเมินสัญญาณชีพการตรวจวัดทางระบบประสาทหรือการประเมินเรื่องอื่น ๆ ตามปัญหา 3. การแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆของโรงพยาบาล เช่น ระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้รับบริการ การปฏิบัติตัวในขณะอยู่ในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยบริการที่ผู้รับบริการต้องเกี่ยวข้อง เช่น การใส่เตียงผู้รับบริการ การใช้สัญญาณเรียกพยาบาล การ	1. ประเมินผลการพยาบาลต่างๆเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงหรือพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังให้การพยาบาล 2. ประเมินผลการดูแลรักษาหลังจากผู้รับบริการได้รับการรักษาตามแผนการรักษา 3. ประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งการปฏิบัติตามสิ่งที่สอนหรือ

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>3. บรรยายสภาพทั่วไป (General appearance) เช่น รูปร่างลักษณะ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ความผิดปกติที่สังเกตได้ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น แขน ขามีแรงหรือไม่ มีความพิการที่อวัยวะส่วนใดหรือไม่ การมองเห็นการได้ยินเป็นอย่างไร มีบาดแผลบริเวณใด มีพฤติกรรมแปลกๆ หรือไม่ เป็นต้น</p> <p>4. เขียนปัญหาทางการพยาบาลหรืออาการและอาการแสดงที่ประเมินได้ในขณะแรกรับ (อาการแรกรับ)</p> <p>5. สัญญาณชีพแรกรับ</p> <p>6. สิ่งที่ติดตัวมากับผู้รับบริการ เช่น สายให้อาหารทางจมูก (NG tube) สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) เป็นต้น</p>	<p>ใช้ห้องน้ำ</p> <p>4. การดูแลรักษาเมื่อแรกรับตามแผนการรักษา</p> <p>5. กิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ตามปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ประเมินได้เมื่อแรกรับผู้รับบริการ</p>	แนะนำ

ตารางที่ 4.17 การเขียนบันทึกการพยาบาลก่อนการส่งผู้รับบริการทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษที่แพทย์วางแผนที่จะทำให้ผู้รับบริการ เช่น ชนิดของการผ่าตัดอวัยวะใด ด้านใดของร่างกายผู้รับบริการ ชนิดของยาสลบที่แพทย์วางแผนให้ผู้รับบริการ</p> <p>2. ปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดก่อนการผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษทั้งปัญหาด้านร่างกายและด้านจิตสังคม</p> <p>3. สภาพหรืออาการของผู้รับบริการก่อนไปห้องผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษ</p> <p>4. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ติดตัวไปกับผู้รับบริการ เช่น สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid) ยา หรืออุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับผู้รับบริการในห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษฟิล์มเอ็กซเรย์ เป็นต้น</p>	<p>1. บันทึกเกี่ยวกับการเตรียมตัวผู้รับบริการก่อนทำผ่าตัดทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเตรียมความสะอาดทั่วร่างกายและการเตรียมผิวหนังเฉพาะที่จะทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ การงดน้ำงดอาหารการสวนอุจจาระ การให้ผู้รับบริการปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด เป็นต้น</p> <p>2. การเตรียมตัวผู้รับบริการทางด้านจิตใจก่อนทำผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษ</p> <p>3. การเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจอื่น ๆ และเอกสารต่างๆ ให้พร้อมก่อนถึงเวลาผ่าตัดหรือตรวจพิเศษการมยาสลบ การเจาะเลือดตรวจเชื้อ HIV</p> <p>4. การให้ข้อมูลหรือการสอนผู้รับบริการเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจพิเศษ</p>	<p>1. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลว่าหลังจากเตรียมตัวผู้รับบริการให้พร้อมต่อการผ่าตัดและการตรวจพิเศษแล้วผู้รับบริการมีสภาพจิตใจเป็นอย่างไร</p> <p>2. ประเมินความรู้และความสามารถของผู้รับบริการในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษ</p> <p>3. ประเมินผลการตรวจวัดสัญญาณชีพและอาการต่างๆ ของผู้รับบริการก่อนไปห้องผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษ</p>

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	5. บันทึกการตรวจความพร้อมก่อนส่ง ผู้รับบริการไปห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ เช่น ถอดฟันปลอม ถอดเครื่องประดับ ล้างเครื่องสำอาง ล้างเล็บ 6. การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาก่อนไปส่งห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ เช่น การให้ยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนปัสสาวะแบบคาไว้ (Retained Foley catheter) 7. การตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งผู้รับบริการไปห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ 8. ระยะเวลาที่ส่งไปห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ	

ตารางที่ 4.18 การเขียนบันทึกการพยาบาลหลังการทำผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษ (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. บันทึกชนิดของการผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษ อวัยวะที่ได้รับการผ่าตัดชนิดของยาสลบที่ได้รับ 2. บรรยายสภาพทั่วไปของผู้รับบริการขณะกลับมาจากห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น หรือห้องตรวจพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกตัวตำแหน่งและลักษณะแผลผ่าตัด เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด 3. บรรยายสิ่งที่ติดตัวมากับผู้รับบริการ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ประเภทและจำนวนเลือดหรือสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ - ชนิดหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เช่น radiac drain, foley catheter, nephrostomy tube, intercostal drainage - สารคัดหลั่งหรือสิ่งที่ไหลออกมาจากผู้รับบริการ (discharge) โดยระบุลักษณะสี จำนวนของสารคัดหลั่ง 	1. บันทึกเกี่ยวกับการติดตามตรวจวัดสัญญาณชีพในระยะแรกที่รับ กลับจากห้องผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษอย่างใกล้ชิด 2. บันทึกการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว 3. บันทึกการติดตามการเปลี่ยนแปลงของแผลผ่าตัด เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดและปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายผู้รับบริการ 4. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด 5. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลต่างๆตามสภาพปัญหาที่ประเมินได้ เช่น การดูแลปัญหาทางเดินหายใจ การบรรเทาอาการเจ็บปวด การดูแลปัญหาทางเดินหายใจ การบรรเทาอาการบาดเจ็บ การดูแลแผลผ่าตัดการจัดทำนอน การดูแลความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Intake-output) การกระตุ้นให้	1. บันทึกการประเมินผลหลังให้การพยาบาลและหลังให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพ ลักษณะแผลผ่าตัดอาการเจ็บปวดของแผลผ่าตัดอาการข้างเคียงของยาสลบ พฤติกรรมหรืออาการของผู้รับบริการตามสภาพปัญหาที่พบ 2. ประเมินผลความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหรือหลังการตรวจพิเศษของผู้รับบริการเพื่อประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>4. บันทึกสัญญาณชีพ</p> <p>5. บันทึกปัญหาทางการพยาบาลหรืออาการผิดปกติอื่น ๆ หลังผ่าตัดหรือหลังการตรวจพิเศษที่ประเมินได้ในขณะนั้น เช่น อาการช้ำเขียวจากการได้รับยาเสพติดหรือยา</p> <p>6. บันทึกผลของการตรวจพิเศษเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลรักษาต่อไป</p>	<p>ผู้รับบริการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นต้น</p> <p>6. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การให้ยา การให้เลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด เก็บปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น</p>	

ตารางที่ 4.19 การเขียนบันทึกการพยาบาลขณะได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. การให้สารอาหารทางสายยาง (Tube feeding) บันทึกปัญหาก่อนให้อาหาร เช่น ลักษณะ จำนวนของสิ่งตกค้าง (Content) ในกระเพาะอาหาร อาการแสดงขณะได้รับอาหาร เช่น ลำไส้ ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน</p>	<p>บันทึกชนิดอาหารที่ให้ทางสายยาง ความเข้มข้นของแคลลอรี่ต่อจำนวนของอาหารที่ให้ทางสายยาง และปริมาณอาหารที่ให้แต่ละมื้อ (เช่น ดูแลให้ Blenderize diet 1:1 จำนวน 400 cc.) รวมทั้งกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการที่ให้อาหารทางสายยาง</p>	<p>บันทึกการประเมินผลเกี่ยวกับจำนวนที่ผู้รับบริการสามารถรับอาหารทางสายยางได้และอาการแสดงของผู้รับบริการภายหลังจากให้อาหารทางสายยางแล้ว</p>
<p>2. การขั้บด้ายปัสสาวะหรือการสวนปัสสาวะ</p> <p>บันทึกปัญหาของการขั้บด้ายปัสสาวะ เช่น ผู้รับบริการปัสสาวะไม่ออก ต้องการเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพาะเชื้อในผู้รับบริการที่ไม่สามารถปัสสาวะได้เองหรือต้องการประเมินปริมาณของปัสสาวะที่ค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังจากการขั้บด้ายปัสสาวะเสร็จ</p>	<p>บันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถขั้บปัสสาวะได้ ถ้ามีการสวนปัสสาวะให้บันทึกชนิดของการสวนปัสสาวะ เช่น สวนปัสสาวะแบบครั้งเดียว (Single catheterization) หรือสวนปัสสาวะ แบบคาสายสวน (retained foley catheterization) ในกรณีของการสวนปัสสาวะแบบคาสายสวนให้บันทึกกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการที่มีสายสวนปัสสาวะ เช่น การป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลทำความสะอาดรอบ ๆ รูเปิดของท่อปัสสาวะการดูแลและเปลี่ยนสายสวนและถุงรองรับปัสสาวะ(urine bag)</p>	<p>บันทึกลักษณะสีและจำนวนของปัสสาวะที่สวนได้ในกรณีของการสวนปัสสาวะแบบคาสายสวนสิ่งที่ต้องการประเมินผลเพิ่มเติมจากการสวนแบบครั้งเดียวคืออาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่ออกในแต่ละเวรหรือแต่ละวัน รวมทั้งประเมินจำนวนน้ำที่ผู้รับบริการได้รับเพื่อประเมินความสมดุลของปัสสาวะที่ออกกับปริมาณน้ำที่ได้รับ (intake/output)</p>
<p>3. ผู้รับบริการที่มีบาดแผล</p> <p>บันทึกปัญหาหรือสภาพของบาดแผลก่อนทำแผลให้ชัดเจน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชนิดของบาดแผล เป็นแผลผ่าตัดแผล 	<p>บันทึกวิธีการทำแผลเช่น dry dressing wet dressing การชะล้างบาดแผล (wound irrigation) น้ำยาที่ใช้ทำแผลหรือชะล้างบาดแผลวัสดุอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในผู้รับบริการ</p>	<p>1. บันทึกการประเมินผลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการว่าหลังจากให้การพยาบาลแล้วบาดแผลมีการเปลี่ยนแปลง</p>

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>กลอก แผลถูกแทง แผลกดทับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตำแหน่งของบาดแผลอยู่ในบริเวณใด ขนาดและจำนวนของบาดแผลมีกี่แห่ง - ลักษณะของบาดแผลมีการติดเชื้อหรืออักเสบ (อาการปวดบวม แดง ร้อน)หรือไม่ - สิ่งคัดหลั่งที่ไหลออกจากบาดแผลเช่น มีเลือด หรือมีหนองหรือไม่ 	<p>แต่ละราย บันทึกกิจกรรมพยาบาลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบาดแผล เช่น การป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล รวมทั้งบันทึกการเตรียมความพร้อมหรือคำแนะนำที่ให้ ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผลเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>อย่างไร</p> <p>2. กรณีที่สอนผู้รับบริการหรือญาติให้ทำแผลควรประเมินผลว่าผู้รับบริการหรือญาติสามารถทำแผลได้ถูกต้องหรือไม่อย่างไร มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบาดแผลมากน้อยเพียงใดเพื่อประเมินความสามารถของผู้รับบริการและญาติในการดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน</p>

ตารางที่ 4.20 การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ย้ายไปรักษาต่อหน่วยงานอื่น (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกสาเหตุที่ผู้รับบริการย้ายแผนก เช่น เพื่อไปตรวจรักษาแผนกอื่น ผู้รับบริการต้องการย้ายไปห้องพิเศษ เป็นต้น 2. บันทึกคำสั่งของแพทย์ที่ให้ย้าย ผู้รับบริการไปแผนกอื่น โดยเฉพาะแผนกผู้รับบริการหนัก (ICU) 3. บันทึกสรุปภาพโดยรวมตั้งแต่แรกรับ จนถึงวันที่ผู้รับบริการย้ายออกจากแผนกหรือหอผู้ป่วย 4. บันทึกสภาพผู้รับบริการขณะย้าย (อาการและอาการแสดงหรือพฤติกรรมของผู้รับบริการ) สิ่งที่ต้องติดตัวไปกับผู้รับบริการ เช่น สายยางให้อาหาร (NG tube) สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) 5. บันทึกข้อมูลที่สำคัญและปัญหาสุขภาพ (ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม) ที่ต้องส่งต่อให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ประเมินสภาพผู้รับบริการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยอย่างละเอียดโดยเฉพาะกรณีผู้รับบริการมีอาการหนัก เช่นบันทึกการตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจวัดทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวจำนวนสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย เป็นต้น 2. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลต่างๆตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการอย่างละเอียด เช่น การดูแลปัญหาทางเดินหายใจ การดูแลความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่การดูแลป้องกันอันตรายต่างๆที่อาจเกิดกับผู้รับบริการการรักษาที่ผู้รับบริการได้รับ พร้อมทั้งผลการตรวจต่างๆ 3. ตรวจเอกสารต่างๆ ให้ถูกต้อง ครบถ้วนก่อนย้ายและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน 4. บันทึกการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่จะรับย้ายผู้รับบริการเพื่อแสดงความพร้อมในการย้ายผู้รับบริการ 5. ระยะเวลาที่ย้ายผู้รับบริการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ 2. บันทึกปัญหาหรืออุปสรรคของการย้ายผู้รับบริการว่ามีหรือไม่อย่างไร

ตารางที่ 4.21 การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกสาเหตุที่ผู้รับบริการกลับบ้าน เช่น ผู้รับบริการอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้รับบริการต้องการกลับบ้านญาติผู้รับบริการต้องการนำผู้รับบริการกลับไปดูแลที่บ้านเป็นต้น</p> <p>2. บันทึกสภาพพร้อมตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน เช่น การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับกับผู้รับบริการและก่อนกลับบ้าน วิธีการรักษาจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล</p> <p>3. บันทึกสรุปปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องและปัญหาที่จำเป็น ต้องส่งต่อโดยต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน ตลอดจนแผนการดูแล</p> <p>4. บางหน่วยงานอาจใช้แบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้านรวมอยู่กับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ</p>	<p>1.บันทึกการประเมินสภาพผู้รับบริการก่อนสิ้นสุดการดูแล เช่น สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงต่างๆ</p> <p>2. บันทึกการสอนหรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การรับประทานยา อาการข้างเคียง อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกาย การพักผ่อน การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์</p> <p>3. บันทึกการจัดการเรื่องการส่งต่อ หรือการมาตรวจตามนัดและเอกสารที่ได้มอบให้ผู้รับบริการ</p> <p>4. ระบุเวลาที่ผู้รับบริการกลับบ้าน</p>	<p>1. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลตามสภาพปัญหาผู้รับบริการก่อนกลับบ้าน</p> <p>2. บันทึกผลของการให้คำแนะนำว่าผู้รับบริการเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือไม่มากนักเพียงใด</p> <p>3. บันทึกผลของการจัดการเรื่องการส่งต่อ (ถ้ามี)</p>

ตารางที่ 4.22 การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อผู้รับบริการไม่สมัครใจอยู่หรือหนีออกจากโรงพยาบาล (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1.บันทึกเหตุผลหรือความต้องการของผู้รับบริการที่ต้องการออกจากโรงพยาบาล เช่น ต้องการย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น</p> <p>2. บันทึกสรุปสภาพโดยทั่วไปของผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนถึงวันที่ผู้รับบริการไม่สมัครใจอยู่</p> <p>3. สำหรับผู้รับบริการที่หนีออกจากโรงพยาบาลหรือผู้รับบริการที่หายไปจากโรงพยาบาลโดยไม่แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ให้บันทึกวันที่ เวลาและสภาพผู้รับบริการที่เห็นครั้งสุดท้าย</p>	<p>1. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงถึงความพยายามที่จะให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล เช่น การอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงความสำคัญหรือความจำเป็นในการรักษา อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะที่ย้ายในกรณีนี้สภาพผู้รับบริการไม่พร้อมที่จะย้ายในขณะนั้น</p> <p>2. ถ้าผู้รับบริการยืนยันไม่สมัครใจอยู่ในโรงพยาบาลให้บันทึกการรายงานผู้บังคับบัญชาตามสายงานและการแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ</p>	<p>1. ประเมินผลของการพยายามที่จะให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล</p> <p>2. ประเมินผลการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการที่พบ</p>

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	<p>3. บันทึกการให้ผู้รับบริการเซ็นชื่อในใบไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล หากผู้รับบริการปฏิเสธที่จะเซ็นชื่อ ให้บันทึกไว้เป็นหลักฐาน เพื่อนำไปใช้กรณีมีปัญหาทางด้านกฎหมายในภายหลัง</p> <p>4. กรณีผู้รับบริการยังไม่ออกจากโรงพยาบาล ต้องบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ผู้รับบริการต่อไปจนกว่าผู้รับบริการจะออกจากโรงพยาบาล</p> <p>5. ระบุวันที่ เวลาที่ผู้รับบริการออกจากโรงพยาบาล</p>	

ตารางที่ 4.23 การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ถึงแก่กรรม (พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกสภาพผู้รับบริการเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล</p> <p>2. บันทึกอาการ อากาการแสดงหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการโดยละเอียดให้ถูกต้องกับความเป็นจริงและสัมพันธ์กับเวลาที่เกิดเหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง ไม่ควรมีช่วงเวลาที่ไม่มีกรบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ</p>	<p>1. บันทึกกิจกรรมการประเมินสภาพผู้รับบริการขณะรับไว้ในความดูแล เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งความถี่ในการประเมิน</p> <p>2. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลขณะให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการในระยะวิกฤต หรือการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างละเอียดและต่อเนื่อง</p> <p>3. ในกรณีที่มีคำสั่งไม่ช่วยฟื้นคืนชีพผู้รับบริการ ควรมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการบันทึกเกี่ยวกับการแจ้งญาติให้ทราบและญาติยินยอมให้กระทำได้</p> <p>4. บันทึกเกี่ยวกับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการเมื่อใกล้วาระสุดท้าย</p> <p>5. บันทึกเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและความช่วยเหลือด้านอื่นๆ กับญาติผู้รับบริการ</p> <p>6. ระบุวัน เวลาที่ผู้รับบริการถึงแก่กรรมและเวลาย้ายศพออกจากแผนก</p>	<p>บันทึกผลการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการหรือผลการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการที่พบในวาระสุดท้าย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการและญาติ</p>

9. เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (สำนักการพยาบาล , 2539)

เพื่อให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกัน เกิดความเชื่อมั่นในผลการตรวจสอบ กองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4 C ได้แก่ Correct, Complete, Clear และ Concise ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

9.1 ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่สอดคล้องและสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้รับบริการดังนี้

9.1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาลและถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด

9.1.2 รายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

9.1.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้ผู้รับบริการถูกต้องและสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

9.1.4 บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ กิจกรรมการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำให้ผู้รับบริการ

9.1.5 ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้รับบริการ

9.1.6 บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่าง ๆ ถูกต้อง

9.2 ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่องดังนี้

9.2.2 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ หรือสภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ครอบคลุมทั้งปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

9.2.3 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติ คือ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ

9.2.4 เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

9.3 ความชัดเจน (Clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ดังนี้

9.3.1 บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล

9.3.2 ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่าเห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

9.4 ได้ใจความ (Concise) หมายถึง การบันทึกที่กะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้รับบริการ อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และชี้บ่งให้เห็น

ความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

10. ระยะเวลาในการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4 C นี้ ตรวจสอบตามเกณฑ์การบันทึกแบบฟอร์มการพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

10.1 ระยะการบันทึกแรกกับผู้รับบริการ (รับใหม่หรือรับย้าย) ประกอบด้วย

10.1.1 วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึก วัน เดือน ปี ที่แรกกับผู้รับบริการ ณ หอผู้ป่วยหรือที่นั้น ๆ ลงในช่อง วัน เดือน ปี

10.1.2 เวลา หมายถึง การบันทึกเวลาแรกเริ่ม ลงในช่องเวลา หรือบรรทัดต่อจากวัน เดือน ปี

10.1.3 สรุปสภาพปัญหาผู้รับบริการ หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาแรกเริ่ม ครอบคลุมตั้งแต่ วิธีการ/ยานพาหนะ ที่นำผู้รับบริการจากหน่วยผู้รับบริการนอก/หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาปรากฏเมื่อแรกเริ่ม ประกอบกับบันทึกสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ในกรณีที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนปัญหาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

10.1.4 การรักษา หมายถึง การบันทึกการรักษาที่ผู้รับบริการได้รับ ที่กระทำการรักษาเฉพาะเพื่อการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อแรกเริ่มโดยไม่นับรวมถึงแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง

10.1.5 การพยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหของผู้รับบริการที่ปรากฏเมื่อแรกเริ่ม

10.1.6 อาการและอาการแสดงภายหลังการรักษา และการพยาบาล หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏเนื่องจากผลของการให้การรักษาของแพทย์และการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ตามการรักษาและการพยาบาลเมื่อแรกเริ่ม (ประเมินผลการรักษาพยาบาลของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล)

10.1.7 การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏที่ตัวผู้รับบริการภายหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์ และได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเมื่อแรกเริ่ม (ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นที่ตัวผู้รับบริการ)

10.2 ระยะ การบันทึกต่อเนื่องระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

10.2.1 วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึกวัน เดือน ปี ที่บันทึกต่อเนื่องขณะนั้นในแต่ละวัน

10.2.2 เวลา หมายถึง เวลาที่บันทึกขณะที่ผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือได้รับการรักษาพยาบาล

10.2.3 อาการและอาการแสดงที่ปรากฏอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการที่ปรากฏในแต่ละเวรซึ่งจะต้องบันทึกอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่องกันทุกเวร และทุกวัน เพื่อแสดงความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล (ความถี่ของการบันทึกสัมพันธ์กับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้รับบริการ)

10.2.4 อาการและอาการแสดงด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลง หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายที่ปรากฏแทรกซ้อนจากอาการเดิม ในกรณีที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบ

ประสาทและสมอง ให้บันทึกทั้งอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง

10.2.5 อาการและอาการแสดงด้านจิตใจ หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกถึงสภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งอาจจะมีผลจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ปัญหาด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้รับบริการเอง (ความดีของการบันทึกสัมพันธ์กับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้รับบริการ)

10.2.6 การปรับตัวที่แสดงต่อสภาพการเจ็บป่วย หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกถึงการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจโดยการแสดงออกทางด้านคำพูด สีหน้า กริยาท่าทาง

10.2.7 ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกถึงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย

10.2.8 กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการด้านร่างกาย หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อการดูแลช่วยเหลือบำบัด บรรเทา อาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย รวมทั้งการสนองความต้องการของผู้รับบริการตลอดจนการเตรียมผู้รับบริการให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามความพร้อม ความต้องการในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

10.2.9 กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการด้านจิตใจ และอารมณ์ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อการดูแลช่วยเหลือ บำบัด บรรเทา ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ ของผู้รับบริการ

10.2.10 กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการด้านสังคม และเศรษฐกิจ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการในการปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และรวมทั้งการเตรียมผู้รับบริการในการปรับตัวเข้าสู่ครอบครัว สังคม และชุมชน ตลอดทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับบ้าน

10.2.11 อาการและอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจภายหลังการทำกิจกรรมการพยาบาล (การประเมินผลการพยาบาล) หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ ๆ แล้ว

10.2.12 การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (ประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นที่ตัวผู้รับบริการ) หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏที่ตัวผู้รับบริการภายหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์ และได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ

10.2.13 กิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ หมายถึง การบันทึกกิจกรรมด้านการสอนให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ

10.2.14 ชื่อผู้บันทึก หมายถึง การบันทึก ชื่อ-สกุล ของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้รับบริการและทำการบันทึก

10.2.15 ตำแหน่งของผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ผู้บันทึก

10.3 ระยะการบันทึกก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย

10.3.1 วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึก วัน เดือน ปี ที่จำหน่ายผู้รับบริการ

10.3.2 เวลา หมายถึง การบันทึกเวลาที่จำหน่ายผู้รับบริการ

10.3.3 ประเภทการจำหน่าย หมายถึง การบันทึกประเภทของการจำหน่าย เช่น แพทย์อนุญาต ผู้รับบริการหนีกลับ ผู้รับบริการไม่สมัครใจอยู่รักษา เป็นต้น

10.3.4 อาการและอาการแสดง หมายถึง การบันทึกสรุปอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการที่ปรากฏก่อนจำหน่าย ในกรณีที่ผู้รับบริการยังมีความผิดปกติเกี่ยวกับสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ให้บันทึกข้อมูลเหล่านี้ไว้เป็นหลักฐานด้วย

10.3.5 สรุปสภาพผู้รับบริการก่อนจำหน่าย หมายถึง การบันทึกสภาพทั่วไปของผู้รับบริการทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนจำหน่าย

10.3.6 แผนการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การบันทึกสรุปผลการเตรียมผู้รับบริการเพื่อการดูแลตนเอง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและแผนการเตรียมผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อการดูแลตนเองของผู้รับบริการต่อเนื่อง ที่บ้าน

10.3.7 การส่งต่อและหรือการนัด หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลขณะส่งต่อตลอดทั้งวิธีการ/ยานพาหนะที่นำผู้รับบริการส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานบริการใกล้บ้าน ตลอดทั้งกิจกรรมการนัดผู้รับบริการ โดยระบุ วัน เดือน ปี และเวลา รวมทั้งสถานที่ในการนัดผู้รับบริการมารับการรักษาต่อเนื่อง

10.3.8 ชื่อผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกชื่อเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการ

10.3.9 ตำแหน่งของผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกตำแหน่งในการปฏิบัติงาน เช่น RN เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกตามเกณฑ์ของกองการพยาบาล จะต้องใช้มาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค และการจำแนกประเภทผู้รับบริการเป็นหลัก การเขียนปัญหาและแผนการพยาบาลจะต้องเขียนไปจนกระทั่งปัญหาของผู้รับบริการหมดสิ้นไป จึงจะเปลี่ยนเป็นการสรุปความก้าวหน้าของการพยาบาลแต่ละวันไปจนกระทั่งจำหน่ายได้ หากมีการบันทึกตามแนวทางที่สำนักงานการพยาบาลกำหนดได้ จะได้รับการบันทึกที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างแท้จริง

11. ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาลและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล

11.1 ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล จากการทบทวนและประสบการณ์ พบว่า ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่ม (ประคิน สุจฉายา, 2549; ศิริพร ชัมภลลิต, 2552; เรณู พุกบุญมี, 2552) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

11.1.1 ปัญหาของระบบการจัดการ ประกอบด้วย

11.1.1.1 นโยบาย พบว่า ยังไม่มีแนวทางในการนำนโยบายในการบันทึกทางการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติในระดับองค์กร หน่วยงานและระดับบุคคลที่ชัดเจน

11.1.1.2 ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านการบันทึกทางการพยาบาล

1) ผู้บริหารการพยาบาลไม่ให้ความสำคัญและสนับสนุนอย่างเพียงพอในการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล

2) ผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่สามารถกำหนดกรอบแนวคิดสำหรับการบันทึก หรือแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน

11.1.1.3 องค์ความรู้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลยังมีจำกัด
- 2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการพยาบาล

มีน้อย ทำให้การเขียนบันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม

11.1.1.4 แบบฟอร์ม

- 1) แบบฟอร์มมีหลากหลาย
- 2) แบบฟอร์มมีมาก เกิดความซ้ำซ้อนโดยเฉพาะ
- 3) การบันทึกที่แยกแต่ละสาขาวิชาชีพทำให้ไม่เห็นภาพรวมของปัญหา

11.1.1.5 แหล่งสนับสนุน

1) ภาระงานของพยาบาลมีมากไม่สอดคล้องกับอัตรากำลัง ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการเขียนบันทึก

- 2) ไม่มีคู่มือ แนวทางการเขียนบันทึกสำหรับใช้ศึกษาหรืออ้างอิง
- 3) ไม่มีโปรแกรมการศึกษาต่อในด้านกรบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 4) โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการบันทึกยังมีข้อจำกัด

11.1.2 ด้านสมรรถนะของบุคลากรพยาบาล แบ่งเป็น

11.1.2.1 ผู้นิเทศ

1) ผู้นิเทศการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกยังมีไม่มากพอ

2) ผู้นิเทศขาดสมรรถนะในการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่เป็นการวิจารณ์ที่ขาดคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไขทำให้ผู้บันทึกขาดกำลังใจและมีทัศนคติที่ดีในการขอคำปรึกษา

11.1.2.2 ผู้ปฏิบัติการบันทึก

1) มีความเบื่อหน่ายในการบันทึกเนื่องจากมีทัศนคติว่าการบันทึกเป็นเรื่องที่ยาก แม้ว่าจะรับรู้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

2) บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำและไม่บันทึกสิ่งที่ทำโดยเฉพาะบทบาทอิสระทางการพยาบาล

3) ขาดทักษะในการรวบรวมข้อมูล ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลจึงทำให้ไม่ครอบคลุมไม่เป็นองค์รวม

4) ไม่ได้อ่านหรือศึกษาบันทึกของกันและกันหรือบันทึกของทีมสหสาขา ทำให้ไม่มีทิศทางหรือแนวทางในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ต่อเนื่อง

11.2 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (จิตรศิริ ชันเงิน, 2542; ประคิน สุจฉายา และคณะ, 2549; เรณู พุกบุญมี, 2552; วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2552; ศิริพร ชัมภลิจิต, 2552; สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2551)

ประคิน สุจฉายา และคณะ (2549) ได้ศึกษาถึงบันทึกทางการพยาบาลและกรณีศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้มีการใช้ประโยชน์และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ไว้ดังนี้

11.2.8 บันทึกลงทางการพยาบาลเป็นสารสนเทศทางการพยาบาลและการมดุงครรภที่ล่ำคัฒ ควรมีการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา ซึ่งอาจใส่แผนการพยาบาลไว้ในคอมพิวเตอร์หรือระบบสารสนเทศและพัฒนาาระบบสารสนเทศให้สามารถเชื่อมโยงภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

11.2.9 หน่วยงานหรือองค์กรควรพิจารณาส่งเสริมแหล่งสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การพิจารณาภาระงานของพยาบาลที่มีมากและเพิ่มอัตรากำลังในการปฏิบัติ หัวหน้าตึก หัวหน้าเวรหรือพยาบาลอาวุโสในหน่วยงานควรสร้างขวัญและกำลังใจและบรรยากาศที่ดีในการทำงานโดยเฉพาะในการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถักถวมมิตร จัดสรรให้มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอทันสมัยเพื่อลดการเสียเวลาในการทำงานอื่น

11.2.10 หากลวิธีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล (สุดศิริ นริฏฐนุณหะ, 2551) เช่น

- 1) ทำตัวอย่างกรณีศึกษา (Case study) เกี่ยวกับแผนการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึก และการบันทึกที่มีความต่อเนื่อง
- 2) ทำ nursing grand round และ nursing conference รวมถึงการทำ pre-post conference จะทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้รับบริการแต่ละรายเพิ่มขึ้น
- 3) ทำกิจกรรมการเยี่ยมชม (Shopping) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันศึกษาดูการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างหอผู้รับบริการ และระหว่างแผนก
- 4) นำการจัดการความรู้ (Knowledge management) มาใช้ในการพัฒนา เช่น การจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) การบันทึกทางการพยาบาล
- 5) จัดประเมินระดับบุคคล หอผู้รับบริการ และแผนก โดยกำหนดเป็น KPIs ของหัวหน้าหอผู้รับบริการและผู้ตรวจการ การประเมินระดับบุคคลเพื่อให้ทุกคนเห็นผลงานของตนเอง และเพื่อการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล
- 6) จัดระบบพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ ในการบันทึกทางการพยาบาล
- 7) พัฒนาร่วมกับสถาบันการศึกษา เพื่อให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพร่วมกัน
- 8) จัดประกวดบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์ของเวชระเบียนประจำเดือน
- 9) หากคู่มือ/ clinical practice guideline การพยาบาลผู้รับบริการกลุ่มที่พบบ่อยในแต่ละหอผู้รับบริการ ซึ่งมีทั้งแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง จะช่วยพยาบาลมีแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

สรุป การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ และเป็นข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการบันทึกซึ่งรูปแบบอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน ทั้งนี้เพราะบริบทของแต่ละสถานบริการนั้นแตกต่างกัน แต่พยาบาลควรทำความเข้าใจในทัศนวิสัยที่สำคัญและทำการบันทึกทางการพยาบาลให้สะท้อนถึงการคิดขั้นสูงเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของบริการพยาบาล

11.2.1 กำหนดมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล และผดุงครรภ์ ในระดับชาติ หรือหน่วยงาน เพื่อให้มีมาตรฐานเกี่ยวกับชนิด ข้อมูลที่ต้องบันทึก และวิธีการบันทึก ทั้งนี้แม้มีมาตรฐานระดับชาติ หน่วยงานสามารถพัฒนาระบบของตนเองได้ภายในระบบของมาตรฐานชาติ

11.2.2 ในการพัฒนาระบบ รูปแบบการบันทึก

1) ถ้าเป็นระดับชาติ อย่างน้อยควรมีผู้ที่เกี่ยวข้องจากฝ่ายการศึกษา และฝ่ายบริการการพยาบาล สภากาพยาบาล สมาคมพยาบาล แพทยสภา สภาวิชาชีพอื่นทางสุขภาพ นักกฎหมาย สำนักงานรับรองคุณภาพพยาบาลแห่งประเทศไทยร่วมพัฒนาทักษะ

2) ถ้าเป็นในระดับหน่วยงาน ควรให้บุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ เป็นตัวแทนเข้ามาร่วมคิด พร้อมทั้งเชิญผู้เกี่ยวข้องภายนอก เช่น จากฝ่ายการศึกษาการพยาบาลมาร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องและให้แต่ละฝ่ายได้รับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน

11.2.3 แต่ละวิชาชีพสามารถพัฒนาแบบบันทึกเพื่อใช้เฉพาะ เช่น พยาบาลอาจมีการพัฒนาแผนการพยาบาล เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้รับบริการประจำวัน อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการสุขภาพทุกสาขาที่ดูแลผู้รับบริการควรประชุมร่วมกัน เพื่อกำหนดแบบบันทึกกลางที่ทุกสาขาสถาบันสามารถใช้ประโยชน์ตลอดจน “แบบบันทึกที่ทุกสาขาสถาบันสามารถร่วมบันทึกได้” อันเป็นการสะดวกที่ผู้ที่มาอ่านสามารถอ่านจากเอกสารฉบับเดียวก็สามารถเห็นและเข้าใจสภาวะผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

11.2.4 องค์กรหรือหน่วยงาน ควรมีกรรมการจัดประชุมหรือมีกอบรมพัฒนาองค์ความรู้หรือฟื้นฟูความรู้ ด้านกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลอย่างจริงจังและเป็นระบบต่อเนื่อง โดยควรเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการในการฝึกทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งจัดทำคู่มือแนวทาง เพื่อให้ศึกษาและใช้อ้างอิงในองค์กร

11.2.5 หน่วยงาน ควรมีหน่วยงานและบุคลากรรับผิดชอบดูแลงานการบันทึกทางการพยาบาลโดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของกรรมการวิชาการทางการพยาบาล กรรมการประกันคุณภาพโรงพยาบาล หรือเป็นกลุ่มแกนนำที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำ รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผล การบันทึกในรูปแบบต่างๆ และการใช้ประโยชน์ และมีการปรับปรุง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

11.2.6 สถาบันการศึกษาพยาบาลควรติดตามความก้าวหน้าในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของฝ่ายบริการพยาบาลที่สถาบันเกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยงานในระดับประเทศ และมีการปรับการเรียนการสอนให้สอดคล้อง ทั้งนี้ต้องเริ่มด้วยการสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาล นอกจากนี้อาจารย์ที่ดูแลนักศึกษาในแหล่งฝึก ควรให้ความช่วยเหลือในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์

11.2.7 ควรได้มีการนำบันทึกของพยาบาล (nurse's note) หรือผดุงครรภ์ มาวิเคราะห์และศึกษาแนวโน้มของการวินิจฉัยการพยาบาลที่พบบ่อย ความเหมาะสมของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติสำหรับแต่ละปัญหา และผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการสร้างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ให้แนวทางการวิจัยเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น ส่วนการใช้ข้อความวินิจฉัยทางการพยาบาลในหลายรายการที่ไม่สื่อความเข้าใจแก่บุคลากรในต่างวิชาชีพควรมีการทบทวนและปรับปรุงโดยยังคงสามารถแสดงบทบาทพยาบาลหรือผดุงครรภ์ได้เป็น อย่างดี

ตอนที่ 4.3 ความหมาย ความสำคัญและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

เค้าโครงเนื้อหา

- เรื่องที่ 1 ความหมายของการวางแผนการจำหน่าย
- เรื่องที่ 2 วัตถุประสงค์ของการวางแผนการจำหน่าย
- เรื่องที่ 3 องค์ประกอบของการวางแผนการจำหน่าย
- เรื่องที่ 4 ปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ
- เรื่องที่ 5 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ
 - 1) รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge planning
 - 2) รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice
 - 3) รูปแบบ Structured discharge procedure
 - 4) รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning
 - 5) รูปแบบ METHOD
 - 6) รูปแบบ D-METHOD
 - 7) รูปแบบ C3THER

แนวคิด

ความหมาย ความสำคัญและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย วางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้านเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันความเรื้อรังจากการรักษาตัวที่ไม่ถูกต้อง และเพิ่มความแข็งแรงในการปรับตัวต่อสู่กับความเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้รับบริการและครอบครัวอีกด้วย ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้รับบริการนั้นควรกระทำตั้งแต่รับผู้รับบริการไว้ในโรงพยาบาลหรือในความดูแลในทุกระดับบริการ แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมีหลากหลาย วางแผนจำหน่ายที่ประสบผลสำเร็จอย่างดีจะต้องมีกลไกในการส่งเสริมปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการลดหรือแก้ไขปัญหาลดและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาตอนที่ 5.3 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. บอกความหมายของการจำหน่ายผู้รับบริการได้ถูกต้อง
2. ตระหนักถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการได้ถูก
3. อธิบายองค์ประกอบของการวางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้อง
4. อภิปรายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพได้
5. บอกจุดเด่นของรูปแบบการจำหน่ายแต่ละรูปแบบได้ถูกต้อง
6. ระบุปัญหาและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้

4.3 การวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ (Discharge Planning)

การวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปจนถึงบ้านเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันความเสียหายจากการรักษาตัวที่ไม่ถูกต้อง และเพิ่มความแข็งแรงในการปรับตัวต่อสู้กับความเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้รับบริการและครอบครัวอีกด้วย ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้รับบริการนั้นควรกระทำตั้งแต่รับผู้รับบริการไว้ในโรงพยาบาลหรือในความดูแลในหลายๆ แหล่งบริการ เช่น รับผู้รับบริการไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเองก็จะต้องวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการออกจากแผนกไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เป็นต้น

1. ความหมายการวางแผนจำหน่าย

มีผู้ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ดังนี้

กฤษดา แสงดีและคณะ (2539) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายไว้ว่า คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมรวมถึงการให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545) ให้ความหมาย การวางแผนการจำหน่ายไว้ว่า คือ กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งของการดูแล

McKeeHan (1981 อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตรักษ์และอุษาวดี อิศรวิเศษ, 2546) ให้ความหมายการวางแผนการจำหน่ายไว้ว่า คือ กระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อที่บ้านตลอดจนการทำงานร่วมกับผู้รับบริการและญาติเพื่อวางแผนในการปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล

Roden & Taft (1990) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เป็นกลุ่มของกิจกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะต่างๆ ของความเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยเพิ่มความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัว รวมทั้งลดอัตราการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากความหมายที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพอที่จะสรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ คือ กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งโดยมีสถานะที่ดีขึ้น โดยมีพยาบาลเป็นสื่อกลางประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการรวมทั้งครอบครัวของผู้รับบริการ เพื่อการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง คลอบคลุมปัญหาและความต้องการเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างดีที่สุดในที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้

อย่างไรก็ตาม คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายมีหลายคำ อาทิ "Discharge planning" รวมทั้ง "After care" "Referral" และ "Post hospitalization care" ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายตั้งแต่ในอดีตถึงปัจจุบัน เพื่อ บ่ง

บอกถึงการเตรียมความพร้อมที่จะจำหน่ายผู้รับบริการออกจากสถานบริการสุขภาพ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ทั้งนี้มีผู้ได้แย้งว่า การใช้คำดังกล่าวอาจทำให้บุคลากรสับสนและเข้าใจว่า กิจกรรมต่างๆ จะกระทำเมื่อผู้รับบริการได้รับคำสั่งการรักษาว่าให้ "จำหน่าย (discharge) เท่านั้น (Urbanic & McKeehan, 1985 อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ซึ่งปัจจุบันได้ใช้คำว่า "การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care หรือ Continuous care) แทน เพื่อให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการดูแลและระยะของการดูแลได้ชัดเจนขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย นวลนินธุ ลิขิตลือชา (2550) ได้สรุปวัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย มีดังนี้

2.1 เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้รับบริการและผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสมภายหลังการจำหน่ายผู้รับบริการออกจากสถานบริการ

2.2 เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบของโรคและการกลับเป็นซ้ำด้วยสาเหตุเดิม

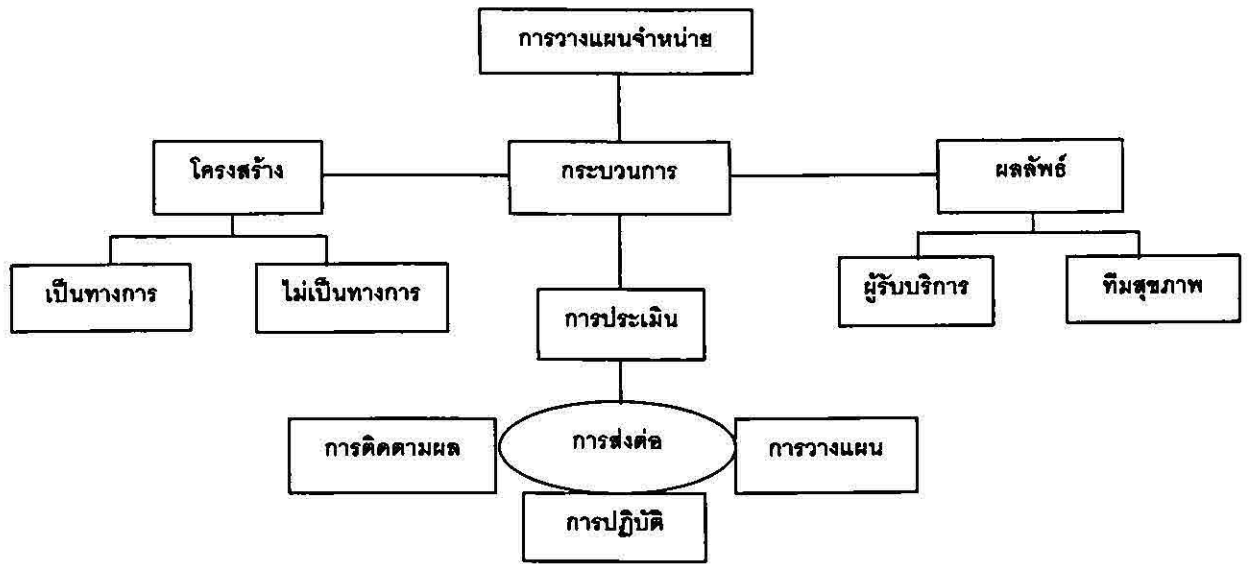
2.3 เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.4 เพื่อส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นที่มีอยู่ในชุมชนให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันพบว่า ตัวจักรสำคัญที่ทำให้บุคลากรจำนวนมากมุ่งพัฒนาวิธีการและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย มาจากประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้ทีมงานสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย เพื่อป้องกันปัญหาการจำหน่ายผู้รับบริการในลักษณะ "quicker and sicker" กล่าวคือ การจำหน่ายที่เร็วขึ้นโดยที่ผู้รับบริการยังอาการไม่ดีพร้อมส่งผลให้ผู้รับบริการกลับมารักษาซ้ำและอาการหนักมากยิ่งขึ้น

3. องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

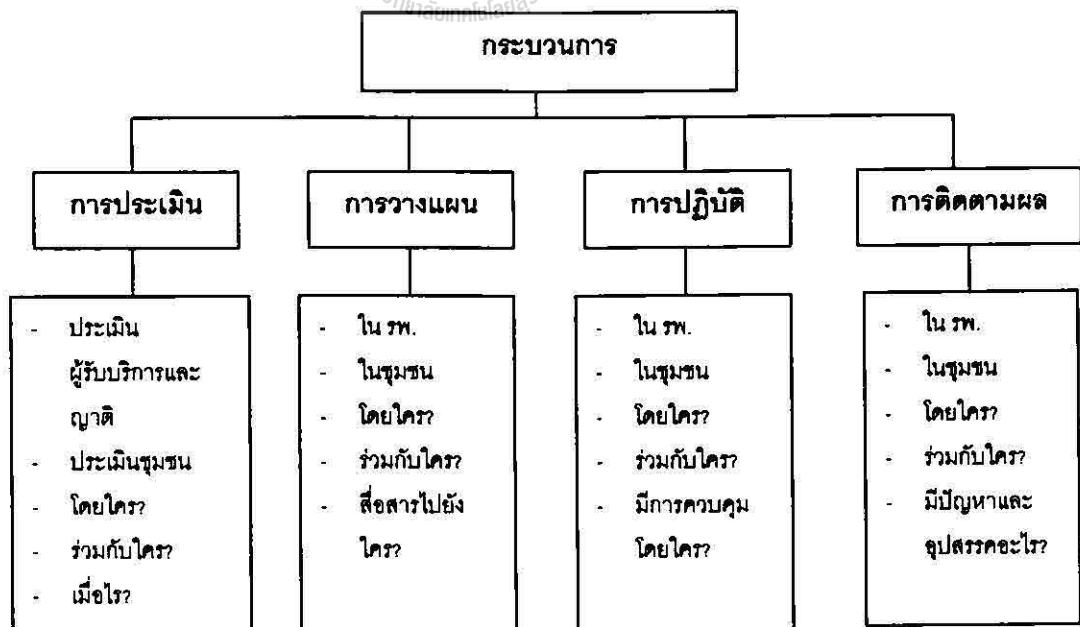
องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 4.4 Lundh & Williams (1997 อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและคณะ, 2546) พบว่าโครงสร้างของหน่วยบริการสุขภาพส่วนใหญ่ แผนจำหน่ายผู้รับบริการอาจมีทั้งในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและที่เป็นทางการ ลักษณะที่ไม่เป็นทางการอาจเป็นการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพระหว่างการเยี่ยมผู้รับบริการ ส่วนลักษณะที่เป็นทางการอาจเป็นแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูล หรือการประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบระเบียบขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้กับทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่บ้าน รวมทั้งผู้รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการต่อในสถานบริการอื่นๆ ได้ทราบถึงความพร้อมของผู้รับบริการเมื่อจำหน่าย และแผนการดูแลต่อเนื่องที่ผู้รับบริการควรจะได้รับภายหลังการจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้รับบริการทั้งในแง่ของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการเข้ารักษาซ้ำและความพึงพอใจ รวมทั้งผลต่อความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายของสถานบริการและการใช้แหล่งประโยชน์อย่างคุ้มค่าและเหมาะสมด้วย



ภาพที่ 4.4 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย (วันเพ็ญ พิขีดพรชัยและคณะ, 2546)

4. กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ

โดยทั่วไปกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือตั้งแต่เมื่อผู้รับบริการเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือแม้แต่หน่วยเตรียมการก่อนรับผู้รับบริการ (Pre-admission clinic) มิใช่รอจนผู้รับบริการจะกลับบ้านจึงวางแผน ประเด็นที่น่าสนใจในกระบวนการวางแผนจำหน่ายประกอบไปด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ โดยมีขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ (ภาพที่ 4.5)



ภาพที่ 4.5 กระบวนการวางแผนจำหน่าย (วันเพ็ญ พิขีดพรชัยและคณะ, 2546)

กระบวนการวางแผนการจำหน่ายมีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ดังนี้

4.1 การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลแบบองค์รวม ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมเพื่อทราบปัญหาที่จำเป็นเพื่อนำไปวางแผนการดูแล การวางแผนการจำหน่ายจะกระทำทันทีตั้งแต่แรกรับรู้และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหากผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้วอาจจะยังมีปัญหาอะไร มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือไม่ ประเมินครอบครัวของผู้รับบริการเพื่อหาผู้ดูแลหลักที่จะช่วยดูแลผู้รับบริการเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ต้องประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือสามารถขอความช่วยเหลือได้

4.2 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ เป็นขั้นตอนในการตัดสินใจสรุปสภาพปัญหาของผู้รับบริการขณะอยู่ในโรงพยาบาลและก่อนที่จะย้ายแผนก หรือก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้รับบริการแต่ละราย ถ้าหากพบว่าข้อมูลที่ได้มาไม่เพียงพอก็ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมได้ ขณะที่ให้การพยาบาลในแต่ละวัน และวางแผนการพยาบาลโดยการตั้งเป้าหมายระยะยาวเกี่ยวกับความต้องการการดูแลหรือปัญหาที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้าน

4.3 การวางแผนการจำหน่าย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งแผนการจำหน่ายที่ดีควรมีความสอดคล้องกันระหว่างแผนการจำหน่ายและแผนการดูแลผู้รับบริการที่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว แผนการจำหน่ายต้องสื่อความหมายในทางปฏิบัติ ทั้งสาระและวิธีการปฏิบัติให้มีความเฉพาะกับผู้รับบริการแต่ละรายและปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานแผนระหว่างทีมบริการสุขภาพและผู้รับบริการเพื่อปัญหาจะได้รับการแก้ไข

4.4 การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย การปฏิบัติตามพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ ญาติและบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้การปฏิบัติบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการซึ่งวิธีปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือ การทำให้หรือการทำให้แทน การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นสนับสนุนสร้างแรงจูงใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการและผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไปยังแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง หลังจากที่มีการปฏิบัติตามแผนเรียบร้อยแล้วต้องมีการบันทึกในรายงานการพยาบาลหรือใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลหรือบันทึกในแบบฟอร์มการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ

4.5 การประเมินผล การประเมินผลการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการและผู้ดูแลมีการประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว กระทำได้โดยสังเกต การสอบถาม พูดคุยเพื่อประเมินว่าผู้รับบริการมีความรู้และความเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้หรือไม่ พยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ อาจต้องกลับมาพิจารณาวางแผนใหม่ตั้งแต่เริ่มต้น หรือกลับมาพิจารณาที่วัตถุประสงค์การพยาบาลหรือเกณฑ์ประเมินผล

5. ปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ ในแต่ละขั้นตอนที่ทำการวางแผนจำหน่ายที่ประสบผลสำเร็จอย่างดี จะต้องมิกลไกในการส่งเสริมปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

5.1 การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ผู้ดูแล (Care giver) และครอบครัว ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆภายใต้สัมพันธภาพที่ดี

5.2 การนำขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

5.3 การเลือกใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ไปสู่บ้าน

5.4 การสนับสนุนจากหน่วยงานในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการเพื่อเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาล ไปสู่บ้านหรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง

5.5 การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้รับบริการ ทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ

วันเพ็ญ พิชิตรชัย และคณะ (2546) ได้ทบทวนเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ พบว่าการศึกษาร่วมใหญ่จะแนะนำให้สร้างความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) ในการวางแผนจำหน่าย แต่ในวรรณกรรมที่กล่าวถึงกระบวนการดังกล่าวกลับพบว่า การวางแผนจำหน่ายถูกมองว่าเป็นหน้าที่เฉพาะของทีมสุขภาพสาขาใดสาขาหนึ่ง (Discipline-specific) เท่านั้น นอกจากนี้บางส่วนยังกล่าวถึงแพทย์ว่า ควรเป็นผู้นำทีมโดยเป็นผู้รับผิดชอบในทูลส่วนของแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ เพราะแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมประตู (Gate keeper) หรือทางของการรับและสำหรับจำหน่ายผู้รับบริการ ในทุกบริการ ในขณะที่วรรณกรรมบางส่วนกล่าวว่า แพทย์เป็นส่วนหนึ่งในสมาชิกของทีมวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ดังนั้นสมาชิกทุกคนสามารถเป็นผู้นำในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการในรายที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ (Expertise) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวด้วย

6. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ

การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ได้มีผู้สนใจเป็นเวลานานและพยายามคิดหารูปแบบที่เหมาะสมกับระบบ หรือหน่วยงานต่างๆตลอดจนเป็นที่พอใจของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ มีการวางแผนที่เป็นระบบและตรวจสอบได้ อย่างไรก็ตามก่อนที่จะทราบถึงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ได้จัดขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ ควรได้มีการเข้าใจถึงความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการก่อน เนื่องจากแนวคิดนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆโดยมีความหมายแตกต่างกันไปบ้าง พอที่จะสรุปได้ดังนี้

การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ (Discharge Planning) คือกระบวนการที่รวมถึงเจตนาที่จะช่วยให้ผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้รับบริการภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้รับบริการ และครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลต่อเนื่อง

รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการในประเทศไทยเท่าที่ปฏิบัติอยู่ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ และผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งลักษณะของการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมควรเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขา (Multidisciplinary team) โดยมีความจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติและความช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลร่วมกัน ได้แก่ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นัก

กายภาพบำบัด พยาบาล และผู้ให้การดูแลผู้รับบริการที่บ้าน สมาชิกในทีมก็จะมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนจำหน่ายที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาล ผู้ซึ่งให้การดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้ร่วมทีมอื่นๆ ควรจะเป็นผู้ประสานให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเกิดขึ้นในแต่ละสถานที่ที่ผู้รับบริการจะต้องเผชิญ เช่น จากบ้าน มาสู่โรงพยาบาล จากหอผู้ป่วยนอกมาสู่หอผู้ป่วยใน จากหอผู้ป่วยในมาสู่ห้องผ่าตัด จากห้องผ่าตัดมาสู่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือจากโรงพยาบาลมาสู่บ้าน เป็นต้น

นอกจากนี้พยาบาลยังมีส่วนร่วมในการประเมินความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัวในการวางแผนจำหน่าย และดำเนินการ ตลอดจนติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งผู้ดูแลต่อเนื่อง ซึ่งในส่วนของผู้ให้การดูแลผู้รับบริการที่บ้าน ในลักษณะของสังคมไทย ส่วนใหญ่แล้วสมาชิกภายในครอบครัวมีส่วนในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และช่วยส่งเสริมให้บรรลุความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการอย่างมาก การวางบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ให้การดูแลอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายได้ โดยผู้เขียนได้เสนอลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันและที่ควรจะเป็นในอนาคต ดังตารางที่ 4.24

นอกจากนี้ ความตระหนักถึงปัญหาในความต่อเนื่องของการดูแล (Fragmentation of care) คุณภาพการรักษายาบาล (Quality of care) ค่าใช้จ่าย (Cost of care) และมาตรฐานบริการของโรงพยาบาล (Hospital accreditation) สำหรับผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น ผู้รับบริการสูงอายุ เด็ก เป็นต้น ทำให้การปรับปรุงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน เริ่มเป็นเป้าหมายหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการศึกษาถึงรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนจำหน่าย จึงได้รับความสนใจมากขึ้น

ตารางที่ 4.24 ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต (อุษาวดี อัศววิเศษ, 2546)

ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในปัจจุบัน	ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในอนาคตที่ควรจะเป็น
1. ส่วนใหญ่ยังมีความเป็นระบบน้อย	1. เป็นระบบและมีเกณฑ์ในการตรวจสอบ
2. เน้นการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการแบบทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง	2. เน้นการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการแบบเฉพาะเจาะจง ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่เดิม
3. ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนร่วมกันในระหว่างสหสาขา	3. มีการวางแผนร่วมกันในระหว่างสหสาขา
4. มักจะไม่ได้รวมญาติหรือครอบครัวไว้ในแผนจำหน่าย	4. รวมญาติและครอบครัวไว้ในแผนจำหน่าย
5. หน้าที่ความรับผิดชอบที่ระบุชัดเจน คือ พยาบาล	5. พยาบาลเป็นผู้ประสานงานให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันในทางปฏิบัติ ได้มีผู้คิดค้นหาวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ ดังเช่น รูปแบบต่างๆต่อไปนี้

- 1) รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge planning
- 2) รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice
- 3) รูปแบบ Structured discharge procedure
- 4) รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning
- 5) รูปแบบ METHOD

6) รูปแบบ D-METHOD

7) รูปแบบ C3THER

รูปแบบเหล่านี้มีทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่างกัน โดยจะได้อธิบายถึงรูปแบบที่กล่าวมาโดยย่อดังนี้

6.1 รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge planning

รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้รับบริการ เพื่อจุดประสงค์ในการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายและผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย จากการศึกษาของ Bull et al., (2000) พบว่า จากการใช้รูปแบบนี้ ผู้รับบริการและญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ได้รับมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเชื่อมั่นว่าตนเองอยู่ในสถานะที่มีสุขภาพดีมากกว่าและใช้ระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำสั้นกว่า

6.2 รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice

รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (Nurse case manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้รับบริการทั้งในสถานะผู้รับบริการในและผู้ป่วยนอก รูปแบบนี้รวมถึงการเยี่ยมผู้รับบริการในโรงพยาบาล และที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ระยะเวลาตามความจำเป็น โดยหวังผลในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต กิจกรรมประจำวันเพิ่มมากขึ้น อัตราตายหรือความเจ็บป่วยลดลง ดังเช่น การศึกษาในผู้รับบริการที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

6.3 รูปแบบ Structured discharge procedure

รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน สำหรับผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้รับบริการเด็กที่มีภาวะหอบหืด โดยมีการจัดทำ "The structured discharge package" ประกอบด้วย

(1) แบบสัมภาษณ์ในการวางแผนจำหน่าย (structured discharge interview) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหอบหืด ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเกิดอาการ วิธีในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านี้ การรับประทานยา และการใช้เครื่องมือช่วยต่างๆ

(2) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

(3) แผนในการดูแลผู้รับบริการที่บ้านสำหรับผู้รับบริการที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย

(4) การอบรมระยะสั้นๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา Oral steroids

(5) สมุดคู่มือสำหรับผู้รับบริการและครอบครัว เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในบริเวณใกล้เคียง ที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ในกรณีที่มีปัญหาหรือเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

6.4 รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning

รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Judith Rorden & Elizabeth Taft (1990 อ้างถึงใน อูชาวดี อัครวิเศษ, 2546) โดยมีลำดับขั้น ดังนี้ (1) Step A: Assessment (2) Step B: Building a Plan (3) Step C: Confirming the Plan

6.4.1 Step A: Assessment

การรวบรวมข้อมูล เกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้รับบริการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้รับบริการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้รับบริการ

6.4.2 Step B: Building a Plan

การสร้างแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ ที่มีผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้ และเป้าหมายของความต้องการ

6.4.3 Step C: Confirming the Plan

การยืนยันแผนการจำหน่าย กระทำเมื่อผู้รับบริการได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มรการประเมินผลจุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

6.5 รูปแบบ METHOD

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการโดยใช้ระบบ M-E-T-H-O-D ของ Cucuzzo (1976 อ้างถึงในสุปราณี ศรีพลวงษ์, 2543) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

6.5.1 Medication (M) ผู้รับบริการต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยาฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆรวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

6.5.2 Environment and Economic (E) ผู้รับบริการและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และการช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม

6.5.3 Treatment (T) ผู้รับบริการและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

6.5.4 Health (H) ผู้รับบริการและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้รับบริการต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆด้วย

6.5.5 Outpatient Referral (O) ผู้รับบริการต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเจ็บพล้น นอกจากนั้น Outpatient Referral ยังหมายถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้รับบริการต่อเนื่อง ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้รับบริการจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

6.5.6 Diet (D) ผู้รับบริการต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง สารเสพติดต่างๆด้วย

6.6 รูปแบบ D-METHOD

เป็นรูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบริการที่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยบริการได้ออกจากโรงพยาบาลได้เร็วที่สุดและสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีรายละเอียดเพิ่มจาก รูปแบบ METHOD คือ D ตัวแรก คือ Disease/ Diagnosis หมายถึง โรคที่เจ็บป่วยหรือการวินิจฉัยโรค เพื่อเป็นการเน้นให้ผู้ดูแลได้เข้าใจถึงภาวะเจ็บป่วยว่าในขณะนี้ผู้ป่วยบริการเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร ซึ่ง พัทธราช บัวเกิด (2552) ได้ศึกษามลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุ 0 – 5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D พบว่า หลังให้การพยาบาลโดยรูปแบบดังกล่าวทำให้คะแนนความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนใช้การวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5

6.7 รูปแบบ C3THER

เป็นกิจกรรมการรักษายาบาลที่สถาบันพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลนำมาใช้ในการวางแผนการจำหน่าย เป็นกิจกรรมการทบทวน การติดตามและประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยบริการประจำวันขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยบริการได้ครอบคลุม ซึ่ง C3THER มีรายละเอียด ดังนี้

6.7.1 Care คือ การทบทวนการดูแลรักษาพยาบาลให้มีความครบถ้วนรวมถึงการดูแลความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยบริการแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยบริการได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

6.7.2 Communication คือ การเตรียมข้อมูลที่จะให้ผู้ป่วยบริการและผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลในการส่งต่อ การทำงานระหว่างทีมเพื่อให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยบริการได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การสื่อสาร การส่งเวร

6.7.3 Continuity คือ ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาพยาบาล และความต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

6.7.4 Team คือ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยบริการต้องมีการทำงานที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยบริการร่วมกัน เพื่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลที่หลากหลายและครบถ้วน

6.7.5 Human Resource คือ ทีมผู้ให้บริการต้องมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยบริการแต่ละราย

6.7.6 Environment คือ การจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยบริการให้มีความเหมาะสม สะดวกปลอดภัยและรวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วยบริการ

6.7.7 Record คือ การบันทึกข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบริการให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์และสามารถสื่อสารระหว่างทีมในการดูแลผู้ป่วยบริการร่วมกัน

สรุป การวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบริการ เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจร่วมทั้งด้านปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยบริการ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับบริการที่ต่อเนื่องที่บ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบริการและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวและชุมชน

บทที่ 5

แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

ตอนที่ 5.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล

- 5.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับมโนคติ ทฤษฎี กรอบทฤษฎีและรูปจำลอง
- 5.1.2 ทฤษฎีการพยาบาล
- 5.1.3 วิวัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล
- 5.1.4 ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลต่อวิชาชีพ

ตอนที่ 5.2 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale (Nightingale's Theory)

- 5.2.1 ประวัติโดยย่อ
- 5.2.2 หลักการพื้นฐาน
- 5.2.3 มโนคติหลักเกี่ยวกับทฤษฎี
- 5.2.4 ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale กับกระบวนการพยาบาล

ตอนที่ 5.3 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Orem's self care Theory)

- 5.3.1 ประวัติโดยย่อ
- 5.3.2 มโนคติหลักของทฤษฎี
- 5.3.3 ทฤษฎีย่อ
- 5.3.4 ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem กับกระบวนการพยาบาล

ตอนที่ 5.4 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (The Roy Adaptation Model)

- 5.4.1 ประวัติโดยย่อ
- 5.4.2 มโนคติหลักของทฤษฎี
- 5.4.3 ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กับกระบวนการพยาบาล

ตอนที่ 5.5 แบบแผนทางสุขภาพของ Gordon (Gordon's Functional Health Pattern)

- 5.5.1 องค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพของ Gordon
- 5.5.2 ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพของ Gordon
- 5.5.3 จุดเด่นและจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพของ Gordon
- 5.5.4 แบบแผนสุขภาพของ Gordon กับกระบวนการพยาบาล
- 5.5.5 การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของ Gordon ในการวางแผนการพยาบาล

แนวคิด

1. แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล วิชาชีพพยาบาลเป็น เป็นวิชาชีพเชิงปฏิบัติ การปฏิบัติจึงต้องมีทฤษฎีหรือองค์ความรู้เฉพาะที่แตกต่างจากศาสตร์สาขาอื่นจึงต้องมีศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อช่วยวิชาชีพให้มีสถานะภาพที่มั่นคงเพราะศาสตร์ทางการพยาบาลจะช่วยเป็นทฤษฎีหรือแม่บทให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ใช้กำหนด

กระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการบริหาร เพื่อพัฒนาพยาบาลและจัดระบบงานพยาบาลให้มุ่งไปสู่เป้าหมายของความสำเร็จตามที่วิชาชีพต้องการและช่วยเป็น เครื่องมือสำหรับนักการศึกษาและครูพยาบาลในการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติทาง วิชาชีพ มีเจตคติ มีทักษะในการปฏิบัติและมีความรู้ในศิลปะการพยาบาล ดังนั้นนักวิชาการในศาสตร์ทางการ พยาบาลจึงได้พัฒนามโนทัศน์ (Concept) ทฤษฎี (Theory) และกรอบแนวคิด (Conceptual framework) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

2. แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale (Nightingale's Theory) Florence Nightingale เป็นผู้กำหนดกรอบแนวคิดทางการพยาบาลให้มีความ ชัดเจนโดยนำธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของบุคคลมาเป็นเครื่องเยียวรักษาเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี อันเป็น แนวทางการพยาบาล ซึ่งวิชาชีพพยาบาลทั้งจะให้แก่สังคม และ Nightingale ยังเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่มุ่งพัฒนา ตัวพยาบาลให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย รวมทั้งมีการจัดระบบพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล

3. แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Orem's self care Theory) Dorothea E. Orem มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะ เรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และบุคคลทุกคนมีความต้องการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างพื้นฐานของร่างกายและ สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีบทบาทที่จะช่วยบุคคลให้สนองความต้องการการดูแลตนเอง ในระดับที่เพียงพอและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มีความเป็น รูปธรรมสูง สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชัดเจน มีทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of self – care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถและปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล รวมถึงความสามารถของบุคคลที่ถูกพึ่งพา ความต้องการการ ดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง และยังกล่าวรวมไป ถึงความสามารถของพยาบาลและความพร่องในความสามารถของพยาบาลด้วย

4. แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (The Roy Adaptation Model) ทฤษฎีการพยาบาลของ Roy พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานหลายทฤษฎีด้วยกัน โดยมีทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีการปรับตัวของ Helson ซึ่งอธิบายถึงสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ทฤษฎีระบบที่นำมาอธิบาย บุคคลว่าเป็นระบบเปิดที่เป็นระบบการปรับตัว ทฤษฎีความเครียด ทฤษฎีความต้องการ นอกจากนี้ยังมีทฤษฎี ทางด้านปรัชญา ที่อธิบายเกี่ยวกับบุคคลที่เป็นองค์รวมและจุดมุ่งหมายของการคงอยู่ของมนุษย์ที่มีลักษณะ การสร้างสรรค์ มีการให้ความหมาย และ Roy มีความเชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถของตนเองมาแต่กำเนิด (innate capabilities) สำหรับมิติด้านการปรับตัวนั้น Roy มองว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านสรีร- กายภาพ ด้านอิมโมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน ในการประเมินภาวะสุขภาพนั้นต้องประเมิน พฤติกรรม และประเมินสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น แล้วจึงนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการกับสิ่งเร้านั้นๆ แล้ว จึงประเมินผลการพยาบาล ซึ่งจะให้ผล 2 ประการ คือ การปรับตัวมีประสิทธิภาพและการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง จะย้อนกลับไปเป็นข้อมูลพฤติกรรมต่อไป

5. แบบแผนทางสุขภาพของ Gordon (Gordon's Functional Health Pattern) แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของ Gordonเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบคลุม หรือ

ชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยร่วมหลายประการ อาทิปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ พัฒนาการในแต่ละวัย สิ่งแวดล้อม ระบบความช่วยเหลือในครอบครัวหรือสังคม การบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ในการประเมินภาวะสุขภาพ จึงควรประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างต่อเนื่องของแต่ละบุคคล ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่มีต่อการทำหน้าที่ของแต่ละแบบแผนซึ่งแบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้ 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management) 2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism) 3) การขับถ่าย (Elimination) 4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise) 5) การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest) 6) สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception) 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept) 8) บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role and Relationship) 9) เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction) 10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance) และ 11) คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาบทที่ 5 จบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล
2. อธิบายความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลกับวิชาชีพพยาบาลได้
3. มีความรู้ ความเข้าใจและอธิบายเกี่ยวกับมโนคติหลักของทฤษฎีการพยาบาลที่เลือกสรรได้ถูกต้อง
4. สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้



5.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับมโนคติ ทฤษฎี กรอบทฤษฎีและรูปจำลอง

- 1) มโนทัศน์หรือมโนคติ
- 2) ทฤษฎี
- 3) กรอบทฤษฎี
- 4) รูปจำลอง
- 5) รูปจำลองเชิงมโนคติ

เรื่องที่ 2 ทฤษฎีการพยาบาล

- 1) ความหมายของทฤษฎีการพยาบาล
- 2) การจำแนกทฤษฎีทางการพยาบาล

เรื่องที่ 3 วิวัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล

- 1) ระยะก่อนปี ค.ศ.1960
- 2) ระยะปี ค.ศ.1971 – 1980
- 3) ระยะปี ค.ศ.1981 – ปัจจุบัน

เรื่องที่ 4 ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลต่อวิชาชีพ

แนวคิด

วิชาชีพพยาบาลเป็น เป็นวิชาชีพเชิงปฏิบัติ การปฏิบัติจึงต้องมีทฤษฎีหรือองค์ความรู้เฉพาะที่แตกต่างจากศาสตร์สาขาอื่นจึงต้องมีศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อช่วยวิชาชีพให้มีสถานภาพที่มั่นคงเพราะศาสตร์ทางการพยาบาลจะช่วยเป็นทฤษฎีหรือแม่บทให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ใช้กำหนดกระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการบริหารเพื่อพัฒนาพยาบาลและจัดระบบงานพยาบาลให้มุ่งไปสู่เป้าหมายของความสำเร็จตามที่วิชาชีพต้องการและช่วยเป็นเครื่องมือสำหรับนักการศึกษาและครูพยาบาลในการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติทางวิชาชีพ มีเจตคติ มีทักษะในการปฏิบัติและมีความรู้ในศิลปะการพยาบาล ดังนั้นนักวิชาการในศาสตร์ทางการพยาบาลจึงได้พัฒนามโนทัศน์ (Concept) ทฤษฎี (Theory) และกรอบแนวคิด (Conceptual framework) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 5.1 แล้วนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาลได้ถูกต้อง
2. อธิบายและจำแนกความแตกต่างระหว่างมโนคติ ทฤษฎี กรอบทฤษฎีและรูปจำลองได้ถูกต้อง
3. เข้าใจและบอกวิวัฒนาการของทฤษฎีทางการพยาบาลได้
4. จำแนกแยกแยะความแตกต่างและความเหมือนของทฤษฎีการพยาบาลที่เลือกสรรได้ถูกต้อง

5.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลในระดับวิชาชีพ พยาบาลต้องสร้างความคิดริเริ่มสร้างสรรค์จากทักษะการปฏิบัติ สร้างความคิด การตัดสินใจอย่างทันการและสมเหตุสมผล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เฉพาะเพื่อเป็นฐานในการปฏิบัติการ ที่ต้องอาศัยทั้งศิลปะและวิทยาศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันนี้มีทฤษฎีทางการพยาบาลเกิดขึ้นหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรของ Watson นอกจากนี้ยังมีแนวคิดบางแนวคิดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลก่อให้เกิดคุณภาพปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาการศึกษาระดับปริญญาโทและการศึกษาระดับปริญญาเอกสร้างองค์ความรู้ใหม่

1. แนวคิดเกี่ยวกับมโนคติ ทฤษฎี กรอบทฤษฎีและรูปจำลอง

พยาบาลเป็นวิชาชีพ ดังนั้นจึงต้องมีศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อช่วยวิชาชีพให้มีสถานภาพที่มั่นคงเพราะ ศาสตร์ทางการพยาบาลจะช่วยเป็นทฤษฎีหรือแม่บทให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ใช้กำหนดกระบวนการพยาบาลและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการบริหารเพื่อพัฒนาพยาบาลและจัด ระบบงานพยาบาลให้มุ่งไปสู่เป้าหมายของความสำเร็จตามที่วิชาชีพต้องการและช่วยเป็นเครื่องมือสำหรับนัก การศึกษาและครูพยาบาลในการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติทางวิชาชีพ มีเจตคติ มีทักษะ ในการปฏิบัติและมีความรู้ในศิลปะการพยาบาล

ด้วยเหตุที่วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพเชิงปฏิบัติ การปฏิบัติจึงต้องมีทฤษฎีหรือองค์ความรู้เฉพาะที่ แตกต่างจากศาสตร์สาขาอื่น ดังนั้นนักวิชาการในศาสตร์ทางการพยาบาลจึงได้พัฒนามโนทัศน์ (Concept) ทฤษฎี (Theory) และกรอบแนวคิด (Conceptual framework) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลมาตั้งแต่ ค.ศ. 1960 (พ.ศ.2503) มาเป็นลำดับ ในปัจจุบันจึงมีทฤษฎีและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลมากมาย

1.1 มโนทัศน์หรือมโนคติ (Concept)

ฟาริดา อิบราฮิม (2551) กล่าวว่า มโนคติเป็นส่วนประกอบหลักของทฤษฎี มโนคติเป็นความคิดภายในใจ หรือข้อสรุปซึ่งสร้างขึ้นในใจเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของหรือเหตุการณ์จากการรับรู้ต่อประสบการณ์ของบุคคล มโนคติจะบอก ปรัชญาการรับรู้ต่อประสบการณ์ของบุคคล มโนคติจะบอกปรัชญาการรับรู้ มโนคติเชิงนามธรรมจะขึ้นกับเวลา หรือสถานที่ เช่น อุณหภูมิของห้องเวลาบ่าย เป็นต้น ในขณะที่มโนคติเชิงรูปธรรมจะเจาะจงเวลาและสถานที่ เช่น อุณหภูมิห้องที่ นาย ก. ซึ่งวัดเวลา 10.00 น. ในหอผู้ป่วย เป็นต้น

การที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับมโนคติต้องเรียนรู้คำศัพท์ที่ใกล้เคียงเกี่ยวข้อง ดังนี้

1) รูปแบบจำลองเชิงมโนคติ (Conceptual model) เป็นการกำหนดความสัมพันธ์ของมโนคติหรือ ข้อเสนอนี้ให้ข้อคิดโดยทั่วๆ ไปหรือในเชิงนามธรรม

2) ปรัชญาการรับรู้ (Phenomena) เป็นเหตุการณ์หรือข้อเท็จจริงซึ่งรับรู้ได้ด้วยสัมผัสโดยตรง เป็นความ จริงซึ่งยืนยันในโลกของความจริง

3) คำจำกัดความ (Definition) เป็นข้อความที่บอกความหมายของคำ วลี หรือศัพท์ต่างๆ ถ้าเป็นคำจำกัดความเชิงทฤษฎีจะให้ความหมายโดยทั่วไปของมโนคติซึ่งปรากฏอยู่ในตัวทฤษฎีนั้นๆ ส่วนคำจำกัดความเชิงปฏิบัติจะชี้เฉพาะถึงกิจกรรมการปฏิบัติที่จำเป็น เพื่อใช้วัดโครงสร้างหรือตัวแปรทั้งหลาย

4) ข้อสันนิษฐาน (Assumption) เป็นข้อความซึ่งคะเนว่าเป็นความจริงโดยไม่ได้ผ่านการพิสูจน์หรือการสาธิต ซึ่งอาจจะชัดเจนหรือพอจะให้ความเข้าใจได้

5) มโนคติสำคัญทางการพยาบาล โครงสร้างมโนคติสำคัญที่ประกอบเป็นองค์ความรู้ทางการพยาบาล มี 4 มโนคติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่ในสถานการณ์ทางการพยาบาล ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการพยาบาล

ความเข้าใจในมโนคติต่างๆ ที่เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลต้องอาศัยการนำความรู้จากศาสตร์อื่นๆ มาใช้ประกอบในการอธิบายให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจนและครอบคลุม เพราะมโนคติทั้ง 4 ด้านที่พยาบาลต้องเกี่ยวข้องเป็นมโนคติที่ใหญ่ เช่น มโนคติเกี่ยวกับคน ซึ่งมีโครงสร้างของกาย จิต สังคมและวิญญาณ มโนคติด้านสิ่งแวดล้อมจะกว้างทั้งเป็นสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพหรือการพยาบาลก็เช่นเดียวกัน พยาบาลจึงต้องเรียนศาสตร์ต่างๆ มากมายเพื่อทำความเข้าใจกับมโนคติเหล่านี้

1.2 ทฤษฎี (Theory)

ทฤษฎีเป็นชุดของมโนคติที่สัมพันธ์กันและให้คำอธิบายอย่างเป็นระบบและทำนายปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ ชัดเจน ทฤษฎีอาจเริ่มต้นด้วยการกำหนดคนในรูปสันนิษฐานและยังไม่ได้ทดลองหรือนำไปทดลองเพื่อหาข้อสนับสนุนให้ก้าวไปสู่ความเป็นทฤษฎีอย่างแท้จริง โดยใช้การวิจัยและให้ทิศทางเพื่อการวิจัยต่อไป ลักษณะเฉพาะของทฤษฎีจะต้องมีเหตุผล มีความง่ายและมีความเป็นสากล ทฤษฎีโดยทั่วไปประกอบด้วย มโนคติและข้อสันนิษฐานโดยบอกความสัมพันธ์ในมโนคติเพื่อสร้างทิศทางที่ชัดเจนให้มองเห็นปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง และให้พื้นฐานเพื่อการพิสูจน์ในรูปแบบมาตรฐานต่อไป และอาจมีทฤษฎีอื่นที่ผ่านการพิสูจน์แล้วหรืออาจเป็นกฎและวินัย ซึ่งจะให้คำถามเปิดที่ยังไม่มีคำตอบเพื่อการค้นคว้าต่อไปด้วยทฤษฎีอื่นที่บอกปรากฏการณ์เดียวกันและมีมโนคติเดียวกันสัมพันธ์กันอยู่ด้วยการพรรณนา หรืออธิบายให้เห็นความแตกต่าง ข้อความเชิงทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติตั้งแต่ 2 มโนคติขึ้นไป ได้แก่ ข้อความซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งซึ่งมั่นใจได้ว่าเป็นความจริงอย่างแน่ชัดเรียก "กฎ" (Law) ข้อความพื้นฐานซึ่งเป็นอิสระจากข้อความอื่นซึ่งแสดงความจริงในเชิงทฤษฎีเรียกความเรียก (Axiom) ข้อความเชิงสมมติฐานซึ่งเกี่ยวข้องกับความจริงเป็นการเสนอข้อเท็จจริงเชิงวิทยาศาสตร์เรียก "ทฤษฎีบท" (Proposition) และข้อความซึ่งบอกความสัมพันธ์และต้องมีการพิสูจน์เรียกสมมติฐาน (Hypothesis)

ทฤษฎีโดยทั่วไปมีหลายลักษณะ ดังนี้

1) ทฤษฎีเฉพาะบุคคล (Personal theory) เกิดจากความพยายามอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลเชื่อหรือให้คุณค่าซึ่งอาจน่าเชื่อถือ หรืออาจต้องระวังเพราะยังไม่เป็นที่เชื่อถือหรือเผยแพร่ อาจมีอคติปนอยู่จึงต้องระมัดระวังถ้าจะนำไปใช้เป็นหลักปฏิบัติ

2) ทฤษฎีเฉพาะที่ (Local theory) เป็นทฤษฎีที่ใช้ได้เฉพาะสถานการณ์หนึ่งๆ ในขณะที่ใดขณะหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่มักจะได้จากการวิจัย ขาดความสัมพันธ์ระหว่างบางสิ่งซึ่งผู้ที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์อาจไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อถือ

3) ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงในกิจกรรมที่จะถือหรือปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งจะครอบคลุมทฤษฎีใหญ่ๆ เช่น ทฤษฎีกระบวนการทางสรีระทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับ

คน เช่น การปรับตัว การเกิดความเครียด และยังรวมผลการวิจัยต่างๆ ที่ใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับ ผู้ใช้บริการให้ดำรงภาวะสุขภาพ

4) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Epistemological theory) จะเกี่ยวข้องกับวิธีการเรียนรู้หรือรับรู้และค้นหาเกี่ยวกับโลกและสรรพสิ่งที่ต้องอาศัยความเชื่อในแหล่งความรู้ที่ถูกต้องจากนักการศึกษาสาขาต่างๆ เช่น นักปรัชญา นักจิตวิทยา และศาสตร์อื่นๆ เพื่อทำความเข้าใจกับองค์ประกอบต่างๆ ที่พยาบาลต้องนำมาใช้ทำความเข้าใจกับธรรมชาติของการปฏิบัติการพยาบาลและบทบาทของพยาบาล อาจให้ความรู้ใหม่ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของคน สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นความรู้ตามกรอบแนวคิดที่พยาบาลต้องค้นเคย

5) ทฤษฎีของทฤษฎี (Meta-theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบาย แยกแยะ ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับทฤษฎีทั้งในด้านเนื้อหา การสร้างและการนำมาใช้ ความถูกต้อง นักทฤษฎีในกลุ่มนี้จะให้เนื้อหาสาระความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีและอาจจะสร้างทฤษฎีเอง

ทฤษฎีจะให้ประโยชน์ในการอธิบายหลักการทั้งหลายที่มนุษย์ประพฤติปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลต้องให้เหตุผลในทุกๆ พฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ให้บริการ พยาบาลจึงจำเป็นต้องแสวงหาทฤษฎีของวิชาชีพ เพื่อให้ทำหน้าที่แก่การปฏิบัติการพยาบาล และให้ความรู้สึกภูมิใจที่พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยศาสตร์ของตนเอง

1.3 กรอบทฤษฎี (Paradigms)

กรอบทฤษฎี คือ ปรัชญาโครงสร้างหรือมุมมองโลก ซึ่งเป็นที่ยอมรับในกลุ่มวิชาชีพ (Chin & Jacob, 1987 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2551) ซึ่งจะให้ข้อตกลงเพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติ วิจัย หรือเพื่อความลึกซึ้งของทฤษฎีเอง สามารถแบ่งประเภทของกรอบทฤษฎีได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1) Positivist paradigm อาจเรียก Empiro-analytical paradigm จะให้มุมมองเชิงประนัยเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดทำหรือควบคุม โดยจะบอกถึงเหตุและผลของการกระทำ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดตามมา เมื่อมีการปฏิบัติ กรอบทฤษฎีในลักษณะนี้จะต้องอาศัยการสังเกตทดลอง สามารถประเมินได้ ควบคุมสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาซ้ำจนสามารถอธิบายเป็นกฎเกณฑ์ และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดจากการปฏิบัติในลักษณะเดียวกันในอนาคต การนำกรอบทฤษฎีนี้ไปใช้อาจแยกเด็ดขาดจากการปฏิบัติ คือ ทฤษฎีการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ แต่ไม่ได้ทำให้เกิดทฤษฎีใหม่ กรอบทฤษฎีในลักษณะนี้จะต้องได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ

2) Interpretative paradigm เป็นกรอบทฤษฎีซึ่งได้จากการฟังคำบอกหรือเฝ้ามองพฤติกรรมและใช้จินตนาการและความเข้าใจของบุคคลอื่นๆ มาประกอบในการตีความและให้ความหมายพฤติกรรม ความรู้ในลักษณะนี้จะได้จากการยอมรับของกลุ่มคนซึ่งอยู่ในสถานการณ์มากกว่านอกเหตุ ทำนายผลหรือใช้การควบคุมจึงเป็นกรอบความรู้จากประสบการณ์ และสร้างเป็นทฤษฎีโดยระจิบความเข้าใจจากพื้นฐานการศึกษามากกว่าการทดลอง และพิสูจน์สมมติฐานจึงสามารถสร้างได้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติ และมีความเชื่อมโยงกับการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด จึงสร้างขึ้นจากผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้อ่อนประสบการณ์ใช้เป็นหลักในการปฏิบัติต่อไป

3) Critical paradigm เป็นกรอบทฤษฎีซึ่งได้จากการกระทำหรือปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ต้องการ เช่น สามารถกระทำอย่างมีเหตุผล ตัดสินใจด้วยความรู้ เข้าใจคนอื่นและรู้จักตนเองเป็นอย่างดี ตระหนักในเป้าหมายส่วนตน สังคมและวิชาชีพ จึงเป็นกรอบทฤษฎีที่ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ซึ่งได้จากการตอบคำถามด้วยเทคนิคและการตีความ กรอบทฤษฎีในลักษณะนี้จะผสมผสานทฤษฎีเข้ากับการปฏิบัติเพื่อทำ

ความเข้าใจในสถานการณ์ ทั้งทฤษฎีและนักปฏิบัติสามารถทำงานร่วมกันได้สถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีและปฏิบัติ และเชื่อมโยงให้เกิดเป็นทฤษฎีเพื่อการปฏิบัติและการปฏิบัติเพื่อสร้างทฤษฎี

กรอบทฤษฎีทั้ง 3 ลักษณะทำให้เห็นความถูกต้องของทฤษฎีย่อมต้องอาศัยปรัชญาคือการมองโลกและการมองความรู้เพื่อใช้ประกอบเป็นกรอบทฤษฎี เช่น Positivist paradigm จะมุ่งนำความรู้จากหลักการมาสร้างเป็นทฤษฎีย่อยๆ (Deductive) เพื่อทำนายและควบคุมด้วยวิธีการทางสถิติเชิงปริมาณและมีลักษณะปรนัย ในขณะที่ Interpretative paradigm อาจมีความเป็นปรนัยน้อยกว่าจะใช้วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการสรุปรวบยอดเพื่ออธิบายและทำความเข้าใจมากกว่ากระทำการปฏิบัติและควบคุม ส่วนกรอบทฤษฎี Critical paradigm ใช้วิธีการสรุปรวบยอด (inductive) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและสร้างองค์ความรู้ จะหาความสัมพันธ์ระหว่างความหมายและความคิดเห็นทางสังคมในด้านอิสรภาพและความรับผิดชอบด้วยวิธีการที่ไม่เป็นปรนัยนัก อาจใช้การวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ การเลือกใช้กรอบทฤษฎีใดขึ้นอยู่กับความพอใจในการเลือกซึ่งหมายถึงปรัชญาและความเชื่อที่มีต่อการพยาบาล การให้ความหมายของการพยาบาล และการมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการพยาบาล ประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งความตื่นตัวของสังคมพยาบาล

1.4 รูปจำลอง (Model)

รูปจำลองจะอธิบายชุดของความคิดซึ่งเกี่ยวเนื่องกันเพื่อให้เป็นมิติที่กว้างและใหญ่กว่า เป็นการแสดงสัญลักษณ์ที่ต้องการบอกถึงความจริงและบอกความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ต่างๆ เพื่อสะท้อนความคิดให้ปรากฏ ลักษณะเฉพาะของรูปจำลอง คือ ความพยายามพรรณนา อธิบายเพื่อทำนายความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ต่างๆ ประกอบด้วยมโนคติที่เป็นนามธรรมหรือรูปธรรม หรือสิ่งอื่นที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้ว ซึ่งจะช่วยให้ได้กรอบแนวคิดที่เข้าระบบระเบียบ สามารถใช้ประโยชน์ในการประเมิน รับผิดชอบ วางแผน ปฏิบัติและประเมินผลได้ครบถ้วนเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

รูปจำลอง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

- 1) รูปจำลองเชิงอัมปัย (Empirical models) เป็นรูปจำลองที่สะท้อนของจริงซึ่งสังเกตได้ เช่น รูปจำลองของหัวใจ ปอด สมอง ซึ่งอาจประกอบขึ้นจากพลาสติก กระดาษหรือปูนปลาสเตอร์ เป็นต้น
- 2) รูปจำลองเชิงทฤษฎี (Theoretical models) เป็นการเสนอความจริงในรูปภาษาหรือสัญลักษณ์เชิงคณิตศาสตร์ ทฤษฎีต่างๆ เป็นรูปจำลองเชิงทฤษฎีเพื่อเสนอความจริง ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นเป็นรูปร่าง

1.5 รูปจำลองเชิงมโนคติ (Conceptual model)

การเกิดรูปจำลองเชิงมโนคติ ต้องอาศัยการสังเกตด้วยความเข้าใจและลึกซึ้งในสิ่งที่รับรู้ เกิดความเข้าใจอย่างรู้แจ้งแนวตลอด (Intuitive insight) ด้วยวิธีเชิงนิรนัย (Deduction) จากแนวคิดสร้างสรรค์ที่ได้จากความรู้หลายๆ สาขามาประกอบกัน รูปจำลองเชิงมโนคติอาจเกิดได้ด้วยวิธีการเชิงอุปนัย (Induction) เป็นความรู้รวบยอดเมื่อได้มีการสังเกตสิ่งพิเศษต่างๆ และอาจเกิดจากการอนุมาน สถานการณ์ซึ่งเฉพาะเจาะจงที่อาจเป็นตัวอย่างของเหตุการณ์หนึ่งๆ

Fawcett (1995 อ้างถึงใน ฟาริวคา อิบราฮิม, 2551) กล่าวถึงหน้าที่ของรูปจำลองเชิงมโนคติ ดังนี้

- 1) ให้แนวคิดที่เด่นชัดและวิคิดให้ความต่อเนื่องและเป็นเอกภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์และกระบวนการ ซึ่งช่วยให้วิธีการสังเกตและแปลความปรากฏการณ์เพื่อนำไปสู่การกำหนดศาสตร์ กรอบมโนคติหนึ่งย่อมให้จุดเน้นที่มีเอกภาพ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อการรับรู้ของบุคคล โดยจะบอกความจริงซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้

- 2) ให้โครงสร้างที่เป็นระเบียบและเหตุผล ในการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องซึ่งตอบรับกับลักษณะทางวัฒนธรรมหรือคุณลักษณะเฉพาะของชุมชน
- 3) ให้ทิศทางเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับปรากฏการณ์และให้แนวทางในการแก้ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล
- 4) ให้เกณฑ์หรือมาตรฐานเพื่อใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติต่อไป ถ้าปัญหาทั้งหลายสามารถหาทางแก้ไขได้
- 5) ให้ปรัชญาและเป้าหมายการบริการที่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลเท่านั้นที่จะจัดให้แก่ผู้ป่วยและให้บริการที่มุ่งความเป็นองค์รวมซึ่งวิชาชีพอื่นไม่สามารถจัดให้ได้
- 6) ให้ขอบเขตและทิศทางการพยาบาลที่ชัดเจนแก่ประชาชน พยาบาลสามารถบันทึกได้อย่างเป็นปรนัยที่สุดถึงผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เพราะพยาบาลสามารถกำหนดพันธกิจและขอบเขตที่ชัดเจนของวิชาชีพ รวมทั้งความรับผิดชอบและความรู้สึกผูกมัดต่อวิชาชีพ ทำให้พยาบาลสามารถบันทึกกระบวนการและผลลัพธ์ของการบริการให้สังคมได้เห็นอย่างกระจ่างแจ้ง

2. ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theory)

2.1 ความหมายของทฤษฎีการพยาบาล

Fitzpatrick & Whall, 1989 อ้างถึงใน ฟารีดา อิบราฮิม (2551) ได้ให้ความหมาย ทฤษฎีการพยาบาลไว้ว่า คือ แก่นสาระความรู้ของวิชาชีพพยาบาลซึ่งมุ่งอธิบายธรรมชาติของคน สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยของบุคคลโดยมีเป้าหมายของการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

2.2 การจำแนกทฤษฎีทางการพยาบาล

2.2.1 จำแนกตามคุณลักษณะการนำไปใช้ ดังนี้

1) ทฤษฎีเชิงนิรนัย (Deductive nursing theories) เป็นการพัฒนาทฤษฎีจากการนำศาสตร์ต่างๆ มาสังเคราะห์ จัดระบบหรือขยายมโนคติเดิมให้เกิดเป็นมโนคติใหม่ ซึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลเชิงนิรนัยนี้ มีหลายทฤษฎีเช่น ทฤษฎีการพยาบาลของ King ทฤษฎีการพยาบาลของ Roy ทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman ทฤษฎีการพยาบาลของ Watson

2) ทฤษฎีเชิงอุปนัย (Inductive nursing theories) เป็นการพัฒนาทฤษฎีที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลมาประมวลเพื่อสรุปเป็นทฤษฎี

2.2.2 จำแนกตามจุดมุ่งหมายในการนำไปใช้ ดังนี้

1) ทฤษฎีระดับบรรยาย (Descriptive theory) เป็นทฤษฎีหรือข้อความที่อธิบายถึงมโนคติ เหตุการณ์ สถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่บ่งชี้ถึงความหมาย คุณลักษณะ องค์ประกอบของแต่ละมโนคติ บางครั้งเรียกว่า ทฤษฎีที่แยกแยะองค์ประกอบ (Factor – isolating theory)

2) ทฤษฎีระดับอธิบาย (Explanatory theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ของมโนคติตั้งแต่ 2 มโนคติหรือ 2 ปรากฏการณ์ขึ้นไป บางครั้งเรียกว่า ทฤษฎีองค์ประกอบสัมพันธ์ (Factor – relating theory)

3) ทฤษฎีระดับทำนาย (Predictive theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ของมโนคติตั้งแต่ 2 มโนคติหรือ 2 ปรากฏการณ์ขึ้นไป แล้วสามารถทำนายว่าจะเกิดมโนคติใหม่เพิ่มขึ้นได้

4) ทฤษฎีระดับควบคุมหรือปฏิบัติการ (Control Prescriptive theory) ทฤษฎีที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละสถานการณ์ สามารถระบุความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติ ทำนายผลที่เกิดขึ้นและควบคุมผลที่จะเกิดขึ้นให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ อาจมีมโนคติที่จะเกิดขึ้นได้

2.2.3 จำแนกตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎี (Walker & Avant, 1995) ดังนี้

1) ทฤษฎีอภิทฤษฎี (Meta – theory) เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับปรัชญาและวิธีสร้างทฤษฎี เป็นทฤษฎีที่มีเป้าหมายของกระบวนการสร้างทฤษฎี จะมีจุดเน้นที่การตั้งคำถามเชิงปรัชญา วิธีการสร้างทฤษฎีและกระบวนการวิเคราะห์ วิจารณ์และหลักเกณฑ์ในการประเมินทฤษฎี ซึ่งจะใช้เป็นหลักในการวิเคราะห์ชนิดและวัตถุประสงค์ของทฤษฎีมีความเป็นนามธรรมสูง

2) ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) เป็นทฤษฎีที่มีความเป็นนามธรรมสูง กำหนดกรอบแนวคิดที่กว้างหรือเป็นแบบจำลองมโนคติที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระที่กว้าง แต่จะนำไปทดสอบโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ได้ยาก เนื่องจากมีความเป็นนามธรรมสูง แต่ก็สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้ในระดับรองลงมาได้ดี เช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรของ Watson

3) ทฤษฎีระดับกลาง (Middle Rang theory) เป็นทฤษฎีที่มีขอบเขตเนื้อหาสาระแคบลงและมีจำนวนมโนทัศน์น้อยกว่าทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลางเกิดจากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปใช้อ้างอิงและขยายต่อได้ ทดสอบได้ นำไปเป็นหลักในการปฏิบัติชัดเจนขึ้น เช่น ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promotion Theory)

4) ทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory) เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อนน้อยที่สุด เป็นชุดข้อความเชิงทฤษฎีที่เกิดจากการทดสอบสมมติฐานในปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง มีเนื้อหาสาระและจำนวนมโนคติไม่มาก สามารถทดสอบได้ง่าย และนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้โดยตรงและคาดผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติได้

3. วิวัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลเป็นองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาล เริ่มขึ้นจากการพยายามหาคำตอบให้ตรงกันว่า การพยาบาลคืออะไร เหตุใดจึงต้องมีทฤษฎีการพยาบาล การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่ออสิสภาพทางการดูแลในลักษณะที่เป็นศาสตร์ ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาวิจัยทางคลินิก Florence Nightingale เป็นบุคคลแรกที่พยายามสร้างศาสตร์การพยาบาลและเตรียมพยาบาลอย่างมีรูปแบบชัดเจน ลักษณะการพยาบาลในยุคของ Florence Nightingale จะมีลักษณะเป็นศิลปะเชิงเทคนิค (Technical arts) ซึ่งเน้นหลักการและวิธีปฏิบัติ ศาสตร์ทางการพยาบาลของ Florence Nightingale ประกอบด้วย (1) Nursing proper ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่สตรีพึงมีในบทบาทของแม่ของสตรีโดยธรรมชาติ เช่น การให้ความรักความเมตตา (2) Nursing Sciences เป็นเทคนิคการพยาบาลที่ต้องเรียนรู้ระบบการพยาบาลในรูปแบบของ Florence Nightingale มีการนำมาใช้อยู่นานทั้งในยุโรปและอเมริกาจนถึงช่วงปี 1955 มีการเปลี่ยนแปลงในระบบการแพทย์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิชาชีพการพยาบาลได้รับการมองว่าเป็นวิชาชีพของสตรีในระดับแรงงาน ซึ่งในระยะนี้เริ่มมีผู้นำทางการพยาบาลพยายามสร้างศาสตร์การพยาบาลให้มีความชัดเจน และเริ่มมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาจนมีศาสตร์ของการพยาบาลขึ้น ซึ่งเป็นผลจากความพยายามของกลุ่มนักวิชาการพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ตระหนักถึงความจำเป็นของการพัฒนาวิชาชีพให้ทัดเทียมกับวิชาชีพอื่นๆ และต้องการช่วยเหลือให้วิชาชีพพยาบาลมีหลักในการปฏิบัติงานที่มีระบบระเบียบ

จากการศึกษาวิวัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงปัจจุบันพอสรุปได้เป็น 4 ระยะเวลา กล่าวคือ

3.1 ระยะก่อนปี ค.ศ. 1960

ในยุคนี้เป็นยุคในการพัฒนาความต่อเนื่องจากงานเขียนและการทำงานของ Florence Nightingale โดยมีการเริ่มมีการพัฒนาพื้นฐานของทฤษฎีจากแนวคิดของ จิตวิทยา สังคมศาสตร์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มนุษยศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มีการทำวิจัยทางการพยาบาลและมีวารสารวิจัยการพยาบาลเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1952 ซึ่งนับได้ว่าวิชาชีพพยาบาลยังไม่ได้มีศาสตร์ที่เป็นของตนเอง อย่างไรก็ตามพอที่จะกล่าวได้ว่า แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้เฉพาะสาขาของวิชาชีพพยาบาล (a unique nursing body of knowledge) ได้เริ่มตั้งแต่สมัยของ Florence Nightingale ซึ่งถือเป็นผู้ริเริ่มการพยาบาลแผนใหม่ (Modern nursing) และเป็นผู้ที่กล่าวอย่างชัดเจนว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีวิชาการที่แตกต่างไปจากวิชาการของแพทย์ พยาบาลต้องศึกษาเรื่องของการพยาบาลเพื่อสามารถให้การบริการแก่ผู้ป่วยในบทบาทที่แตกต่างไปจากแพทย์ผู้ให้การรักษา

แนวคิดของ Florence Nightingale เกี่ยวกับความรู้เฉพาะสาขากการพยาบาล พอสรุปได้ว่า เป็นความรู้ซึ่งได้มาจากการสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการหายจากโรค (Reparative process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความรู้ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงบทบาทและการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายจากโรค แม้ว่าจะได้มีการพยายามพิสูจน์และแสดงให้เห็นว่า วิชาชีพพยาบาลมีเนื้อหาสาระที่เป็นความรู้เฉพาะของวิชาชีพและเป็นศาสตร์ทางวิทยาศาสตร์มาตั้งแต่สมัยของ Nightingale ก็ตาม ก็มิได้มีการยอมรับและกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายนัก ความสนใจในเรื่องของการค้นหาความรู้เฉพาะสาขากการพยาบาลหรือทฤษฎีการพยาบาลมีการตื่นตัวและได้รับการกล่าวถึงอย่างจริงจัง ซึ่งในยุคนี้มีนักทฤษฎีเกิดขึ้นหลายคน อาทิ Peplaul, Henderson, Hall

3.2 ระยะปี ค.ศ. 1966-1970

ในยุคนี้เป็นยุคของการพัฒนาทฤษฎีซึ่งถือเป็นจุดมุ่งหมายหลักของนักทฤษฎีทั้งหลาย โดยมีแนวคิดในช่วงแรกที่มีทิศทางการพยาบาลมุ่งไปที่สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แนวคิดทางการพยาบาลจิตเวชที่กว้างขวางทำให้พยาบาลให้ความสำคัญทางจิตใจของบุคคลมากขึ้น มีผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาลหลายท่านได้พยายามกำหนดกรอบทฤษฎีการพยาบาลว่าควรเป็นทฤษฎีพื้นฐาน และเน้นทฤษฎีในระดับพรรณนาหรือระดับสังเคราะห์ โดยมีข้อสรุปเกี่ยวกับทฤษฎีว่า การพยาบาลต้องมีทฤษฎีเป็นหลักในการปฏิบัติ พยาบาลสามารถสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลได้ ในปี ค.ศ. 1960 เริ่มมีการเกิดทฤษฎีตามการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่ง Faye Abdellah ได้พัฒนากลุ่มปัญหาทางการพยาบาล 21 ปัญหาที่อยู่บนพื้นฐานความต้องการด้านกายภาพ ชีวภาพ และจิตสังคม และในปี ค.ศ. 1961 Jean Orlando ได้สร้างทฤษฎีทางการพยาบาลชื่อ Nursing Process Theory ซึ่งมีหลักการเน้นไปที่การปฏิบัติการพยาบาลและสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 1964 Lydia Hall ได้เสนอแนวคิด Core Care and Cure Theory ที่กล่าวถึงปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วย ร่างกายและโรค ในปี ค.ศ. 1968 Virginia Henderson ได้พัฒนาความหมายการพยาบาลและได้กำหนดองค์ประกอบพื้นฐานการพยาบาล 14 องค์ประกอบ และในปีเดียวกันนี้ การศึกษาของ Dickoff & James เรื่องทฤษฎีของทฤษฎี (Theory of theories) มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดรูปแบบและโครงสร้างของทฤษฎีการพยาบาล โดยทั้งสองท่านได้แสดงความคิดเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลต้องเป็นทฤษฎีในระดับสูงสุดคือ เป็นทฤษฎีในระดับสร้างสถานการณ์ (Situation – producing

theory) ซึ่งมีความหมายว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่นอกจากจะบอก อธิบาย หรือคาดคะเนสถานการณ์ที่เรียกว่าการพยาบาลแล้วยังต้องบอกแนวปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อีกด้วย

ในยุคนี้สมาคมพยาบาลอเมริกันได้มีบทบาทในการกำหนดเป้าหมายและทิศทางการพยาบาลที่ชัดเจนคือ มุ่งที่จะพัฒนาทฤษฎีและมีการสนับสนุนให้สถานศึกษาจัดการศึกษาถึงระดับปริญญาเอกทางการพยาบาลที่เน้นการวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ยุคนี้มีนักทฤษฎีการพยาบาลเสนอทฤษฎีการพยาบาลในลักษณะของแบบจำลอง มโนทัศน์ ซึ่งนับว่าเป็นทฤษฎีระดับกว้าง อาทิเช่น Wiedenback, Imogene King, Martha E Rogers

3.3 ระยะเวลา ค.ศ. 1971-1980

ในยุคนี้เป็นยุคกำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของทฤษฎีให้ชัดเจน ตลอดจนแนวทางการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี มีการกำหนดให้หลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาลทุกแห่งจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลรองรับ หรือเป็นกรอบแนวคิดและมีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎีการพยาบาลในการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มีการตีพิมพ์เผยแพร่ตำรา วารสารเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลมากขึ้น ถือว่าในยุคนี้มีความตื่นตัวมากที่สุด และมีองค์ทางวิชาชีพให้การสนับสนุนคือสภาการพยาบาล มีการจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเพิ่มมากขึ้น อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ในยุคนี้ได้มีนักทฤษฎีการพยาบาลเป็นจำนวนมากและมีการเผยแพร่ผลงานพร้อมทั้งมีการนำไปสู่การปฏิบัติ อาทิเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของ Sister Callista, Roy ในปีค.ศ.1976 ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea, E. Oram ในปีค.ศ.1971 ทฤษฎีระบบของ Betty Newman ในปีค.ศ.1974) และทฤษฎีระบบพฤติกรรมของ Johnson ในปีค.ศ.1975 เป็นต้น

ทฤษฎีการพยาบาลดังกล่าวแสดงถึงความพยายามในการเลือกสรรเอาความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่มีอยู่แล้วนำมาผสมผสานเพื่อใช้อธิบายสถานการณ์ที่เรียกว่าการพยาบาล และสามารถนำไปเป็นหลักในการให้การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบและมีคุณภาพแก่บุคคล ทฤษฎีการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นมาในขณะนี้โดยทั่วไปแล้วถูกสร้างขึ้นในรูปของโครงสร้างมโนทัศน์ (Conceptual framework of model) มโนทัศน์หรือกระบวนการที่สัมพันธ์ที่ประกอบขึ้นเป็นทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับมนุษย์ (man) สิ่งแวดล้อม (Environment) ภาวะสุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) ดังนั้นทฤษฎีการพยาบาลจะช่วยบอกและอธิบายความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ทั้ง 4 เพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์พยาบาลที่ประกอบขึ้นด้วยมนุษย์โดยทั่วไปในยามปกติ และยามที่เจ็บป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพอนามัยและบอกถึงเป้าหมายของการช่วยเหลือบุคคลรวมทั้งวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงศักยภาพของความเป็นบุคคลโดยสมบูรณ์ และนั่นก็หมายถึงคุณค่าและบทบาทของพยาบาลที่เด่นชัดในสายตาของสังคมอันเป็นความภาคภูมิใจของวิชาชีพอย่างแท้จริง

3.4 ระยะเวลา ค.ศ. 1981 - ปัจจุบัน

ในยุคนี้เป็นยุคของการพัฒนาและขยายทฤษฎีทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถนำไปเป็นหลักในการปฏิบัติได้อย่างกว้างขวาง โดยในระยะแรกเน้นที่การนำเอาทฤษฎีต่างๆ ที่ถูกสร้างขึ้นมาแล้วมาทดลองปฏิบัติ และพิสูจน์ข้อเท็จจริงตามข้อสมมุติฐานที่แต่ละทฤษฎีบ่งบอกไว้ และมีการเผยแพร่ผลการทดลองและทดสอบกันอย่างแพร่หลาย ทำให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลอย่างกว้างขวางไปในกลุ่มวิชาชีพทั่วโลกจนได้รับการยอมรับ และมีการวิเคราะห์วิจารณ์ทฤษฎีที่ใช้ทั้งในการวิจัยและการศึกษารวมทั้งการบริหารการพยาบาล ในระยะต่อมาได้มีความพยายามที่จะพัฒนาทฤษฎีขึ้นมาใหม่ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลให้มีความก้าวหน้าและเป็นตัวสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีทางการพยาบาล ซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา

ตารางที่ 5.1 แสดงพัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล

ปี ค. ศ.	ชื่อทฤษฎี / แนวคิด	ผู้คิดทฤษฎี
1859- 1860	Environmental Theory	Florence Nightingale
1952	Interpersonal Relations in Nursing	Hildegard Peplau
1955	Principles and Practice of Nursing	Virginia Henderson
1960	Patient – Centered Approaches to Nursing	Faye Abdellah
1961	Nursing Process Theory	Ida Jean Orlando
1964	Core , Care and Cure Theory	Lydia E. Hall
1970	Science of Unitary Human Being	Martha E. Rogers
1971	Self Care deficit Theory	Dorothea E. Orem
1971	Theory of Goal Attainment	Imogene M. King
1974	Roy's Adaptation Theory	Sister Callista Roy
1978	Theory of Transcultural Nursing	Madeleine Leininger
1978	Watson's Science of Caring	Jean Watson
1980	Behavioral System Model	Dorothy E. Johnson
1980	System	Betty Neuman

4. ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลต่อวิชาชีพ

ทฤษฎีการพยาบาลเป็นองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องทำความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ความจำเป็นของทฤษฎีการพยาบาลต่อวิชาชีพมีผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงลักษณะของความต้องการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการจากความต้องการบริการด้านปริมาณเป็นความต้องการด้านคุณภาพมากขึ้น ทำให้วิชาชีพการพยาบาลพยายามที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มี คุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลซึ่งแต่เดิมนั้นส่วนใหญ่ยังยึดถือแนวความคิดทางการรักษาเป็นแกน ทำให้ลักษณะของการบริการขาดเอกภาพของวิชาชีพไป

ความพยายามที่จะเสริมสร้างเอกภาพและความเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบทำให้เกิดการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลขึ้น ทั้งนี้ทฤษฎีการพยาบาลจะช่วยให้วิชาชีพมีองค์ความรู้ และเนื้อหาสาระที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง แสดงถึงการใช้ความสามารถทางสติปัญญาและการตัดสินใจที่ดีในการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความรับผิดชอบในวิชาชีพเป็นหลัก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีทางการพยาบาลมีความจำเป็นต่อวิชาชีพในประเด็นต่อไปนี้

1) ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยให้วิชาชีพเป็นวิทยาศาสตร์อย่างสมบูรณ์ ซึ่งลักษณะการเป็นวิทยาศาสตร์นั้นต้องมีแนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์มีความรู้เฉพาะที่ถูกสร้างขึ้น โดยวิธีทางวิทยาศาสตร์และมีการนำเอาความรู้หรือแนวความคิดดังกล่าวไปปฏิบัติทดสอบหรือพิสูจน์และสามารถประเมินผลการปฏิบัติได้

- 2) ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยให้การพยาบาลมุ่งที่การให้การพยาบาลคนทั้งคน (Holistic care) และมีเป้าหมายของการพยาบาลเด่นชัดยิ่งขึ้น มีผลทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากที่สุด
- 3) ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยกำหนดบทบาทของพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น และช่วยให้พยาบาลทุกคนสามารถอธิบายสถานการณ์ที่เรียกว่าการพยาบาลเด่นชัดยิ่งขึ้น ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากที่สุด
- 4) ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยในการจัดระบบโครงสร้างการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพ การศึกษา และการวิจัย
- 5) ทฤษฎีการพยาบาลเพิ่มความเอกสิทธิ์ของวิชาชีพโดยการกำหนดขอบเขตของหน้าที่เป็นอิสระของวิชาชีพการพยาบาล

สรุป กล่าวได้ว่าการพัฒนาและการสร้างทฤษฎีการพยาบาลนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญเพราะการพัฒนาองค์ความรู้และการจัดระบบความรู้ทางการพยาบาลนั้นต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพ ทำให้วิชาชีพมีความเป็นเหตุเป็นผล สามารถพิสูจน์ได้จริงและนำมาใช้เป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ



5.2 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale (Nightingale's Theory)

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 ประวัติโดยย่อ

เรื่องที่ 2 หลักการพื้นฐาน

เรื่องที่ 3 มโนคติหลักของทฤษฎี

- 1) บุคคล
- 2) สิ่งแวดล้อม
- 3) สุขภาพ
- 4) การพยาบาล

เรื่องที่ 4 ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale กับกระบวนการพยาบาล

- 1) การประเมินสุขภาพอนามัยของบุคคล
- 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 3) การวางแผนการพยาบาล
- 4) การปฏิบัติการพยาบาล
- 5) การประเมินผลการพยาบาล

แนวคิด

Florence Nightingale เป็นผู้กำหนดกรอบแนวคิดทางการพยาบาลให้มีความชัดเจนโดยนำธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของบุคคลมาเป็นเครื่องช่วยยารักษาเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี อันเป็นแนวทางการพยาบาล ซึ่งวิชาชีพพยาบาลพึงจะให้แก่สังคม และ Nightingale ยังเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาตัวพยาบาลให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย รวมทั้งมีการจัดระบบพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 5.2 แล้วนักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจหลักการพื้นฐานของทฤษฎีทางการพยาบาลของ Nightingale
2. อธิบายความเชื่อมโยงของมโนคติหลักของทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale ได้ถูกต้อง
3. อธิบายการนำทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale ไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

5.2 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล (Nightingale's Theory)

1. ประวัติโดยย่อ

Florence Nightingale (ค.ศ. 1820 - 1910) ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ให้กำเนิดวิชาชีพพยาบาลซึ่งถือว่าการพยาบาลแนวใหม่ (modern nursing) Nightingale เกิดในตระกูลชั้นสูงที่มั่งคั่งของอังกฤษ ในขณะที่ครอบครัวเธอเดินทางไปพักผ่อนที่เมืองฟลอเรนซ์ ประเทศอิตาลี บิดาของเธอได้ให้การศึกษาแก่เธอเป็นอย่างดีและไม่ต้องการให้เธอเป็นพยาบาล อย่างไรก็ตามในวัยเยาว์ Nightingale ได้แสดงความสนใจในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความทุกข์ เธอเป็นคนที่ไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่นและสิ่งต่างๆ รอบตัว ช่างคิดและแตกต่างจากเด็กทั่วๆ ไป ตรงที่ไม่เคยพอใจกับตนเอง เมื่อโตขึ้นเธอเป็นคนที่เคร่งในศาสนาและมีความเชื่อว่า พระเจ้าต้องการให้เธอช่วยเหลือคนอื่นเพื่อที่จะปรับปรุงความเป็นอยู่ของมนุษยชาติให้ดีขึ้น ดังคำบันทึกของเธอที่ว่า "เกียรติยศที่สูงที่สุดคือการได้รับใช้พระเจ้าในการทำงานตามที่ท่านมุ่งหวัง" (Florence Nightingale อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เธอเริ่มชีวิตการเป็นพยาบาลที่ไคร์เวิร์ธ ประเทศเยอรมันในปี ค.ศ. 1851 ขณะที่เกิดสงครามและเธอได้มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยและทหารบาดเจ็บ ซึ่ง Nightingale ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการในเรื่องความสะอาด ใช้ผ้าพันแผลที่สะอาด ดูแลเตียงให้สะอาดและอาหารที่สดทำให้สุขภาพทหารดีขึ้น จากประสบการณ์นี้ทำให้มีอิทธิพลต่อปรัชญาการพยาบาลที่ Nightingale บอกไว้ในหนังสือ Note on nursing: What It Is and What It Is Not ที่พิมพ์ขึ้นในปี ค.ศ. 1859 และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นหลักเกี่ยวกับความต้องการเพื่อความปลอดภัยและการป้องกันสิ่งแวดล้อม

2. หลักการพื้นฐาน

ฟาริดา อิบราฮิม (2546) ได้อธิบายว่า พื้นฐานของทฤษฎีของ Nightingale จะเน้นที่สิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นสถานการณ์และแรงผลักดันภายนอกซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตและพัฒนาการของบุคคล และสิ่งแวดล้อมเชิงคุณภาพที่พยาบาลจัดหาให้บุคคลเมื่อปฏิสัมพันธ์กัน Nightingale ปลุกฝังความเชื่อที่ว่าสิ่งแวดล้อมจากสถานการณ์และอิทธิพลภายนอกสามารถป้องกันหรือส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยและอาจถึงตายได้ เนื่องจากมองเห็นอันตรายของสถานการณ์ที่ขาดคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลขาดความปลอดภัย เป้าหมายการพยาบาลจะมุ่งช่วยให้บุคคลใช้ศักยภาพเต็มความสามารถเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานด้วยการควบคุมสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบ 5 ประการที่ช่วยสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ คือ การระบายอากาศที่ดี แสงสว่างที่เพียงพอ ความอบอุ่นพอเพียง การควบคุมเสียงและการควบคุมสิ่งขับออกจากร่างกาย สิ่งแวดล้อมที่ถูกคุณลักษณะเหมาะสมในการให้การรักษาดูแลบุคคลต้องครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ จิตใจและสังคม

3. มโนคติหลักของทฤษฎี

3.1 บุคคล Nightingale ไม่ได้อธิบายบุคคลไว้เฉพาะ แต่จะอธิบายบุคคลในความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและผลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อบุคคล ดังนั้นบุคคลจึงเป็นผู้รับบริการและประกอบไปด้วยมิติทางชีวะ จิตและสังคม ส่วนประกอบทางด้านชีว คือ คนมีพลัง (Power) หรือมีศักยภาพในตนเองที่จะฟื้นหายจากโรคหรือซ่อมแซมสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและสามารถฟื้นคืนสภาพได้ดีดั้งเดิม และความเจ็บป่วยสามารถป้องกันได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ถูกคุณลักษณะและปลอดภัย องค์ประกอบด้านจิต ประกอบด้วย กระบวนการคิด อุดมโนทัศน์

ความรู้สึกและสติปัญญา และ Nightingale ได้เตือนว่าการที่ผู้ป่วยพบแต่สิ่งที่จำเจขาดความหลากหลายในสิ่งแวดล้อมจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นหาย และก่อให้เกิดปัญหาทางจิตได้ ส่วนองค์ประกอบด้านสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสังคม ส่วนด้านจิตวิญญาณ รวมระบบค่านิยมที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจถูกผิดของบุคคล จะเห็นว่าแนวคิดของ Nightingale ยังคงทันสมัยและเป็นที่ยอมรับตลอดมา และนับวันจะเด่นชัดยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในปัจจุบันในวงการพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลคนแบบองค์รวม ซึ่งผู้ป่วยและผู้รับบริการจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

3.2 สิ่งแวดล้อม เป็นโมเดลที่เป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎี เพราะ Nightingale กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมไว้ค่อนข้างชัดเจนโดยสิ่งแวดล้อมเป็นสถานการณ์และแรงผลักดันนอกที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อชีวิตและพัฒนาการของบุคคล สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การระบายอากาศ แสงสว่างที่เพียงพอ ความสะอาด ความอบอุ่น การควบคุมเสียง การกำจัดขยะมูลฝอยและกลิ่นต่างๆ อาหารและน้ำที่สะอาด รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทั้งด้วยคำพูดและภาษากาย เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลซึ่งอาจเพิ่มความเครียดหรือทำให้เกิดความผ่อนคลายได้เช่นเดียวกัน

3.3 สุขภาพ ตามข้อเขียนของ Nightingale สุขภาพจะผูกพันอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น ความชื้น ความสกปรก เป็นต้น ซึ่งสุขภาพ หมายถึง การปราศจากโรคและการใช้พลังงานของบุคคลในการใช้ธรรมชาติให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่วนการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น Nightingale มองว่าเป็นกระบวนการซ่อมแซมที่ร่างกายพยายามที่จะสร้างความสมดุล

3.4 การพยาบาล เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดกระบวนการหายด้วยสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุด ด้วยความเชื่อที่ว่า สิ่งแวดล้อมย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพ และการพยาบาลมุ่งเน้นที่บุคคลต้องการมีกระบวนการซ่อมแซมของร่างกาย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะเริ่มด้วยการสังเกตบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการประเมินและการจัดกิจกรรมการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale ได้รับการยอมรับว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลทฤษฎีแรก ถึงแม้ว่าความหมายของกระบวนการทัศน์หลัก (Metaparadigm) ทั้ง 4 ด้านยังไม่ค่อยชัดเจนนักแต่ในงานเขียนของ Nightingale ก็ได้สะท้อนให้เห็นว่าในยุคนั้นได้มีพัฒนาการทางการแพทย์และเทคโนโลยีและสามารถนำมาเป็นพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลในระยะต่อมา ซึ่งจะเห็นได้จากจุดเน้นทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเชื่อว่า สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพและพัฒนาการของมนุษย์ ดังนั้นการพยาบาลจึงเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

3.4.1 การระบายอากาศ (Ventilation) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีสภาพถ่ายเทอากาศได้ดี ผู้ป่วยได้รับอากาศที่บริสุทธิ์เพราะอากาศที่บริสุทธิ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตมนุษย์ กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การเปิดหน้าต่าง การจัดให้มีช่องระบายอากาศ การจัดสิ่งของภายในห้องสะอาดปราศจากฝุ่น

3.4.2 การรักษาอุณหภูมิ (Temperature) การรักษาอุณหภูมิให้มีความพอเหมาะเป็นสิ่งจำเป็น ก่อให้เกิดความสบายของผู้ป่วย บุคคลจะอยู่ในห้องที่มีอุณหภูมิพอเหมาะดังนั้นการดูแลผู้ป่วยไม่ให้ร้อนหรือหนาวจนเกินไปจึงเป็นสิ่งจำเป็น กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การใช้ความร้อน การระบายอากาศที่พอเหมาะ การใช้เสื้อผ้าที่เหมาะสม การใช้เครื่องปรับอากาศ พัดลม

3.4.3 การควบคุมเสียง (Noise) เสียงเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักสำหรับผู้ป่วยเพราะเสียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เสียงดังเกินไป เสียงที่มีความต่อเนื่องตลอดเวลาจะมีผลทำให้รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยได้ กิจกรรมที่ทำได้แก่ ไม่ควรพูดคุยหรือเดินเสียงดัง ทำกิจกรรมต่างๆไม่ดังเกินไป การใส่เสื้อผ้าหรือเครื่องประดับที่ก่อให้เกิดเสียง

3.4.4 แสงสว่าง (Light) แสงจากดวงอาทิตย์เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ แต่แสงจากไฟฟ้าก็จำเป็นในการทำกิจกรรมและอาจมีผลต่อจิตใจ เช่นสภาพห้องที่มีความสว่างไม่เพียงพออาจก่อให้เกิดบรรยากาศอึมครึม เศร้า ห้องที่มีแสงสว่างพอเหมาะทั้งในเวลากลางวันและกลางคืนจะช่วยทั้งการใช้สายตา ความสบายใจ กิจกรรมที่ทำได้แก่ การเปิดหน้าต่างหรือผ้าม่านให้แสงสว่างจากดวงอาทิตย์ส่องผ่านเข้ามาได้ การปรับแสงไฟในห้องเวลากลางวันหรือกลางคืน การใช้สีของผนังห้อง

3.4.5 การกำจัดกลิ่น (Odor) การจัดการกลิ่นต่างๆในตัวผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และของใช้ต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาด ไม่ให้มีกลิ่นเหม็นอับ โดยกิจกรรมที่ทำได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย การใช้เสื้อผ้าที่สะอาดไม่เหม็นอับ อุปกรณ์ข้าวของเครื่องใช้ได้รับการทำความสะอาดอยู่เสมอ ห้องได้รับการระบายอากาศ ทึนอนผ้าห่มวิกทำความสะอาด นอกจากนี้กลิ่นที่เกิดจากพยาบาลเช่น กลิ่นตัว กลิ่นเสื้อผ้าหรือกลิ่นน้ำหอมที่ไม่ควรฉุนจนเกินไป

3.4.6 สุขลักษณะที่อยู่อาศัย (health of Houses) Nightingale กล่าวถึงว่าสุขลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งรวมถึง การจัดให้มี อากาศบริสุทธิ์ น้ำสะอาด การระบายสิ่งสกปรกหรือของเสีย การรักษาความสะอาดภายในบ้านและนอกบ้าน แสงสว่าง เป็นต้น Nightingale เน้นความสะอาดของบ้านเรือน และสิ่งแวดล้อมที่ทุกคนต้องดูแล

4. ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale กับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ โดยการนำแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและบุคคลมาประเมินจะทำให้เห็นความต้องการของผู้ป่วยได้ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 การประเมินสุขภาพอนามัยของบุคคล สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม และสืบค้นหาความสัมพันธ์หรือผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพความเจ็บป่วยของบุคคล นอกจากนี้ต้องสืบค้นหาความสามารถของบุคคลที่อยู่ตามธรรมชาติของเขาเอง ความตั้งใจ สนใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตน การสังเกต เช่น ทำนอนของผู้ป่วยเป็นอย่างไร เพียงอยู่ไกลหน้าต่างเกินไปหรือไม่ สามารถเคลื่อนไหวหรือพูดคุยกับผู้ป่วยเพียงใกล้เคียงได้หรือไม่

4.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล ขั้นนี้ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีลักษณะชัดเจนแต่ Nightingale ได้กล่าวว่าการสังเกตสิ่งแวดล้อมและบุคคลจะทำให้สามารถมองเห็นกิจกรรมการพยาบาลได้นั้นเพราะสามารถมองเห็นความต้องการของผู้ป่วย

ตัวอย่างเช่น

ความไม่สบายจากอากาศอบอ้าว

ความเจ็บปวดของบาดแผลจากการอักเสบ

ความรู้สึกเบื่อหน่ายในชีวิตเนื่องจากไม่มีกิจกรรมในหอผู้ป่วยหรือช่วยตัวเองไม่ได้

การพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสียงรบกวนตลอดวัน

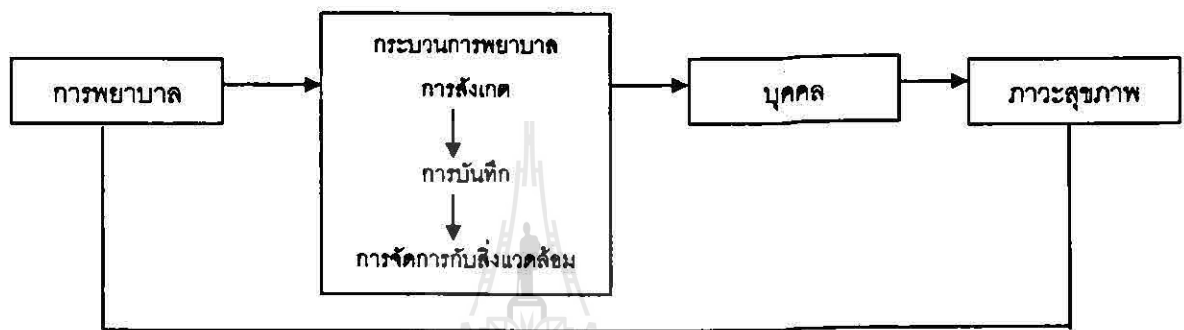
วิตกกังวลสูงเนื่องจากไม่มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลหรือผู้ป่วยอื่น

4.3 การวางแผนการพยาบาล จุดมุ่งหมายหลักในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพที่กระบวนการชีวิตตามธรรมชาติเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยบรรเทาทุกข์และหายจากโรค กิจกรรมการพยาบาลจะรวมถึงการร่วมมือกับแพทย์ในการปฏิบัติตามกระบวนการรักษาโรค

4.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและร่วมมือกับแพทย์เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่เริ่มด้วยการให้ความช่วยเหลือจัดสภาพแวดล้อมและให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือจัดสภาพที่เหมาะสมกับตัวเองต่อไป

4.5 การประเมินผลการพยาบาล จะเป็นการประเมินสภาพการณ์ที่เป็นจริงทั้งในด้านผู้ป่วย สภาพแวดล้อมและการพยาบาลและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นธรรมชาตินั้น

จากความเชื่อมโยงสัมพันธ์ของทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale กับกระบวนการพยาบาลสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 5.1



ภาพที่ 5.1 แสดงทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale (Selander, 1993)

สรุป

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale เน้นสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลจะเป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ธรรมชาติได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น โดยนำองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมด้านสังคมมาประยุกต์ใช้ตามแนวคิดทฤษฎีของ Nightingale โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล เน้นการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลจะเป็นการปรับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้ป่วย แม้ว่าทฤษฎีนี้จะถือกำเนิดมาตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 18 แล้วก็ตาม แต่ยังคงใช้ได้ดีในปัจจุบัน ทั้งการพยาบาลในคลินิกและการพยาบาลในชุมชน อีกทั้งยังเป็นรากฐานในการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลในปัจจุบันอีกด้วย

5.3 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem (Orem's self care Theory)

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 ประวัติโดยย่อ

เรื่องที่ 2 จุดกำเนิดของทฤษฎี

เรื่องที่ 3 มโนคติหลักของทฤษฎี

- 1) บุคคล
- 2) สุขภาพ
- 3) สิ่งแวดล้อม
- 4) การพยาบาล

เรื่องที่ 4 ทฤษฎีย่อย

- 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง
- 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง
- 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล

เรื่องที่ 5 ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem กับกระบวนการพยาบาล

- 1) ชั้นวินิจฉัยและพรรณนา
- 2) ชั้นวางแผน
- 3) ชั้นปฏิบัติการพยาบาลและความคุม

แนวคิด

Dorothea E. Orem มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และบุคคลทุกคนมีความต้องการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างพื้นฐานของร่างกายและสามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีบทบาทที่จะช่วยบุคคลให้สนองความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มีความเป็นรูปธรรมสูง สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชัดเจน มีทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of self – care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล รวมถึงความสามารถของบุคคลที่ถูกพึ่งพา ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และยังคงกล่าวรวมไปถึงความสามารถของพยาบาลและความพร้อมในความสามารถของพยาบาลด้วย

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 5.3 แล้วนักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจหลักการพื้นฐานของทฤษฎีทางการดูแลตนเองของ Orem
2. อธิบายความเชื่อมโยงของมโนคติหลักของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ได้ถูกต้อง
3. อธิบายการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

5.3 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem (Orem's self care Theory)

1. ประวัติโดยย่อ

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เป็นทฤษฎีที่รู้จักกันแพร่หลายในวิชาชีพการพยาบาล มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยการพยาบาล และการพัฒนาหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาโดย Dorothea E. Orem ตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 ซึ่ง Orem เริ่มการทำงานในวิชาชีพการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1935 หลังจบการศึกษาจากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาลโทรวีเด็น ในกรุงวอชิงตันดีซี สหรัฐอเมริกา Oremสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในปี ค.ศ.1939 และระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลในปี ค.ศ. 1945 จากมหาวิทยาลัยคาทอลิก ประเทศสหรัฐอเมริกาและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยจอร์จทาวน์ ในปี ค.ศ.1976 และจาก Incamate World College ที่ซานแอนโตนิโอ รัฐเท็กซัส ในปีค.ศ.1980 และจาก Illinois Western University ที่บลูมมิงตัน รัฐอิลลินอยส์ ในปี ค.ศ.1988 (George , 2002) จนกระทั่งในปี ค.ศ.1971 ได้มีการจัดพิมพ์เผยแพร่แนวความคิดโดยมีชื่อว่า Nursing: Concept of Practice และมีการพัฒนาเผยแพร่ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ในปี ค.ศ.1980, 1985, 1991 ตามลำดับ

2. จุดกำเนิดของทฤษฎี

จากประสบการณ์การทำงานทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติ นักการศึกษาและผู้บริหารการพยาบาล Orem มีความคับข้องใจอยู่เสมอว่า พยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมักจะอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลทำ การปฏิบัติการพยาบาลมักจะยึดงานเป็นหลักโดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ ทำให้ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การจัดทำหลักสูตรมีความยากลำบาก ด้วยเหตุนี้ท่านจึงมุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบว่าในฐานะผู้ปฏิบัติ พยาบาลทำอะไร และควรจะทำอะไร ทำไม่ถึงกระทำในสิ่งนั้นและผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากการกระทำคืออะไร จากคำถามเหล่านี้ ท่านได้คำตอบจากการสังเกตและวิเคราะห์การปฏิบัติว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งนอกเหนือจากที่ครอบครัวหรือญาติมิตรจะช่วยเหลือได้ และวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลคือ การกระทำทดแทนให้และพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเองหรือการพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้รับบริการ

3. มโนคติหลักของทฤษฎี

จากจุดกำเนิดของทฤษฎีดังที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นที่มาของสาระของแนวคิดในทฤษฎีการพยาบาลของ Orem การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทนหรือกระทำให้กับผู้รับบริการ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจและการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับคืนขึ้นอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยมีมโนคติหลักของทฤษฎีประกอบด้วยมโนคติเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem ดังนี้

3.1 บุคคล ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่า บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคล มีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตรคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

3.2 สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางสรีระ จิตใจสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคมโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี

ส่วนภาวะปกติสุข หรือความผาสุก (well being) Orem ให้ความหมายแยกจากสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ถึงความ เป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความ ผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

3.3 สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านสังคม วัฒนธรรม Orem เชื่อว่าคนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ Orem ยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคล ให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะมีส่วนในการ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของ Orem เป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่กำหนด ความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

3.4 การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

4. ทฤษฎีย่อย

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ (Orem, 1991) 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of Self-care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล กับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนคติสำคัญได้แก่ มโนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนคติเกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนคติเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนคติเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

4.1.1 การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม

ชุมชน ครอบครัว (รูกา ภูโพนธ์, 2541) ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้ว จะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

4.1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent - care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ดังแสดงในภาพที่ 6.2

4.1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

- 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย
- 2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

4.1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นศูนย์กลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย

- 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ
- 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม
- 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง
- 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล
- 5) แรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง
- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 8) มีทักษะในการจัดการและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

4.1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self - care operations) ประกอบด้วย

1) ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูล ความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์

2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึง การเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง



ภาพที่ 5.2 โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

4.1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand: TSCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self - care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก

กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self - care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้านดังนี้

4.1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self - care Requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

- 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 4) รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 5) ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ
- 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

4.1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self - care Requisites: DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามระยะพัฒนาการเพื่อนำให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่สภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาหรือลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self - care Requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและภาวะเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา ความต้องการนี้ได้แก่

- 3.1) มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม
- 3.2) รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ
- 3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพ

อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4) รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษาหรือจากโรค รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของชีวิต

3.5) ปรับทัศนคติหรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริง

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

4.1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs)

เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระยะพัฒนาการ 4) ภาวะสุขภาพ 5) ระบบบริการสุขภาพ 6) สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี 7) ระบบครอบครัว 8) แบบแผนการดำเนินชีวิต 9) สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย 10) แหล่งประโยชน์ต่างๆ และ 11) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

4.2 ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self – care Deficit)

Orem กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถในการที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาล ทฤษฎีได้อธิบายถึงความต้องการของบุคคลและประโยชน์ที่ได้รับจากการพยาบาล ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความจำกัดในการดูแลตนเองอาจเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ดังนี้

ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD = SCA)

4.2.1 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)

4.2.2 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

4.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของ

การกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

4.3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)

เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

4.3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ทุกรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้รับบริการที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้รับบริการอัมพาต ผู้รับบริการไม่รู้สึกรู้ตัว

4.3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้รับบริการด้านออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฝือก หรือกระดูกหลังหัก

4.3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางจิต

สำหรับบทบาทของพยาบาลในระบบทดแทนทั้งหมด ประกอบด้วย

- 1) การกระทำดูแลตามความต้องการการดูแลทั้งหมดให้ผู้รับบริการ
- 2) การชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้รับบริการในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
- 3) การช่วยประคับประคองและปกป้องผู้รับบริการ

4.3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้รับบริการ โดยพยาบาลจะช่วยผู้รับบริการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล ผู้รับบริการจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้รับบริการที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้รับบริการต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

4.3.2.1 ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน

4.3.2.2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

4.3.2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

สำหรับบทบาทของพยาบาลในระบบทดแทนบางส่วน ประกอบด้วย

- 1) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างให้กับผู้รับบริการ
- 2) การชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง
- 3) การช่วยผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการต้องการ

สำหรับบทบาทของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

- 1) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
- 2) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
- 3) การยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

4.3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้รับบริการได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้รับบริการคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับบทบาทของผู้รับบริการในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย

- 1) การเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการการดูแลทั้งหมดของตนเอง
- 2) การกระทำการดูแลตนเอง ประเมินผลและปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต

ส่วนบทบาทของพยาบาลในระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ คือ การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้รับบริการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4.4 วิธีการให้ความช่วยเหลือ

Orem (1995) กล่าวว่า ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและญาติเข้ามามีส่วนร่วมเสมอ โดยวิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธี ดังนี้

4.4.1 การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งถ้าผู้รับบริการรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้รับบริการทราบและต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้รับบริการด้วย จะพยาบาลจะต้องช่วยผู้รับบริการในการหาข้อมูลตัดสินใจและวางแผนการกระทำและจะต้องบอกผู้รับบริการว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้รับบริการจะต้องรายงานอะไรแก่พยาบาลบ้าง ถ้าผู้รับบริการไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พยาบาลจะต้องคอบปกป้องสิทธิของผู้รับบริการด้วย การกระทำให้หรือกระทำทดแทนเหมาะสำหรับผู้รับบริการที่มีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤตหรือเป็นผู้ที่สูญเสียความสามารถทั้งด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด

4.4.2 การชี้แนะ (Guiding another) เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้

4.4.3 การสนับสนุน (Supporting another) เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว

4.4.4 การสอน (Teaching) เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง โดยหลักในการสอนนั้นต้องเป็นการสอนในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมความรู้เดิมและสร้างความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและการกระทำ พิจารณาความพร้อมของผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ พยาบาลจะต้องประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้ตลอดเวลา

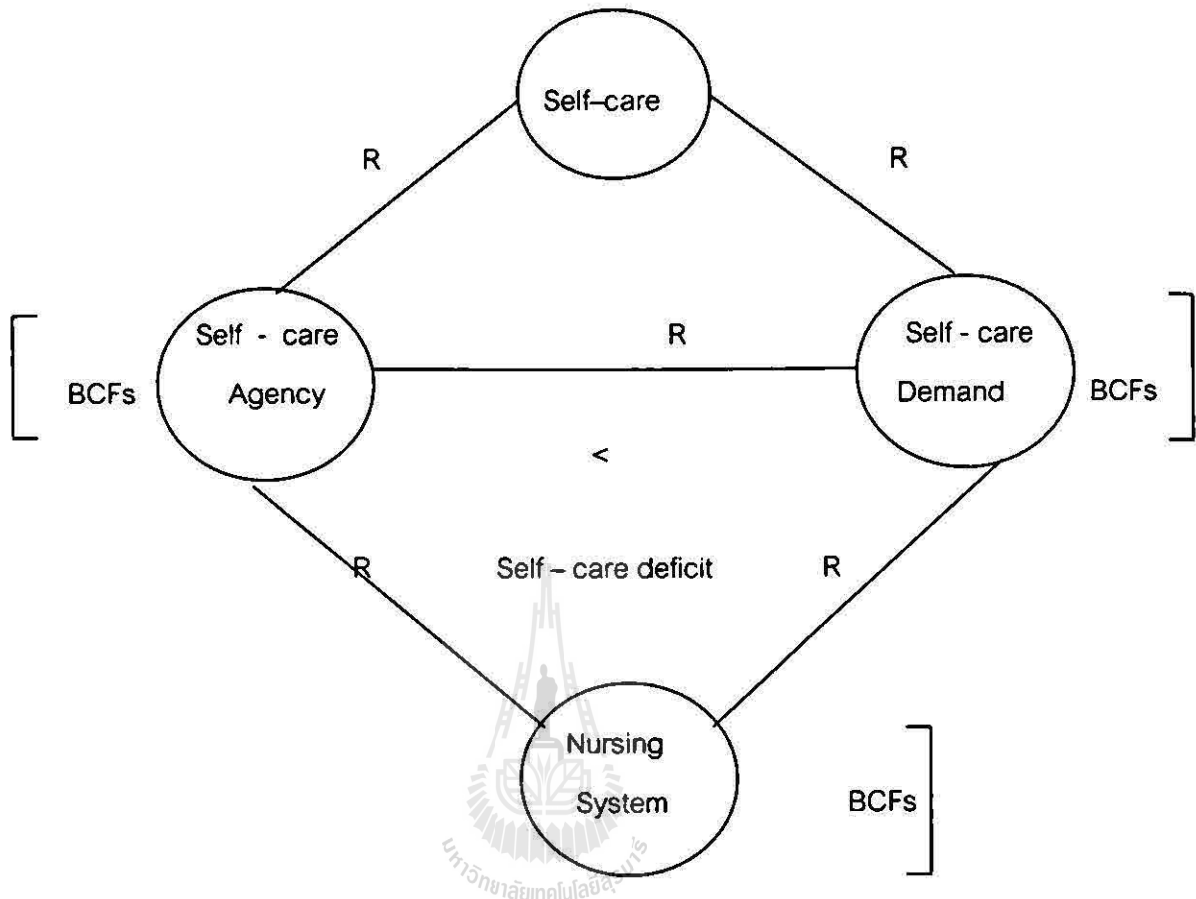
4.4.5 การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้รับบริการในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถอย่างสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและผู้อื่น เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency: NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และมีกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ

- 1) ความรู้
- 2) ประสบการณ์
- 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ
- 4) ทักษะทางสังคม
- 5) แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
- 6) ทัศนคติของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย และ ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงตามภาพที่ 5.3





ภาพที่ 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดหลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem (Orem, 1991)

5. ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem กับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ตามแนวคิดของOremประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Dennis, 1997)

5.1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and prescription)

เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

5.2 ขั้นวางแผน (Design and Plan)

เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Expected outcome) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

5.3 ชั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control)

เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

ตามแนวคิดของOremได้มีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลของ Orem กับ แนวคิดกระบวนการพยาบาล

Self - Care Theory	Nursing Process
1. Diagnosis and Prescription	1. Assessment 2. Nursing Diagnosis
2. Design and Plan	3. Planning
3. Regulate and Control	4. Implementing 5. Evaluation

ตัวอย่าง แผนการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem

1) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

- มีการทำงานของระบบประสาทปกติ รับรู้รส กลิ่น เสียง มองเห็น และสัมผัสและความรู้สึกเจ็บปวดร้อนหนาวถูกต้อง

- มีความตั้งใจและสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย

- มีความสามารถพูดคุย สื่อสารกับบุคคลอื่นได้ดี

- พบ Osteolytic lesion at Rt clavicle

2) ประเมินความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นทั้ง 3 ด้าน

USCR: - เดินออกกำลังกายทุกวันวันละ 15 นาที

- มีอาการปวดตึงบริเวณต้นคอ มีการเคลื่อนไหวแขนข้างซ้ายได้น้อย ขณะเคลื่อนไหว

จะรู้สึก ปวด

- ได้รับอาหารน้ำเพียงพอ ชับถ่ายวันละ 1 ครั้งไม่มีปัญหาการขับถ่าย

- พักผ่อนวันละ 6 - 7 ชม.

HDSCR: - รับประทานยาแคลเซียมวันละ 1 เม็ด

- รับรู้เรื่องการปฏิบัติตัวไม่ต่อเนื่อง ไม่ทราบผลการตรวจเลือด

3) ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (BCFs): อายุ 54 ปี ป่วยเป็นโรคความดันสูงมา 3 ปีแล้ว อยู่กับภรรยาที่บ้านเช่า ผู้รับบริการมีอาชีพขายก๋วยเตี๋ยว

4) แผนการพยาบาล

ความพร้อมในการดูแลตนเอง: ความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการทำกิจกรรมบกพร่อง

จุดมุ่งหมายทางการพยาบาล: ให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ระบบการพยาบาล/ กิจกรรมการช่วยเหลือ: ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

- 1) ประเมินการทำกิจกรรมและการประกอบอาชีพร่วมกับผู้รับบริการและญาติ
- 2) ให้คำแนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวแขนที่ถูกต้อง
- 3) ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาและการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเพียงพอ

สรุป ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem เป็นการอธิบายถึงการปฏิบัติพยาบาลในโลกของความจริงทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีคือ การให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพพยาบาลที่ชัดเจน คือ พยาบาลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลและพึ่งพาตนเองตามศักยภาพที่ผู้รับบริการและญาติจะกระทำได้ และกระทำ การดูแลทดแทนในขณะที่ผู้รับบริการและญาติไม่สามารถกระทำได้



5.4 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (The Roy Adaptation Model)

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 ประวัติโดยย่อ

เรื่องที่ 2 มโนคติหลักของทฤษฎี

- 1) คน
- 2) สิ่งแวดล้อม
- 3) สุขภาพ
- 4) การพยาบาล

เรื่องที่ 3 ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กับกระบวนการพยาบาล

- 1) การประเมินพฤติกรรมปรับตัว
- 2) การประเมินสิ่งเร้า
- 3) การวินิจฉัยการพยาบาล
- 4) การกำหนดเป้าหมาย
- 5) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล
- 6) การประเมินผล

แนวคิด

ทฤษฎีการพยาบาลของ Roy พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานหลายทฤษฎีด้วยกัน โดยมีทฤษฎีหลักคือ ทฤษฎีการปรับตัวของ Helson ซึ่งอธิบายถึงสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ทฤษฎีระบบที่นำมาอธิบายบุคคลว่าเป็นระบบเปิดที่เป็นระบบการปรับตัว ทฤษฎีความเครียด ทฤษฎีความต้องการ นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีทางด้านปรัชญา ที่อธิบายเกี่ยวกับบุคคลที่เป็นองค์รวมและจุดมุ่งหมายของการคงอยู่ของมนุษย์ที่มีลักษณะ การสร้างสรรค์ มีการให้ความหมาย และ Roy มีความเชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถของตนเองมาแต่กำเนิด (innate capabilities) สำหรับมิติด้านการปรับตัวนั้น Roy มองว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านสรีร-กายภาพ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน ในการประเมินภาวะสุขภาพนั้นต้องประเมินพฤติกรรม และประเมินสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น แล้วจึงนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการกับสิ่งเร้านั้นๆ แล้วจึงประเมินผล การพยาบาล ซึ่งจะให้ผล 2 ประการ คือ การปรับตัวมีประสิทธิภาพและการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะย้อนกลับไปเป็นข้อมูลพฤติกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 5.4 แล้วนักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจหลักการพื้นฐานของทฤษฎีทางการพยาบาลของ Roy
2. อธิบายความเชื่อมโยงของมโนคติหลักของทฤษฎีการพยาบาลของ Roy ได้ถูกต้อง
3. อธิบายการนำทฤษฎีการพยาบาลของ Roy ไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

5.4 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (The Roy Adaptation Model)

1. ประวัติโดยย่อ

ศาสตราจารย์ ดร.คาลิสตา Roy (Sister Callista Roy) มีความเชื่อพื้นฐานว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีสาระความรู้เฉพาะทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและเพื่อเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และสังคมเองก็คาดหวังที่จะได้พยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถที่จะช่วยเหลือประชาชนได้ เธอจึงพยายามสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1964 ซึ่งเป็นระยะหลังจากสำเร็จปริญญาตรีทางการพยาบาลในวิทยาลัย Mount Saint Mary' College และศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองลอสแอนเจลิส ภายใต้การสนับสนุนของ Dr. Dorothy E Johnson

ทฤษฎีการพยาบาลของ Roy พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานหลายทฤษฎีด้วยกัน โดยมีทฤษฎีหลักคือ ทฤษฎีการปรับตัวของ Helson ซึ่งอธิบายถึงสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ทฤษฎีระบบที่นำมาอธิบายบุคคลว่าเป็นระบบเปิดที่เป็นระบบการปรับตัว ทฤษฎีความเครียด ทฤษฎีความต้องการ นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีทางด้านปรัชญาที่อธิบายเกี่ยวกับบุคคลที่เป็นองค์รวม และจุดมุ่งหมายของการคงอยู่ของมนุษย์ที่มีลักษณะ การสร้างสรรค์ มีการให้ความหมาย และ Roy มีความเชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถของตนเองมาแต่กำเนิด (innate capabilities) ทำนจึงสนใจในโมเดลการปรับตัวและพัฒนาการทั้งเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับในเวลาต่อมา

Roy ได้ตีพิมพ์ผลงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1970 ในชื่อ The Roy Adaptation model และวิทยาลัยเมาท์เซนต์แมรี (Mount Saint Mary's College) ได้นำทฤษฎีการปรับตัวนี้มาเป็นแกนในการจัดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีและหลักสูตรต่อเนื่อง หลังจากนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลอื่นๆ ก็ได้นำไปใช้ในการสร้างหลักสูตรรวมทั้งนำไปศึกษาค้นคว้าวิจัยเรื่อยมา

2. มโนคติหลักของทฤษฎี

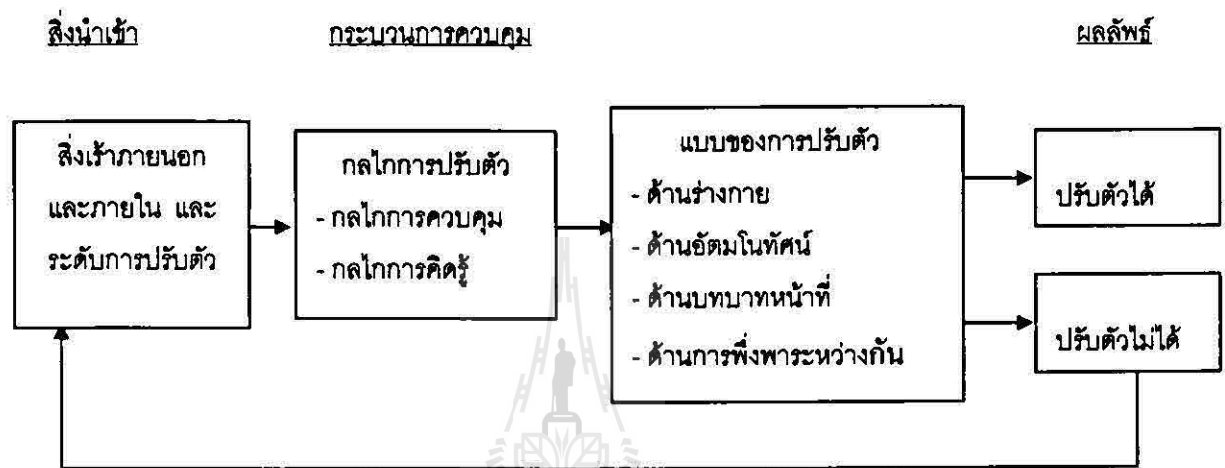
มโนคติหลักของทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ประกอบด้วยกลุ่มมโนคติหลัก (Metaparadigm concepts) 4 ประการ ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีความหมายเพื่อบอก อธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (Fawcett, 1984 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 คน (Person) เป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยชีวะ-จิต-สังคม (Biopsychosocial being) เป็นระบบการปรับตัว (Human as a Adaptation system) และเป็นระบบเปิดซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบโดยกระบวนการภายใน ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator mechanism) และกลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) ทำหน้าที่ในการปรับตัว 4 ด้านคือ การปรับตัวด้านสรีระ-กายภาพ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การปรับตัว ที่ดีจะทำให้คนบรรลุเป้าหมายในการเจริญเติบโต สามารถสืบทอดเผ่าพันธุ์และเอาชนะอุปสรรค ในชีวิตได้ (Roy & Andrew, 1991; 1999)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบุคคล (Roy & Andrew, 1991; 1999)

2.1.1 บุคคลเป็นระบบการปรับตัว : บุคคลเป็นระบบเปิดมีหน่วยย่อยทำงานประสานกัน อย่างเป็นระบบ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และสะท้อนผลการทำงานให้เห็นเป็นหน่วยเดียว ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมเช่นกัน

ระบบมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งนำเข้า (Inputs) สิ่งนำออก (Outputs) กระบวนการควบคุม และกระบวนการป้อนกลับ (Control and feedback processes) สิ่งนำเข้าคือ ผลรวมของสิ่งเข้าทั้ง 3 ประเภท เข้าสู่ระบบ เรียก ระดับการปรับตัว (Adaptive level) เกิดกระบวนการควบคุมภายใน 2 กลไก และนำออกเป็นพฤติกรรมของบุคคล 2 รูปแบบ คือ พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพและพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 5.4 แสดงองค์ประกอบของระบบการปรับตัวของรอย

2.1.1 ระดับการปรับตัว แบ่งเป็น 3 ระดับ (Roy & Andrew, 1999)

2.1.2.1 กระบวนการพื้นฐานของชีวิต (Integrated Adaptation level) เป็นโครงสร้างและการทำงานที่ของกระบวนการของชีวิต ซึ่งทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้บรรลุความต้องการของมนุษย์

2.1.2.2 กระบวนการปรับตัวชดเชย (Compensatory level) เป็นกระบวนการที่ทำงานเพิ่มขึ้นจากการทำงานของกระบวนการพื้นฐานของชีวิต

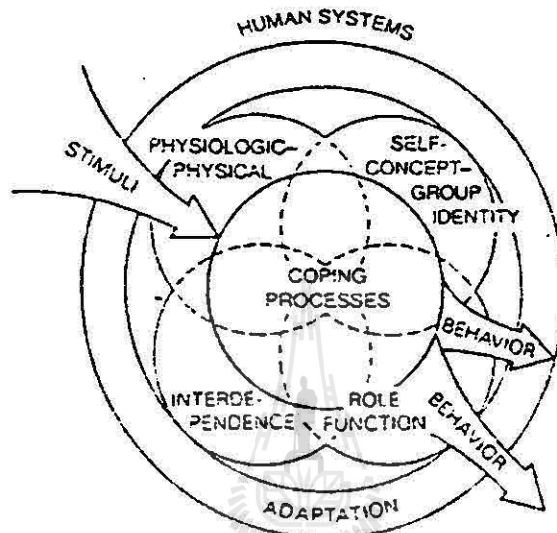
2.1.2.3 กระบวนการชีวิตอยู่ในอันตราย (Compromised level) เป็นกระบวนการซึ่งเป็นผลจากกระบวนการพื้นฐานของชีวิตและกระบวนการชดเชยทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

2.1.2 กลไกการปรับตัว เป็นกลไกที่เกิดขึ้นแล้วทำให้คนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเข้า แบ่งเป็น 2 กลไกคือ

2.1.2.1 กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวพื้นฐานที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ส่วนใหญ่เป็นกลไกด้านสรีระเพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่างๆของอวัยวะภายในร่างกายให้อยู่ในสภาวะปกติและมีผลกระทบต่อกลไกการคิดรู้ต่อไป กระบวนการนี้จะเป็นการทำงานผ่านระบบประสาทเคมีและต่อมไร้ท่อ

2.1.2.2 กลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) เป็นกลไกที่เกิดจากการทำงานที่สัมพันธ์กันของจิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ โดยเมื่อสิ่งเร้าผ่านเข้าสู่ระบบของบุคคลจะผ่านเข้าสู่กระบวนการรับรู้ เรียนรู้ เกิดการตัดสินใจและหาแนวทางแก้ปัญหาตลอดจนกลไกการป้องกันทางจิตที่ช่วยปรับสภาพอารมณ์ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจขึ้น

การทำงานของทั้งกระบวนการควบคุมและกระบวนการคิดรู้จะทำงานสัมพันธ์และควบคู่กันเสมอ ไม่ว่าการปรับตัวนี้จะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ดังภาพที่ 5.5



ภาพที่ 5.5 ระบบการปรับตัวของมนุษย์ (Roy, 1999)

2.1.3 พฤติกรรมการปรับตัวด้านต่างๆ (The Adaptive Modes) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคลหรือกลุ่ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกต รับรู้ วัดและประเมินได้ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

2.1.3.1 การปรับตัวด้านสรีระ- กายภาพ เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกายของบุคคลหรือกลุ่ม

1) ระดับบุคคล

1.1) การปรับตัวด้านสรีระ (Physiological Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงด้านร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะในระบบต่างๆของร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล 5 ประการ คือ ออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกันหรือระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับกระบวนการของ ร่างกายที่ซับซ้อน 4 กระบวนการ คือ การรับความรู้สึก น้ำ อิเล็กโทรลัยต์และกรดต่าง การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ

1.1.1) การปรับตัวด้านร่างกายเพื่อตอบสนองของความต้องการด้านร่างกาย 5 ประการ ประกอบด้วย

(1) ความต้องการออกซิเจน เป็นความต้องการที่ร่างกายต้องการออกซิเจน และกระบวนการหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซและการขนส่งก๊าซในร่างกาย Roy แนะนำเกี่ยวกับการประเมินสภาพว่าต้องมีการการประเมินพฤติกรรมปรับตัวและสิ่งเร้าที่ผลต่อการปรับตัว ซึ่งพฤติกรรม

ปรับตัว ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการหายใจ อัตรา จังหวะ แบบแผนการหายใจ แรงที่ใช้ในการหายใจ เสียงหายใจ ประสิทธิภาพของการไอ ระดับของออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์เลือด เป็นต้น

สิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความผิดปกติของโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ศูนย์ควบคุมการหายใจ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปอดอักเสบ วัณโรคปอด เป็นต้น หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการขนส่งก๊าซออกซิเจน เช่น ภาวะหัวใจวายที่ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเขียว (cyanosis) เป็นต้น

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ เช่น การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (ventilation impairment) ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (hypoxia) การขนส่งก๊าซออกซิเจนไม่เพียงพอ (inadequate gas transportation)

(1.2) **อาหารและโภชนาการ** ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึมสารอาหารเพื่อดำรงรักษา ซ่อมแซมอวัยวะต่างๆ และการเจริญเติบโตของร่างกาย กระบวนการทำงานในการตอบสนองด้านโภชนาการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การย่อยอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

กระบวนการย่อยอาหาร เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่ 1) การรับประทานอาหารซึ่งเกิดจากความหิวและความอยากอาหาร 2) การเคลื่อนไหวของอาหารผ่านอวัยวะของทางเดินอาหาร 3) การย่อยอาหารด้วยอวัยวะช่วยย่อยอาหาร 4) การย่อยอาหารโดยน้ำย่อยที่หลั่งออกมาเฉพาะอย่าง ทำให้เป็นโมเลกุลเล็กๆ หรือมีที่จะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด 5) การบวนการดูดซึมสารอาหารเข้ากระแสเลือดเพื่อไปยังเซลล์ต่างๆ ทั่วร่างกาย และ 6) การขับถ่ายกากอาหาร

การเผาผลาญสารอาหาร เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังงานและความร้อนขึ้น ซึ่งประกอบด้วยปฏิกิริยาการสร้างสารโมเลกุลใหญ่จากโมเลกุลเล็ก (anabolism) และปฏิกิริยาแตกตัวของสารโมเลกุลใหญ่ออกเป็นโมเลกุลเล็กหรือกระบวนการสลายตัว (catabolism)

การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การประเมินความอยากอาหารหรือความหิว ความกระหาย น้ำหนักและส่วนสูง แบบแผนการรับประทานอาหาร การแพ้สารอาหาร และสภาพภายในช่องปาก **ส่วนการประเมินสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว** ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการของบุคคล เช่น การบาดเจ็บของทางเดินอาหาร การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวที่ผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และวัฒนธรรมด้านอาหาร เช่น การถือศีลอดของศาสนาอิสลาม เป็นต้น

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ เช่น ได้รับสารอาหารน้อยกว่าปกติเนื่องจากเบื่ออาหาร ; คลื่นไส้ อาเจียนและการรับรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ

(1.3) **การขับถ่าย** ความต้องการการขับถ่ายประกอบด้วยกระบวนการร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายของเสียต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การขับถ่ายของเสียทางลำไส้ และการขับถ่ายของเสียทางไต

และประสานการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรู้สึกและจิตอารมณ์ของบุคคล ตลอดจนควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

(2.4) การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine functions) จะทำงานควบคู่ไปกับการทำงานของระบบประสาท ในการที่จะประสานและเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย การทำงานของต่อมไร้ท่อจะมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความเครียดและเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมการทำงานของกลไกการปรับตัวของบุคคล

การประเมินพฤติกรรมและสิ่งเร้าสำหรับกระบวนการที่ซับซ้อนต้องอาศัยการประเมินในหลายระบบที่เกี่ยวข้องตามที่ได้กล่าวในเกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล

2) ระดับกลุ่ม คือ การปรับตัวด้านกายภาพ (Physical mode) เป็นการปรับตัวด้านกายภาพในการรวมกลุ่มของบุคคลโดยต้องอาศัย (1) การมีส่วนร่วม อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (2) สิ่งสนับสนุนทางกายภาพ เช่น ที่ประชุมกลุ่ม ที่พัก หนังสืออาหาร อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น และ (3) งบประมาณ เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของการดำเนินการกลุ่มเพื่อช่วยให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.3.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - concept Mode) เป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งอัตมโนทัศน์ หมายถึง ผลรวมของความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เกิดจากการรับรู้ของตนเองต่อตนเอง และเกิดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นต่อตนเอง มีพัฒนาการมาตั้งแต่วัยทารก

1) ระดับบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1.1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นความรู้สึก นึกคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นต่อตนเองด้านรูปลักษณ์และความสามารถของร่างกาย ถ้ามีความบกพร่องในการปรับตัว อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัว เกิดความวิตกกังวล และไม่สามารถยอมรับความจริงได้

1.2) อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) เป็นการปรับตัวที่เกิดจากการมีความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง และปณิธานที่บุคคลนั้นยึดมั่น ซึ่งแบ่งได้เป็น

1.3) อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมั่นคง และความปลอดภัยของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะตอบสนองออกมาเป็น พฤติกรรมของความวิตกกังวล

1.4) อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านปณิธานความหวัง (Self-ideal) เป็นความรู้สึกและความคาดหวังที่เกิดขึ้นต่อตนเองว่าจะทำอะไร จะเป็นอะไร รวมทั้งความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองและหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ บุคคลจะตอบสนองออกมาในพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความหมัดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิตและไม่อยากทำอะไร

1.5) อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านศีลธรรม-จรรยา (Moral-ethical self) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ข้อบังคับ ศีลธรรมจรรยา ค่านิยมทางสังคม ศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งเป็นเสมือนสิ่งที่จะบอกให้บุคคลรู้สึกถึงความดี - เลวเกี่ยวกับตนเอง และปัญหาในการปรับตัวด้านนี้ ได้แก่ ความรู้สึกผิด

ตัวอย่างปัญหาทางการพยาบาล เช่น แบบแผนการนอนถูกรบกวน จากความวิตกกังวล; กล้ามเนื้อลีบเล็กลง ข้อติดเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น

(1.5) **การป้องกัน** เป็นความต้องการความปลอดภัยจากอันตรายจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย และการทำหน้าที่ของผิวหนังที่จะป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ บาดเจ็บหรืออุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง Roy อธิบายว่า การป้องกันเป็นกระบวนการที่ผิวหนัง ผมน เล็บ และระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเกี่ยวกับการป้องกัน ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ผิวหนัง โดยการสัมผัสและรับรู้สิ่งร้อน / เย็นของผิวหนัง ความกว้างของการทำลายผิวหนังที่ตรวจพบ รูปร่าง ลักษณะของผิวหนังที่เปลี่ยนแปลง 2) หนังกึ่งหยาบและผื่น ซึ่งเป็นบริเวณที่มีขนปกคลุมมากเพื่อหาความผิดปกติ เช่น ก้อน หรือRoy แผล เป็นต้น 3) การหลังเหงื่อ ซึ่งเป็นการควบคุมระดับความร้อนในร่างกาย 4) การรับความปวดและอุณหภูมิ มีความสำคัญมากต่อกลไกการหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะมีต่อบุคคล 5) แผลผ่าตัดและความปวดแผล ซึ่งรวมไปถึงระยะเวลาของความปวดและความทนต่อความปวดของบุคคล และ 6) สภาพภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อในร่างกาย ตลอดจนชนิดของภูมิคุ้มกันที่ได้รับ

สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการป้องกัน ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาการเพราะความแข็งแรงของระบบผิวหนังและระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการที่เปลี่ยนแปลง 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ การได้รับสารเคมีหรือยาบางชนิดอาจทำให้การทำงานของระบบผิวหนังหรือระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงได้ 3) ความมั่นคงของการปรับตัวด้านอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนที่มีการไหลเวียนเลือดในร่างกายลดลงทำให้ผิวหนังแห้งแตกได้ง่าย และ 4) ประสิทธิภาพของกลไกการรับรู้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ หากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ร่างกายไม่ได้รับสารอาหารในการสร้างความแข็งแรงของผิวหนัง

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ผิวหนังปราศจากความแข็งแรงเนื่องจากขาดสารอาหารโปรตีน

1.1.2) กระบวนการซับซ้อนของร่างกาย อีก 4 ประการ ได้แก่

(2.1) **การรับรู้ความรู้สึก (Sense)** หมายถึง การเห็น การได้ยิน การรับสัมผัส การรับรสและกลิ่น ซึ่งการรับรู้ความรู้สึกโดยผ่านระบบประสาททั้ง 5 ดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ความรู้สึกเจ็บปวดเป็นการรับรู้ความรู้สึกที่สำคัญประการหนึ่งในการทำหน้าที่ของระบบนี้ซึ่งพยาบาลจะต้องประเมินอย่างถูกต้อง

(2.2) **น้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and electrolyte)** ความสมดุลของน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรด - ด่าง ในร่างกายจำเป็นสำหรับการทำงานของเซลล์และอวัยวะในระบบต่างๆ ในทางตรงข้าม การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายขาดประสิทธิภาพก็จะทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ได้เช่นเดียวกัน มีระบบในร่างกายหลายระบบที่ทำงานเพื่อรักษาสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ

(2.3) **การทำงานของระบบประสาท (Neurological functions)** เป็นส่วนสำคัญทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของกลไกการปรับตัวของบุคคล ระบบประสาททำหน้าที่ในการควบคุม

การขับถ่ายทางลำไส้จะเกิดจากการทำงานในการเคลื่อนตัวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็กจะเคลื่อนไหวโดยการหดตัวบีบเป็นคลื่นทำให้อาหารคลุกปนกับน้ำย่อยและทำให้อาหารเคลื่อนต่อไปเรื่อยๆ ด้วยความเร็ว 20 cms/m ซึ่งโดยทั่วไปอาหารเคลื่อนจากกระเพาะอาหารถึงลำไส้ใหญ่ใช้เวลาประมาณ 3 - 5 ชั่วโมง เมื่อกากอาหารที่สะสมในทวารหนักมีมากขึ้น ทำให้กระตุ้นเรลล์ส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลัง เร่งกล้ามเนื้อเรียบของทวารหนักให้มีการหดตัวขับอุจจาระออกมา

การขับถ่ายทางไตในระบบทางเดินปัสสาวะช่วยให้ร่างกายสามารถขับถ่ายของเสียที่เป็นส่วนประกอบของไนโตรเจนออกจากเลือดและขับออกนอกร่างกาย โดยผ่านการกรองปัสสาวะ (Glomerulus filtration) การขับออกจากท่อ (Tubular secretion) และการดูดซึมเข้าสู่ท่อ (Tubular reabsorption) เมื่อไตผลิตปัสสาวะลงสู่กรวยไต และกระเพาะปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ reflex จากไขสันหลังจะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหูรูดหดตัวทำให้ปัสสาวะถูกขับออกไปสู่ท่อปัสสาวะ

การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวเกี่ยวกับการขับถ่าย ได้แก่ ลักษณะอุจจาระที่ถูกขับถ่ายออกมา จำนวน สี กลิ่น ความถี่ ความแข็ง และความยากลำบากในการขับถ่าย ส่วนการขับถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ จำนวน ความถี่เฉพาะ สี กลิ่น ความใส ความเจ็บปวด เป็นต้น

สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการขับถ่าย ได้แก่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ ชนิดและปริมาณสารอาหารที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมในการขับถ่าย เป็นต้น

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ท้องผูก ท้องร่วง ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะออกน้อย ท้องอืด เป็นต้น

(1.4) กิจกรรมและการพักผ่อน บุคคลต้องการความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายทุกส่วนได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีช่วงพักผ่อนสำหรับเวลาของการซ่อมแซมบำรุงรักษา

การทำกิจกรรมต้องอาศัยการทำงานของระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ระบบประสาท รวมทั้งระบบไหลเวียนเลือด นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและสิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรม สำหรับการพักผ่อนเป็นความต้องการที่แสดงถึงความสามารถของร่างกายในการซ่อมแซมและบำรุง ซึ่งหมายรวมถึงความรู้สึกผ่อนคลายที่ปราศจากความไม่สุขสบาย ส่วนการนอนหลับเป็นความต้องการด้านร่างกายเช่นเดียวกับการพักผ่อนเกิดเมื่อความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมลดลง และเป็นเวลาที่ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth hormone) และมีการสังเคราะห์โปรตีนและสารต่างๆ ในร่างกาย เชื่อว่าเกิดในระยะที่ 4 ของวงจรการนอนหลับ (ในคนปกติวงจรการนอนหลับ ประกอบด้วย NREM & REM sleep สลับกัน 4 - 6 รอบ)

การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวเกี่ยวกับการมีกิจกรรม การพักผ่อนและนอนหลับ ประกอบด้วย ประเภทการออกกำลังกาย การทำงานของกระดูก ข้อต่อและกล้ามเนื้อ ปริมาณและคุณภาพการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ และพฤติกรรมที่แสดงออกว่ามีอาการนอนหลับไม่เพียงพอ เช่น อ่อนเพลีย อิดโรย ขอบตาค้ำ เป็นต้น **การประเมินสิ่งเร้า** ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคที่เกี่ยวกับกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ สภาพจิตใจ สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในเวลากลางคืน อายุ ประวัติการใช้ยานอนหลับ เป็นต้น

1.6) อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) เป็นความรู้สึกที่รับรู้ถึงความมีคุณค่า และการมีประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับ อัตมโนทัศน์อื่นๆ ช่างต้นด้วย หากไม่สามารถปรับตัวได้ บุคคลดังกล่าวจะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำกว่าปกติ

2) ระดับกลุ่ม คือ เอกลักษณะกลุ่ม หมายถึง ความสัมพันธ์ เป้าหมาย และค่านิยมที่จะสร้างสรรคสังคม สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ภาพลักษณ์ของกลุ่ม และการร่วมรับผิดชอบในการบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม กระบวนการนี้จะก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ

การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ลักษณะพฤติกรรมในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มีทั้งพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นและพฤติกรรมที่เปิดเผย พยาบาลต้องใช้ทักษะในการสังเกตและสัมภาษณ์ ตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านรู้สึกเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของท่านอย่างไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร” “ท่านคิดว่าตัวท่านเป็นอย่างไร” “ท่านอยากเป็นอะไร” “ท่านเชื่อในสิ่งใดบ้าง เพราะเหตุใด” “ท่านรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ อย่างไรบ้าง”

สิ่งเร้าในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ 1) การรับรู้ตนเอง 2) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ 3) การเรียนรู้ 4) ปฏิกริยาของบุคคลใกล้ชิด 4) ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของชีวิต 6) กลวิธีการเผชิญปัญหา

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เนื่องจากอยู่ระยะปรับตัวในการสูญเสียและปฏิกริยาของบุคคลสำคัญ; โศกเศร้าเนื่องจากรู้สึกขาดความมั่นคงทางจิตใจจากการสูญเสียสามี เป็นต้น

2.1.3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) : การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นการปรับตัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์และการอยู่กับผู้อื่นในสังคม ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าคุณมีหน้าที่หรือมีบทบาทอะไรในสังคม โดยแบ่งชนิดของบทบาทเป็น 3 แบบ คือ

1) บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้รับมาเนื่องจากธรรมชาติของกระบวนการชีวิต เช่น บทบาทลูก บทบาทเพศหญิง เพศชาย

2) บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้รับจากการกระทำ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นบทบาทที่มีระยะเวลาสั้น หรือเป็นบทบาทถาวร เช่น บทบาทเพื่อนร่วมงาน

3) บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทที่เกิดร่วมกับ บทบาททุติยภูมิ แต่มีระยะเวลาดำรงบทบาทสั้นๆ ไม่ถาวร เช่น บทบาทผู้ไปเลือกตั้งสมาชิกผู้แทนราษฎร

ในการดำเนินชีวิตตามปกติ บุคคลจะดำรงบทบาทต่างๆ มากมาย บุคคลต้องเรียนรู้ แสดงบทบาทและปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยบุคคลจะต้องได้รับบทบาทผู้ป่วยเพิ่มเข้ามาในชีวิต ถ้าปรับตัวไม่ได้ย่อมเกิดความรู้สึกตึงเครียดและมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจเพราะปัญหาการปรับตัวด้านนี้จะกลายเป็นสิ่งเร้าที่ไปกระทบการปรับตัวด้านร่างกายหรือด้านอื่นๆ ต่อไป

ของท่าน" "บุคคลสำคัญแสดงความรัก ความเชื่ออาทรต่อท่านอย่างไร" "ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการแสดงออกของบุคคลสำคัญ"

สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ประกอบด้วย ความตระหนักถึงความต้องการและความคาดหวังในด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสามารถในการเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะในการสร้างสัมพันธ์พวาระหว่างกัน และระยะพัฒนาและพัฒนางานตามวัย

หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวในด้านนี้ได้ อาจเกิดเป็นปัญหาการพึ่งพาตนเองและผู้อื่นไม่เหมาะสม เช่น ความว่าเหวเนื่องจากได้รับการเอาใจใส่ดูแลน้อยและรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

2.2 สิ่งแวดล้อม (Environment) : ทุกสิ่งทุกอย่างที่ล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอกเปรียบได้กับสิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล

2.2.1 ประเภทของสิ่งเร้า Roy จำแนกสิ่งเร้าเป็น 3 ประเภท คือ

2.2.1.1 สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อระบบบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีการตอบสนองโดยทันที

2.2.1.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรง ซึ่งจะช่วยให้สิ่งเร้าตรงมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

2.2.1.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อระบบบุคคลที่ยังไม่ชัดเจน เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์เดิม เป็นต้น

2.2.2 ข้อเท็จจริงสำหรับสิ่งเร้า

2.2.2.1 สิ่งเร้าเป็นได้ทั้งสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิตที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม มีคุณลักษณะทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ จิตสังคมและวัฒนธรรม

2.2.2.2 พฤติกรรมการปรับตัวของด้านหนึ่งจะกลายเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของด้านอื่นได้ เช่น ความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพในด้านอัตมโนทัศน์ อาจกลายเป็นสิ่งเร้าในเรื่องของการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.2.2.3 สิ่งเร้าตรงสามารถมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากกว่า 1 ด้าน

2.2.2.4 เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลง สิ่งเร้าก็จะเปลี่ยนไปได้

2.3 ภาวะสุขภาพ (Health) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นเป็นพฤติกรรมการปรับตัวนั่นเอง



ภาพที่ 5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นเป็นพฤติกรรมการปรับตัว

สำหรับการแสดงพฤติกรรมของบทบาทประกอบด้วย 2 พฤติกรรมคือ

1) พฤติกรรมการกระทำตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง (Instrumental behavior) หมายถึง การกระทำต่างๆ เพื่อแสดงว่าตนเองดำรงบทบาทได้อย่างเหมาะสม เช่น การแสดงบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตรเป็นบทบาทของบิดา มารดา เป็นต้น

2) พฤติกรรมตามความรู้สึกของบุคคลที่ดำรงบทบาท (Expressive behavior) หมายถึง ความรู้สึก ทัศนคติ ความชอบไม่ชอบที่มีต่อบทบาท

สิ่งเร้าในการปรับตัวด้านบทบาท ประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้องในบทบาท การมีสิ่งสนับสนุน และการร่วมมือ

ปัญหาการปรับตัวที่พบได้แก่

(1) การแสดงบทบาทไม่เหมาะสม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรับเอาบทบาทใหม่เข้ามาในชีวิต แล้วไม่สามารถดำรงบทบาทได้สอดคล้องกับบทบาทปรกติ เช่น นาง ก หลังคลอดบุตรต้องการเป็นมารดาที่ดีแต่ผู้บุตรไม่ถูกต้อง หรือให้บุตรไม่ถูกต้อง เพราะไม่ได้รับการสอนหรือไม่มีแบบอย่างที่ดี เพราะกำพร้าแม่ตั้งแต่วัยเด็ก เป็นต้น

(2) บทบาทไม่สมจริง เป็นปัญหาการปรับตัวที่บุคคลมีทัศนคติไม่ดีต่อบทบาทที่แสดงอยู่ แต่ก็สามารถแสดงบทบาทได้ด้วยความฝืนใจ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบกินหวานแต่ต้องปรับแบบแผนการรับประทานอาหารใหม่

(3) การขัดแย้งในบทบาท เป็นความรู้สึกขัดแย้งและคับข้องใจเกี่ยวกับบทบาทนั้นๆ ทำให้แสดงพฤติกรรมกระทำและพฤติกรรมความรู้สึกไม่เหมาะสม หรือแสดงไม่ได้ เช่น นางสาว ก กระตือรือร้นต้องการไปรักษาที่แพทย์ปัจจุบัน แต่ครอบครัวไปพาไปตระเวนรักษาที่หมอพื้นบ้าน ทำให้ นางสาว ก รู้สึกคับข้องใจเพราะไม่สามารถตัดสินใจที่จะแสดงบทบาทผู้ป่วยตามความคาดหวังได้อย่างเหมาะสม

(4) ความล้มเหลวในบทบาท เป็นปัญหาการปรับตัวที่ซับซ้อน ที่พบว่าผู้แสดงบทบาทไม่สามารถแสดงพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมการกระทำและพฤติกรรมตามความรู้สึกได้

2.1.3.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependent mode) เป็นการตอบสนองต่อความต้องการ ที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดจากการพึ่งตนเองและการพึ่งพาบุคคลอื่นๆ ได้แก่ การให้ความรักและได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลอื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอึดใจประกอบด้วยสัมพันธภาพ 2 อย่างคือ สัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ (Significant others) และสัมพันธภาพกับระบบสนับสนุน (Support systems) โดยบุคคลสำคัญ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมีความสำคัญต่อบุคคลมากที่สุดในชีวิต อาจเป็นบิดา มารดา คู่สมรส เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ส่วนระบบสนับสนุน หมายถึง บุคคลหรือสิ่งของ สัตว์เลี้ยงที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในสัมพันธภาพและสุขใจ เช่น ภรรยาจะมีสามีเป็นบุคคลสำคัญ และมีเพื่อนร่วมงานเป็นระบบสนับสนุน

การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันของบุคคลจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมการได้รับ (Receptive behavior) และพฤติกรรมการให้ (Contributive behavior) พฤติกรรมการได้รับบ่งบอกว่าบุคคลได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลสำคัญหรือระบบสนับสนุน ส่วนพฤติกรรมการให้ เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับความจนใจเอาใจใส่ให้การดูแลกับบุคคลอื่น ตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านคิดว่าใครเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต

2.4 การพยาบาล (Nursing) การบริการที่ให้แก่มุบุคคล หรือกลุ่มบุคคล โดยการส่งเสริมการปรับตัวทั้งทางด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ด้วยการจัดการกับสิ่งเร้าโดยการลด ขจัด เพิ่ม และคงไว้ซึ่งสิ่งเร้าต่างๆที่มีผลดีต่อการปรับตัว

3. ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กับกระบวนการพยาบาล

Roy (Roy & Andrew, 1999) ได้อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลไว้ค่อนข้างชัดเจน โดยแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การประเมินพฤติกรรมการปรับตัว (2) การประเมินเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ล้อมรอบผู้รับบริการ (3) การวินิจฉัยการพยาบาล (4) การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล (5) การปฏิบัติการพยาบาล และ (6) การประเมินผลการพยาบาล

3.1 การประเมินพฤติกรรมการปรับตัว

การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (Assessment of behaviors) ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า ซึ่งก็คือพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะได้มาจากการสังเกต การสัมภาษณ์และการตรวจวัดอย่างมีระบบเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และพิจารณาสรุปเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม การปรับตัวที่ดีได้แก่การที่บุคคลเกิดความมั่นคงในเรื่องการอยู่อาศัย การเจริญเติบโต การสืบพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้

3.2 การประเมินสิ่งเร้า

เป็นขั้นตอนที่ประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว (Assessment of influencing factors) นั่นคือ การประเมินหรือค้นหาสิ่งเร้าหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัวซึ่งได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง ตามปกติสิ่งเร้าตรงจะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดปัญหาจึงมักมีเพียงสาเหตุเดียว ส่วนสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝงมักมีหลายสาเหตุร่วมกัน

3.3 การวินิจฉัยการพยาบาล

เป็นขั้นตอนการระบุปัญหาหรือบ่งบอกปัญหาจากพฤติกรรมที่ประเมินได้ในขั้นตอนที่ 1 และระบุสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของปัญหาในขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้ปัญหาและสาเหตุแล้วจะสามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้ เช่น ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากเคมิรักษา

เมื่อกำหนดปัญหาได้ครบแล้วต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทฤษฎีนี้ได้เสนอแนวทางซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาไว้ดังนี้ (1) ปัญหาซึ่งคุกคามชีวิตของบุคคล (2) ปัญหาซึ่งกระทบกระเทือนการเจริญเติบโตของบุคคล (3) ปัญหาซึ่งกระทบกระเทือนต่อบุคคลหรือกลุ่มคนที่เกิดขึ้นอย่างยืดเยื้อและต่อเนื่อง และ (4) ปัญหาซึ่งกระทบกระเทือนขีดความสามารถของบุคคลที่จะบรรลุผลสำเร็จ

Roy (Roy & Andrew, 1999) เสนอแนะเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่

3.3.1 เขียนข้อความของพฤติกรรมการปรับตัวด้านหนึ่งร่วมกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว

3.3.2 เขียนผลรวมของข้อสรุปของพฤติกรรมการปรับตัวด้านหนึ่งตามรายการวินิจฉัยการพยาบาลที่

Roy จัดทำขึ้น ร่วมกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรม

3.3.3 เขียนผลรวมของพฤติกรรมการปรับตัวมากกว่าหนึ่งด้าน ร่วมกับสิ่งเร้ากลุ่มเดียวกันที่ทำให้เกิด

พฤติกรรม

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึ่พบรเบาเร็ว หายใจเร็วตื่น อัตรา 30 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ตัวเย็น ซีด มีแผลกดทับกว้าง ซึมซุ่ม gauze กลิ่นเหม็น ระดับความรู้สึกลดลงและสับสน

พฤติกรรมแสดงถึงการปรับตัวของระบบไหลเวียนล้มเหลว ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยกว่าความต้องการ

การเขียนแบบที่ 1 : ความดันโลหิต 90 /60 เนื่องจากสูญเสียเลือดจากบาดแผล มีการติดเชื้อและวิตกกังวล

การเขียนแบบที่ 2 : ภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากสูญเสียเลือดจากบาดแผล มีการติดเชื้อและวิตกกังวล

การเขียนแบบที่ 3 :ภาวะช็อค วิตกกังวล เนื่องจากระบบไหลเวียนล้มเหลว มีการติดเชื้อ

3.4 การกำหนดเป้าหมาย

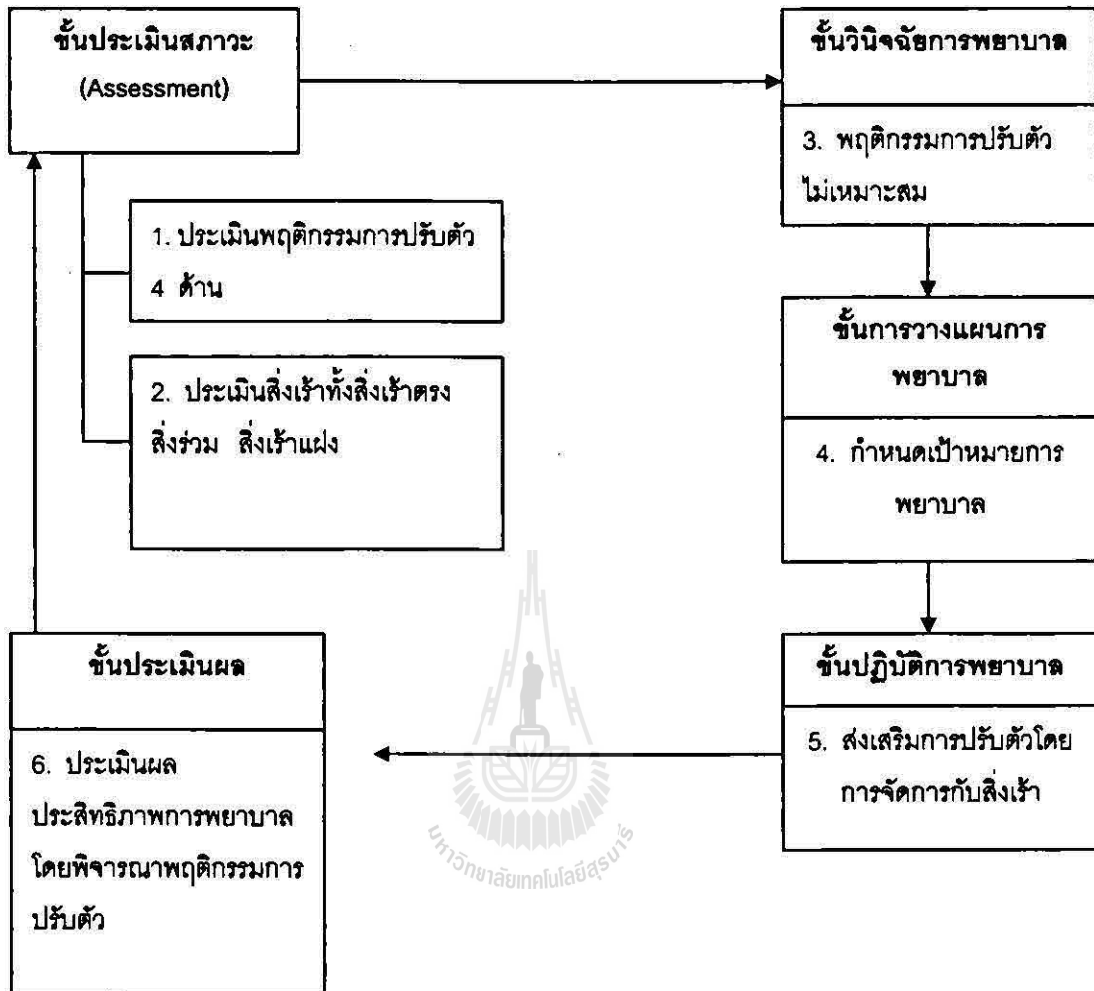
สำหรับเป้าหมายการพยาบาลโดยรวม คือ การส่งเสริมและรักษาการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับตัวที่บกพร่องให้มีประสิทธิภาพคืนมา ดังนั้นพฤติกรรมปรับตัวของบุคคลจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล การเขียนต้องเขียนในรูปของพฤติกรรมที่คาดหวัง และระยะเวลาที่พฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70 ถึง 130/80 ภายใน 30 นาที

3.5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ตามกรอบแนวคิดของ Roy กิจกรรมการพยาบาลที่จะใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมปรับตัวมักจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัด ลด หรือปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ หรือเพิ่มสิ่งเร้าที่ส่งเสริมการปรับตัว โดยทั่วไปมักจะมุ่งปรับสิ่งเร้าตรงก่อนเนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา ขึ้นต่อไปจึงพิจารณาปรับสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าแฝง และส่งเสริมการปรับตัวให้เหมาะสม ดังตัวอย่างในตารางที่ 5.4

3.6 การประเมินผล

การประเมินผลเป็นการประเมินผลสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวในแต่ละด้านที่มีปัญหา มี 2 ทิศทางคือ เป็นไปตามพฤติกรรมปรับตัวที่คาดหวัง หรือเป็นไปตามเกณฑ์ประเมินผลหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยยังคงมีปัญหากการปรับตัวอยู่ พยาบาลต้องประเมินตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 ใหม่อีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลและ สิ่งเร้าเพิ่มเติม จนกระทั่งเป้าหมายการพยาบาลทุกอย่างบรรลุผลตามที่ตั้งไว้



ภาพที่ 5.7 การใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Roy

ตารางที่ 5.3 แสดงตัวอย่างปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปรับตัวที่พบบ่อย

การปรับตัว		ปัญหาการปรับตัว
1	ด้านร่างกาย	ภาวะช็อค / ขาดออกซิเจน; การหายใจผิดปกติ; การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง;
	1.1 ออกซิเจน	การขนส่งออกซิเจนบกพร่อง; การกำซาบเนื้อเยื่อผิดปกติ
	1.2 โภชนาการ	ภาวะโภชนาการมาก/น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย; เบื่ออาหาร
	1.3 การรับถ่าย	ท้องร่วง; กลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้; ท้องผูก; ท้องอืด/แน่นอึดอัดท้อง
	1.4 กิจกรรมและการพักผ่อน	แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนไม่เหมาะสม; การเคลื่อนไหวจำกัด/ ไม่เคลื่อนไหว; ความทนต่อกิจกรรมลดลง; ภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง
	1.5 การป้องกัน	ผิวหนังขาดความแข็งแรง; ติดเชื้อ; กระบวนการหายของแผลไม่มีประสิทธิภาพ
	1.6 การรับรู้ความรู้สึก	ระบบการรับรู้ความรู้สึกบกพร่อง; การติดต่อสื่อสารบกพร่อง; ความปวดเฉียบพลัน/เรื้อรัง
	1.7 น้ำและอิเล็กโทรลัยท์	ภาวะขาดสารน้ำ; บวม; ภาวะช็อค; ภาวะโซเดียมสูง/ต่ำ ภาวะ แคลเซียมสูง/ต่ำ ภาวะโปตัสเซียมสูง/ต่ำ; ภาวะเสียสมดุลกรด/ด่าง
	1.8 ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัวลดลง; กระบวนการรับรู้บกพร่อง; หลงลืม; อารมณ์แปรปรวนง่าย; การกำซาบเลือดในเนื้อเยื่อสมองลดลง
1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ	การควบคุมฮอร์โมนบกพร่อง (ระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ ฯลฯ)	
2	ด้านอัตมโนทัศน์	
	2.1 ด้านร่างกาย	มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์
	2.2 ส่วนบุคคล	วิตกกังวล; รู้สึกผิด; การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง
3	ด้านบทบาทหน้าที่	บทบาทไม่มีประสิทธิภาพ; บทบาทขัดแย้ง; บทบาทล้มเหลว; บทบาทไม่สมจริง
4	ด้านการพึ่งพาซึ่งกัน	ความว้าเหว; วิตกกังวลจากการพรางจาก

ตารางที่ 5.4 แสดงตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

พฤติกรรม	ประสิทธิภาพการปรับตัว	สิ่งเร้า			ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
		ตรง	ร่วม	แฝง		
ด้านร่างกาย 1. ออกซิเจน อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ช้อนเพลีย เหนื่อย 2. ระบบไหลเวียน ซีพจร 106 /นาที BP 100/60 Plt 100,000 Hb 11 mg% 3. ระบบป้องกัน ไข้ 38.2	อยู่ระหว่าง ปรับตัว	การไหลเวียนเลือดลดลง	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	วัยผู้ใหญ่ตอนต้นกำลังสร้างฐานะ	เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก การไหลเวียนเลือดลดลง มีกิจกรรมและวิตกกังวล	1. การจัดการกับสิ่งเร้าตรง 2. การจัดการกับสิ่งเร้าร่วม 3. การจัดการกับสิ่งเร้าแฝง ...

สรุป ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ดีทฤษฎีหนึ่ง และมีการพัฒนาก้าวหน้าอย่างมาก ช่วยให้เห็นลักษณะของวิชาชีพพยาบาล และทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล จุดมุ่งหมายและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม และท้ายที่สุดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ยังได้เน้นให้เห็นถึงคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรับบริการที่พยาบาลควรให้ความสำคัญการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยนับว่าเป็นบริการจากพยาบาลที่มีคุณประโยชน์ต่อบุคคลในสังคม

5.5 แบบแผนทางสุขภาพของ Gordon (Gordon's Functional Health Pattern)

เค้าโครงเนื้อหา

เรื่องที่ 1 องค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพของ Gordon

เรื่องที่ 2 ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพของ Gordon

- 1) แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)
- 2) แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)
- 3) แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)
- 4) แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)
- 5) แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)
- 6) แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception)
- 7) แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)
- 8) แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)
- 9) แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)
- 10) แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)
- 11) แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

เรื่องที่ 3 จุดเด่นและจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพของ Gordon

- 1) จุดเด่น
- 2) จุดด้อย

เรื่องที่ 4 แบบแผนสุขภาพของ Gordon กับกระบวนการพยาบาล

- 1) การประเมินภาวะสุขภาพ
- 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล
- 3) การวางแผนการพยาบาล
- 4) การปฏิบัติการพยาบาล
- 5) การประเมินผลการพยาบาล

เรื่องที่ 5 การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของ Gordon ในการวางแผนการพยาบาล

- 1) แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)
- 2) แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)
- 3) แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)
- 4) แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)
- 5) แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)
- 6) แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception)
- 7) แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)
- 8) แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)
- 9) แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

10) แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)

11) แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

แนวคิด

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของ Gordon เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยร่วมหลายประการ อาทิ ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ พัฒนาการในแต่ละวัย สิ่งแวดล้อม ระบบความช่วยเหลือในครอบครัวหรือสังคม การบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ในการประเมินภาวะสุขภาพ จึงควรประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างต่อเนื่องของแต่ละบุคคล ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีต่อการทำหน้าที่ของแต่ละแบบแผน ซึ่งแบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้ 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management) 2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism) 3) การขับถ่าย (Elimination) 4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise) 5) การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest) 6) สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception) 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept) 8) บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship) 9) เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction) 10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance) และ 11) คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

วัตถุประสงค์ เมื่อศึกษาจบตอนที่ 5.5 แล้วนักศึกษาสามารถ

1. เข้าใจหลักการพื้นฐานของแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon
2. อธิบายขอบเขตของแบบแผนสุขภาพของ Gordon แต่ละแบบแผนได้ถูกต้อง
3. อธิบายการนำแบบแผนสุขภาพของ Gordon ไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ถูกต้อง
4. รวบรวมข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon ได้

5.5 แบบแผนทางสุขภาพของ กอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern)

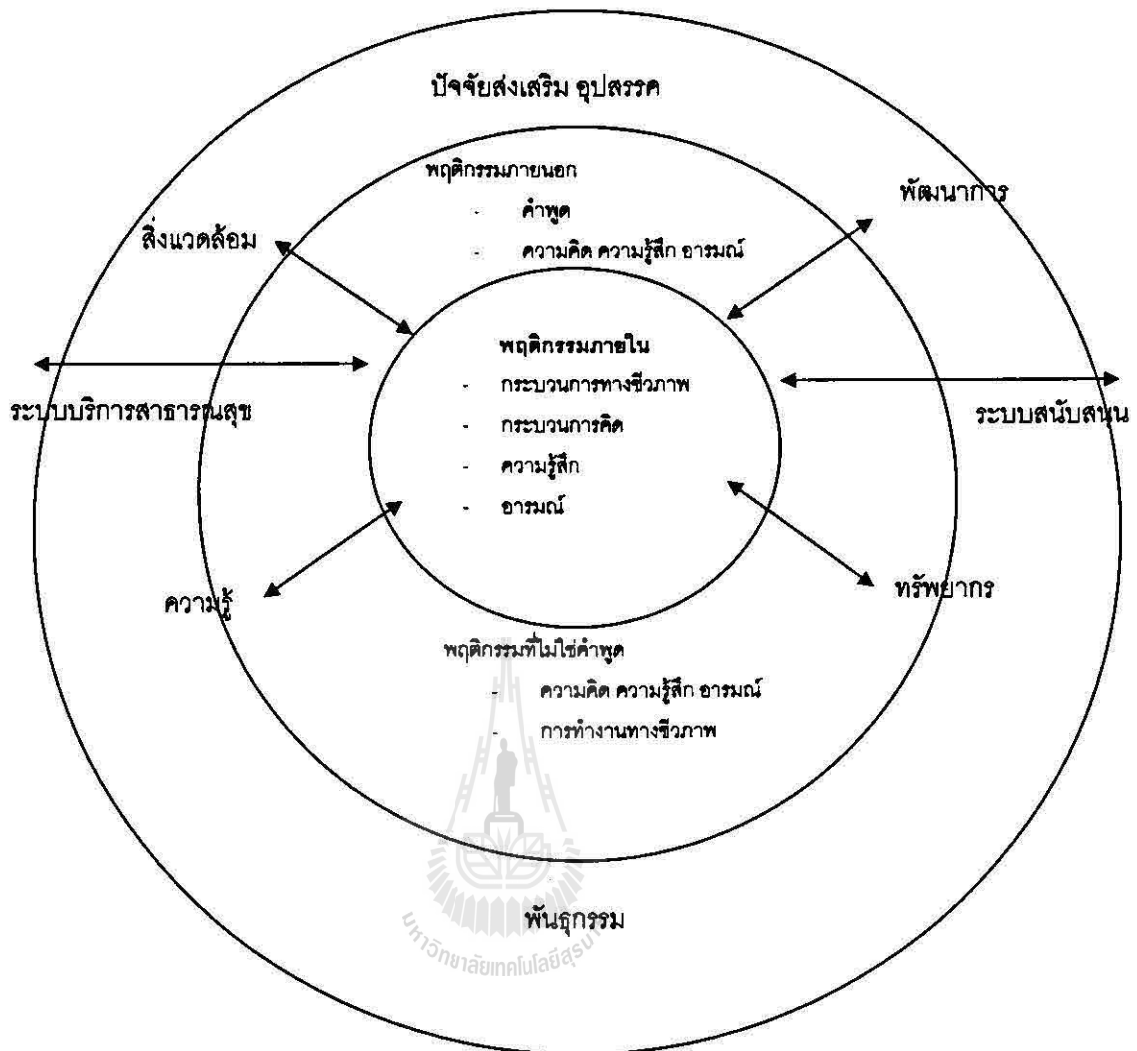
แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนทั้งนภาจะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยประเมินจากพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของบุคคลซึ่งประกอบด้วย แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ซึ่งการใช้แบบแผนสุขภาพเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยการพยาบาลนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย ส่วนประกอบ ขอบเขต และจุดเด่นจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลกับแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดซึ่ง Majory Gordon ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ โดยพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น พฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน ที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เป็นคำพูด (Verbal behavior) เช่น การพูดคุยโต้ตอบ และพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (Non verbal behavior) เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง และส่วนประกอบภายใน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคติ ค่านิยมของบุคคล รวมทั้งกระบวนการทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกาย เช่น การหายใจ การขับถ่าย เป็นต้น

นอกจากนี้แบบแผนสุขภาพยังกล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการในแต่ละวัย สิ่งแวดล้อม ระบบความช่วยเหลือในครอบครัวหรือสังคม การบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นการที่จะประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ จึงควรประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างต่อเนื่องของแต่ละบุคคล ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่มีต่อการทำหน้าที่ของแต่ละแบบแผน

แบบแผนสุขภาพ ประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังต่อไปนี้

- แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)
- แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)
- แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)
- แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)
- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)
- แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception)
- แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)
- แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)
- แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)
- แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)



ภาพที่ 5.8 แสดงองค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2539)

2. ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ

จากแนวคิดพื้นฐานของ Gordon (1994) สามารถกำหนดขอบเขตในแต่ละแบบแผนสุขภาพ ดังนี้

2.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาวะในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้รับบริการใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เจ็บไข้และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ)

1. องค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพ

ในแต่ละแบบแผนสุขภาพจะประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมและอุปสรรค พฤติกรรมภายในที่สำคัญ ได้แก่ (1) กระบวนการทำงานทางกายหรือทางชีวภาพในระบบต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียน จะพยายามปรับให้ร่างกายอยู่ในสภาวะสมดุล (2) กระบวนการคิด ความรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ และ (3) เจตคติ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็นค่านิยมของบุคคล

ทั้งนี้ พฤติกรรมภายในของบุคคลจะเป็นสิ่งชี้นำพฤติกรรมภายนอกของแต่ละแบบแผนสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย (1) พฤติกรรมที่เป็นคำพูด (verbal behavior) จะแสดงความรู้ ความคิด ความรู้สึก ความคิดเห็นต่างๆ ที่พฤติกรรมภายใน และ (2) พฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (Non-verbal behavior) ประกอบด้วยสีหน้า ท่าทางของบุคคล ซึ่งบ่งชี้พฤติกรรมภายในทั้งกระบวนการทำงานของบุคคลทั้งด้านชีวภาพ ความคิด ความรู้สึก อาจวัดได้ด้วยวิธีการต่างๆ

แบบแผนสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น พันธุกรรม การพัฒนาการของบุคคล ความรู้ เจตคติ ระบบสนับสนุน ทรัพยากร และระบบบริการสาธารณสุข ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปกติ หรือเป็นอุปสรรคที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเบี่ยงเบนจากปกติก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม ในแต่ละแบบแผนสุขภาพอาจมีองค์ประกอบที่แตกต่างและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมแต่ละชนิด รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคที่ต่างกันไปบ้าง องค์ประกอบของแบบแผนแสดงในภาพที่ 5.8



ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ) รวมทั้งการรวบรวมผลการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมของร่างกาย ได้แก่ ระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรก็ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไร สิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการทรงตัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

2.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and rest)

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน(Relax) ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น) และการสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

2.6 แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and perception)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และรวบรวมข้อมูลผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/ การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/Neurological signs/Reflex

แบบแผนด้านสถิติปัญญาและการรับรู้ ประกอบด้วย 2 แบบแผนย่อย ได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด และ 2) ความสามารถทางสถิติปัญญา เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถและพัฒนาการทางสถิติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อความสามารถทางสถิติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

2.7 แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and self concept)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯทั้งในภาวะปกติและในขณะเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่นความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

2.2 แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้รับบริการทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรค หรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมองความคิดของผู้รับบริการที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ เช่น ขนมถุง ขนมซอง การกินไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องการกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ) รวมทั้งการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เช่น ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อม้ำเหลือง ต่อมน้ำไทรอยด์ น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง 18 – 24 kg/m², ผู้ชาย 20 – 27 kg/m²) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน เป็นต้น รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

- 1) อาหารและภาวะโภชนาการ
- 2) การเผาผลาญสารอาหาร
- 3) น้ำและอิเล็กโทรลัยท์
- 4) คุณภาพของร่างกาย
- 5) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
- 6) ผิวหนังและเยื่อ
- 7) ภูมิคุ้มกัน

2.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ บัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา รวมทั้งผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย (ตรวจท้อง ระบบขับถ่ายบัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง แบบแผนการขับถ่าย ประกอบด้วย 2 แบบแผนย่อย ได้แก่ 1) การขับถ่ายอุจจาระ และ 2) การขับถ่ายบัสสาวะ

2.4 แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจน

2.8 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and relationship)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้รับบริการต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารยาทที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่ อย่างไร)

2.9 แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and reproduction)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง เพศสัมพันธ์ (ตามในกรณีที่ตั้งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) โดยทั่วไปในเพศหญิงควรถามประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่ม หรือไม่ การคุมกำเนิด ส่วนในเพศชาย ถามปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ไข่เลื่อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่ มีพฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ รวมทั้งพยาบาลควรสังเกตอาการปฏิกิริยา ท่าทางการแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ ในเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ ทั้งนี้ในการรวบรวมข้อมูลในแบบแผนนี้ให้พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์ด้วย

2.10 แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (Coping and stress)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

2.11 แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ (Value and belief)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความ

เจ็บป่วยของตนดีขึ้น ความต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สิ่งเกิดสิ่งที่น่าเบื่อหน่าย เช่น การห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

3. จุดเด่นและจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพ

พรศิริ พันธศรี (2552) ได้กล่าวถึงจุดเด่นและจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพ ไว้ดังนี้

3.1 จุดเด่น

3.1.1 แบบแผนสุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้างและยืดหยุ่น ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย จึงใช้ประเมินภาวะสุขภาพได้ทั้งบุคคลปกติ ครอบครัว ชุมชน หรือผู้รับบริการในโรงพยาบาล

3.1.2 แบบแผนสุขภาพไม่ได้เน้นเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพที่ปกติสามารถเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ เช่น มารดามีทัศนคติที่ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครอบครัวสนใจดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้พยาบาลหากลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมนี้ให้คงที่ได้ยาวนานที่สุด จึงเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลได้แสดงบทบาทครบทั้ง 4 มิติ คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

3.1.3 แบบแผนทั้ง 11 แบบแผน เป็นการมองถึงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่พบเห็นโดยทั่วไป ทำให้เข้าใจง่ายว่าผู้รับบริการมีปัญหาอะไร เช่น ปัญหาเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย หรือการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นต้น

3.1.4 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพช่วยกระตุ้นเตือนให้พยาบาลมองภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเป็นองค์รวม เนื่องจากแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

3.1.5 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของสมาคมการวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (North America Nursing Diagnosis: NANDA)

3.2 จุดด้อย

3.2.1 แบบแผนสุขภาพบางแบบแผนมีขอบเขตกว้างมาก เช่น แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายซึ่งประกอบด้วยแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Activity of daily living: ADL) การออกกำลังกาย กิจกรรมในการงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของโครงสร้างกระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ตลอดจนระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ซึ่งทำให้การประเมินภาวะสุขภาพอาจจะประเมิน ไม่ครอบคลุมทั้งหมดของแบบแผน อาจส่งผลให้การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการไม่ครบถ้วน สมบูรณ์

3.2.2 แบบแผนสุขภาพบางแบบแผนมีความซ้ำซ้อนกัน เช่น แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ซึ่งเป็นแบบแผนทางด้านจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกัน บางครั้งแยกกันไม่ออกเพราะความผิดปกติของแบบแผนหนึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในอีกแบบแผนหนึ่งได้ เช่น ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์เรื่องการมองเห็นตนเองในด้านลบอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ ดังนั้นการจะบอกว่าผู้รับบริการมีปัญหาในแบบแผนใดก็อาจจะระบุให้ชัดเจนได้ยาก

4. แบบแผนสุขภาพของ Gordon กับกระบวนการพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลหรือการวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้น สิ่งที่สำคัญคือ การจัดกลุ่มข้อมูลที่ประเมินได้จากผู้รับบริการว่าอยู่ในแบบแผนใดบ้าง แต่ละแบบแผนมีความสัมพันธ์กันอย่างไร โดยข้อมูลในแบบแผนหนึ่งอาจเป็นสาเหตุของปัญหาอีกแบบหนึ่ง หรืออาจเป็นผลหรือมีส่วนส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพของอีกแบบแผนหนึ่งได้ ดังนั้นเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วพยาบาลควรจะวิเคราะห์และพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ ทั้งภายในและแบบแผนสุขภาพนั้นและระหว่างแบบแผนสุขภาพ เนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวมจะตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพทั้งระบบ

หลังจากจัดกลุ่มข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพแล้วควรวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้นว่ามีภาวะสุขภาพที่ปกติหรือน่าจะมีปัญหาสุขภาพอะไร โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับคนและสิ่งแวดล้อม แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตลอดจนความรู้ทางด้านพยาธิสรีรวิทยามาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณา ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลนี้จะช่วยให้พยาบาลแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมได้อีกหากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงแปลความหมายของข้อมูลเหล่านั้น กล่าวคือ ข้อมูลที่แปลความหมายแล้วนั้นมีผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพใดบ้าง อย่างไร เป็นสาเหตุหรือเป็นผล เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป แล้วจึงนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

4.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการซักประวัติและการสังเกตพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายในของ แต่ละแบบแผนว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวอย่างไร พฤติกรรมใดช่วยส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมใดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือบ่งชี้ภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกายในระบบต่างๆ ตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูล

4.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากทั้ง 11 แบบแผนสุขภาพมาวิเคราะห์ แยกแยะและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลให้สอดคล้องกันในแต่ละแบบแผนสุขภาพเพื่อจะได้ทราบว่ามีข้อมูลใดปกติ ข้อมูลใดผิดปกติเพื่อนำไปสู่การระบุปัญหาหรือภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ถูกต้อง

4.2 การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

โดยการนำข้อมูลจากผู้รับบริการที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วทั้งหมดมาระบุเป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละแบบแผนสุขภาพว่ามีแบบแผนใดที่ไม่มีปัญหาหรือแบบแผนใดที่มีปัญหาอย่างไร รวมทั้งระบุสาเหตุของปัญหาที่พบนั้นๆ ด้วย

4.3 การวางแผนการพยาบาล

เมื่อได้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละแบบแผนสุขภาพแล้วให้จัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่าแบบแผนใดจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือก่อนหลัง รวมทั้งกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาล และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหาสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพ

4.4 การปฏิบัติการพยาบาล

เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติกับผู้รับบริการตามลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อส่งเสริมป้องกันให้ผู้รับบริการที่มีแบบแผนสุขภาพปกติสามารถดำรงภาวะสุขภาพดีไว้ได้ และแก้ไขผู้รับบริการที่มีความผิดปกติในแต่ละแบบแผนสุขภาพที่ดีขึ้นหรือช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีที่เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ

4.5 การประเมินผลการพยาบาล

เป็นการประเมินผลของการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการว่าได้ผลลัพธ์เป็นอย่างไร ซึ่งอาจประเมินได้จาก อาการ ภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมในแต่ละแบบแผนของผู้รับบริการภายหลังได้รับการพยาบาลแล้วว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์ต้องกลับไปพิจารณาว่าข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพมีความถูกต้องหรือไม่ อย่างไร หรือมีข้อมูลใดที่ยังได้ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าพิจารณาแล้วพบว่าได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วก็ต้องพิจารณาแผนการพยาบาลว่ามีข้อบกพร่องอย่างไร เพื่อจะได้ปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือผู้รับบริการจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

นักศึกษาสามารถศึกษาจากตัวอย่างกรณีศึกษาได้จากภาคผนวก



4. การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของ Gordon ในการวางแผนการพยาบาล

4.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management)

แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ สามารถจำแนกเป็นแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ (1) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ และ (2) การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ ประกอบด้วย

4.1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ

4.1.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ แนวทางในการซักประวัติในเรื่องต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปของตนเองหรือบุคคลที่รับผิดชอบทั้งอดีตและปัจจุบันเป็นอย่างไร ถูกต้องหรือไม่ หากรับรู้สุขภาพไม่ดีอาจถามประวัติถึงความถี่ในการเกิดอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วย เช่น เป็นหวัด มีไข้ ท้องเสีย บ่อยเพียงใด (2) ผู้ป่วยรู้หรือไม่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นหรือสาเหตุของโรคถูกต้องหรือไม่ อย่างไร และวิธีการแก้ไขเมื่อเจ็บป่วย (3) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกและความคาดหวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างไร (4) มีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมการพยาบาลหรือผู้รักษาอย่างไร

สำหรับการซักประวัติเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในเด็กวัยเรียนหรือวัยรุ่นสามารถซักประวัติจากเด็กได้ ส่วนในเด็กทารก เล็กเล็ก เด็กก่อนวัยเรียนให้ถามจากความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ที่เลี้ยงดูเด็ก โดยใช้แนวทางเดียวกับที่ซักประวัติในผู้ใหญ่

2) การตรวจร่างกาย โดยการสังเกตลักษณะทั่วไป (General appearance) ของผู้รับบริการ รวมทั้งสังเกตสีหน้า ท่าทางเพื่อประเมินความรู้สึกหรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพว่ามีความสอดคล้องกับคำพูดหรือไม่ อย่างไร

4.1.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

- 1) ปฏิบัติตนไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค
- 2) มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากมีการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ถูกต้อง
- 3) ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเนื่องจากมีการรับเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง
- 4) ไม่มาตรวจครรภ์ตามนัดเนื่องจากขาดการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระหว่างตั้งครรภ์

4.1.1.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.5 ตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เนื่องจากข้อแก้	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยยอมปฏิบัติตามกิจกรมเพื่อ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกาย	หลังจากที่ผู้ป่วยได้พูดคุย กับเพื่อนผู้ป่วยข้างเตียงที่ เป็นโรคเดียวกันและมีอายุ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
สิ้นหวัง ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยไม่ยอมรับการฝึก การบริหารกล้ามเนื้อตามที่ นักกายภาพบำบัดแนะนำ - ผู้ป่วยบอกว่า "แก่แล้วไม่ มีทางหายไม่ต้องทำอะไร นหรอก"	เกณฑ์ประเมินผล - ไม่มีคำพูดแสดงถึงการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ในทางลบ - ผู้ป่วยออกกำลังแขนและขา ตามคำแนะนำ	2. อธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิด ขึ้นกับผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยปฏิบัติ ตามคำแนะนำและผลเสียที่จะ เกิดขึ้นถ้าไม่ปฏิบัติ 3. จัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็น กำลังใจให้กันและกัน กับผู้ป่วยโรคเดียวกันที่กำลังอยู่ ในระยะฟื้นฟูสภาพ 4. พูดให้กำลังใจและปรับการ รับรู้ที่ไม่เป็นจริงให้ถูกต้อง 5. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมี ความสามารถทำกิจกรรมได้ เพิ่มขึ้น	มากกว่า ผู้ป่วยสีหน้า ตด ซึ้งขึ้น ยอมรับการทำ กายภาพบำบัดและ สามารถออกกำลังกาย ได้ดีขึ้นเรื่อยๆ

4.1.2 การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ

4.1.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ การซักประวัติเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ (1) ประวัติเกี่ยวกับการตรวจร่างกายประจำปี (2) การได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ (3) การรับประทานยาเป็นประจำและเหตุผลที่รับประทาน (4) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น (5) การแพ้สารต่างๆ เช่น การแพ้ยา อาหาร สารเคมี หรือสารอื่นๆ (6) การเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัด หรือการเกิดอุบัติเหตุ และการดูแลรักษา (7) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรืออาการที่ตนเองเป็นและการดูแลเบื้องต้น และการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วยนั้นๆ (8) ประวัติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับการในเด็กให้ซักประวัติเช่นเดียวกับผู้ใหญ่โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก ส่วนในวัยรุ่นควรเน้นพฤติกรรมเสี่ยงต่าง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้าการติดสารเสพติด การมีคู่นอนหลายคน

2) การตรวจร่างกาย พยาบาลควรตรวจลักษณะทั่วไปและความพิการ เช่น ดูท่าทางการเดิน การลุกนั่ง การเคลื่อนไหว แขนขา การพูดคุย การแสดงสีหน้า สังเกตความสะอาดของร่างกาย สังเกตความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยหรือครอบครัว

4.1.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบ มีดังต่อไปนี้

1) ดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี / มีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพ / ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเนื่องจาก (ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น / ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด / ขาดความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค / ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

2) ขาดประสิทธิภาพในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การติดยาหรือสารเสพติด ภาวะเครียดเรื้อรัง เป็นต้น

3) ขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือบุคคลที่ตนรับผิดชอบ เช่น ขาดทักษะในการทำแผล / ขาดทักษะในการทำอาหารสายยาง การให้อาหารทางสายยาง / ขาดทักษะในการดูแล Colostomy / ขาดทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ

4.1.2.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.6 ตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ต้องรับผิดชอบ (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี เนื่องจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชอบกินอาหารหวานๆ มันๆ ไม่ชอบกินผักผลไม้ - ชอบกินอาหาร fast food <p>ชนมกรูบกรอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ชอบออกกำลังกาย - ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี - สูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 1 รอก 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ส่งเสริมให้มีความตระหนักเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพตนเองได้</p> <p>เหมาะสม</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ - ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - งดหรือลดการสูบบุหรี่ให้น้อยลง - มีการตรวจสุขภาพประจำปี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้และความสนใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง 2. สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการไปตรวจสุขภาพประจำปี 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจหรืออยากได้ข้อมูลเพิ่มเติม 	<p>ผู้ป่วยบอกว่าจะมีความ</p> <p>อยากจะทำตามคำแนะนำที่พยาบาลแนะนำทุกเรื่อง</p> <p>แต่บางเรื่องอาจปฏิบัติได้ยาก เช่น การเลิกสูบบุหรี่</p> <p>เพราะสูบบุหรี่มา 30 ปีแล้ว แต่ก็จะต้องพยายามลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง</p>

4.2 แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร สามารถจำแนกเป็นแบบแผนย่อยได้ 7 แบบแผน ดังนี้

- 1) อาหารและโภชนาการ
- 2) การเผาผลาญสารอาหาร
- 3) น้ำและอิเล็กโทรลัยต์
- 4) คุณภูมิของร่างกาย
- 5) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
- 6) ผิวหนังและเยื่อ
- 7) ภูมิคุ้มกันโรค

4.2.1 อาหารและโภชนาการ

4.2.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ มีแนวทางซักประวัติ ดังนี้ คือ (1) ประวัติเกี่ยวกับบริโภคนิสัย เช่น กินอาหารเป็นเวลาหรือไม่ ชอบกินจุบจิบหรือไม่ (2) ลักษณะอาหารหรือขนมที่ชอบ อาหารที่รับประทานเป็นประจำ อาหารที่ไม่รับประทานหรืออาหารแสดง (3) ชนิด เวลา และปริมาณอาหารในแต่ละวัน (4) ประวัติการเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น มีแผลหรือโรคภายในช่องปาก ฟันผุ โรคกระเพาะอาหารลำไส้อักเสบ โรคตับ ตับอ่อนถุงน้ำดี และโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร (5) ปัญหาจากการรับประทานอาหาร เช่น การกลืนอาหารการย่อยและการดูดซึมอาหารผิดปกติ รวมทั้งวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาดังกล่าว สำหรับการซักประวัติในเด็กควรซักประวัติเกี่ยวกับ (1) ชนิดของนมที่ทารก/เด็กได้รับ (เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหรือนมผสม) (2) ปริมาณจำนวนมื้อ/วันที่เด็ก

ได้รับนมหรืออาหาร (3) อาหารเสริมที่เด็กได้รับ (4) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก เช่น อาหารที่ชอบ อาหารที่ไม่ชอบ

2) การตรวจร่างกาย โดยการ 1) สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมทั้งปริมาณและลักษณะอาหารที่รับประทาน 2) ประเมินภาวะโภชนาการว่าอ้วน ท้วม ปกติ หรือผอม โดยประเมินจากน้ำหนัก และส่วนสูงและดัชนีมวลกาย (BMI) 3) ตรวจสอบสภาพของผิวหนังและเยื่อว่าซีดหรือไม่ 4) ตรวจเยื่อปากและแผลในช่องปาก 5) ตรวจสอบดูท่าทางว่ามีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อแขนขาลีบหรือไม่ ลักษณะผม เล็บขาดสารอาหารหรือไม่ 6) ตรวจสอบการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี เช่น อาการกลืนลำบาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดท้อง เป็นต้น ตรวจตับ ม้าม ก้อนในท้อง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound)

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เพื่อประเมินมีดังต่อไปนี้ ได้แก่ (1) การตรวจเลือดเพื่อประเมินภาวะซีดหรือภาวะโลหิตจาง และการทำงานของตับและทางเดินน้ำดี ซึ่งได้จากการตรวจ Complete blood count, Liver function test (2) การตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิ (3) การประเมินพยาธิสภาพในกระเพาะอาหารจากการตรวจ Gastroscope เพื่อค้นหาแผลในกระเพาะอาหาร หรือการตรวจดูเชื้อ เฮลิโคแบคเตอร์ (4) ประเมินความผิดปกติของทางเดินอาหาร อาจประเมินได้จากผลการตรวจต่างๆ เช่น Upper GI Series (Barium swallow) Barium enema Sigmoidoscope Ultrasound upper abdomen CT scan upper abdomen เป็นต้น

4.2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

1) (มีโอกา) ขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากขาดความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้อง / เมื่ออาหาร / กลืนลำบาก / คลื่นไส้ อาเจียน

2) มีภาวะท้องอืดเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของลำไส้น้อยกว่าปกติ (ลำไส้ทำงานไม่ดี) / อาหารไม่ย่อย / ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดบุตร

3) ทารกดูคนไม่มึประสิทธิภาพเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด / การได้รับยากระตุ้นระบบประสาท

4.2.1.3 ตัวอย่างแผนการการพยาบาล

ตารางที่ 5.7 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ยอมรับผิดชอบ(พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
เสี่ยงต่อการได้รับ สารอาหารไม่ เพียงพอต่อ ความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเมื่ออาหาร (Anorexia) กลืนลำบาก (Dysphagia)	วัตถุประสงค์ - ส่งเสริมให้ได้สารอาหารที่ ประโยชน์และเพียงพอกับ ความต้องการของร่างกาย เกณฑ์ประเมินผล - ความเมื่ออาหารลดลง รับประทานอาหารได้อย่าง น้อย 1/2 ถาด/มื้อ	1. ดูแลความสะอาดของปาก และฟันเพื่อเพิ่มความอยาก อาหาร 2. แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนธาตุ เหล็ก และอาหารที่มีแคลอรีสูง รวมทั้งวิตามินและเกลือแร่จาก	ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ได้มีอยู่ 1/3 ถาด วันละ 4- 5 มื้อ มีความอยากอาหาร เพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็น 48 กิโลกรัม ผลการ ตรวจ Hb=11.5gm%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบอกว่าเบื่ออาหาร - ลำไส้ อาหาร บ่อย - รูปร่างค่อนข้างผอม - มีส่วนสูง 160 ซม. น้ำหนัก 47 กก. BMI = 18.4 กก./ม - ผลการตรวจเลือด Hb = 10.5 gm% Hct. = 31.9 % Serum albumin = 3.2 gm%	- มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1/2 กิโลกรัม/สัปดาห์ - เชื้อบูตามีสี่แดง - Hb มากกว่า 12.0 gm% - Hct มากกว่า 36.0% - Serum albumin มากกว่า 3.5 gm%	ผักและผลไม้ 3. อาหารควรมีลักษณะเป็น อาหารอ่อนหรือเหลวขึ้นเพื่อ ช่วยให้อิ่มได้ง่ายไม่ลำบาก แต่ ไม่ควรเป็นน้ำ 4. จัดอาหารให้น้ำรับประทาน และรับประทานขณะอุ่นๆ 5. แนะนำญาติให้นำอาหารมา เองได้โดยไม่ขัดกับโรค 6. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง 7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและ สุস্থสบาย 10. ติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	Hct = 33.8% Serum albumin = 3.5 gm%

4.2.2 การเผาผลาญสารอาหาร

4.2.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ ดังนี้ (1) แบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัยและแบบแผนการดำเนินชีวิต (life Style) โดยซักประวัติเกี่ยวกับอุปนิสัยในการรับประทานอาหารให้ละเอียดว่าชอบหรือไม่ชอบอาหารประเภทใด กินจุบจิบหรือไม่ (2) ประวัติการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญสารอาหารที่ผิดปกติทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ตับอ่อนอักเสบ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง รวมทั้งประวัติการรักษาของโรคที่เป็น (3) การรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญสารอาหาร เช่น ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาฉีดอินซูลิน ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาโรคไทรอยด์ เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกาย เกี่ยวกับความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหาร ควรตรวจสอบต่อไปนี้ (1) ระดับความรู้สึกตัว อาการอาการวิงเวียนหน้ามืด ตาลาย ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ชัก และหมดสติ ซึ่งเป็นอาการของน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) (2) อาการบัสสาวะบ่อยและบัสสาวะครั้งละมากๆ กระหายน้ำ ตื่นน้ำบ่อย ทิวบ่อย อ่อนเพลียเหนื่อยแรง หรือเป็นแผลเรื้อรังรักษาหายยาก ซึ่งเป็นอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) (3) ตรวจต่อมไทรอยด์ว่าโตหรือไม่ ลักษณะก่อนเป็นอย่างไร มีอาการของต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ (hyperthyroidism) หรือไม่ เช่น อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มือสั่น ใจสั่น ชีพจรเร็ว น้ำหนักตัวจะลดต่างๆ ที่กินได้ตามปกติ บางรายอาจมีตาโปน (Exophthalmoses) และอาการของต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (hypothyroidism) ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เฉื่อยชา ทำงานเชื่องช้า คิดช้า ทำให้มีรูปร่างอ้วนต่างๆ ที่กินไม่มาก อาจรู้สึกหิวมากกว่าคนปกติ เป็นต้น (4) ตรวจอาการของสมอง

เสื่อมจากโรคตับวาย (Hepatic encephalopathy) ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญสารอาหารโปรตีนแล้วมีการคั่งของแอมโมเนียเนื่องจากตับเสื่อมหน้าที่

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การประเมินการเผาผลาญสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โดยการตรวจ Fasting blood sugar การตรวจน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง การตรวจ Dextrostrict หรือการตรวจน้ำตาลสะสม (HbA1c) (2) การประเมินการเผาผลาญสารอาหารไขมัน โดยการตรวจสารคีโตนในเลือดและในปัสสาวะ การตรวจ Lipid profile (3) การประเมินการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย โดยการตรวจเกลือแร่ในเลือด (Serum electrolyte) และ Blood gas (4) สำหรับการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ สามารถตรวจได้จากการเจาะเลือดหา Thyroid stimulating hormone (TSH) และ Thyroxin hormone (T_3, T_4) เป็นต้น

4.2.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

- 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
- 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: แผลที่เท้า/ตามัว/ ฯลฯ เนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- 3) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด / ต่างจากการเผาผลาญสารอาหาร

4.2.2.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.8 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การเผาผลาญสารอาหาร (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ข้อมูลสนับสนุน - รับประทานอาหารได้น้อย มีอยู่ 4-5 คำ - FBS=55 mg% - ได้รับยาฉีด NPH 20 u ก่อนอาหารเช้าทุกวัน	วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เกณฑ์ประเมินผล - รับประทานอาหารได้อย่างน้อย 1/2 ถาดและตรงเวลา - ไม่มีอาการ Hypoglycemia คือ ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง - Vital signs ปกติ - FBSไม่ต่ำกว่า 60 mg%	1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตรงตามเวลา 2. สังเกตอาการ Hypoglycemia และสอนให้สังเกตอาการด้วยตนเอง รวมทั้งการดูแลตนเองเบื้องต้นได้เมื่อมีอาการ เช่นการดื่มน้ำหวาน /อมน้ำตาล เป็นต้น 4. ตรวจวัด Vital signs ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันทีเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป 5. ติดตามผลการตรวจ Blood sugar อย่างใกล้ชิด 6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานที่เหมาะสมกับโรค และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มีอยู่ 1/2-3/4 ถาด และตรง เวลาอาหาร ไม่มีอาการ Hypoglycemia T=37.4°C P=74/min R=18/min BP=108/64mmHg. FBS เพิ่มขึ้นเป็น 86 mg% ผู้ป่วยสามารถบอกถึงลักษณะอาหารที่ควรรับประทานได้ถูกต้อง

4.3 น้ำและอิเล็กโทรลัยต์

4.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.3.1.1 การซักประวัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ ดังนี้ (1) ซักประวัติเกี่ยวกับชนิด และ ปริมาณน้ำที่ดื่มในหนึ่งวัน (2) ซักประวัติเกี่ยวกับโรคหรือภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ ภาวะน้ำเกิน หรือมี ปัญหาความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ เช่น เป็นโรคเบาหวาน เบาจิต เป็นต้น (3) ประวัติเกี่ยวกับยาที่ได้รับซึ่งอาจมี ผลต่อความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ในร่างกาย เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาสเตอรอยด์ทำให้มีการหลั่ง Aldosterone มาก เป็นต้น (4) ซักประวัติการผ่าตัดต่อมไทรอยด์อาจทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเนื่องจาก ผ่าตัดถูกต่อมพาราไทรอยด์

4.3.1.2 การตรวจร่างกาย ควรตรวจสอบสิ่งต่อไปนี้ (1) ผิวหนัง ตรวจสอบความยืดหยุ่น (skin turgor) ความ อ่อนความชื้นของผิวหนัง (2) ปาก ตรวจริมฝีปาก เยื่อปาก และลิ้นว่ามีแตกแห้งหรือไม่ (3) ตรวจสอบจำนวนและสีของ น้ำปัสสาวะ (4) ประเมินอาการขาดน้ำ (Dehydration) เช่นมีไข้ อ่อนเพลีย ริมฝีปากและเยื่อปากแห้ง ตาโป้ (เข้าตา ลึก) ความตึงตัวของผิวหนังลดลง หรือหนังเหี่ยว (Poor skin turgor) ในเด็กจะมีกระหม่อม (Fontanelle) บวมเล็กน้อย เป็น แอ่ง (5) ตรวจสอบอาการบวม (Edema) ภาวะท้องมาน (Ascites) (6) สังเกตอาการต่างๆ ของการเกิดภาวะไม่สมดุล ของอิเล็กโทรลัยต์ ในร่างกาย เช่น ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ภาวะโซเดียมในเลือดสูง (Hypernatremia) ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) เป็นต้น

4.3.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ มีดังต่อไปนี้ (1) การประเมินอาการขาด น้ำ (Dehydration) จากการตรวจเลือดหาค่า Hematocrit (Hct) และความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะ (Urine Specific gravity, Sp.gr.) (2) การประเมินความสมดุลของเกลือแร่ต่างๆ ในร่างกายจากการตรวจ Serum electrolyte (3) การตรวจความเป็นกรดต่างในเลือด (PH) เป็นต้น

4.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ มีดังต่อไปนี้

1) มี (เสี่ยงต่อการเกิด) ภาวะขาดน้ำเนื่องจาก ท้องเสียรุนแรง / อาเจียนมาก / มีแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก / มีไข้สูง / เสียเลือด (plasma) มาก

2) มี (เสี่ยงต่อการเกิด) ภาวะน้ำเกินเนื่องจาก กล้ามเนื้อหัวใจไม่มีแรงบีบตัวจากโรคหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) / ไตขาดประสิทธิภาพในการขับน้ำออกจากโรคไตวาย / ตับสร้าง Albumin ได้ลดลงจาก โรคตับแข็ง / ได้รับน้ำหรือโซเดียมมากเกินไป

3) มี (เสี่ยงต่อการเกิด) อันตรายนจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยต์หรือกรดต่างในร่างกายเนื่องจาก หายใจช้า (Hypoventilation) ทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด / หายใจเร็วเกินไป (Hyperventilation) จากภาวะเครียด / คลื่นไส้ อาเจียนมาก

4.3.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.9 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง น้ำและอิเล็กโทรลัยท์ (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์</p> <p>เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยบวมน้ำได้มาก - อาเจียนหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ - รับประทานอาหารได้ มีอยู่ 3-4 คำ - อ่อนเพลียปากแห้ง - บัสลภาวะสีเหลืองเข้ม - กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เป็นตะคริวบ่อย - Serum Na = 120 mEq/L - Serum K = 2.5 mEq/L 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ได้รับน้ำและอิเล็กโทรลัยท์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผิวหนังและเยื่อชุ่มชื้น - ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) ปกติ - ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน - ไม่มีอาการของ Na ในเลือดต่ำ คือ อ่อนเพลียมาก - ระบายน้ำกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เป็นตะคริวบ่อย - รีเฟล็กซ์ต่างๆ ลดลง กล้ามเนื้อกระดูก ชักและหมดสติ - ไม่มีอาการของ K ในเลือดต่ำ คือ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง - Vital sings ปกติ - Serum Na = 135-145 mEq/L - Serum K = 3.5-5.0 mEq/L 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ และอาการที่เกิดจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ 2. ประเมิน Vital sings ทุก 4 ชั่วโมง หรือตามความจำเป็น 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ อิเล็กโทรลัยท์ทดแทน เช่น 0.9% NaCl ทางหลอดเลือดดำและทางปากตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนตามแผนการรักษา 5. กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น ไรเค็ม ปลาเค็ม หรือเติมเกลือในอาหารและเครื่องดื่มโดยให้รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งเพื่อไม่ให้อาเจียน 6. บันทึกสารน้ำเข้าและออก และบันทึกลักษณะและปริมาณของอาเจียน บัสลภาวะ 7. ติดตามผลการตรวจ Serum electrolyte อย่างใกล้ชิด 	<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการสับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง มีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียนรับประทานอาหารได้มีอยู่ครั้งด้วยเล็ก</p> <p>Intake/ Output = 1,800/1,600 cc/day</p> <p>T= 36.7°C</p> <p>p=84/m</p> <p>R=20/m, BP=110/70 mmHg. ผลตรวจ Serum electrolyte ได้</p> <p>Na= 135mEq/L, K=4.2mEq/L, Cl= 102mEq/L, CHO₃⁻= 26 mEq/L</p>

4.1.4 คุณภูมิของร่างกาย

4.1.4.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ เกี่ยวกับการมีไข้ ทั้งระยะเวลาที่มีไข้ และลักษณะของไข้ และประวัติการซัก

2) การตรวจร่างกาย โดยการตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกาย สังเกตอาการของการมีอุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ ได้แก่ ตัวร้อน หน้าผากแดงโดยทั่วไป ปวดศีรษะ ริมฝีปากแห้ง อาจมีอาการหนาวสั่นและสังเกตอาการของการมีอุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่าปกติ ได้แก่ ตัวเย็น ผิวน้ำซีด ริมฝีปากซีด หรือมีอาการหนาวสั่น

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ การตรวจเม็ดเลือดขาว (WBC and differential count)

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ มีดังต่อไปนี้ (1) ประเมินความผิดปกติของการเจริญเติบโต สามารถประเมินได้จากการตรวจฮอร์โมนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต เช่น Growth hormone, Thyroxin เป็นต้น (2) ประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบทดสอบต่างๆ

4.2.5.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ มีดังต่อไปนี้

1) การเจริญเติบโตช้ากว่าเกณฑ์อายุเนื่องจาก มีพฤติกรรมการกินไม่ถูกต้อง / ขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย / มีภาวะโลหิตจางเรื้อรัง

2) พัฒนาการด้านร่างกายช้ากว่าเกณฑ์อายุเนื่องจากเจ็บป่วยเรื้อรัง

3) พัฒนาการด้านร่างกายและสมองช้าเนื่องจากขาดสารอาหารไอโอดีน / เกิดอันตรายต่อสมองจากการคลอด / เมื่อได้รับความกระทบกระเทือนในวัยเด็ก / มีการติดเชื้อในสมอง

4.2.5.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.11 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>มีพัฒนาการด้านร่างกายและสมองช้ากว่าเกณฑ์อายุเนื่องจากขาดสารอาหาร โดยเฉพาะไอโอดีนในวัยเด็ก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากประวัติพูดได้เมื่ออายุ 3 ปี - เด็กอายุ 12 ปี มีรูปร่างผอม ตัวเล็กกว่าอายุ - มีกิริยาท่าทางเหมือนเด็กอายุ 4-5 ปี - ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง - สมารถอ่านหนังสือไม่ได้ - เรียนหนังสือไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ออก - ตรวจ Thyroid function test มีค่าผิดปกติ 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและสมองให้เต็มศักยภาพ</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง - มีทักษะในการเข้าสังคมง่าย - ครอบครัวมีความเข้าใจต่อพฤติกรรมของเด็กและสามารถให้การดูแลและฝึกพัฒนาการเด็กได้ถูกต้อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก 2. ให้ความรู้ความเข้าใจกับครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของเด็กและการดูแลรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล 3. ให้พ่อแม่หรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการต่างๆ ของเด็กให้มากที่สุดโดยการช่วยให้เด็กช่วยเหลือตัวเองเท่าที่จะทำได้ เช่น การฝึกหัดเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน 4. ฝึกหัดเกี่ยวกับการปรับตัวเข้ากับสังคมรู้จักมารยาทเล็กน้อยๆ เช่น การไหว้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวมีความเข้าใจสนใจในการรักษาส่งสิ่งที่ต้องช่วยเหลือดูแลเด็กและพยายามเรียนรู้วิธีการฝึกหัดเด็กให้มีทักษะต่างๆ - เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการอาบน้ำแต่งตัวรับประทานอาหาร - เด็กมีอารมณ์ดียิ้มง่าย แต่ยังมีสมาธิสั้น พัง เล่นหรือทำกิจกรรม แต่ละอย่างไม่ได้นาน

4.2.4.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีดังนี้

- 1) มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติเนื่องจาก ไม่มีผิวหนังปกคลุมร่างกายจากการมีแผลไหม้อย่างรุนแรง (Severe burn) / ร่างกายมีการเผาผลาญ (Metabolism) ต่ำ
- 2) มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ (มีไข้) เนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกาย (Infection) / มีการอักเสบในร่างกาย (Inflammation) / ได้รับความเจ็บรุนแรง (Severe trauma) / ได้รับความเจ็บที่ศีรษะ

4.2.4.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.10 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง อุณหภูมิของร่างกาย (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การ พยาบาล/เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
ไม่สุขสบายเนื่องจากการมี ไข้ (Fever) ข้อมูลสนับสนุน - อุณหภูมิร่างกายอยู่ ระหว่าง 39-40°C บ่นปวดศีรษะปวดเมื่อย ตามกล้ามเนื้อ - บางครั้งมีอาการหนาวสั่น	วัตถุประสงค์ ให้ผู้ป่วยสุขสบายและมี อุณหภูมิร่างกายอยู่ใน เกณฑ์ปกติ เกณฑ์ประเมินผล - T = 36.5 - 37.4 °C - ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้น อาการปวดศีรษะ	1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ วันละ 2,000 - 3,000 ซีซี เพื่อระบายความร้อน ออกจากร่างกายทางปัสสาวะ 3. เช็ดตัวลดไข้ ด้วยน้ำธรรมดา 4. ดูแลสุขวิทยาโดยทั่วไป 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท ได้สะดวกสวมเสื้อผ้าตามสภาพ อากาศ 6. ดูแลให้ยาลดไข้	อุณหภูมิร่างกายลดลงอยู่ใน ในช่วง 37.8-38.5°C ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายตัว ขึ้น อาการปวดศีรษะ และ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลง ไม่มีอาการหนาวสั่น

4.2.5 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

4.2.5.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ ประกอบด้วย (1) ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (2) ประวัติการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ นมผสม อาหารเสริม (3) ประวัติเกี่ยวกับการเจริญเติบโต เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก เพื่อประเมินว่ามีการเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัยหรือไม่ (4) ประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการในวัยเด็กทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น การพูด การเดิน การเล่น การแต่งตัวพฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออกมีความเหมาะสมหรือไม่ และ (5) ประวัติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก

2) การตรวจร่างกาย ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้ (1) สังเกตรูปร่างลักษณะว่ามีการเจริญเติบโตปกติตามวัยหรือไม่ เช่น ตัวเล็ก ช้วนไปผอมไปหรือสมส่วน (2) ประเมินน้ำหนักและส่วนสูง สำหรับในทารกและเด็กเล็ก อาจต้องวัดรอบเอวศีรษะและรอบอกเพื่อประเมินว่ามีความสัมพันธ์กับอายุหรือไม่ (3) สังเกตพัฒนาการทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์เช่นเดียวกับการซักประวัติว่า เป็นไปตามวัยหรือไม่

4.2.6 ผิวหนังและเยื่อเมือก

4.2.6.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ ดังนี้ (1) ประวัติของการมีบาดแผล ผื่นแดง และการติดเชื้อตามผิวหนังและเยื่อเมือกต่างๆ (2) ประวัติของการเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดแผลได้ง่าย เช่น โรคเบาหวาน โรคที่ต้องรักษาด้วยยา Steroid (3) ประวัติของการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดบาดแผล (4) ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังและเยื่อเมือก เช่น การขาดสารอาหารภาวะภูมิแพ้ ประวัติการฉายแสง เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้ (1) ตรวจลักษณะของผิวหนังตามศีรษะ ร่างกาย แขน ขา เล็บ งามมืองามเท้า รักแร้ขาหนีบ ว่ามีบาดแผล หรือมีผื่นจุดแดง น้ำเขียว ตุ่ม ก้อนต่างๆ ลมพิษผื่นแพ้หรือไม่ (2) ตรวจการติดเชื้อของผิวหนัง เช่น กลาก เกลิออน (3) ตรวจเยื่อเมือกต่างๆ เช่น เยื่อเมือกปาก คอ จมูก หู ตามีการอักเสบ มีบาดแผลหรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่ (4) ประเมินปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดบาดแผลหรือปัญหาทางด้านผิวหนังและเยื่อเมือกต่างๆ เช่น ภาวะบวม ภาวะขาดน้ำ เป็นต้น

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การตรวจเชื้อในปาก คอ โดยการ Swab (2) การตรวจ Skin test เพื่อค้นหาสาเหตุของการแพ้สารต่างๆ (3) การตรวจเนื้อเยื่อที่ได้จากผิวหนังโดยการส่องกล้องจุลทรรศน์เพื่อค้นหาการติดเชื้อของผิวหนัง เช่น หิด กลาก เกลิออน หรือ (4) การตรวจหนองจากบาดแผล โดยการตรวจ Pus gramstain, Pus C/S เป็นต้น

4.2.6.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้มี ดังนี้

1) มีแผลบริเวณเยื่อเมือกปากเนื่องจากผลจากการฉายแสงบริเวณหน้าและปาก / ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด / ขาดน้ำหรือถูกจำกัดน้ำ

2) มี (เสี่ยงต่อการเกิด) แผลกดทับ เนื่องจากมีน้ำหนักตัวมาก / น้ำหนักตัวน้อย / ขาดสารอาหาร โปรตีน- แคลอรี / การไหลเวียนเลือดผิดปกติ (บวม) / ไม่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย

3) ไม่สุขสบายเนื่องจากผิวหนังแห้ง และคันจากภาวะไตวายเรื้อรัง

4.2.6.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.12 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ผิวหนังและเยื่อเมือก (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผล ผ่าตัด (Infection) เนื่องจากมีสารคัดหลั่งจาก ท่อระบายที่ออกจากแผล ผ่าตัด	วัตถุประสงค์ ป้องกันการอักเสบติดเชื้อของ แผลผ่าตัด เกณฑ์ประเมินผล - แผลผ่าตัดสะอาดแห้ง	1. ประเมินลักษณะของแผล และสารคัดหลั่ง 2. ทำแผลโดยยึดหลัก Aseptic technique ดำผิวหนัง รอบๆ ท่อระบายมี	แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี อาการอักเสบติดเชื้อสาร คัดหลั่งจากท่อระบายมี เหลือเล็กน้อยเปลี่ยนผ้า ปิดแผล 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผลผ่าตัดยาว 4 นิ้ว - ทอระบายมีสารคัดหลั่ง (Discharge) ไหลออกจากแผลผ่าตัดตลอดเวลา - ผลการตรวจ CBC พบ WBC = 11000 cells/cu.mm. - T = 38.3°C 	<ul style="list-style-type: none"> - แผลผ่าตัดและผิวหนังรอบๆ ทอระบายไม่บวมแดง - สัญญาณชีพปกติไม่มีไข้ - ตรวจ CBC มี WBC 5,000 - 9,000 cu.mm. 	<p>สารคัดหลั่งไหลซึมอาจทาด้วย Zinc paste และเปลี่ยนผ้าก๊อช ปิดแผล เมื่อมีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากแผลเพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. ดูแลทอระบายให้สามารถระบายสารคัดหลั่งได้ดี 4. สังเกตและบันทึกลักษณะจำนวนของสารคัดหลั่งวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6. ให้อาบน้ำขณะตามแผนการรักษา 	<p>ครั้ง ใน 8 ชั่วโมง</p> <p>สัญญาณชีพปกติไม่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม</p>

4.2.7 ภูมิคุ้มกันโรค

4.2.7.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ มีแนวทางในการซักประวัติ ดังนี้ (1) ประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือมีการติดเชื้อเป็นหวัดบ่อยๆ (2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เช่น การสัมผัสโรค สุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (3) ประวัติการได้รับวัคซีนในผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนบาดทะยักในเด็กให้สอดคล้องตามประวัติการได้รับวัคซีนครบตามอายุหรือไม่ (4) ประวัติการรับประทานยาหรือได้รับการรักษาที่มีผลข้างเคียงกดภูมิคุ้มกันโรคเช่น ยา steroid ยาเคมีบำบัด การฉายแสง

2) การตรวจร่างกาย ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้ คือ 1) ตรวจร่างกายระบบต่างๆ ผิวหนังปาก คอ และลิ้น ตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้ขานับ 2) ประเมินอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือด (2) การตรวจ Serum albumin, globulin, protein ถ้ามีค่าต่ำกว่าปกติแสดงว่าร่างกายอาจมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ (3) การตรวจ Haemoglobin, Haematocrit (4) การประเมินการติดเชื้อและภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสสามารถตรวจได้จากการทำงานของตับ และการตรวจหา Hepatitis B Virus เป็นต้น

4.2.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบมีดังต่อไปนี้

1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (มีการติดเชื้อ) ในร่างกายเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันลดลง จากภาวะการได้รับยาเคมีบำบัด/ การได้รับยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน / การขาดสารอาหาร

2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อฉวยโอกาส (HIV)

4.2.7.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.13 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ภูมิคุ้มกันโรค (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อใน ร่างกาย เนื่องจาก มีภูมิ ต้านทานลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน -ได้รับเคมีบำบัด (Chemotherapy) และรังสี รักษา (Radiation) ทำให้ ไขกระดูกถูกกด</p> <p>WBC = 3,000 cells/cu.mm.</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>ไม่มีอาการและอาการแสดง ของการติดเชื้อในร่างกาย คือ</p> <p>1. อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5°C</p> <p>2. เม็ดเลือดขาวในเลือดสูงกว่า 10,000 cu.mm.</p> <p>3. การติดเชื้อของผิวหนัง ได้แก่ มีแผลอักเสบเป็นหนอง ที่ผิวหนัง</p> <p>4. การติดเชื้อของทางเดิน หายใจ ได้แก่ มีอาการไอ มี น้ำมูก เจ็บคอมีเสมหะทั้ง เสียงปอดมีเสียงเสมหะหรือ น้ำในปอด ผลการเพาะเชื้อ เสมหะพบแบคทีเรีย</p> <p>5. การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ ได้แก่ หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะมี ตะกอนขุ่น พบเม็ดเลือดขาว ในปัสสาวะจำนวนมาก</p>	<p>1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการ ผิดปกติต่างๆ เพื่อประเมินภาวะ ติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>2. ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ไม่ให้ขึ้นแฉะโดย เฉพาะบริเวณ ที่ได้รับรังสีรักษา</p> <p>3. ดูแลความสะอาดของปาก ฟันเพื่อป้องกันการติดเชื้อใน ปาก</p> <p>4. จัดสภาพแวดล้อมตัวผู้ป่วย ให้สะอาด เช่น เตียง ผ้าปูเตียง ปลอกหมอนรวมทั้งดูแลของใช้ ให้สะอาด</p> <p>5. กระตุ้นให้มีการลุกนั่ง เคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกัน การอักเสบของปอดจากการ นอนนานๆ (Hypostatic pneumonia)</p> <p>6. ไม่อยู่ใกล้ผู้ที่เป็นหวัดหรือมี การติดเชื้อทางเดินหายใจ แนะนำการป้องกันการติดเชื้อ ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>7. ติดตามผลการตรวจหา จำนวนเม็ดเลือดขาว การเพาะ เชื้อในเลือดปัสสาวะ และสาร คัดหลัง ตามแผนการรักษา</p>	<p>ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหรือ อาการแสดงของการติด เชื้อของผิวหนังทางเดิน หายใจ และทางเดิน ปัสสาวะ ไม่มีการตรวจ การเพาะเชื้อในเลือด ปัสสาวะและสารคัดหลัง อื่นๆ</p>

4.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

แบบแผนการขับถ่าย สามารถจำแนกเป็นแบบแผนย่อยได้ 2 แบบแผน คือ 1) การขับถ่ายปัสสาวะ และ 2) การขับถ่ายอุจจาระ

4.3.1 การขับถ่ายปัสสาวะ

4.3.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติสิ่งต่อไปนี้ (1) ประวัติเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น จำนวนครั้ง ปริมาณต่อครั้ง ขอบกั้นปัสสาวะหรือไม่ (2) ประวัติปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะและวิธีการแก้ไข เช่น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) เป็นต้น (3) ประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินปัสสาวะหรือไต (4) ประวัติการใช้ยาต่างๆ เช่น ยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงหรือมีพิษต่อไต ยาขับปัสสาวะ สำหรับในทารก/เด็กเล็กอาจซักประวัติจากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูโดยซักประวัติแบบแผนหรือลักษณะการขับถ่ายปัสสาวะ (แรงดี หรือกระปรึกระปรอย) การเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ (1) สังเกตสี ปริมาณ ลักษณะปัสสาวะที่ขับถ่ายออกมาจากผู้ป่วย และปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะว่ามีความผิดปกติหรือไม่ สอดคล้องกับการซักประวัติหรือไม่ (2) สังเกตการมีกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder) (3) ตรวจร่างกายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ถ้าเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะจะมีอาการปวดบริเวณเอวด้านหลัง ถ้ามีไตวายเรื้อรังจะมีภาวะซีด เหนื่อยง่าย บวม เป็นต้น

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การตรวจคุณสมบัติของปัสสาวะ (Urinalyses/Urine exam: UA) (2) Urine culture & sensitivity จะช่วยให้ทราบถึงชนิดของเชื้อโรคและยาที่สามารถฆ่าเชื้อได้ดี (3) Blood Urea Nitrogen & Creatinine: BUN & Cr จะบ่งบอกการทำงานของไต (4) การถ่ายเอกซเรย์ Plain KUB (kidney ureter bladder) เพื่อดูความผิดปกติของ Kidney, Ureter และ Bladder (5) Intravenous Pyelogram: IVP เพื่อประเมินลักษณะ ขนาด รูปร่างและความผิดปกติของไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ (6) Cystoscope เพื่อประเมินภายในกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและต่อมลูกหมาก (ในชาย) (7) Ultrasound บริเวณไต

4.3.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้มี ดังนี้

1) มี (เสี่ยงต่อ) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน / มีพฤติกรรมขอบกั้นปัสสาวะ / ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ถูกต้อง / มีน้ำปัสสาวะค้างค้างในกระเพาะปัสสาวะ (Residual urine) มาก

2) กลั้นปัสสาวะไม่ได้เนื่องจากยังไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้จากการถอดสายสวนปัสสาวะออกใหม่/ กล้ามเนื้อบริเวณขั้วเชิงกรานอ่อนแรงหรือหย่อนยานจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย (สูงอายุ) หรือคลอดบุตรหลายคน / กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะเสื่อมหน้าที่

3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันเนื่องจากเสียเลือดมากหรืออยู่ในภาวะช็อก / สูญเสียน้ำมากจากท้องเดินรุนแรง / มีภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) / มีความดันโลหิตต่ำ

4.3.1.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.14 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การขับถ่ายปัสสาวะ (พรศิริ พันธลี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ (Urinary tract infection) เนื่องจากคาสาย สวนปัสสาวะเป็นเวลานาน ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยไม่สามารถดูแล ความสะอาดบริเวณที่ใส่ สายสวนปัสสาวะได้เอง - มีท่อเปิดสู่กระเพาะ ปัสสาวะทำให้มีโอกาสที่ เชื้อโรคจะเข้าไปในทางเดิน ปัสสาวะได้ง่าย	วัตถุประสงค์ ป้องกันการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ เกณฑ์ประเมินผล - บริเวณ Perineum สะอาด และไม่อักเสบ - น้ำปัสสาวะใสไม่มีตะกอน - อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.0° C. - 37.4° C	1. ดูแลความสะอาดบริเวณ penem และสายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) เวลละ 2 ครั้ง และจัดให้สายสวนปัสสาวะอยู่ ในระบบปิด 2. สังเกตลักษณะปริมาณและสี ของน้ำปัสสาวะทุกเวร 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำให้น้อย วันละ 2,000 ซีซี 4. บันทึกปริมาณน้ำที่ผู้ป่วย ได้รับและปริมาณปัสสาวะที่ ออกทุก 8 ชั่วโมง 5. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง 6. ดูแลถุงรองรับน้ำปัสสาวะ (urine bag) ให้อยู่ต่ำกว่า กระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันการ ไหลย้อนของปัสสาวะ 8. หมั่นรูดสายยางบ่อยๆ และ ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะบิด งอหรือถูกกดทับ	อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.8°C-37.2°C. ได้รับน้ำ ดื่ม จำนวน 1,800 cc./วัน น้ำปัสสาวะใสไม่มีตะกอน ชุ่ม จำนวน 1,500 cc. /วัน

4.3.2 การขับถ่ายอุจจาระ

4.3.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ ดังนี้ (1) ซักประวัติเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ ความถี่ เวลาการขับถ่าย ลักษณะการขับถ่าย รวมทั้งประวัติการใช้ยา (2) ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและวิธีการแก้ไข (3) ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ เช่น มีริดสีดวงทวารหนัก มีแผลฝีบริเวณทวารหนัก เป็นต้น สำหรับในเด็กควรซักประวัติโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับวัยเด็ก เช่น เด็กวัยหัดเดินควรซักประวัติการฝึกเด็กในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การช่วยตนเองในการขับถ่ายอุจจาระ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
bacteria wbc และ occult blood		6. แนะนำให้ผู้ป่วยล้างมือให้ สะอาดทุกครั้งหลังจากถ่าย อุจจาระ 8. ติดตามผลการตรวจเลือด และอุจจาระภายหลังการรักษา	

4.4 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย สามารถจำแนกเป็นแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน ได้แก่ (1) การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย (2) การทำงานของโครงสร้างของร่างกาย (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ) (3) การทำงานของระบบการหายใจ (4) การทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต

4.4.1 การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย

4.4.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ ควรซักประวัติให้ครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้ คือ (1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) การออกกำลังกาย เกี่ยวกับชนิดของการออกกำลังกาย ระยะเวลาในการออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่ครั้ง (3) ประวัติเกี่ยวกับน้ำหนักการงานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่าง (4) ประวัติการเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ข้ออักเสบหรือข้อเสื่อม เป็นต้น (5) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง / ลดลง เช่น เป็นผู้สูงอายุลักษณะที่อยู่อาศัยหรือห้องน้ำไม่เหมาะสม สำหรับการซักประวัติเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำเป็นประจำของเด็ก ควรซักประวัติเกี่ยวกับ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การเล่น ชนิดของของเล่น เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ (1) สังเกตความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การลุกนั่ง การยืน การเดิน การทรงตัว การเคลื่อนไหวของแขนขา เป็นต้น (2) ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขนขา (Range of motion = ROM) 3) ตรวจร่างกายระบบต่างๆ เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น กระดูกหักข้อเสื่อมข้ออักเสบอาการซีดหายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การตรวจ Hb Hct เพื่อประเมินภาวะซีด (2) เอ็กซเรย์กระดูกและข้อต่อว่ามีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือไม่

4.4.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ มีดังต่อไปนี้

1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดข้อเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมหรือข้ออักเสบ / ปวดหลังมากจากหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับเส้นประสาท / ใส่เครื่องยึดตรึงกระดูก (Traction) / กล้ามเนื้ออ่อนแรง / ต้องปิดตาภายหลังผ่าตัดตา / อ่อนเพลียมาก

2) ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากหมดสติ ไม่รู้สึกตัว / แขนขาไม่มีแรงจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)

3) เสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น แผลกดทับถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) ปอดบวม (Hypostatic pneumonia) ข้อติดแข็ง ท้องผูก การเกิดลิ่มเลือดในเส้นเลือดดำส่วนลึกของขา (Deepvein thrombosis)

4.4.1.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.16 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง กิจกรรมและการออกกำลังกาย (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เนื่องจากสูงอายุมาก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีร่างกายปากฟันไม่สะอาด - มือสั่นหยิบจับสิ่งของไม่ถนัดรับประทานอาหารหกเลอะเทอะ - เวลาเคลื่อนไหวจะลุกนั่งได้เฉพาะบนเตียงแตลงนั่งข้างเตียงและเดิน 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดโดยมีญาติช่วยเหลือ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยช่วยตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น เช่น การทำความสะอาดร่างกาย และปากฟัน เสื้อผ้าและสิ่งแวดล้อมสะอาด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ 2. จัดหาปรองสีฟันยาสีฟัน และน้ำให้ผู้ป่วยได้ทำความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 4. ช่วยผู้ป่วยนั่งรถเข็นและพาไปอาบน้ำในห้องน้ำเข้า-เย็น 5. เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการเปียกชื้น 6. จัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้สะดวก เช่น วางถาดบนโต๊ะครบเตียง ตั้งแก้วน้ำไว้ใกล้มือ 7. ดูแลให้หมอนอนเมื่อผู้ป่วยต้องการซึบถ่ายอุจจาระ บัสสาวะและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการซึบถ่ายทุกครั้ง 8. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 	<p>ญาติผู้ป่วยคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ใกล้ๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจวัตร</p> <p>ประจำวัน อยู่เสมอผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้มากขึ้น สามารถดักอาหารเองได้ แต่มีอาหารหกบ้างมีร่างกาย ปาก ฟันสะอาด</p>

4.4.2. การทำงานของโครงสร้างของร่างกาย (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)

4.4.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ ควรซักประวัติดังต่อไปนี้ (1) ประวัติของการได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุต่อกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ (2) ประวัติของการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ เช่น กระดูกหัก กระดูกพรุนข้อเสื่อมข้ออักเสบ กล้ามเนื้ออักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง

2) การตรวจร่างกาย ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้ (1) สังเกตการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การเดิน การนั่ง การลุกขึ้นยืน (2) ตรวจดูขนาด รูปร่าง ลักษณะของกระดูกและข้อว่ามีอาการบวม กระดูกงอก กระดูกสั้น ยาวกว่าปกติ รูปร่างพิการผิดรูปหรือไม่ มีอาการกดเจ็บ ขยับเคลื่อนที่ได้หรือไม่ (3) ตรวจกล้ามเนื้อเกี่ยวกับขนาดของกล้ามเนื้อ (Muscle size) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power) และขอบเขตการเคลื่อนไหวของข้อ (ROM = Range of motion)

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การตรวจนับเม็ดเลือดขาว (White blood cell) เพื่อประเมินการติดเชื้อ (2) การตรวจ Electrolyte โดยเฉพาะค่าของ Na ถ้าต่ำกว่าปกติ (ปกติ 135 - 145 mEq/L) จะมีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว ถ้าค่า K ต่ำกว่าปกติ (ปกติ 3.5 - 5.5 mEq/L) จะทำให้อ่อนเพลีย ชีมี กล้ามเนื้ออ่อนแรง (3) การตรวจน้ำในข้อ (Synovial fluid) (4) การตรวจ Rheumatoid factor (5) Erythrocyte Sedimented rate (ESR) จะมีค่าสูงกว่าปกติในรายที่มีการอักเสบของกระดูกและข้อ (6) การถ่ายภาพรังสี (X-ray) เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของกระดูกและข้อต่างๆ เช่น กระดูกหัก กระดูกพรุน

4.4.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ มีดังต่อไปนี้

- 1) เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุดของข้อเทียมเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง
- 2) เสี่ยงต่อการเกิดผิดรูปของต่อขา (Stump) เนื่องจากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง
- 3) เสี่ยงต่อการติดของข้อและกล้ามเนื้อลิบเนื่องจากขาดการออกกำลังกาย
- 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าเฝือก (เช่น เป็นแผล กระดูกที่หักเคลื่อนหลุดจากกัน

เส้นประสาทถูกกด ส่วนปลายที่เข้าเฝือกขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นต้น) เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

4.4.2.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.17 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ทำงานของโครงสร้างของร่างกาย (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุด (Dislocation) ของข้อสะโพกเทียมเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน - หลังทำผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม 3 วัน ขอบบนอนโดยขาสองข้างทับซ้อนกัน - ตอบไม่ได้เกี่ยวกับกรปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม	วัตถุประสงค์ ป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม เกณฑ์การประเมินผล - ข้อเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง - ความยาวของขาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน - ขาและข้อสะโพกไม่บิดผิดรูป - ข้อสะโพกไม่มีอาการบวม	1. ประเมินภาวะการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ได้แก่ ปวดบวมบริเวณต้นขา และข้อสะโพก ขาผิดรูป ความยาวของขาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน 2. จัดทำเฝือกให้ถูกต้องโดยขาข้างที่ทำผ่าตัดให้พัก (Immobilization) ในท่ากางขาออกประมาณ 30 องศา (Abduction) เสมอ โดยเขามองนวางระหว่างขาทั้งสองข้าง ห้ามตะแคงทับขาข้างที่ผ่าตัด 3. ป้องกันข้อสะโพกหมุนออกด้านนอกลำตัว (External	ไม่มีอาการแสดงของการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมพลิกตะแคงตัวได้ ถูกต้องสามารถ ทำ Quadriceps exercise ได้ เพียงวันละครั้งต้องคอยกระตุ้นให้ทำอยู่เสมอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
		rotation) โดยใช้ถุงทรายหรือผ้า ม้วนที่มีน้ำหนักวางบริเวณบ้าน ข้างของสะโพกและต้นขาทั้ง 2 ข้างถึงปลายเท้า 4. พลิกตะแคงตัวโดยใช้เทคนิค Logrolling method เพื่อให้ขา กางออกเสมอ 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Quadriceps exercise วันละ อย่างน้อย 200 ครั้ง	

4.4.3 การทำงานของระบบการหายใจ

4.4.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ ควรซักประวัติสิ่งต่อไปนี้ (1) ประวัติความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น ประวัติการเป็นโรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง (2) ประวัติการมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ เช่น การสูบบุหรี่ การแพ้อากาศ (3) ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ทำให้เกิดปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ เช่น กระดูกซี่โครงหัก (4) ประวัติการใช้ยาต่างๆ ที่มีผลต่อการหายใจ เช่น ยาขยายหลอดลม ยานอนหลับยากส้อมประสาท มอร์ฟีนโคดีนอยาต้านฮีสตามีน

2) การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกาย ดังนี้ (1) สังเกตอัตราและลักษณะของการหายใจที่ผิดปกติ ได้แก่ หายใจเร็ว เหงื่อออก ปีกจมูกบาน การใช้กล้ามเนื้อคอและไหล่ช่วยในการหายใจ (Accessory muscles) (2) การตรวจทรวงอกโดยการดู คลำ เคาะ ฟัง โดยสังเกตรูปร่างของทรวงอก เช่น ออกดั่งเบียร์ (Barrel shaped) ออกนูน (Pigeon chest) การคลำบริเวณทรวงอกเพื่อประเมินตำแหน่งที่กดเจ็บหรือการมีลมอยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง การเคาะบริเวณทรวงอกถ้าได้ยินเสียงโปร่งมากอาจมีลมคั่งในปอดมากกว่าปกติ (Hyperresonance) หรือได้ยินเสียงทึบ (Dullness) ที่ชายปอดอาจมีเลือดหรือสารน้ำคั่งในปอด และการฟังปอดเพื่อประเมินเสียงหายใจว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เช่น Wheezing, Rhonchi, Crepitation (3) ประเมินอาการทางระบบประสาทที่จะมีผลต่อการหายใจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว เช่น สับสน กระสับกระส่าย ซึม หรือไม่รู้สึกรู้สีกตัว ตรวจสอบขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) Complete blood count (CBC) เพื่อประเมินโลหิตจาง ภาวะติดเชื้อของทางเดินหายใจ (2) Hemo culture and sensitivity (Hemo C/S) กรณีมีการติดเชื้อในร่างกาย (3) Sputum culture and sensitivity (C/S) เพื่อการตรวจเพาะเชื้อในเสมหะและการตรวจความไวของยาต่อเชื้อชนิดนั้น (4) Sputum Gram stain การตรวจหาเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบในเสมหะ (5) Sputum Acid Fast bacilli (AFB) การตรวจหาเชื้อวัณโรคในเสมหะ (6) Arterial Blood gas การวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงเพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนในเลือดแดง (7) Chest X-ray เพื่อประเมินความผิดปกติของปอด

4.4.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ มีดังต่อไปนี้

- 1) เสี่ยงต่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ) เนื่องจากไม่สามารถกำจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจได้ด้วยตนเอง / มีการหดเกร็งของหลอดลม (Bronchospasm) / มีการติดเชื้อในปอด/ มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการหายใจ (Respiratory acidosis) / มีภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) / กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง
- 2) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีลมและสารน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax, Pleural effusion)
- 3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลม (Endotracheal tube) เป็นเวลานาน / ได้รับการเจาะคอ (Tracheostomy)

4.4.3.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.18 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ทำงานของโครงสร้างของร่างกาย (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
ร่างกายอาจได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่สามารถกำจัด เสมหะออกจากทางเดิน หายใจได้ด้วยตนเอง ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยไม่สามารถไอขับ เสมหะออกเองได้ - มีเสมหะเหนียวข้น จำนวนมากในปากลำคอ และ หลอดลม - ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation สองข้าง - ผล Chest X ray พบ Pulmonary congestion	วัตถุประสงค์ ป้องกันการอุดตันของ ทางเดินหายใจและส่งเสริม ให้ร่างกายได้รับออกซิเจน อย่าง เพียงพอ เกณฑ์ประเมินผล - ผู้ป่วยไม่เกิดอาการขาด ออกซิเจน (Cyanosis) - ทางเดินหายใจโล่งไม่มี เสียงเสมหะ - ลักษณะหายใจปกติอัตรา การหายใจประมาณ 16-24 ครั้ง/นาที - ฟังปอดทั้ง 2 ข้างไม่ได้ยิน เสียง crepitation - Chest X ray ได้ผลปกติ	1. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะลักษณะการหายใจ สังเกตอาการ cyanosis 2. ฟังเสียงหายใจและเสียง ปอดว่ามีเสมหะมากน้อย เพียงใด เพื่อจะได้ช่วยเคาะ ปอดให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และ suction ออกได้ง่ายขึ้น 3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ศีรษะสูง เพื่อให้หายใจได้ สะดวกและช่วยระบายน้ำลาย และเสมหะในปากให้ไหล ออกมาได้ง่าย 4. ดูแลให้ได้ O ₂ cannula 3 L/m เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจน ให้ร่างกายหรือให้ O ₂ nebulizer c heater เพื่อให้ เสมหะอ่อนตัวช่วยให้ระบาย เสมหะออกได้ง่าย 5. สอนให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ	ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเหนื่อยเป็น พักๆ แต่ไม่หอบ T = 37.7° c R = 28/min p = 90-100/min BP = 110/84mmHg. ไม่มีอาการ Cyanosis มี อาการไอถี่ๆ เป็นช่วงๆ ต้อง suction บ่อยมีเสมหะสีขาว ข้นจำนวนมาก ยังไม่มีการ ตรวจ Chest-X ray

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
		(Deepbreathing) และไอ อย่างมีประสิทธิภาพ (Effectivecough) 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขยาย หลอดลมและยาละลายเสมหะ ตามแผนการรักษา 7. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ วันละ 2000-3000 มิลลิลิตร เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวช่วยให้ขับ ออกได้ง่ายขึ้น 9. ติดตามผลการตรวจ Chest X- ray เป็นระยะๆ	

4.4.4 การทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต

4.4.4.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ ควรซักประวัติดังต่อไปนี้ (1) ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหัวใจล้มเหลวหัวใจพิการแต่กำเนิด (2) ประวัติการมีปัจจัยเสี่ยงต่อการมีปัญหาระบบหัวใจ และ การไหลเวียนโลหิต เช่นการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ อาหารไขมันสูง (3) ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนโลหิต (4) ประวัติการเกิดอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนโลหิต (5) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูงโรคไต

2) การตรวจร่างกาย ได้แก่ (1) การตรวจร่างกายทั่วไป โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณหา BMI (2) การตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยวัดความดันโลหิต (3) การตรวจดูความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ตรวจวัดชีพจรบริเวณคอ ตรวจความผิดปกติ การเต้นของหัวใจอัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจความผิดปกติของเสียงหัวใจ ตรวจอาการผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากหัวใจและหลอดเลือด เช่น อาการเหนื่อยหอบ อาการขาดออกซิเจน อาการซีด อาการบวมตามปลายมือปลายเท้า หรือ บวมทั้งตัว อาการเจ็บหน้าอก (4) การตรวจระบบประสาทเพื่อดูภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ตรวจพบ Babinski's sign ได้ผลบวก (ทดสอบโดยใช้วัตถุที่แข็งตีบริเวณฝ่าเท้าจากสันเท้าขึ้นไปบริเวณ นิ้วเท้า นิ้วเท้าจะกางออก) แสดงว่ามีหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก การตรวจพบ Hoffman reflex ได้ผลบวก (ทดสอบโดยให้ผู้ผู้ป่วย นั่งเหยียดขาสองข้างให้ตรง ปลายเท้าชิด แล้วกระดกปลายเท้าเข้าหาตัว ผู้ป่วยจะปวดขามาก) แสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณขา

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การตรวจ CBC เพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง ซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจ การตรวจเกล็ดเลือด (Platelet) เพื่อประเมินภาวะเลือดออกง่าย (2) Lipid profiles การตรวจหาไขมันในเลือดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (3) การตรวจเอ็นไซม์

ต่างๆ ที่ผลิตจากหัวใจ (Cardiac enzymes) เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (4) การตรวจการแข็งตัวของเลือด เช่น PT PTT INR (5) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) เพื่อประเมินขนาดของหัวใจและหลอดเลือด (6) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram, ECG, EKG) เพื่อตรวจหาความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ สามารถประเมินภาวะหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย (7) การตรวจความดันเลือดดำส่วนกลาง (Central venous pressure, CVP) ประเมินสุขภาพการไหลเวียนเลือดดำและการทำงานของหัวใจห้องขวา (8) การตรวจหัวใจด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) การตรวจสมรรถภาพการทำงานของหัวใจด้วยการเดินสายพาน (Exercise stress test) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Cardiac MRI) การตรวจ ด้วยเครื่องเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (Multislices Detector CT scan - MDCT) การเอ็กซ์เรย์หลอดเลือดหัวใจด้วยการสวนหัวใจ (Catheterization Coronary)

4.4.4.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างรั่ววินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้มีดังต่อไปนี้

1) เสี่ยงต่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลงจากภาวะหัวใจวาย (Heart failure) / กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic heart disease) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) / ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง / หัวใจเต้นผิดจังหวะ

2) เสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหลอดเลือดตีบแข็ง

3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากมีภาวะกรดในร่างกาย

4.4.4.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.19 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ทำงานของโครงสร้างของร่างกาย (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดมาก ข้อมูลสนับสนุน -มีเลือดออกจากรูบาดแผลจำนวนมาก -ปัสสาวะออก 50 ซีซี/ชั่วโมง -pulse= 60/m. -BP = 80/50 mmHg -Hct = 25 mg%	วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะช็อก เกณฑ์ประเมินผล -ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น -Pulse 60 – 100 /m -BP > 90/60 mmHg - Urine output >30 ซีซี/ชั่วโมง -ผล Hct > 30 mg%	1. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและประเมินอาการและอาการแสดง เพื่อให้การช่วยเหลือทันที 2. จัดท่านอนศีรษะต่ำเพื่อให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก 3. ประเมินเลือดที่ออกจากรูบาดแผลและห้ามเลือดให้หยุด 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 5. ประเมินความสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกายโดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง 6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้เลือดตามอัตราที่กำหนดอย่างเคร่งครัด	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยได้รู้เรื่อง เลือดออกจากรูบาดแผลน้อยลงได้ รับเลือด 2 u หมด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ชีพจรเร็ว 88 – 90 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ความดันเลือดปกติ 100/74 – 110/80 mmHg ปัสสาวะสีเหลืองใส จำนวน 60 – 70 ซีซี/ชั่วโมง

4.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

4.5.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.5.1.1 การซักประวัติ ควรซักประวัติให้ครอบคลุมดังต่อไปนี้ (1) พฤติกรรมการนอน อุณหภูมิในการนอน (2) พฤติกรรมหรือสิ่งที่จะช่วยให้หลับได้ง่าย (3) ปัญหาเกี่ยวกับการนอน เช่น นอนมากเกินไป นอนน้อยไป นอนไม่หลับ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและการแก้ไข (4) ประวัติการใช้ยานอนหลับ สำหรับเด็กเล็กอาจซักประวัติกิจกรรมที่ช่วยให้เด็กนอนหลับได้ดี เช่น ต้องร้องเพลงกล่อม เล่านิทานหรือการมีสิ่งของที่เด็กรัก เช่น หมอน ผ้าห่ม ตุ๊กตาไว้ใกล้ๆ

4.5.1.2 การตรวจร่างกาย สังเกตหน้าตาว่านอนหลับพักผ่อนเพียงพอหรือไม่ เช่น ความสดชื่นแจ่มใส ชีพ อ่อนเพลียง่วงนอนหาวนอนบ่อย ได้ตาเป็นรอยเขียวคล้ำ นอนหลับเวลากลางวันตื่นเวลากลางคืน เป็นต้น

4.5.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ในแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับมีดังต่อไปนี้

1) นอนไม่หลับ (พักผ่อนไม่เพียงพอ) เนื่องจากปวดแผลมาก / มีความรู้สึกกลัวจากการที่มาอยู่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก / วิตกกังวลเกี่ยวกับ.....(โรคที่เป็น การผ่าตัด ฯลฯ)

2) ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมเพื่อให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย

4.5.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล (พรศิริ พันธสี, 2552)

ตารางที่ 5.20 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การพักผ่อนนอนหลับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
นอนไม่หลับเนื่องจากมี ความ วิตกกังวล เกี่ยวกับ โรคที่เป็น ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบอกว่าปกติเป็นคน นอนหลับง่าย แต่ตอนนี้คิด มากเกี่ยวกับโรคที่ตนเอง เป็นเลยนอนหลับๆ ตื่นๆ ทั้ง คืนมีอาการมึนศีรษะ - ผู้ป่วยมีอาการง่วงนอนดู ท่าทางอ่อนเพลียมากหาว บ่อย มีวงเขียวคล้ำใต้ ดวงตา	วัตถุประสงค์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ พักผ่อนนอนหลับได้มากขึ้น เกณฑ์ประเมินผล - ผู้ป่วยนอนหลับได้ต่อเนื่อง 6-8 ชั่วโมงมีความสุขสบาย ขึ้น - ไม่มีอาการที่บ่งชี้ว่านอนหลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ เช่น อ่อนเพลียปวดศีรษะมึนงง ขอบตา เขียวคล้ำ	1. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยเปิด โอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบาย ความรู้สึกและซักถามปัญหา 2. อธิบายเกี่ยวกับโรคให้ผู้ผู้ป่วย ทราบตามความเหมาะสมและ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อลดความวิตก กังวลและความหวาดกลัวต่อ โรคที่เป็น 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เย็นสบาย และเงียบสงบ เช่น ปิดไฟ ไม่มี เสียงรบกวน 4. แนะนำผู้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่ม อุ่นๆ อาบน้ำ อ่านหนังสือ หรือ สวดมนต์ ก่อนนอน เพื่อช่วยให้ นอนหลับได้ดีขึ้น 5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม ที่มีคาเฟอีน	หลังจากได้พูดคุยเกี่ยวกับ โรคที่เป็นผู้ป่วยบอกว่า สบายใจขึ้นและนอนหลับ ได้ดีขึ้น ไม่มีอาการมึนงง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มี อาการ ขอบตาเขียวคล้ำ

4.6 แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนสถิติปัญญาและการรับรู้สามารถจำแนกเป็นแบบแผนย่อยได้ 2 แบบแผนคือ (1) การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง และ (2) ความสามารถทางสถิติปัญญา

4.6.1 การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง

การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกตัว (Conscious) และการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรสและการรับความรู้สึกทางผิวหนัง เช่น ความร้อนความเย็น อากาศคัน รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด

4.6.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ มีดังนี้ (1) ซักประวัติเกี่ยวกับความรู้สึกโดยทั่วไป สุขสบายหรือไม่สุขสบาย (2) ปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกตัว การได้กลิ่น การมองเห็น เช่น เห็นภาพซ้อน ตามัว มองไม่เห็นอ่านหนังสือไม่ชัด การได้ยิน เช่น หูอื้อ หูตึง ไม่ได้ยินเสียง มีเสียงดังในหู มีน้ำคั่งหลังในหู การรับรส ไม่สามารถรับรสได้ ปากชา ลิ้นชา การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง เช่น อากาศชา อากาศคัน ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกสัมผัสได้ และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด (3) ประวัติความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวที่มีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกดังกล่าว เช่น เป็นโรคเบาหวานอาจทำให้เป็นต้อกระจก (Cataract) ความดันโลหิตสูงซึ่งอาจทำให้เป็นต้อหิน (Glaucoma) เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย ดังนี้ (1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (conscious) และอาการทางระบบประสาท (neurological signs) เช่น การลืมตา การสื่อสาร การเคลื่อนไหวของร่างกาย และปฏิกิริยาสะท้อน (reflex) ต่างๆ (2) การตรวจจมูก ตรวจความผิดปกติของจมูกและการได้กลิ่น โดยตรวจการทำงานของประสาทสมอง Olfactory nerve (3) การตรวจตา ตรวจความผิดปกติของตาและการมองเห็น เช่น มีแผลที่กระจกตา ตาแดง น้ำตาไหล มีขี้ตา ตรวจการทำงานของประสาทสมองที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นและการกลอกตา ตรวจลานสายตา สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง ตาบอด ตามัว ตาบอดสี (4) การตรวจหู ตรวจความผิดปกติของหูและการได้ยิน โดยตรวจการทำงานของประสาทสมอง Acoustic nerve (5) การตรวจลิ้น ตรวจความผิดปกติของลิ้น การเคี้ยว ปฏิกิริยาการขย้อน (Gag reflex) และการรับรสโดยตรวจการทำงานของประสาทสมอง Facial nerve, Trigeminal nerve, Glossophary nerve และ Hypoglossal nerve (6) การตรวจประสาทสัมผัสทางผิวหนัง ได้แก่ ทดสอบการรับรู้สัมผัส การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด การรับรู้ความรู้สึกร้อนเย็น (7) การประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain scale

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ มีการตรวจหลายอย่าง เช่น (1) การตรวจ Blood gas อิเล็กโทรลิตในเลือดเพื่อประเมินความรู้สึกตัว (2) การตรวจเส้นเลือดในสมอง (Angiogram) (3) การตรวจคลื่นสมอง (EEG) (4) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) สามารถประเมินความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง (5) การตรวจน้ำไขสันหลัง (6) การตรวจการได้ยิน (Audiogram) (7) การตรวจวัดความดันลูกตา การตรวจตาด้วยเครื่อง Slit lamp (8) การถ่ายภาพรังสี (X-ray) บริเวณหน้าเพื่อประเมินภาวะไซนัสอักเสบ (Sinusitis) กระดูกมาสทอยด์เพื่อประเมินการอักเสบของหู

4.6.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ มีดังต่อไปนี้

1) ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเนื่องจากสูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ (Disorientation) / ระดับความรู้สึกตัวลดลง / การมองเห็นบกพร่องตาบอดทั้งสองข้าง / เวียนศีรษะแบบบ้านหมุน (Vertigo)

2) มีอาการเจ็บปวดบริเวณ (ระบุตำแหน่งที่ปวด) เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ / กระตุกหัก / มีแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกบริเวณกว้าง

3) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเนื่องจากมีอาการชาปลายมือปลายเท้าจากการเป็นเบาหวาน

4.6.1.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.21 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการมองเห็นบกพร่องตามัวจากโรคเบาหวาน ข้อมูลสนับสนุน - เป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง - ตาขมอมไม่เห็นภาพแพทย์นัดมาทำผ่าตัด - ตาซ้ายเคยทำผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์มาแล้ว 1 ปี มองเห็นภาพไม่ชัด	วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากการเกิดอันตราย เกณฑ์ประเมินผล - ไม่เกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ตกเตียง - ไม่เกิดบาดแผลตามร่างกาย	1. จัดของใช้ให้อยู่ใกล้พอที่ผู้ป่วยจะหยิบใช้ได้โดยไม่ต้องเอื้อมมือหยิบ 2. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างเมื่อผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง 3. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังในการเคลื่อนไหว เช่น การลงจากเตียง การเดิน การให้ผู้ป่วยไปอาบน้ำในห้องน้ำควรมีญาติหรือพยาบาลไปด้วย 4. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ระมัดระวังเกี่ยวกับการใช้กรรไกรหรือของมีคมอื่นๆ	ผู้ป่วยที่เกิดบาดแผลบริเวณใดไม่มีการหกล้มตกเตียง

4.6.2 ความสามารถทางสติปัญญา

ความสามารถทางสติปัญญาเป็นความสามารถเกี่ยวกับความคิด ความจำ การตัดสินใจการแก้ปัญหา และการสื่อสาร

4.6.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การซักประวัติ ควรซักประวัติเกี่ยวกับ (1) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา โดยการซักถามเกี่ยวกับความสามารถในการเรียนรู้ การคิด การจำ การตัดสินใจการแก้ปัญหาและการสื่อสาร (2) ความเจ็บป่วยที่ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาเปลี่ยนแปลง เช่น ประวัติของการขาดสารอาหารไอโอดีนทำให้เป็นโรคต่อมไทรอยด์ (3) ความเจ็บป่วยที่อาจเป็นสาเหตุของการสื่อสารบกพร่อง เช่น ประวัติของการใส่ท่อช่วยหายใจ (4) ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ทำให้สมองได้รับการกระทบกระเทือน (5) ประวัติการได้รับยาบางชนิดซึ่งมีผลต่อความคิด ความจำ หรือทำให้มีอาการสับสนเช่น ยาเกี่ยวกับโรคจิตประสาท

2) การตรวจร่างกาย ได้แก่ (1) สังเกตลักษณะทั่วไป (General appearance) เช่น รูปร่างลักษณะ หน้าตา ท่าทางการแต่งกาย การดูแลสุขอนามัยต่างๆ ไป (2) สังเกตลักษณะคำพูด (Speech) การพูดจาได้ตอบ การใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัย (3) ตรวจสอบการคิด (Thought) โดยสังเกตจากคำพูด เช่น มีความคิดเกี่ยวกับ

สิ่งเหนือธรรมชาติ หลงผิด คิดวุ่นวายสับสนไม่เป็นเหตุเป็นผล (4) ทดสอบการรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่ (Orientation) (5) สังเกตบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความคิด เช่น การพูดคนเดียว เห็นภาพหลอน หูแว่ว (6) ประเมินระดับสติปัญญา (Intellectual function) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างประวัติส่วนตัว เช่น การศึกษา อาชีพ บทบาททางสังคม กับปฏิกิริยาโต้ตอบของผู้ป่วย เช่น การตอบคำถามการพูด การใช้ภาษา กระบวนการคิด การตัดสินใจ การรู้จักตนเอง การมีสมาธิ และความจำ (7) ทดสอบโดยให้ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อประเมินว่าสามารถทำได้ตามเกณฑ์อายุหรือไม่

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การทดสอบระดับสติปัญญา (IQ) โดยใช้แบบทดสอบ (2) การตรวจประเมินภาวะทางสมอง-จิตประสาทโดยใช้แบบประเมิน เช่น Mini Mental State Examination (3) การตรวจ CT Scan การตรวจ MRI หรือ PET Scan เพื่อประเมินความผิดปกติของสมอง (ถ้าจำเป็น)

4.6.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้มีดังต่อไปนี้

- 1) การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) / นูติง หรือ นูหนวก / ได้รับการเจาะคอ (Tracheostomytube) / สมองขาดเลือดไปเลี้ยง
- 2) การตัดสินใจบกพร่องเนื่องจากขาดแคลนแหล่งสนับสนุน / เผชิญกับสถานการณ์ที่รุนแรง
- 3) แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเนื่องจากมีอาการประสาทหลอน(Hallucination) / มีอาการหลงผิด (Delusion)

4.6.2.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.22 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาลเรื่อง ความสามารถทางสติปัญญา (พรศิริ พันธลี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
ไม่สามารถสื่อสารได้ ตามปกติเนื่องจากมีพยาธิ สภาพของสมองส่วน ควบคุมการพูด ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยพูดด้วยคำสั้นๆ บางครั้งพูดรัวเป็นชุดฟังไม่ เข้าใจ - ผู้ป่วยมีปัญหาการฟังไม่ ค่อยเข้าใจคำพูดของผู้อื่น - ผล Brain CT scan พบว่า สมองขาดเลือดไปเลี้ยง	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารให้ผู้อื่น เข้าใจได้มากขึ้น เกณฑ์ประเมินผล - ผู้ป่วยสามารถสื่อสารบอก ความต้องการของตนเองกับ ผู้อื่นได้ - ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด และปฏิบัติตามได้	1. พูดกับผู้ป่วยช้า ๆ ใช้คำศัพท์ ที่ง่าย ๆ พูดเป็นประโยคที่สั้นๆ และชัดเจน ถ้าผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ อาจพูดซ้ำคำพูดเดิม หรือพูด อธิบายให้ง่ายขึ้นไม่แสดงความ รำคาญผู้ป่วย 2. ถ้าผู้ป่วยเขียนได้อาจเตรียม กระดาษปากกาให้ผู้เขียน บอกความต้องการ 3. สังเกตปฏิกิริยาผู้ป่วยเวลา พูดคุยด้วย 4. แนะนำญาติให้กระตุ้นผู้ป่วย ฝึกพูดโดยเลือกเรื่องที่ผู้ป่วย สนใจนำมาพูดคุยกับผู้ป่วย บ่อย ๆ 5. ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว	ผู้ป่วยสามารถพูดได้เป็นคำ และประโยคสั้นๆ ได้มากขึ้น พยาบาล และ ผู้อื่นสามารถ เข้าใจความ ต้องการ ของ ผู้ป่วย และสามารถ ตอบสนอง ความต้องการของ ผู้ป่วย ได้ถูกต้อง ผู้ป่วย สามารถ เข้าใจ คำพูดของคน อื่นก็ได้ดีขึ้นสามารถปฏิบัติ ตามคำแนะนำได้ดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
		<p>นานๆ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ให้มากที่สุด เช่น ให้เข้าร่วมฟังการสนทนาศึกษา จัดให้ผู้ป่วยพูดคุยกันเป็นกลุ่ม</p> <p>6. ให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารได้มากขึ้น</p> <p>7. อาจแนะนำแหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือเฉพาะด้าน</p>	

4.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)

4.7.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.7.1.1 การซักประวัติ มีแนวทางในการซักประวัติ ดังนี้ คือ (1) ความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับภาพลักษณ์โดยทั่วไป (2) ความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับความสามารถในด้านต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติงานความสามารถในการเรียน เป็นต้น (3) ความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่มีอุปกรณ์เพิ่มขึ้น เช่น การมี Colostomy bag ที่หน้าท้อง การมีสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับน้ำปัสสาวะ (4) ความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกสูญเสียความมั่นคงปลอดภัย ความรู้สึกท้อถอย สิ้นหวัง เป็นต้น สำหรับการซักประวัติจากเด็กในด้านการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ อาจซักถามได้ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเริ่มสนใจเปรียบเทียบตัวเองกับเพื่อนในด้านรูปร่าง หน้าตา ความสามารถในการเรียนการเล่นกีฬา ความสามารถพิเศษอื่นๆ

4.7.1.2 การตรวจร่างกาย ใช้วิธีการสังเกตดังนี้ (1) สังเกตความสนใจตัวเองของผู้ป่วย เช่น การแต่งกาย บุคลิกภาพ การกล่าวเปรียบเทียบกับผู้อื่น (2) สังเกตปฏิกิริยาตอบสนองหรือพฤติกรรมที่แสดงออกต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการสูญเสียความสามารถในการทำงาน เช่น มีอาการอาย มีพฤติกรรมปิดบังอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เป็นต้น

4.7.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เป็นการใชแบบประเมินต่างๆ เช่น แบบประเมินภาพลักษณ์ (Body Image) แบบประเมินอัตมโนทัศน์ (Self concept) เป็นต้น

4.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้มีดังต่อไปนี้

1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการถูกตัดเต้านม /ถูกตัดขา / มีแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก (Bum) ที่ใบหน้า ฯลฯ

2) หมดความภูมิใจในตนเองเนื่องจากมีความสามารถลดลงจากการเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ เบาหวาน / ไม่สามารถทำงานได้จากการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด

3) กลัวถูกตัดเท้าเนื่องจากมีแผลเบาหวานติดเชื้อ

4.7.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.23 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>หมดความภูมิใจในตนเอง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยพูดว่า “แก่แล้วอายุตั้ง 80 กว่าปี” “ที่อยู่ไปเดี๋ยวก็ตายแล้ว อาลัยลูกกันไปวันๆ” - ขณะพูดมีสีหน้าเศร้า - ไม่ค่อยพูดคุยกับใคร 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้นและเป็นที่ยอมรับของครอบครัว</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยซึมเศร้าลดลงไม่เจ็บเจຍพูดคุยมากขึ้น</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้สึกการ แสดงออกของผู้ป่วยทั้งคำพูด และพฤติกรรม 2. บอกผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อจะทำอะไรให้ผู้ป่วย 3. พูดกับผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยนและรับฟังผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการพูด 4. ไม่ตำหนิผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทำอะไรผิดพลาด 5. ให้กำลังใจผู้ป่วย พูดให้ผู้ป่วยเห็นความสามารถของตนเอง 6. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวให้ครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วย 	<p>ผู้ป่วยมีอาการเศร้าเป็นบางครั้ง เมื่อพยาบาลและญาติให้กำลังใจผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้นพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงมากขึ้น</p>

4.8 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

4.8.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.8.1.1 การช้กประวัติ มีแนวทางในการช้กประวัติ ดังนี้ (1) โครงสร้างของครอบครัว เช่น จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีใครบาง หรืออยู่คนเดียว (2) หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นๆ ต่อครอบครัว (3) การแสดงบทบาทในครอบครัวทั้งในขณะที่มีสุขภาพดีและการเปลี่ยนแปลงบทบาทในขณะที่เจ็บป่วย การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัวหรือไม่ (4) สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว (5) ตำแหน่ง ความรับผิดชอบต่อหน้าที่การทำงานอาชีพ (6) สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงานเพื่อนบ้าน

สำหรับการช้กประวัติในเด็กวัยเรียนวัยรุ่นควรเน้นสัมพันธภาพกับเพื่อน บิดามารดา ผู้ปกครองและพี่น้อง สำหรับในวัยทารก วัยหัดเดิน วัยก่อนเรียนควรเน้นการช้กประวัติจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครองเกี่ยวกับ พัฒนาการทางสังคม รูปแบบการเลี้ยงดู สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่กับเด็ก อารมณ์ที่แสดงออกของเด็กต่อพ่อแม่หรือครอบครัวสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับครูกับเพื่อนๆ รวมทั้งอารมณ์ที่แสดงออกที่โรงเรียนความพึงพอใจในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบิดามารดา

4.8.1.2 การตรวจร่างกาย ใช้วิธีการสังเกตดังนี้ (1) สังเกตพฤติกรรมต่างๆ หรือท่าทางที่แสดงออกที่ผู้ป่วยแสดงต่อครอบครัวและบุคคลในครอบครัวแสดงต่อผู้ป่วย (2) สังเกตลักษณะการพูด การโต้ตอบระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว การกล่าวถึงบุคคลอื่นของผู้ป่วย (3) สังเกตความผูกพันกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน

การมาเยี่ยมของคนในครอบครัวเพื่อน ผู้ร่วมงาน (4) สังเกตความสนใจต่ออาการเจ็บป่วย ความช่วยเหลือผู้ป่วยของบุคคลในครอบครัว เพื่อน

4.8.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ อาจใช้การทดสอบพัฒนาการทางด้านสังคม

4.8.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ในแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพมีดังต่อไปนี้

- 1) สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีเนื่องจากปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย
- 2) ยอมรับไม่ได้จากการถูกลดบทบาททางสังคมและหน้าที่การงานเนื่องจากเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 3) มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากไม่สามารถแสดงบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวได้จากการเจ็บป่วย

รุนแรง

4.8.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.24 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง บทบาทและสัมพันธภาพ (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
ไม่สามารถแสดงบทบาท การเป็นแม่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพเนื่องจากขาด ความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลสนับสนุน - มีบุตรคนแรก - ไม่มีความรู้และทักษะใน การเลี้ยงลูก เช่น การอุ้ม การให้นม การอาบน้ำทารก	วัตถุประสงค์ ส่งเสริมให้มีความพร้อมใน การแสดงบทบาทการเป็นแม่ ที่ดี เกณฑ์การประเมินผล -สนใจฟังคำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวหลังคลอดและ การเลี้ยงลูก -ซักถามปัญหาเกี่ยวกับ ตนเองและลูก -สามารถให้นมแม่ อุ้มเด็ก และอาบน้ำทารกได้ถูกต้อง	1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย ความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทการ เป็นแม่และวางแผนร่วมกัน 2.ให้กำลังใจพ่อแม่และ ครอบครัวในการเลี้ยงดู 3.ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวของแม่ เช่น การรับประทาน อาหารที่ช่วยสร้างน้ำนม 4.สาธิตวิธีการให้นมแม่อย่าง ถูกต้อง การอุ้ม การอาบน้ำและ ให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติ	สามารถบอกวิธีปฏิบัติและ เลือกบริโภคอาหารที่มี ประโยชน์ได้ แสดงความ สนใจเต็มใจในการเลี้ยง ลูกด้วยตนเอง สามารถอุ้ม ทารกได้ แต่ยังไม่อาบน้ำได้ ไม่ถนัด

4.9 แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

4.9.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.9.1.1 การซักประวัติ ในการซักประวัติในแบบแผนนี้อาจต้องอาศัยสัมพันธภาพกับผู้ป่วยระดับหนึ่งก่อนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจเนื่องจากเป็นสิ่งที่คนในสังคมไทยจะไม่พูดออกมาง่ายๆ หรือเปิดเผยกับ ผู้ที่ไม่คุ้นเคย โดยมีแนวทางในการซักประวัติ ดังนี้ (1) ซักประวัติเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ และการทำงานของระบบสืบพันธุ์ (2) การมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาเพศสัมพันธ์ ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันโรคที่ติดต่อกันได้ทางเพศสัมพันธ์ (3) การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ติดต่อกันได้ทางเพศสัมพันธ์ เช่น การมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมการรักร่วมเพศ เป็นต้น (4) เพศหญิงควรซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะ ระยะห่างของการมีประจำเดือน ปัญหาการมีประจำเดือน การตกขาว อาการคันบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ปัสสาวะแสบขัด วิธีรักษาความ

ละออดอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนหญิงที่สมรสแล้วควรซักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การแท้ง การมีบุตร การคุมกำเนิด การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์

สำหรับเด็กอาจซักประวัติเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นหญิงชายและปฏิกิริยาตอบสนองของบิดามารดา ในเด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นและมีข้อบ่งชี้ว่าเด็กมีเพศสัมพันธ์ ให้ซักประวัติความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4.9.1.2 การตรวจร่างกาย ได้แก่ (1) พุติกรรมทางเพศจากลักษณะท่าทางที่แสดงออก ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การใช้ภาษาและคำพูด รวมทั้งการแต่งกายว่าเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (2) เพศหญิง ตรวจเต้านม โดยดูลักษณะ ขนาด รูปร่าง หัวนม ต่อมมน้ำเหลือง รอยโรค ก้อนในเต้านม ตรวจอวัยวะเพศหญิง โดยดูลักษณะ อาการผิดปกติ รอยโรค สารคัดหลั่ง (discharge) ถ้าจำเป็นอาจต้องตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน (PV) (3) เพศชาย ตรวจอวัยวะเพศชาย โดยดูลักษณะอาการผิดปกติ รอยโรค รูปร่างของท่อน้ำปัสสาวะโดยเฉพาะในเด็กเล็ก (4) ตรวจอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์จะพบลักษณะผอมมาก มีเชื้อราในปากและลิ้นมีรอยโรคตามผิวหนัง ท้องเสียเรื้อรัง เป็นต้น

4.9.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ (1) การตรวจเลือดเพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย อักเสบติดเชื้อภายในช่องเชิงกราน (2) การตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) (3) การตรวจปัสสาวะระดับฮอร์โมน Human Chorion gonadotropin (HCG) เพื่อประเมินการตั้งครรภ์ (4) การส่องกล้องตรวจภายในช่องเชิงกราน (Lapaloscopy) (5) การตรวจท้องส่วนล่างโดย Ultrasound lower abdomen เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติภายในช่องเชิงกรานในเพศหญิง เช่น เนื้องอกในมดลูก รังไข่ ท่อน้ำไข ในเพศชายเพื่อตรวจความผิดปกติของต่อมลูกหมาก (6) เพศชายมีการตรวจระดับฮอร์โมนเพศ การตรวจอสุจิ

4.9.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้มีดังต่อไปนี้

- 1) ปวดท้องมากเนื่องจากมีเยื่อเมมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis)
- 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางเนื่องจากมีประจำเดือนมากผิดปกติ (Hypermenorhea) / มีภาวะเลือดออกจากการที่มดลูกทำงานผิดปกติ (Dysfunctional uterine bleeding)
- 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีความรู้สึกปวดหน่วงในช่องคลอดจากการมีมดลูกหย่อนตัว (Uterine prolapse)
- 4) เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดบุตรเนื่องจากมดลูกบีบตัวไม่ดี

4.9.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.25 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง เพศและการเจริญพันธุ์ (พรศิริ พันธุ์สี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ เพศสัมพันธ์เนื่องจากติด โรคทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยร้องเสียง - ผู้ป่วยถามว่าจะมี	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถ ปรับตัวเกี่ยวกับความต้องการ ทางเพศได้เหมาะสม เกณฑ์ประเมินผล - บอกวิธีการมีเพศสัมพันธ์	1. ให้โอกาสผู้ป่วยแสดง ความรู้สึก บอกเล่าเกี่ยวกับเรื่อง เพศสัมพันธ์ กิจกรรมทางเพศ และความรู้เกี่ยวกับการ แพร่กระจายของโรค 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการ	ผู้ป่วยมีท่าทีคลายความ กังวล กล้าซักถามเกี่ยวกับ การมีเพศสัมพันธ์ที่ ปลอดภัย และตอบคำถาม ได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
เพศสัมพันธ์กับคนรักได้ หรือไม่	อย่างปลอดภัยได้ - ผู้ป่วยสามารถวางแผนการมี เพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสมได้ - สิ้นสุดขึ้นขึ้น	แพร่กระจายของโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และการมี เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และคู่สมรส	

4.10 แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)

4.10.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.10.1.1 การซักประวัติ มีแนวทางในการซักประวัติ ดังนี้ (1) ซักประวัติเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสความสัมพันธ์ในครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อประเมินสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความเครียด (2) สัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะอุปนิสัยหรืออารมณ์พื้นฐานของผู้ป่วย และซักถามสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดหรือสิ่งที่ไม่สบายใจ (3) ซักถามความต้องการการช่วยเหลือและบุคคลที่สนับสนุนให้กำลังใจช่วยแก้ไขปัญห สำหรับเด็กอาจซักประวัติจากเด็กบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับอุปนิสัยของเด็กพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความเครียด ความโกรธ ไม่สบายใจ ถูกขัดใจ และการช่วยเหลือของครอบครัวเมื่อเด็กมีความรู้สึกเหล่านั้น

4.10.1.2 การตรวจร่างกาย ได้แก่ (1) ตรวจสอบพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความเครียด ความเศร้า ความวิตกกังวล เช่น เกรี้ยวกราด แยกตัว เศร้าโศก ร้องไห้ อารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ (2) ตรวจอาการแสดงต่างๆ ในขณะที่มีความเครียดมาก เช่น เหงื่อออกมาก หน้าซีดหรือหน้าแดง มือสั่นหายใจเร็ว ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง (3) ประเมินความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับเด็กเล็กอาจสังเกตอาการกลัวพยาบาลหรือคนที่ไม่คุ้นเคย อาจมีพฤติกรรมที่ไม่ใช่พฤติกรรมที่ปกติ เช่น ร้องกวน ถอยหนี

4.10.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้จากแบบวัดต่างๆ เช่น แบบวัดความวิตกกังวล

4.10.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้มี ดังต่อไปนี้

1) มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น / ไม่ทราบแนวทางการรักษา / ไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติตัว / ถูกแยกจากพ่อแม่

2) มีความเครียดสูงเนื่องจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายหรือโรคที่รุนแรง (เช่น มะเร็ง โรคหัวใจโต วาย ดับแฉิ่ง ติดเชื้อ HIV เป็นต้น)

3) การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากสมาชิกของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต / ขาดบุคคลที่เป็นผู้นำ (ที่พึ่ง) ของครอบครัว (ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว)

4.10.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.26 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
<p>มีภาวะเครียด (Stress) เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เมื่อทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน</p> <p>ข้อสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีสีหน้าเครียด ไม่ค่อยพูด - วิตกกังวลตลอดเวลา - บ่นว่าจะอยู่ได้อย่างไร กลับบ้านแล้วจะทำอย่างไร 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ภาวะเครียดลดลงและสามารถปรับตัวให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ได้</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวได้ - ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษา - สีหน้าเครียดน้อยลงดูสดชื่นขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว 2. อธิบายเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและสามารถมีชีวิตยืนยาวถ้ามีการดูแลสุขภาพถูกต้อง 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัย 4. ให้ความรู้และแนะนำวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ เรื่องอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลเท้า การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด และการสังเกตอาการที่ควรมาพบแพทย์ ก่อนถึงเวลานัด 	<p>ผู้ป่วยไม่แสดงอาการวิตกกังวลหรือมีสีหน้าเครียด พูดคุยกับพยาบาลและญาติมากขึ้นยิ้มมากขึ้น สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวและให้ความร่วมมือในการรักษา</p>

4.11 แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

4.11.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.11.1.1 การซักประวัติ มีแนวทางในการซักประวัติ เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ (1) ความเชื่อ ความผูกพัน ความศรัทธาที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น ความดีงาม ความถูกต้อง ศาสนาพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ (2) สิ่งสำคัญในชีวิตหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ อาจเป็น บุคคล วัตถุ สิ่งของ ศาสนาคุณธรรมความดี (3) ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม (4) ความหวังหรือเป้าหมายในชีวิต (5) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ความขัดแย้งระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วย ได้รับ สำหรับเด็กอาจซักถามเกี่ยวกับความผูกพัน สิ่งที่มีความสำคัญสำหรับเด็ก หรือคำที่เด็กยึดเหนี่ยว เช่น ตุ๊กตา ของเล่น ผ้าห่มที่ใช้เป็นประจำ บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู เป็นต้น

4.11.1.2 การตรวจร่างกาย ใช้การสังเกตเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ คือ (1) สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกทางสีหน้า กริยา ท่าทาง รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ (2) สังเกตคำพูดของผู้ป่วยและญาติที่แสดงถึงการให้คุณค่าและการมีความเชื่อในด้านต่างๆ (3) สังเกตการปฏิบัติที่แสดงออกตามความเชื่อ เช่น การมีพระพุทธรูป สร้อย

พระ หรือมีวัตถุประสงค์ลบลูชา การใช้เครื่องรางของขลัง การสวดมนต์ การทำสมาธิภาวนา การทำละหมาด การอ่านหนังสือหรือการฟังเทศธรรมะ

4.11.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ใช้แบบวัดต่างๆ เช่น แบบวัดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

4.11.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ในแบบแผนคุณค่าและความเชื่อมีดังต่อไปนี้

- 1) นมดกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นเนื่องจากไม่มีความหวังในการรักษา
- 2) เบื่อหน่าย ท้อแท้เนื่องจากการรักษาที่ยาวนาน และการกินยาจำนวนมาก
- 3) หวาดกลัวต่อสิ่งต่างๆ เนื่องจากขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ

4.11.3 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 5.27 แสดงตัวอย่างแผนการพยาบาล เรื่อง คุณค่าและความเชื่อ (พรศิริ พันธสี, 2552)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์การพยาบาล/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล การพยาบาล
รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Hopeless) เสื่อมศรัทธา ในหลักคำสอนของศาสนา ที่นับถือเนื่องจากเกิดความ เจ็บป่วยรุนแรง ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยพูดว่า ทำไมจึงต้อง มาเป็นโรคร้ายนี้ทั้งๆ ที่ทำ ความดีมาตลอดชีวิต - มีอาการซึมเศร้า - ปฏิเสธการดูแลรักษา - นอนไม่หลับ - รับประทานอาหารได้น้อย	วัตถุประสงค์ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง และค้นหาความหมายและ เป้าหมายในชีวิต เกณฑ์ประเมินผล - ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง สีหน้า แจ่มใสขึ้น - ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพตนเอง - พักผ่อนนอนหลับได้ดีขึ้น - รับประทานอาหารได้มาก ขึ้น	1. ประเมินการรับรู้ความ ต้องการหรือความเชื่อของผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือการปฏิบัติตามคำสอนของ ศาสนา รวมทั้งรับฟังความ คิดเห็นของครอบครัว คุณค่า วัฒนธรรม ศาสนา ค่านิยม และ ความเชื่อต่างๆ 3. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยทันทีที่ ต้องการเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ว่าพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ ในยามที่มีความทุกข์ 4. แสดงความเอาใจใส่ความ เอื้ออาทรและความสม่ำเสมอใน การตรวจเยี่ยมอาจพูดคุยเรื่อง ศาสนา ความเชื่อของผู้ป่วย หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยว ทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ได้ค้นหาความหมายของการ เจ็บป่วยและการมีชีวิตอยู่	ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น โดยไม่ต้องพึ่งยานอนหลับ รับประทานอาหารได้ 1/2 ถ้วย ต่อมมนได้ 1 แก้ว ยังมี อาการ ซึมเศร้าแต่พูดคุย กับผู้ป่วยข้างเตียงมากขึ้น และบอกร่ามีกำลังใจต่อสู้ กับโรครุนแรงขึ้น ปฏิบัติตาม คำแนะนำในการดูแล สุขภาพตนเองมากขึ้น

สรุป การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาเป็นแนวทางในการประเมินสภาพนั้น ในทางปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย เพราะเป็นแนวคิดที่กว้างใช้ได้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะที่มีสุขภาพปกติและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการฝึกใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพให้ถูกต้องครอบคลุมจะช่วยให้พยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยผู้รับบริการได้ถูกต้องครอบคลุมเช่นเดียวกัน ส่งผลให้สามารถแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ตัวอย่างแบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลท้ายบท)



ตัวอย่าง
แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้บริการ.....ชื่อเล่น.....เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....การศึกษา.....
 ภูมิลำเนา.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....วันที่รับไว้ในความดูแล.....
 ผู้ให้ประวัติ.....

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ

1) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

.....

2) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

.....

.....

.....

3) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

.....

.....

4) ประวัติสุขภาพของครอบครัว (เขียนเป็น genogram 3 generation)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการซักประวัติและการตรวจร่างกายตามแบบแผนสุขภาพ

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ 1.1 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน 1.2 ประวัติการตรวจร่างกาย, การได้รับ ภูมิคุ้มกัน..... 1.3 ยาที่รับประทานเป็นประจำและเหตุผล	1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ 1.1 ลักษณะทั่วไปและความพิการ 1.2 ความสะอาดของร่างกาย เครื่องแต่งกาย
1.4 การดูแลความสะอาดทางร่างกาย อาบน้ำวันละ.....ครั้ง แปรงฟันวันละ.....ครั้ง	1.3 ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล(ของบิดา มารดาและเด็ก)

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>4.2 การเล่นกีฬา.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>4.3 ประวัติการพัฒนากายของกล้ามเนื้อ(เฉพาะเด็ก วัยก่อนเรียนลงมา) กล้ามเนื้อใหญ่.....</p> <p>กล้ามเนื้อเล็ก.....</p> <p>4.4 การเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมต่างๆขณะป่วย</p>	<p>4.2 การเคลื่อนไหว การทรงตัว.....</p> <p>4.3 การใช้มือและนิ้ว.....</p> <p>4.4 ระบบหายใจ หายใจ..... ครั้ง/นาที จังหวะ..... เสียงปอด.....</p> <p>4.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ชีพจร..... ครั้ง/นาที จังหวะ..... เสียงหัวใจ.....</p> <p>ความดันโลหิต.....</p> <p>4.6 กิจกรรมขณะอยู่รพ.....</p>
<p>5. การพักผ่อน นอนหลับ</p> <p>5.1 ปกตินอนวันละ..... ชั่วโมง นอนกลางวันเวลา..... ถึง..... นอนกลางคืนเวลา..... ถึง.....</p> <p>5.2 กิจกรรมที่ช่วยให้หลับ(การกล่อม อ่านหนังสือ ให้ฟัง การมีสิ่งเฉพาะ เช่น หมอน ผ้าห่ม ตุ๊กตา)</p> <p>5.3 ปัญหาเกี่ยวกับการนอนและการแก้ไข (สังเกตการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทำให้นอนไม่ หลับ)</p>	<p>5. การพักผ่อน นอนหลับ</p> <p>5.1 ช่วงเวลานอน และพฤติกรรมการนอน</p>
<p>6. สถิติปัญญาและการรับรู้</p> <p>6.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา และการแก้ไข</p> <p>6.2 ความผิดปกติของการได้ยิน และ การแก้ไข</p> <p>6.3 ความเจ็บปวด.....</p> <p>6.4 การพัฒนาด้านสติปัญญา(ถามเฉพาะเด็กวัย ก่อนเรียนและต่ำกว่า).....</p> <p>6.5 การเรียน(ถามเฉพาะเด็กที่กำลังเรียน)</p> <p>6.6 ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการเรียน</p>	<p>6. สถิติปัญญาและการรับรู้</p> <p>6.1 ปฏิริยาสะท้อน.....</p> <p>6.2 การตรวจการมองเห็น.....</p> <p>6.3 การตรวจหูและการได้ยิน.....</p> <p>.....</p> <p>6.4 ลักษณะการใช้ภาษา การตอบคำถาม (เด็กวัยเรียน ขึ้นไป)</p>
<p>**7. การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์</p> <p>7.1 ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาตนเอง</p>	<p>7 การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์</p> <p>7.5 พฤติกรรมแสดงความสนใจในรูปร่างหน้าตาของ ตนเอง.....</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>1.5 พฤติกรรมเสี่ยง (การเสพยาเสพติด บุหรี่ สุรา).....</p> <p>.....</p> <p>1.6 ประวัติการแพ้สารต่างๆ อาการและการแก้ไข.....</p> <p>.....</p>	
<p>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>1) นม ชนิด ปริมาณ จำนวนมื้อ/วัน</p> <p>2) อาหารที่รับประทาน เวลา อาหาร</p> <p>3) นม อาหารที่รับประทานขณะป่วย</p> <p>4) อาหารที่ไม่รับประทาน / อาหารแสลง</p> <p>5) ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทาน และ การ แก้ไข.....</p> <p>6) ชนิด ปริมาณน้ำดื่ม / วัน</p> <p>7) อาการผิดปกติ เช่น ท้องอืด เพื่อ เบื่อ อาหาร และ การแก้ไข.....</p> <p>8) นิสัยการรับประทานอาหารหรือนม เป็นอย่างไร เช่น ต้องดูจากหลอดหรือช้อนอย่างไร ใช้อุปกรณ์พิเศษอื่นๆ หรือไม่.....</p>	<p>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>2.1 น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....</p> <p>*1) รอบศีรษะ..... รอบอก..... รอบท้อง.....</p> <p>2) กระหม่อม.....</p> <p>3) ผิวหนัง.....</p> <p>4) ผม.....</p> <p>5) เล็บ.....</p> <p>6) ตา.....</p> <p>7) ช่องปาก คอ ฟัน.....</p> <p>8) ท้อง..... ลักษณะท้อง..... ตับ..... ม้าม..... ก้อนในท้อง..... เสียงลำไส้.....</p> <p>9) ต่อมไทรอยด์.....</p> <p>10) ต่อมไพโรยด์.....</p>
<p>3. การขับถ่าย</p> <p>3.1 การขับถ่ายปัสสาวะขณะปกติ..... อาการผิดปกติและการแก้ไข.....</p> <p>3.2 การขับถ่ายอุจจาระขณะปกติ..... อาการผิดปกติและการแก้ไข.....</p> <p>3.3 การฝึกการขับถ่าย.....</p>	<p>3. การขับถ่าย</p> <p>3.1 การใช้สายสวนปัสสาวะ.....</p> <p>3.2 ทางเปิดท่อปัสสาวะ.....</p> <p>3.3 โคโลสโตมีย์ (colostomy).....</p> <p>3.4 แผนรอบทวารหนัก.....</p>
<p>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย</p> <p>4.1 การช่วยเหลือตนเองขณะปกติ</p>	<p>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย(ตรวจละเอียดใน อวัยวะหรือระบบที่ผิดปกติ)</p> <p>4.1 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ.....</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>** 9.2 เพศสัมพันธ์ (เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนว่ามีเพศสัมพันธ์) การป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์.....</p> <p>9.3 การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>1) เพศหญิง</p> <p> มีประจำเดือนครั้งแรก</p> <p> อายุ.....ปี ระหว่าง.....</p> <p> จำนวนวัน.....</p> <p> อาการผิดปกติ.....</p>	<p>9.2 การตรวจร่างกาย</p> <p> เต้านม.....</p> <p> อวัยวะเพศ.....</p>
<p>10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด</p> <p>10.1 ลักษณะอารมณ์</p> <p>1) ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน.....</p> <p>.....</p> <p>2) พฤติกรรมเมื่อเกิดความโกรธ ไม่สบายใจ ถูกขัดใจ.....</p> <p>.....</p> <p>3) การช่วยเหลือของตนเอง/ครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกเหล่านั้น.....</p> <p>.....</p> <p>10.2 สิ่งที่ไม่สบายใจ กังวล กสัว ในปัจจุบัน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>10.3 บุคคลที่ผู้ป่วยขอคำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>10.4 สิ่งที่ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด</p> <p>10.1 ลักษณะทั่วไป สีหน้า ท่าทาง (พฤติกรรมซึ่งไม่ใช่พฤติกรรมปกติ เช่น ร้องไห้กวน ถอยหนี แยกตัว ซึม)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
7.2 ความรู้สึกต่อความสามารถความดีของตนเอง 7.3 ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	7.6 การปิดบังอวัยวะบางส่วน 7.7 การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น
8 บทบาทและสัมพันธภาพ 8.1 จำนวนพี่น้อง..... เป็นลูกคนที่..... 8.2 สัมพันธภาพกับบิดา มารดา คนเลี้ยง 8.3 สัมพันธภาพกับพี่น้อง 8.4 สัมพันธภาพกับเพื่อน(เด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป) 8.5 การพัฒนาการทางสังคม/ภาษา (เด็กวัยทารก ถึงวัยก่อนเรียน) 8.6 ความรับผิดชอบในครอบครัวในโรงเรียน(วัย เรียน/วัยรุ่น) 9. เพศและการเจริญพันธุ์ 9.1 การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์ 1) เพศหญิง มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ.....ปี ระหว่าง..... จำนวนวัน..... อาการผิดปกติ.....	8 บทบาทและสัมพันธภาพ 8.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและบิดามารดา 8.2 การแสดงออกถึงความสนใจและความเอาใจใส่ ของบิดามารดา..... 8.3 สัมพันธภาพกับคนอื่นๆในหอผู้ป่วย 8.4 การหาคำตอบของผู้ป่วย 8.5 การมาเยี่ยมของบิดามารดา 9. เพศและการเจริญพันธุ์ 9.1 พฤติกรรมตามเพศชาย/หญิง (เฉพาะเด็กวัย ก่อนเรียนขึ้นไป) การแต่งกาย..... การแสดงออกตามเพศ.....

ส่วนที่ 8 สรุปรายงานการศึกษา (บรรยายสรุป ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย อาการสำคัญ การรักษา ปัญหาทางการพยาบาลที่พบระหว่างรับไว้ในความดูแล ปัญหาใดที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงอยู่และสภาพผู้ป่วยก่อนพ้นจากความดูแล วิจัยกรณีที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยรายนี้)

ส่วนที่ 9 บรรณานุกรม



การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
**11. คุณค่าและความเชื่อ 11.1 สิ่งที่มีค่า มีความสำคัญต่อเด็กมากที่สุด 11.2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	11 คุณค่าและความเชื่อ 11.1 สิ่งที่น่าถือบูชา เช่น น้อยพระ ใสเครื่องรางของ ขลัง

- หมายเหตุ 1. หัวข้อที่มีเครื่องหมายดอกจัน (*) ตามเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี
 2. หัวข้อและแบบแผนที่มีดอกจันคู่(**) ควรซักถามตั้งแต่วัยเรียนและวัยรุ่น

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ และการวิเคราะห์ผล

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์พยาธิสภาพ

ส่วนที่ 5 แผนการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหา

ส่วนที่ 6 สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่พบเรียงตามลำดับความสำคัญ

วันที่.....	วันที่.....
ปัญหาที่ 1 ปัญหาที่ 2	ปัญหาที่ 1 ปัญหาที่ 2

ส่วนที่ 7 การวางแผนการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาลลำดับที่.....

ข้อมูลสนับสนุน S.....

O.....

ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล.....

เป้าหมายทางการพยาบาล.....

เกณฑ์การประเมินผล.....

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล.....

การประเมินผลการพยาบาล.....

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้รับบริการ.....เพศ.....อายุ.....ปี
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....การศึกษา.....
อาชีพ.....รายได้.....
ผู้ให้ประวัติ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ

1) เหตุผลที่มารับการรักษา

.....
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2) ประวัติสุขภาพในอดีต

3) ประวัติสุขภาพของครอบครัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ
1.1 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน	1.1 ลักษณะทั่วไปและความพิการ
.....
1.2 ประวัติการตรวจร่างกาย, การรับภูมิคุ้มกัน	1.2 ความสะอาดของร่างกาย
.....	เครื่องแต่งกาย
.....
1.3 การดูแลความสะอาดของร่างกาย	* การทำความสะอาดร่างกาย
อยู่บ้านอาบน้ำวันละ.....ครั้ง
แปรงฟันวันละ.....ครั้ง	* 1.3 ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
.....

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>1.4 พฤติกรรมเสี่ยง</p> <p> สูบบุหรี่.....</p> <p> ดื่มเหล้า.....</p> <p> ยาเสพติดเป็นประจำ และเหตุผล.....</p> <p>1.5 การแพ้สารต่างๆ และการแก้ไข.....</p> <p>1.6 การดูแลตนเองเมื่อป่วย.....</p>	
<p>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>2.1 ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานขณะป่วย.....</p> <p>2.2 ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานตามปกติ/เวลาอาหาร.....</p> <p>2.3 อาหารแสลง/อาหารที่ไม่รับประทาน.....</p> <p>2.4 ชนิดและปริมาณน้ำที่ดื่มขณะป่วย.....</p> <p>2.5 ชนิดและปริมาณน้ำที่ดื่มตามปกติ.....</p> <p>2.6 อาการผิดปกติ เช่น ท้องอืด เพื่อเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว กลืนและการแก้ไข.....</p>	<p>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>* 2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร.....</p> <p>2.2 อาหารเฉพาะโรค.....</p> <p>2.3 การตรวจร่างกาย</p> <p>1) น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....</p> <p>2) ผิวหนัง.....</p> <p> ความยืดหยุ่น ความชื้น บวม.....</p> <p>3) ผม.....</p> <p>4) เล็บ.....</p> <p>5) ตา.....</p> <p>6) ช่องปาก คอ ฟัน.....</p> <p>7) ท้อง</p> <p> ลักษณะท้อง.....</p> <p> ตับ.....</p> <p> ม้าม.....</p> <p> ก้อนในท้อง.....</p> <p>8) ต่อมไทรอยด์.....</p> <p>9) ไทรอยด์.....</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>3. การขับถ่าย</p> <p>3.1 อยู่บ้านปัสสาวะกลางวัน.....ครั้ง กลางคืน.....ครั้ง อาการผิดปกติและการแก้ไข</p> <p>3.2 อยู่บ้านถ่ายอุจจาระวันละ.....ครั้ง อาการผิดปกติและการแก้ไข</p>	<p>3. การขับถ่าย (ตรวจเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้)</p> <p>3.1 การให้สายสวนปัสสาวะ</p> <p>3.2 Colostomy</p> <p>3.3 แผลริมทวารหนัก</p> <p>* 3.4 การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ขณะอยู่โรงพยาบาลและปัญหา</p>
<p>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย</p> <p>4.1 การช่วยเหลือตนเองขณะอยู่บ้าน (ถ้า สังเกตได้ว่าช่วยตนเองได้ก็ไม่ควรถาม) การอาบน้ำ..... แต่งตัว..... รับประทานอาหาร..... ขับถ่าย..... เดิน.....</p> <p>4.2 การดูแลที่พักอาศัย.....</p> <p>4.3 การออกกำลังกาย กีฬา งานอดิเรก</p> <p>4.4 ประวัติการเป็นลม หายใจขัด เจ็บอก หอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูง</p>	<p>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย</p> <p>4.1 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ</p> <p>4.2 การเคลื่อนไหวของข้อ/อาการบวมแข็ง</p> <p>4.3 การช่วยเหลือตนเอง</p> <p>4.4 ระบบหายใจ</p> <p>1) หายใจ.....ครั้ง/นาที จังหวะ.....</p> <p>2) เสียงปอด.....</p> <p>4.5 ระบบหัวใจ และหลอดเลือด</p> <p>1) ชีพจร.....ครั้ง/นาที จังหวะ.....</p> <p>2) เสียงหัวใจ.....</p> <p>3) ความดันโลหิต.....</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>5. การพักผ่อน นอนหลับ</p> <p>5.1 ปกตินอนวันละ.....ชั่วโมง ปัญหาเกี่ยวกับการนอนและการแก้ไข</p> <p>5.2 การผ่อนคลาย การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย</p>	<p>5. การพักผ่อน นอนหลับ</p> <p>5.1 พฤติกรรมการนอน</p> <p>5.2 พฤติกรรมการผ่อนคลาย</p>
<p>6. สถิติปัญญาและการรับรู้</p> <p>6.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา / การแก้ไข</p> <p>6.2 ความผิดปกติของการได้ยิน/การแก้ไข</p> <p>6.3 อาการเหม็นขม, เจ็บปวด</p> <p>6.4 ความจำ</p>	<p>6. สถิติปัญญาและการรับรู้</p> <p>6.1 ระดับความรู้สึกตัว</p> <p>6.2 neuro signs.....</p> <p>6.3 ปฏิกริยาสะท้อน.....</p> <p>6.5 การตรวจหูและการได้ยิน.....</p> <p>6.6 ลักษณะการโต้ตอบ/การใช้ภาษา</p>
<p>7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์</p> <p>7.1 ความรู้สึกต่อรูปร่าง หน้าตาตนเอง ในปัจจุบัน</p> <p>7.2 ความรู้สึกต่อความสามารถตนเอง ในปัจจุบัน.....</p> <p>7.3 ความรู้สึกผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความ เจ็บป่วย</p>	<p>7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์</p> <p>7.1 พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูป ร่างหน้าตาตนเอง</p> <p>7.2 การปิดบังอวัยวะบางส่วน</p> <p>7.3 การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>8. บทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>8.1 บุคคลในครอบครัว บทบาทสัมพันธภาพ</p> <p>.....</p> <p>8.2 การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย</p> <p>.....</p> <p>8.3 การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่สัมพันธภาพในอาชีพผู้ป่วย</p> <p>.....</p>	<p>8. บทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>* 8.1 การมาเยี่ยมของคนในครอบครัว เพื่อน</p> <p>.....</p> <p>* 8.2 ปฏิสัมพันธ์กับคนที่มาเยี่ยม</p> <p>.....</p> <p>* 8.3 สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร เช่น</p> <p>ใส่ท่อช่วยหายใจ การถูกตัดกล่องเสียง</p> <p>.....</p>
<p>9. เพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>9.1 เพศสัมพันธ์(ตามเฉพาะรายที่แต่งงานแล้ว)</p> <p>1) ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ขณะป่วย</p> <p>.....</p> <p>2) การป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์</p> <p>.....</p> <p>9.2 การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์ (ตามเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจผิดปกติ)</p> <p>1) เพศหญิง</p> <p>มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ.....ปี</p> <p>ระหว่าง.....</p> <p>จำนวนวัน.....</p> <p>อาการผิดปกติ.....</p> <p>2) เพศชายและหญิง (เฉพาะรายที่แต่งงานแล้ว)</p> <p>จำนวนบุตร.....</p> <p>ชนิดการคุมกำเนิดที่ใช้ปัจจุบัน</p> <p>.....</p> <p>อาการข้างเคียง.....</p> <p>.....</p>	<p>9. เพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>1) พฤติกรรมตามเพศชาย / หญิง</p> <p>การแต่งกาย.....</p> <p>การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง คำพูด</p> <p>.....</p> <p>* ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกัน และต่างเพศ</p> <p>.....</p> <p>2) การตรวจร่างกาย (เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ)</p> <p>(1) เต้านม (เฉพาะเพศหญิง)</p> <p>.....</p> <p>(2) อวัยวะเพศ (ทั้งเพศชายและเพศหญิง)</p> <p>.....</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด</p> <p>10.1 สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ กังวล กลัวใน ปัจจุบัน.....</p> <p>.....</p> <p>10.2 วิธีแก้ไขความไม่สบายใจกังวล/กลัว ที่เคยใช้.....</p> <p>.....</p> <p>10.3 ผู้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือให้กำลังใจ</p> <p>10.4 สิ่งที่ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย.....</p> <p>.....</p>	<p>10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด</p> <p>10.1 ลักษณะทั่วไป สีหน้าท่าทาง</p>
<p>11. คุณค่าและความเชื่อ</p> <p>1) ความต้องการการปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนา/ความเชื่อขณะอยู่โรงพยาบาล</p> <p>2) สิ่งยึดเหนี่ยวขณะป่วย</p> <p>3) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความ เจ็บป่วย.....</p>	<p>11. คุณค่าและความเชื่อ</p> <p>1) สิ่งที่น่าเชื่อถือบูชา เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก</p> <p>2) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ</p>

หมายเหตุ

- หัวข้อที่มีเครื่องหมายดอกจัน (*) ต้องใช้เวลาในการสังเกตอาจไม่ได้จากการเก็บข้อมูลครั้งแรก
- ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการถ้ามีการเก็บรวบรวมไว้แล้ว ไม่จำเป็นต้องซักถามจากผู้รับบริการอีก แต่อาจซักถามเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจน

**ตัวอย่างคำถามในการซักประวัติตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
ผู้รับบริการวัยเด็ก**

คำแนะนำในการซักประวัติ

ในกรณีที่ซักประวัติจากบิดามารดา ผู้เลี้ยง คำที่ใช้แทนตัวเด็ก ถามใช้ชื่อเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อเล่น เพราะผู้เลี้ยงหรือครอบครัว จะคุ้นเคยกับชื่อเล่นมากกว่าชื่อจริง หรืออาจใช้คำต่างๆ ว่าเด็ก ลูกคุณ หลานคุณ ก็ได้ แต่ใช้ชื่อเด็กจะก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีกว่า

ในการซักประวัติจากตัวเด็กเอง ควรเรียกชื่อเด็กแทนตัว โดยในเด็กเล็กใช้ชื่อเล่นจะให้ความสนิทสนม ดีกว่า แต่ในเด็กวัยรุ่นบางคนอาจไม่ชอบให้เรียกชื่อเล่น พยาบาลควรถามเด็กก่อนว่าจะให้เรียกชื่อจริงหรือชื่อเล่น

ในแนวทางการตั้งคำถามนี้ เป็นกรณีที่ซักประวัติจากบิดามารดาของเด็ก โดยสมมุติชื่อเด็กว่า “แดง”

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลูกคุณชื่ออะไร..... ชื่อเล่นชื่ออะไร.....

อายุเท่าไร.....

เรียนหนังสือหรือยัง เรียนอยู่ชั้นไหน.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการเหตุผลที่มารับการรักษา

แดงเป็นอะไร มีอาการอย่างไร

ที่มาตรวจนี้ เพราะอะไร

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

แดงเริ่มมาตั้งแต่เมื่อไร อาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร

รักษาที่ไหนมาก่อนหรือเปล่า ได้รับการรักษาอะไรมาแล้วบ้าง

มีโรคอื่นบ้างไหมที่เป็นโรคประจำตัว เป็นตั้งแต่เมื่อไร

ประวัติสุขภาพในอดีต

แดงเคยป่วยเป็นอะไรบ้างหรือเปล่า นอกจากโรคที่ได้บอกมาแล้ว

เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเปล่า

เคยได้รับอุบัติเหตุบ้างไหม อุบัติเหตุอะไร

ประวัติสุขภาพของครอบครัว

สุขภาพของคนในครอบครัวคุณเป็นอย่างไร

มีใครในครอบครัวที่ไม่สบายเหมือนแดงบ้าง

คนในครอบครัว เคยป่วยด้วยโรคติดต่อบ้างหรือเปล่า โรคอะไร

คนในครอบครัว มีใครมีโรคประจำตัวเหมือนๆ กันบ้าง โรคอะไร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ

1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

1.1 คุณคิดว่า สุขภาพของแดงเป็นอย่างไรบ้าง

1.2 แแดงเคยตรวจร่างกายครั้งสุดท้ายเมื่อไร ได้รับภูมิคุ้มกันอะไรบ้าง

- 1.3 ยา/วิตามินที่ให้แสงรับประทานเป็นประจำมีหรือเปล่า
ยา/วิตามินที่รับประทานชื่ออะไร รับประทานเพราะอะไร
- 1.4 แดงแพ้อะไรบ้างหรือเปล่า เช่น ยา ผุ่นละออง
เวลาแพ้มีอาการอย่างไร แก้ไขอย่างไร
- 1.5 คุณป้องกันอุบัติเหตุให้แดงอย่างไรบ้าง
- 1.6 แดงมีพฤติกรรมอะไรบ้างที่อาจทำให้ป่วยได้ สุนัขหรือหรือเปล่า
- 1.7 แดงอาบน้ำ แปรงฟันวันละกี่ครั้ง
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
 - 2.1 แดงดื่มอะไร วันละกี่ครั้ง ครั้งละเท่าไร
 - 2.2 แดงรับประทานอาหารเสริมอะไรบ้าง วันละกี่ครั้ง จำนวนเท่าไร
 - 2.3 อาหารที่แดงรับประทานแต่ละมื้อมีอะไรบ้าง จำนวนประมาณเท่าใด รับประทานเวลาใด
 - 2.4 อาหารที่แดงไม่รับประทานมีอะไรบ้าง
 - 2.5 แดงมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารบ้างหรือไม่ แก้ไขอย่างไร
 - 2.6 แดงเคยมีอาการท้องอืด เพื่อ ปวดท้องบ้างหรือไม่ แก้ไขอย่างไร
 - 2.7 แดงดื่มน้ำอะไร ประมาณวันละเท่าไร
3. การขับถ่าย
 - 3.1 แดงบัสสาวะวันละกี่ครั้ง ลักษณะเป็นอย่างไร
มีอาการผิดปกติบ้างหรือไม่ แก้ไขอย่างไร
 - 3.2 แดงถ่ายอุจจาระวันละกี่ครั้ง ลักษณะเป็นอย่างไร
มีอาการผิดปกติอย่างไรบ้างหรือไม่ แก้ไขอย่างไร
 - 3.3 แดงฝึกการขับถ่ายหรือยัง ควบคุมการขับถ่ายได้ดีหรือยัง
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย
 - 4.1 แดงช่วยตนเองได้มากน้อยแค่ไหน ในเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว กินข้าว
 - 4.2 แดงชอบเล่นอะไรบ้าง เล่นกับใคร
แดงเล่นกีฬา ออกกำลังกายอะไรบ้าง บ่อยแค่ไหน
 - 4.3 แดงเริ่ม นั่ง คลาน ยืน เดิน เมื่อไร
แดงหยิบขนมได้หรือยัง หยิบอย่างไร ตักข้าวเองได้หรือยัง (ถามให้เหมาะสมกับวัย)
5. การพักผ่อน นอนหลับ
 - 5.1 ปกติแดงนอนวันละกี่ชั่วโมง
นอนกลางวันตอนไหน
เข้านอนเวลาไหน ตื่นนอนเมื่อไร
 - 5.2 ก่อนนอน ทำอย่างไรแดงถึงหลับ หรือหลับเอง
ต้องกล่อม เล่านิทานหรือเปล่า
 - 5.3 แดงมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนบ้างหรือเปล่า เช่น หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ ละเมอ กัดฟัน

6. **สติปัญญาและการรับรู้**
 - 6.1 แดงมองเห็นเป็นปกติหรือเปล่า สายตาสั้น เอียง บานปวดตา บ้างไหม ใส่แว่นหรือเปล่า
 - 6.2 แดงได้ยินเป็นปกติหรือเปล่า ใช้เครื่องช่วยฟังหรือเปล่า
 - 6.3 แดงพูดเป็นคำ ประโยค ได้หรือยัง (ถามให้เหมาะสมกับวัย)
 - 6.4 การเรียนของแดงเป็นอย่างไรบ้าง
7. **เพศและการเจริญพันธุ์ (ควรซักประวัติจากตัวเด็กเอง)**
 - 7.1 เพศหญิง
 - มีประจำเดือนครั้งแรกอายุเท่าไร
 - มานานกี่วัน ห่างกันกี่วัน
 - มีอาการผิดปกติบ้างหรือเปล่า เช่น ปวดท้อง
 - 7.2 เพศสัมพันธ์ (เฉพาะรายที่มีข้อมูลบ่งชี้ชัดเจน ว่ามีเพศสัมพันธ์)
 - มีแฟนหรือคูรักหรือเปล่า
 - เกี่ยวข้องกับหญิงหรือเปล่า
 - ป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์อย่างไร
8. **บทบาทและสัมพันธภาพ**
 - 8.1 คุณมีลูกกี่คน ชายกี่คน หญิงกี่คน
 - 8.2 ปกติแดงสนิทกับใคร, ติดใครมากที่สุด
 - 8.3 กับพี่น้อง อยู่ด้วยกันดีหรือเปล่า ช่วยเหลือกันดีไหม
 - 8.4 กับเพื่อนๆ เป็นอย่างไรบ้าง มีเพื่อนสนิทหรือเปล่า กี่คน
 - 8.5 แดงกลัวคนแปลกหน้าหรือเปล่า (เฉพาะวัยทารกหัดเดินและวัยก่อนเรียน)
 - เล่นเข้ากลุ่มเพื่อนได้ดีไหม (ถามให้เหมาะสมกับวัย)
9. **การปรับตัวและทนทานกับความเครียด (ควรถามจากเด็กโดยตรง)**
 - 9.1 แดงปกติมีนิสัยอย่างไร ใจร้อน ใจเย็น โกรธง่าย
 - 9.2 ปกติแดงจะกังวล ไม่สบายใจ หรือกลัวอะไรบ้าง
 - 9.3 เวลาไม่สบายใจ แดงจะปรึกษาใคร
 - คุณพ่อคุณแม่ กังวลเกี่ยวกับแดงอย่างไรบ้างหรือเปล่า (ถามจากบิดา มารดา)
10. **การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ (ถามจากเด็กโดยตรง)**
 - 10.1 แดงคิดว่าหน้าตาตัวเองเป็นอย่างไรบ้าง
 - 10.2 แดงรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนเก่งไหม เป็นคนดีหรือเปล่า
11. **คุณค่าและความเชื่อ**
 - 11.1 อะไรที่สำคัญมากที่สุดสำหรับแดง
 - 11.2 แดงไปวัด, ทำบุญกับคุณพ่อคุณแม่บ้างหรือเปล่า สวดมนต์หรือเปล่า

**ตัวอย่างคำถามในการซักประวัติตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คุณชื่ออะไร

อายุเท่าไร

นับถือศาสนาอะไร

เรียนจบชั้นไหน

ทำงานอะไร

รายได้ประมาณเดือนละเท่าไร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ เหตุผลที่มารับการรักษา

คุณป่วยเป็นอะไร อาการเป็นอย่างไรบ้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

คุณเริ่มป่วยตั้งแต่เมื่อไร อาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร

รักษาที่ไหนมาก่อนหรือเปล่า ได้รับการรักษาอะไรมาแล้วบ้าง

มีโรคอื่นบ้างไหมที่เป็นโรคประจำตัว เป็นตั้งแต่เมื่อไร

ประวัติสุขภาพในอดีต

เคยป่วยเป็นอะไรบ้างหรือเปล่า นอกจากโรคที่ได้บอกมาแล้ว

เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้างหรือเปล่า

เคยได้รับอุบัติเหตุบ้างไหม อุบัติเหตุอะไร

ประวัติสุขภาพของครอบครัว

สุขภาพโดยทั่วไปของคนในครอบครัวคุณ เป็นอย่างไร

มีใครในครอบครัว ไม่สบายด้วยโรคเดียวกับที่คุณเป็นอยู่บ้าง

ในครอบครัว มีโรคประจำตัวที่เหมือนๆ กันไหม โรคอะไร

ครอบครัว สามี/ภรรยาคุณมีโรคประจำตัวที่เหมือนๆ กันบ้างไหม โรคอะไร

คนในครอบครัว เคยป่วยด้วยโรคติดต่ออะไรบ้างหรือเปล่า โรคอะไร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

1.1 คุณคิดว่า สุขภาพตอนนี้เป็นอย่างไร

คุณคิดว่า คุณอ่อนแอหรือเปล่า

1.2 คุณเคยตรวจร่างกายอะไรบ้าง

ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อไร

คุณเคยได้รับภูมิคุ้มกันอะไรบ้าง

- 1.3 อยู่ที่บ้าน ปกติคุณอาบน้ำวันละกี่ครั้ง
แปรงฟันวันละกี่ครั้ง
- 1.4 ปกติคุณสูบบุหรี่หรือเปล่า
สูบบุหรี่ประมาณวันละเท่าไร
คุณดื่มเหล้าบ้างหรือเปล่า
ดื่มวันละประมาณเท่าใด
คุณรับประทานยาอะไรเป็นประจำหรือเปล่า
รับประทานบ่อยแค่ไหน
รับประทานเพื่ออะไร/ทำไมจึงรับประทาน
- 1.5 คุณแพ้อะไรบ้างหรือเปล่า เช่น ยา อาหาร ผุ่นละของ
เวลาแพ้มีอาการอย่างไร
รักษา แก้ไขอย่างไร
- 1.6 เมื่อไม่สบาย ส่วนใหญ่รักษาอย่างไร
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
 - 2.1 ตอนที่ไมสบาย รับประทานอาหารอะไรบ้าง
รับประทานได้ประมาณเท่าใด
เมื่ออาหารบ้างไหม
 - 2.2 ปกติรับประทานอาหารอะไรบ้าง
รับประทานได้ประมาณเท่าใด
ปกติรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ เวลาใดบ้าง
ดื่มนมบ้างหรือเปล่า วันละกี่แก้ว
 - 2.3 อาหารที่ไม่รับประทาน/อาหารแสลงมีอะไรบ้าง
 - 2.4 ตอนที่ไมสบาย ดื่มน้ำมากแค่ไหน
 - 2.5 ปกติดื่มน้ำอะไร มากแค่ไหน
 - 2.6 เคยมีอาการผิดปกติ เช่น ท้องอืด เพื่อ คลื่นไส้อาเจียนบ้างหรือเปล่า
มีอาการบ่อยครั้งแค่ไหน เป็นตอนไหน แก้ไขอย่างไร
ปกติเบื่อบ้างหรือเปล่า
เคี้ยวอาหาร กลืนอาหารลำบากบ้างหรือเปล่า แก้ไขอย่างไร
3. การขับถ่าย
 - 3.1 อยู่บ้าน บัสสาวะกลางวันที่ครั้ง กลางคืนกี่ครั้ง
มีอาการผิดปกติบ้างไหม แก้ไขอย่างไร
 - 3.2 อยู่บ้าน ถ่ายอุจจาระวันละกี่ครั้ง
มีอาการผิดปกติบ้างไหม แก้ไขอย่างไร
เป็นริดสีดวงหรือเปล่า
ใช้ยาถ่าย ยาระบายบ้างหรือเปล่า

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย
 - 4.1 ตอนอยู่บ้าน คุณช่วยตัวเองเรื่องอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร
อาหาร ชับถ่ายได้หรือไม่ หรือต้องมีคนช่วย
คุณเดินทางได้คล่องไหม หรือต้องมีคนช่วย
 - 4.2 คุณดูแลบ้านเองหรือเปล่า เช่น กวาดบ้าน
 - 4.3 คุณออกกำลังกายอย่างไรบ้าง บ่อยแค่ไหน ครั้งละประมาณกี่นาที/ชั่วโมง
เวลาว่าง ส่วนใหญ่คุณชอบทำอะไร
 - 4.4 คุณเคยเป็นลม หรือมีอาการหายใจขัด เจ็บหน้าอก บ้างไหมเป็นตอนไหน
คุณเคยหอบ บ้างไหม เป็นตอนไหน
คุณทราบไหมว่าความดันโลหิตของคุณเท่าใด สูงหรือเปล่า
5. การพักผ่อน นอนหลับ
 - 5.1 ปกติอยู่บ้านนอนวันละกี่ชั่วโมง
เข้านอนเวลาเท่าใด ตื่นนอนเวลาเท่าใด
เป็นคนหลับยากไหม เวลานอนไม่หลับทำอะไร
ใช้ยานอนหลับบ้างหรือเปล่า ยาอะไร บ่อยแค่ไหน
 - 5.2 คุณมีวิธีทำให้ตนเองรู้สึกพักผ่อนเต็มที่ให้หายเครียด อย่งไรบ้าง
6. สถิติปัญหาและการรับรู้
 - 6.1 คุณมองเห็นชัดเจนนไหม สายแว่นสายตาสั้น/ยาวหรือเปล่า
 - 6.2 คุณได้ยินเป็นปกติหรือเปล่า ใช้เครื่องช่วยฟังหรือเปล่า
 - 6.3 คุณรู้สึกเจ็บปวด ชา บริเวณไหนบ้างหรือเปล่า
 - 6.4 ปกติคุณจำแม่นไหม หรือลืมบ่อยๆ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
 - 7.1 ตั้งแต่ไม่สบาย คุณคิดว่ารูปร่างหน้าตาคุณเปลี่ยนไปบ้างไหมเปลี่ยนไปอย่างไร
คุณรู้สึกอย่างไร ที่รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป
 - 7.2 คุณคิดว่าตอนนี้คุณทำงานได้เหมือนก่อนไม่สบายหรือเปล่า
คุณรู้สึกอย่างไร ที่ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม
คุณรู้สึกว่า ที่ป่วยนี้เป็นความผิดของคุณหรือเปล่า
8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ
 - 8.1 ในครอบครัวคุณมีใครบ้าง
ใครเป็นคนหารายได้หลักให้ครอบครัว
คุณคิดว่าในครอบครัวคุณ เข้าใจกันดีไหม มีข้อขัดแย้งกันบ้าง
หรือเปล่า ถ้ามี มักจะเป็นเรื่องอะไร
ที่คุณไม่สบายอยู่ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ
ที่คุณไม่สบายอยู่นี้ กระทบกับอาชีพการงานบ้างไหม กระทบอย่างไร

9. เพศและการเจริญพันธุ์

9.1 เพศสัมพันธ์

ที่คุณไม่สบายอยู่นี้ มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์หรือไม่
คุณป้องกันโรคติดต่อทางเพศอย่างไรบ้าง

9.2 การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์

1) เพศหญิง

คุณมีประจำเดือนครั้งแรกอายุกี่ปี

ประจำเดือนสม่ำเสมอหรือไม่ ห่างกันกี่วัน มีครั้งละกี่วัน

มีอาการอะไรบ้าง ระยะก่อนมี และขณะมีประจำเดือน

2) เพศชายและหญิง

คุณมีลูกกี่คน

คุณคุมกำเนิดหรือเปล่า

สามี/ภรรยาคุณคุมกำเนิดหรือเปล่า คุมอย่างไร มีอาการข้างเคียงหรือไม่

10. การปรับตัว ทนทานกับความเครียด

10.1 สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ กังวล ในตอนนี้มีอะไรบ้าง

คุณกลัวอะไรบ้างหรือเปล่า

10.2 ปกติเวลาไม่สบายใจ ทำอย่างไร จึงรู้สึกดีขึ้น

10.3 ใครที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ

10.4 สิ่งที่คุณรอบคระวังกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีอะไรบ้าง

11. คุณค่าและความเชื่อ

11.1 คุณต้องการสวดมนต์ ไหว้พระ หรือทำอะไรเกี่ยวกับ

ศาสนาบ้างไหม ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล

11.2 คุณคิดว่าความเจ็บป่วยของเป็นมากหรือน้อย

คุณเข้าใจว่า อาการเจ็บป่วยของคุณเกิดจากอะไร

คุณคิดว่าต้องอยู่โรงพยาบาลนานเท่าใด จึงจะกลับบ้านได้

บ้านได้

การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของ Gordon ในการวางแผนการพยาบาล ผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพ: กรณีศึกษาผู้ป่วยกระดูกขาหัก

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
สถานภาพสมรส โสด การศึกษา อยู่ระหว่างศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
ภูมิลำเนา จังหวัดหนึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ xx เดือน xx พ.ศ. 25xx รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 12 วัน

การวินิจฉัยโรค

Closed fracture Right and Left femur with Fracture Left tibia and fibular with tear serosa of small bowel

อาการสำคัญ

ขาทั้งสอง บวม งอผิดรูป สลบก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ช้อนมอเตอร์ไซด์ชนกับรถยนต์ สลบ ไม่ทราบนานเท่าไร ขาทั้งสองข้างบวม งอผิดรูป มีแผลที่หน้าผาก มีคนพบเห็นเหตุการณ์จึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์หรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ นอกจากการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย เป็นต้น

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมและสุขภาพในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีโรคเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆ

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

บ้านพักเป็นตึกทาวเฮาส์ 2 ชั้น มีบริเวณบ้าน มีรั้วกันระหว่างบ้าน ตัวบ้านมีห้องนอน 3 ห้อง และมีห้องน้ำอยู่ในตัวบ้านเป็นส้วมซึม บริเวณรอบๆ บ้าน ปลูกต้นไม้ในกระถาง เลี้ยงสุนัข 1 ตัว

การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ (ประเมินวันที่ 1 ที่รับไว้ในโรงพยาบาล)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (health perception management)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
<p>1) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน ผู้ป่วยทราบว่ากระดูกขาทั้งสองข้างหัก แพทย์จะทำรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขาซ้ายและใส่เครื่องดัดงอ น้ำหนักที่ขาขวาให้ ไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะเข้าเฝือกและเครื่องดัดงอ บอกว่าไม่เคยมีประสบการณ์การมาดเจ็บเช่นนี้มาก่อน ไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้าง</p> <p>2) ประวัติการตรวจร่างกาย/การได้รับภูมิคุ้มกัน ก่อนเจ็บป่วยไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี</p> <p>3) ยาที่รับประทานเป็นประจำและเหตุผล ปฏิเสธ</p> <p>4) การดูแลความสะอาดทางร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น</p> <p>5) พฤติกรรมเสี่ยง (การเสพยาเสพติด บุหรี่ สุรา) ปฏิเสธ</p>	<p>1) ลักษณะทั่วไปและความพิการ: General appearance : Thai female patient, age 19 year looking good conscious. Weight by estimate 45 Kgs. High 160 Cms. Vital signs: Temperature 37.5 °C, pulse rate 90/m, respiration rate 32/m, blood pressure 110/70 mmHg</p> <p>2) ความสะอาดของร่างกาย เครื่องแต่งกาย ร่างกายสะอาด ไม่มีคราบโคล ผสมสี แต่งกายด้วยชุดของผู้ป่วย</p> <p>3) ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ขณะรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำการปฏิบัติตัวได้ เช่น การออกกำลังกายกล่อมเนื้อต้นขา เป็นต้น</p>

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (health metabolic pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
<p>1) นม ชนิด ปริมาณ จำนวนมื้อ/วัน ก่อนเจ็บป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลา</p> <p>2) อาหารที่รับประทาน เวลาอาหาร ไม่ชอบรับประทานผักแต่ชอบรับประทานผลไม้ รับประทานอาหารตามเวลา เช้าระหว่าง 07.00 - 08.00 น. กลางวัน ระหว่าง 12.00 - 13.00 น. และเย็นระหว่าง 18.00 - 19.00 น.</p> <p>3) นม อาหารที่รับประทานขณะป่วย ขณะเจ็บป่วยแพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากเนื่องจากมีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้อง หลังผ่าตัดเมื่อลำไส้เริ่มทำงานดี แพทย์ให้รับประทานอาหารได้เริ่มจากอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดา</p>	<p>1) น้ำหนัก ส่วนสูง: General appearance: Weight by estimate 45 kgs. High 160 cms.</p> <p>2) ผิวหนัง (Skin): Normal skin contour and texture. Warm skin, no Jaundice, petechiae and ecchymosis, on Long leg cast at left leg and Skeletal traction at right leg*.</p> <p>3) ผม (Hair): normal</p> <p>4) เล็บ (nails): no spoon nail and clubbing finger.</p> <p>5) ตา (Eyes): Normal eyes contour, conjunctiva mild pale*, sclera no jaundice and not injected. Normal eyes movement, no ptosis. Pupil 2 mm. both eyes well reaction to light.</p>

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
<p>ตามลำดับ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เฝือกมีความดันในช่องกลัมน้ำสูง ปลายเท้ามีสีด้าคล้ำ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล จึงรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร</p> <p>4) อาหารที่ไม่รับประทาน/ อาหารแสดง ปฏิเสธ</p> <p>5) ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการแก้ไข มีอาการเบื่ออาหาร แก้ไขโดยการพยายามฝืนใจรับประทานเพราะรับรู้ประโยชน์ของอาหารต่อการเจ็บป่วยของตน ซึ่งรับประทานได้ประมาณ ½ ถาด/มื้อ</p> <p>6) ชนิด ปริมาณน้ำดื่ม/วัน ก่อนเจ็บป่วย ดื่มน้ำฝนวันละ 8 – 10 แก้ว ขณะป่วย ดื่มน้ำที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ วันละ 1,000 – 2,000 cc.</p> <p>7) อาการผิดปกติ เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ เบื่ออาหาร และการแก้ไข มีอาการเบื่ออาหาร แก้ไขโดยการฝืนรับประทานอาหารให้เพิ่มขึ้น</p> <p>8) นิสัยการรับประทานอาหารหรือนม เช่น ต้องดูจากหลอดหรือข้ออย่างไร ใช้อุปกรณ์พิเศษอื่นๆ หรือไม่ รับประทานอาหารด้วยข้อตามปกติ</p>	<p>6) ช่องปาก (Mouth and Throat): Mucous membrane pink, no lesion, tonsil and pharynx not injected.</p> <p>7) คอ (Neck): No neck vein engorged. No stiffness of neck.</p> <p>8) ท้อง (Abdomen): Abdominal mild distension*, no ascites, no mass, no lesion, no tenderness, no guarding. liver not palpable, spleen not palpable. Bowel sound normal 7 – 10 /min. CVA not tender.</p> <p>Day 2 : Bowel sound decrease 3 – 5 /m.* Genalized tenderness and rebound tenderness.* Suture wound at mid line post operation for Exploratory laparotomy.*</p> <p>9) ต่อมน้ำเหลือง (Lymph node): Not enlargement at cervical, axillary and inguinal area.</p> <p>10) ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) Not enlarged. Trachea normal not deviated.</p>

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (elimination pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
<p>1) การขับถ่ายปัสสาวะขณะปกติ อาการผิดปกติ และการแก้ไขปกติขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง สีเขียว / เหลืองปกติ ไม่มีมูกเลือดปน ปัสสาวะวันละ 3 – 4 ครั้ง ไม่แสบขัด ขณะมาับการรักษาในโรงพยาบาล หลังผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน</p> <p>2) การขับถ่ายอุจจาระขณะปกติ อาการผิดปกติ และการแก้ไข ขณะมาับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะแรกอยู่ในช่วงผ่าตัดทั้งที่ขาทั้งสองข้างและผ่าตัด</p>	<p>1) อวัยวะสืบพันธุ์ (Genitalia) : Retained foley's catheter, no discharge.</p> <p>2) Colostomy ไม่มี</p> <p>3) รอบทวารหนัก (Anus): No mass or tumor.</p>

การซักประวัติ	การสังเกต / ตรวจร่างกาย
<p>ช่องท้อง มีแผนการรักษาให้ดื่มน้ำและอาหาร และเมื่อลำไส้เริ่มทำงานแพทย์ให้เริ่มอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ เมื่อเริ่มรับประทานอาหารอ่อน ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง</p> <p>3) การฝึกการขับถ่าย ไม่เคยฝึกขับถ่าย</p>	

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต / ตรวจร่างกาย
<p>1) การช่วยเหลือตนเองขณะปกติ ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองได้</p> <p>2) การเล่นกีฬา เล่นกีฬาตามที่โรงเรียนกำหนด ได้แก่ แบดมินตัน วิ่ง บาสเกตบอล แต่ไม่ได้เป็นนักกีฬาของโรงเรียน</p> <p>4) การเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมต่างๆ ขณะป่วย การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ได้รับการดัดดวงน้ำหนักที่กระดูกเชิงส่วนต้น (proximal tibia) ของขาขวา ด้วยน้ำหนัก 5 กิโลกรัม วางขาบนที่วางขา (Bohler braun frame) ขยับข้อเท้าและนิ้วเท้าได้ ไม่มีเท้าตก ขาซ้ายใส่เฝือกขาขวาจากเข่าหนีบถึงโคนนิ้วเท้า ระยะแรกขยับนิ้วเท้าได้ ต่อมาภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ขาซ้ายบวมมาก มีอาการชา ผิวน้ำแข็ง จึงลดการขยับขาซ้าย บริเวณน่องบวม และมีสีคล้ำดำ</p>	<p>1) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle power) grade V</p> <p>2) การเคลื่อนไหว (Movement):</p> <p>Upper extremities : No deformities , no joint pain and swelling. No abnormal movement.</p> <p>Lower extremities : Left leg have long leg cast.</p> <p>Day 2: polar and pallor*. Capillary filling 2 – 3 sec*.</p> <p>3) การใช้มือและนิ้ว No abnormal movement. มีอาการปวดบริเวณขาซ้ายมาก</p> <p>4) ทรวงอกและปอด (Chest & Lung)</p> <p>Chest: Normal chest contour and symmetry, AP – lateral diameter 5:7</p> <p>Lung: Respiration rate 32/min, symmetrical lung expansion. No abnormal breath sound.</p> <p>5) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Heart): Heart rate 90/min regular, no murmur, PMI at ICS 5th MCL, no thrill.</p>

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (sleep – rest pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต / ตรวจร่างกาย
<p>1) ปกติก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน วันละ 6 - 8 ชั่วโมง ไม่เคยนอนกลางวัน กลางคืนนอนเวลา 23.00 น. - 24.00 น. ตื่นประมาณ 06.00 น.</p> <p>2) กิจกรรมที่ช่วยให้หลับ ฟังเพลง MP3</p> <p>3) ปัญหาเกี่ยวกับการนอน เมื่อมารับการรักษาใน</p>	<p>1) ช่วงเวลานอนและพฤติกรรมนอน ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดและบริเวณที่ใส่เฝือก ทำให้นอนหลับๆ ตื่น เป็นช่วงๆ แต่ละช่วงนานประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง และมีร้องครวญครางเมื่อปวด ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อิดโรยเหนื่อยเพลีย</p>

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
โรงพยาบาลผู้ป่วยหลับได้เป็นช่วง ๆ บ่นว่าไม่ชินกับการนอนโรงพยาบาล ปวดบริเวณขาทั้งสองข้างให้คะแนนความปวดด้านซ้าย 8 คะแนน ด้านขวา 7 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน ต่อมาเมื่อภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ให้คะแนนความปวด 9 - 10 คะแนน นอนพักผ่อนไม่ได้ มีอาการอ่อนเพลีย อิดโรย	

แผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (cognitive - perceptual pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
1) ความผิดปกติเกี่ยวกับสายตาและการแก้ไข ปฏิเสธ 2) ความผิดปกติของการได้ยินและการแก้ไข ปฏิเสธ 3) ความเจ็บปวด ปวดบริเวณขาทั้งสองข้างให้คะแนนความปวดด้านซ้าย 8 คะแนน ด้านขวา 7 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน ต่อมาเมื่อภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ให้คะแนนความปวด 9 - 10 คะแนน ระยะหลังจากที่เริ่มมีอาการความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมีอาการขา	1) ปฏิบัติการสะท้อน Biceps & Triceps reflex positive 2+ ทั้งสองข้าง knee jerk ตรวจไม่ได้ 2) การตรวจการมองเห็น มองเห็นปกติ 3) การตรวจหูและการได้ยิน (Ears): No discharge and swelling. Normal shape and symmetry 4) ลักษณะการใช้ภาษา การตอบคำถาม (เด็กวัยเรียนขึ้นไป) ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลาและสถานที่ สามารถตอบคำถามได้ดี

แบบแผนที่ 7 การรับรู้อัตมโนทัศน์ (self - perception self concept pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
1) ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาตนเอง ผู้ป่วยบอกว่าอายมากที่กระดูกหัก ต้องใส่เฝือกและใส่เหล็กน๊อตน้ำหนักไว้ 2) ความรู้สึกต่อความสามารถ ความดีของตนเอง ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอุบัติเหตุ แต่ทำไมต้องเกิดขึ้นกับตนเอง 3) ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของตนทำให้ตนไม่สามารถเป็นเหมือนคนอื่น ๆ ได้ กลัวจะต้องเป็นคนพิการ และคิดหาเหตุผลว่าทำไมจึง	1) พฤติกรรมแสดงความสนใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ยังไม่สามารถที่จะดูแลจัดการกับรูปร่างหน้าตาของตนเอง แต่ให้แม่เป็นผู้จัดการให้ โดยแม่ของผู้ป่วยได้เช็ดตัวและหวีผม ทาแป้งให้กับผู้ป่วย ไม่พบพฤติกรรมที่สนใจเกี่ยวกับหน้าตา แต่พบว่าผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับกระดูกขาที่หัก และการใส่ Traction ไว้เกี่ยวกับระยะเวลาการรักษา และการพยากรณ์ว่าจะเหมือนเดิมได้หรือไม่

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
ต้องเกิดขึ้นกับตน ทั้งที่ตนเองไม่ได้สัมผัสหรือมอเตอร์ไรต์ด้วยตนเอง และผู้สัมผัสซึ่งเป็นเพื่อนก็ไม่ได้เมาสุรา	2) การปิดบังอวัยวะบางส่วน ไม่พบพฤติกรรมกรรมการปกปิดอวัยวะบางส่วนเป็นพิเศษ 3) การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ผู้ป่วยตัดพ้อว่าเหตุใดการเจ็บป่วยครั้งนี้จึงเกิดขึ้นกับตนในขณะนี้ แต่ไม่ได้เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น

แผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (role-relationship pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
1) จำนวนพี่น้อง ผู้ป่วยมีพี่น้อง 2 คน โดยผู้ป่วยเป็นพี่คนโต มีน้องชายอายุห่างกัน 3 ปี 2) สัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยเป็นสมาชิกครอบครัว เป็นบุคคลที่เป็นที่รัก มีสมาชิกครอบครัวอยู่ด้วยกัน 5 คน ได้แก่ คุณยาย พ่อ แม่ ตนเอง และน้องชาย มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้านดี 3) สัมพันธ์ภาพกับพี่น้อง มีสัมพันธ์ภาพกับน้องชายดี 4) สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน (เด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป) มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนดี มีเพื่อนมาเยี่ยมให้กำลังใจสม่ำเสมอ	1) สัมพันธ์ภาพกับคนอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา และมีอาการปวดแผลและบริเวณกระดูกหัก และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการค่าคลื่นบริเวณปลายเท้า จึงยังไม่พร้อมที่จะพูดคุยกับเพื่อนข้างเตียง 2) การพูดได้ตอบของผู้ป่วย ผู้ป่วยสื่อสารกับญาติและบุคลากรที่มรสุมภาพด้วยภาษาไทย ตอบคำถามพยาบาลและบุคลากรในทีมมรสุมภาพได้ 3) การมาเยี่ยมของญาติ มีญาติมาเฝ้าให้กำลังใจใกล้ชิด โดยแม่เป็นผู้เฝ้าและดูแลตลอดระยะเวลาที่อยู๋โรงพยาบาลและมีญาติๆ เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมชั้นรวมทั้งครูที่โรงเรียนมาเยี่ยมสม่ำเสมอทุกวัน

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (sexuality – reproductive pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
1) การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์ 1.1) เพศหญิง มีประจำเดือนครั้งแรกตั้งแต่อายุ 16 ปี ปริมาณปกติ 3 – 4 วัน 2) เพศสัมพันธ์ (เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนว่ามีเพศสัมพันธ์) ยังไม่แต่งงาน ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์	1) พฤติกรรมตามเพศชาย/หญิง (เฉพาะเด็กก่อนวัยเรียนขึ้นไป) 1.1) การแต่งกาย แต่งกายด้วยชุดผู้ป่วยของโรงพยาบาล สะอาด 1.2) การแสดงออกตามเพศ ปกติบทบาทตามเพศได้ตามเหมาะสมกับวัย 2) การตรวจร่างกาย

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
	<p>2.1) เต้านม (Breast): Symmetrical breast size, no mass, no discharge.</p> <p>2.2) อวัยวะเพศ (Genitalia): Retained foley's catheter, no discharge.</p>

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (coping – stress tolerance)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
<p>1) ลักษณะอารมณ์</p> <p>1.1) ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน เป็นคนสนุกสนาน ำเริง ชอบมีเพื่อน</p> <p>1.2) พฤติกรรมเมื่อเกิดความโกรธ ไม่สบายใจ ถูกขัดใจ แสดงออกทางสีหน้า และบอกเพื่อนสนิท หรือแม่ แล้วแต่เรื่องที่ทำให้โกรธ ไม่สบายใจ หรือไม่พอใจ บางครั้งใช้การเขียนบันทึก</p> <p>1.3) การช่วยเหลือของตนเอง/ครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกเหล่านั้น แม่ของผู้ป่วยจะอยู่ใกล้ๆ และคอยปลอบโยน</p> <p>2) สิ่งที่ไม่สบายใจ กังวล กลัวในปัจจุบัน วิตกกังวลกับภาวะของโรคพบว่า "ซาหักแบบนี้จะกลับมาเดินได้ไหม" "อยากไปโรงเรียนเพราะใกล้จะสอบเรียนต่อระดับมหาวิทยาลัยแล้ว" "อายุเพื่อนที่ต้องใส่อุปกรณ์มากมายที่ขา" "ถ้า ผ่าตัดแล้วจะทำให้เดินได้เร็วขึ้นไหม" "ถ้าใส่เฝือกที่ขาโดยไม่ผ่าตัดจะได้ไหม" "จะเอาเครื่องถ่วงน้ำหนักออกได้ตอนไหน"</p> <p>3) บุคคลที่ผู้ป่วยขอคำแนะนำ ปกษาช่วยเหลือ ผู้ป่วยมักจะพูดคุยกับพ่อและแม่ของตน</p> <p>4) สิ่งที่ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นห่วงสุขภาพร่างกาย การเคลื่อนไหวของบุตรสาว อยากให้ทำกิจกรรมได้เหมือนกับวัยรุ่นทั่วไป</p>	<p>1) ลักษณะทั่วไป สีหน้า ท่าทาง ผู้ป่วยหญิงไทย วัยรุ่น รูปร่างสมส่วน อ่อนเพลีย สีหน้าวิตกกังวล นอนอยู่บนเตียง On Long leg cast ที่ขาซ้าย และ On Skeletal traction ที่ขาขวา On 5 % D/N/2 1,000 cc vein drip 120 cc/hr, Retained foley's catheter ไว้</p>

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (value – belief pattern)

การซักประวัติ	การสังเกต /ตรวจร่างกาย
<p>1) สิ่งที่มีค่า มีความสำคัญต่อชีวิตมากที่สุด สิ่งที่มีค่าและสำคัญต่อชีวิตคือ การที่สามารถเดิน ยืน และวิ่งได้ เหมือนคนอื่นๆ อยากมีชีวิตปกติ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ คือ พ่อแม่ และบุคคลในครอบครัว</p> <p>2) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนาเมื่อมีโอกาส เช่น ช่วงเทศกาลสำคัญ สวดมนต์ ก่อนนอนทุกวัน</p>	<p>1) สิ่งที่น่าับถือบูชา ศรัทธาในพุทธศาสนา</p>

การตรวจร่างกาย (ประเมินวันที่ 1 ที่รับไว้ในความดูแล)

General appearance : Thai female patient, age 19 year looking good conscious. Weight by estimate 45 Kgs. High 160 Cms. Vital signs: Temperature 37.5C, pulse rate 90/m, respiration rate 32/m, blood pressure 110/70 mmHg.

Skin and nail : Normal skin contour and texture. Warm skin, no Jaundice and cyanosis, no petechiae, ecchymosis and edema. On long leg cast at Left leg. (Day 2) polar and pallor. * On skeletal traction weight 5 Kgs at right leg*. No spoon nail and clubbing finger.

Head : Normal size and sharp, no mass or tumor , no alopecia

Eyes : Normal eyes contour, conjunctiva mild pale*, sclera no jaundice and not injected. Normal eyes movement, no ptosis.

Ears : no discharge and swelling. Normal sharp and symmetry.

Nose : Normal external configuration, normal sinus area no tenderness, good sensation. Mucous membrane not pale. Day 2: On NG tube with bag.*

Mouth and pharynx : mucouse membrane pink, no lesion, tonsil and pharynx not injected.

Neck : no stiffness of neck, thyroid gland not enlarged, no neck vein engored. Trachea normal not deviated.

Lymph node : not enlargement at cervical, axillary and inguinal area.

Breast : symmetrical breast size, no mass, no discharge.

Chest : normal chest contour and symmetry, AP – lateral diameter 5:7

Lung : respiration rate regular 20 – 24 /m, symmetrical lung expansion, no crepitation and wheezing .

Heart : heart rate 88/ m , no murmur , PMI at ICS 5th midclavicular line, no thrill.

Abdomen : Abdominal mild distension*, no ascites, no mass, no lesion , no tenderness, no guarding, liver not palpable, spleen not palpable. Bowel sound normal 7 – 10 /m.

Day 2 : Bowel sound decrease 3 – 5 /m.* Genalized tenderness and rebound tenderness.* Suture wound at mid line post operation for Exploratory laparotomy.*

Anus : not done

Genitalia : Retained foley's catheter.*

Musculoskeletal :

: Upper extremities : muscle power grade V . no deformities , no joint pain and swelling.

No abnormal movement,

: Lower extremities :

- On long leg cast Left leg with polar and pallor*.

- On skeletal traction weight 5 Kgs at right leg*.

Neurological : Alert , well oriented and co-operation, capillary refill 2 – 3 sec at left leg.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood chemistry (วันที่ 1)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
BUN	5 – 20 mg %	9 mg %	ปกติ
Cr	0.5 – 2 mg %	0.4 mg %	ปกติ

Urine analysis (วันที่ 1)

ชนิดการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
Color	Yellow/Amber	Yellow	ปกติ
Apperance	Clear	Clear	ปกติ
Reaction (pH)	5 - 8	5	ปกติ
Specific gravity	1.003 - 1.030	1.010	ปกติ
Protein	negative	negative	ปกติ
Blood	negative	+++250 cell / HPF	อาจมีการบาดเจ็บในระบบทางเดินปัสสาวะจากการได้รับการกระทบกระเทือนขณะได้รับอุบัติเหตุ
ketone	negative	negative	ปกติ
Glucose	negative	negative	ปกติ
RBC	0 - 4 cell / HPF	30 - 50 cell / HPF	อาจมีการบาดเจ็บในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากอุบัติเหตุ
WBC	0 - 4 cell / HPF	3-5 cell/HPF	เริ่มมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
Squamous epithelial cell	negative	negative	ปกติ

Complete blood count (วันที่ 1)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
Hct	35 - 50 %	33.8 %	มีภาวะซีดเล็กน้อยเนื่องจากมีการสูญเสียเลือดบริเวณที่มีกระดูกหัก
Hb	11 - 16.5 gm%	11 gm%	
WBC	3,500 - 10,000 cumm	22,200 cumm	มีการติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
RBC	380,000 - 580,000 cumm	399,000 cumm	ปกติ
PMN	43.6 - 76 %	76.8 %	มีการติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Lym	17 - 48 %	18 %	ปกติ
Mono	4 - 10 %	3.3 %	ปกติ
Eosi	1 - 4 %	0 %	ปกติ
Plt	150,000 - 390,000 %	272,000 %	ปกติ

Blood Chemistry (วันที่ 7)

การตรวจ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Sodium	136	136-146 mmol/l	ปกติ
Potassium	3.98	3.5-5.0 mmol/l	ปกติ
Chloride	103	98-106 mmol/l	ปกติ
TCO ₂	24	22-29 mmol/l	ปกติ

การรักษาที่ได้รับ

ว.ด.ป.	Order for one day	Order for continuation
(วันที่ 1)	<ul style="list-style-type: none"> - Film Lt & Rt femur AP-lateral - CxR - 5 % D/N/2 1,000 ml v 120 ml/hr - Set OR for ORIF - PRC 1 U in 4 hr - Hct stat 	
(วันที่ 2)	<ul style="list-style-type: none"> - Routine PO care for EF - Pethidine 25 mg v q 6 hr - 5 % D/N/2 1,000 ml v 120 ml/hr Set OR for Explor lap - NPO - งด PRC 6 U - NG tube - Cath Post Op for Explor c repair serosa - NPO - IV rate เดิม - 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentin 1.2 mg v q 8 hr

ว.ค.ป.	Order for one day	Order for continuation
(วันที่ 3)	<ul style="list-style-type: none"> - Set OR for ORIF - Pethidine 25 mg v q 6 hr - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr 	<ul style="list-style-type: none"> - Cefazolin 1 v q 6 hr - Genta 240 mg v OD - Ranidine 50 mg v q 12 hr
	<ul style="list-style-type: none"> - จอง PRC 3 U ไป OR - Hct q 6 hr - If < 30 % ให้ PRC 1 U - < 25% ให้ PRC 2 U - Cloxa 1 gm v ไป OR 	
(วันที่ 4)	<ul style="list-style-type: none"> - ARI 1000 ml v 80 ml/hr - Tramal 1 amp IM pm - Hct q 12 hr - If < 30 % ให้ PRC 1 U - < 25% ให้ PRC 2 U - ยกขาสูงทั้ง 2 ข้าง - ตัดแผลขาซ้ายให้เป็น slab 	<ul style="list-style-type: none"> - NPO - Obs V/S - Dressing Bid - Genta 240 mg v OD - Ranidine 50 mg v q 12 hr - Cloxa 1 gm v q 6 hr
(วันที่ 6)	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr - Voltaren 1 amp IM OD - Hct q 12 hr - If < 30 % ให้ PRC 1 U - BUN , Cr , E, lye - Tramal 1 amp IM pm - Dressing Bid 	

ว.ค.ป.	Order for one day	Order for continuation
3 มี.ค. 48	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr - Hct q 12 hr - If < 30 % ให้ PRC 1 U - Tramal 1 amp IM pm 	<ul style="list-style-type: none"> - Dressing OD
4 มี.ค. 48	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr - Tramal 1 amp v pm 	
5 มี.ค. 48	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr - Tramal 1 amp IM pm 	<ul style="list-style-type: none"> - Regular diet - Paracetamol 2 tabs ☉ pm
6 มี.ค. 48	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr - Tramal 1 amp IM pm 	
7 มี.ค. 48	<ul style="list-style-type: none"> - Set OR for fasciotomy - NPO - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr - Tramal 1 amp IM pm 	<ul style="list-style-type: none"> - Dressing OD - Regular diet - Paracetamol 2 tabs ☉ pm
9 มี.ค. 48	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % D/N/2 1,000 ml v 80 ml/hr - Tramal 1 amp IM pm - ญาติต้องการ Refer ไป รพ. 	

คำอธิบายการรักษา

Ranitidine

ลดการหลั่งกรดในกระเพาะ ไม่ทำให้เกิด acid rebound ไม่มีผลต่อ gastric emptying ไม่มีผลต่อการหลั่ง intrinsic factor ไม่มีผลต่อความดันเลือดหรือลดอาหารส่วนปลาย และไม่มีผลต่อการทำลายตับอ่อน

ฤทธิ์ของยา ใช้รักษา

1. แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum ulcer) ใช้ได้ผลดีใน ระยะเฉียบพลัน
2. แผลในกระเพาะอาหาร
3. Stress ulcer
4. หลอดอาหารอักเสบ
5. ตับอ่อนทำงานผิดปกติ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของเอนไซม์ ที่สร้างจากตับอ่อนที่รับประทานโดยการลดการหลั่งกรดในกระเพาะซึ่งเป็นตัวทำลายเอนไซม์

ฤทธิ์ข้างเคียง

การทำงานของตับผิดปกติ อาการของประสาทผิดปกติ กดการทำงานของไขกระดูก เต้านมโตขึ้น ความรู้สึกทางเพศลดลง creatinin สูง ท้องเสีย ท้องผูก อ่อนเพลีย ง่วงนอน ปวดศีรษะ ไตล้มเหลว ยาถูกขับออกทางปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง

Pethedine

ฤทธิ์ของยา

ใช้ระงับอาการปวดที่รุนแรงเหมือน morphin ออกฤทธิ์สูงสุดใน 30-50 นาที ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 2-4 ชั่วโมง สั้นกว่า morphine ใช้ระงับปวด มีผลกดการหายใจน้อยกว่า morphine

ฤทธิ์ข้างเคียง

จะไปกดการหายใจและกดระบบการไหลเวียน ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ซึมมีนงง ง่วงหลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง มีการหดตัวของหลอดดงน้ำดี

Tramal

ฤทธิ์ของยา

ใช้บรรเทาอาการปวด ปานกลางจนถึงรุนแรง ชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ห้ามใช้ในรายที่เป็นพิษเฉียบพลันเนื่องจากแอลกอฮอล์ ยานอนหลับ ยาระงับปวดหรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

ฤทธิ์ข้างเคียง

เหงื่อออกมาก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง อ่อนแรง ผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด พบได้น้อยมาก เช่น อาการใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ อาจเพิ่มฤทธิ์กดประสาท เมื่อใช้ร่วมกับยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ

ประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท แอลกอฮอล์ มีผลต่อการระงับความเจ็บปวด เมื่อใช้ร่วมกับยา
กล่อมประสาท

Voltaren

ฤทธิ์ของยา

มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและลดไข้ ระงับปวดได้ดี

ฤทธิ์ข้างเคียง

ระคายเคืองกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ ง่วงซึม มีผื่นขึ้นเมื่อแพ้ยา ไม่ควรใช้ใน
ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต หรือเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ไม่ควรใช้ในเด็กต่ำกว่า 6 ปี

Cefazolin

ฤทธิ์ของยา

มีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกเป็นหลัก เชื้อ staphylococcus เชื้อ streptococcus sp. ยากลุ่มนี้มี
ฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียแกรมลบคล้ายกับ ampicillin มีผลฆ่าเชื้อ E.Coli และ Proteus Mirabilis ได้ดีพอกับ Ampicillin
และยังใช้รักษาโรคที่เกิดจาก Klebsiella ได้ดี

ฤทธิ์ข้างเคียง

อาจทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน คันตามผิวหนังและระคายเคืองบริเวณที่ฉีดยา

Augmentin

ฤทธิ์ของยา

เป็นยาปฏิชีวนะกึ่งสังเคราะห์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้อย่างกว้างขวาง โดยไปทำลายผนังเซลล์ของแบคทีเรีย การ
ให้ยานี้อย่างเดียวไม่สามารถทำลาย enzyme beta lactamase หรือแบคทีเรียบางชนิดที่สร้าง enzyme มายับยั้งการ
ออกฤทธิ์ของ penicillin ได้จึงต้องให้ยาร่วมกับ Clavulanate จึงได้ผลดี ยาออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อได้ทั้งพวก gram positive
bacteria และ gram negative รวมทั้งพวก streptococci , pneumococci , shigella , salmonella , Neisseria
gonorrhoea ยาดูดซึมได้ดีทางลำไส้ส่วน duodenum 75 – 90 % และกระจายผ่านเนื้อเยื่อและของเหลวทั่วร่างกาย แต่
จะผ่านน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (CSF) ได้ในขณะที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง การกำจัดออกทางปัสสาวะใน
รูปเดิม 70 % ทางตับ 30 % ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดใน 1 – 2 ชั่วโมงหลังรับประทาน

ฤทธิ์ข้างเคียง

ระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ทำลายเม็ดเลือดเกิด leucopenia และ
agranulocytosis

Gentamycin**ฤทธิ์ของยา**

เป็นยาปฏิชีวนะครอบคลุมจักรวาลกลุ่ม aminoglycoside ออกฤทธิ์ต่อ ribosome ของแบคทีเรีย โดยยับยั้งการสร้างโปรตีนของแบคทีเรียให้ได้ผลในการรักษาโรคติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียแกรมลบทั้งหมด และมีผลต่อ straphylococci ที่สร้าง penicillinase ได้อีกด้วย มีฤทธิ์เป็น neuromuscular blocking มักใช้ร่วมกับยาอื่นๆ เพื่อสร้างฤทธิ์ในการรักษาให้สูงขึ้นในรายที่เป็นรุนแรง

ฤทธิ์ข้างเคียง

ระบบประสาท จะมีอาการปวดศีรษะ สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สั่น กัดการหายใจ การได้ยินผิดปกติ เส้นประสาทตาอักเสบ

ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีน้ำลายมาก

ระบบเลือด อาจพบภาวะ agranulocytosis , thrombocytopenia ได้

ระบบไต มีพิษต่อไต ทำให้มีโปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะเป็นเลือด

การวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่อาจพบได้ มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและมีการหักของกระดูก
2. ไม่สุขสบาย ปวดเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทร่วมกับมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีทางเปิดของผิวหนังบริเวณหน้าท้องและบริเวณขาที่ใส่วัสดุยึดตรึงไว้ภายในและการดื่มน้ำหนักทางกระดูก
4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่วัสดุเข้าตามกระดูกภายในและการดื่มน้ำหนักเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
5. ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปลายเท้าชาดำ คล้ำสัมพันธ์กับภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ และมีการหักของกระดูก

ข้อมูลสนับสนุน

S : "เหนื่อย เพลีย"

O : - ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ขาบวมผิดปกติ ผลการวินิจฉัยของแพทย์พบว่ามีการฉีกขาดของขาหักทั้งสองข้าง และมีการขาดเลือดในช่องท้อง

- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 4 ครั้ง โดยทำ ORIF 2 ครั้ง ทำ Explor lap 1 ครั้งและทำ fasciotomy 1 ครั้ง
- Hct แรกรับ 27 % ขณะอยู่ในโรงพยาบาล Hct อยู่ในช่วง 29 - 34 %

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลไม่มีเลือดซึมหรือมีเลือดซึมจำนวนเล็กน้อย
2. สัญญาณชีพปกติ ชีพจรอยู่ในช่วง 72 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 mmHg
3. จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมงมากกว่า 30 ซีซี
4. Capillary refill time ไม่นานกว่า 1 - 2 วินาที
5. ไม่มีอาการของการช็อก ได้แก่ อาการสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง การไหลเวียนเลือดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบที่สัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 1 - 2 ชั่วโมง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติรีบรายงานแพทย์
2. ตรวจสอบการซึมของเลือดจากผ้าปิดแผลผ่าตัด และลักษณะเลือดที่ซึมออกมา รวมทั้งปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบาย หากมี active bleed คือ มากกว่า ร้อยละ 30 ของเลือดในร่างกาย หรือประมาณ 1.5 - 2 ลิตรในผู้ใหญ่รีบรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อไป
3. การประเมิน neurovascular status โดยหลัก 6 P (Pain, Pallor, Polar, Paralysis, Paresthesia, Pluselessness) และการทดสอบ blanching test (capillary refill) ทุก 4 ชั่วโมง
4. กรณีมีภาวะช็อก ขณะรอแพทย์ ควรให้การพยาบาล ดังนี้
 - 4.1 จัดท่านอนให้นอนหงายราบศีรษะต่ำ ยกเท้าสูง 20 - 30 องศา ขาเหยียดตรง ห่มผ้าให้อบอุ่นเพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น

- 4.2 ทำการห้ามเลือดบริเวณที่มีเลือดออก โดยใช้ pressure dressing และบันทึกปริมาณเลือดที่ออก
- 4.3 บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 – 30 นาที
- 4.4 จองเลือดและให้เลือดชดเชย
- 4.5 ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำเพื่อพุงปริมาณน้ำในร่างกาย
- 4.6 ให้ออกซิเจนเพื่อช่วยการหายใจ
- 4.7 สอนคาสายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินผล

หลังผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับปกติ ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการสับสน สัญญาณชีพปกติ หายใจ 18 – 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 72 – 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg สิ่งคัดหลั่งทางท่อระบายไหลสะดวก 50 – 100 มิลลิลิตรในระยะ 2 – 3 วันแรก และออกน้อยลงตามลำดับ

2. ไม่สุขสบาย ปวดเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทร่วมกับมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ปวดแผลมาก” “กลางคืนนอนไม่ได้เลย ปวดแผลมาก มีทั้งแผลที่ขาและที่ท้อง แล้วยังแผลดลอกตามตัวอีก” “ปวดให้ 10 คะแนนเลย” (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

- O : - แสดงสีหน้าบ่น ขณะเคลื่อนไหวอริยาบถ
- ทำทางอิดโรย อ่อนเพลีย จากการพักผ่อนไม่เพียงพอ
 - มีแผลผ่าตัดที่ขาทั้ง 2 ข้าง แผลผ่าตัดช่องท้อง และแผลดลอกตามตัว
 - มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มที่ขาซ้าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ได้รับความสุขสบายมากขึ้น อาการปวดลดลง
2. เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. แสดงสีหน้าสดชื่น ไม่บ่นปวดแผล
2. นอนหลับพักผ่อน
3. ไม่ขอยาแก้ปวดหรือปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลดลง
4. ทำ blanching test ได้ผล positive ภายใน 1- 2 วินาที
5. ไม่มีภาวะซีด เขียวของอวัยวะส่วนปลาย

6. สามารถประเมินชีพจรของอวัยวะส่วนปลายได้
7. คะแนนความปวดลดลงอย่างน้อย 1 – 2 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดแผลโดยการสอบถามหรือใช้ Visual analog scale
2. จัดให้ออนพักนอนบนเตียง
3. ดูแลอาการปวดแผลและปวดจากภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ดังนี้
 - 3.1 ตรวจสอบการพัน Elastic bandage ที่แผลผ้าตัดว่าแน่นหรือหลวม โดยสอบถามจากผู้ป่วยและใช้นิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าตรงรอยพันทบของ Elastic bandage ว่าพอประมาณนิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าได้ ถ้าสอดไม่ได้แสดงว่าแน่นเกินไป
 - 3.2 ประเมินชีพจรของแขนหรือขาโดยการตรวจจับชีพจร
 - 3.3 ตรวจสอบประเมินเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายโดยทำ blanching test (capillary refill) และประเมิน neurovascular status โดยใช้หลัก 6Ps ทุก 4 ชั่วโมง
 - 3.4 ยกบริเวณอวัยวะที่เป็นแขนหรือขาที่ได้รับการทำผ้าตัดให้สูงเพื่อส่งเสริม Venous return
 - 3.5 หลีกเลี่ยงการงอบริเวณข้อหักตะโพก และขา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น
4. ดูแลอาการปวดแผลบริเวณช่องท้อง ดังนี้
 - 4.1 ตรวจสอบประเมินบริเวณบาดแผลว่ามีลักษณะของการอักเสบติดเชื้อที่ผิดปกติหรือไม่
 - 4.2 หากมีสิ่งคัดหลั่งซึมเปื้อน พิจารณาเปิดทำแผล
5. แนะนำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือ ฟังเพลง พุดคุยหรือให้เล่นเกม เป็นต้น
6. ถ้าปวดมากจัดให้ได้รับยาแก้ปวดคือ pethidine หรือ tramal ตามแผนการรักษา

ประเมินผล

อาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องลดลงตามลำดับ คะแนนความปวดบริเวณขาลดลงเมื่อได้รับยาแก้ปวดฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยขณะได้รับยาให้คะแนน 6 /10 คะแนน เมื่อยาหมดฤทธิ์ ให้คะแนนความปวด 8/10 คะแนน นอกจากนี้ได้ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดโดยให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ชอบ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มอาการปวดจึงลดลงเพียงเล็กน้อย แพทย์ได้ตัดเมือกให้ผู้ป่วย และได้ทำ Fasciotomy ให้ หลังผ่าตัด อาการปวดดีขึ้น ให้คะแนนความปวดที่ 6 - 7/10 คะแนน และบริเวณปลายเท้าเริ่มมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ผิวหนังอุ่นขึ้นเล็กน้อย แต่ยังมีสีคล้ำ

3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีทางเปิดของผิวหนังบริเวณหน้าท้องและบริเวณขาที่ใส่วัสดุยึดตรึงไว้ภายในและการดึงด่างน้ำหนักทางกระดูก

ข้อมูลสนับสนุน

- : มีแผลที่เป็นทางเปิดของผิวหนัง ดังนี้
 - แผลผ่าตัดหน้าท้อง แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม
 - แผลผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายในที่ขาซ้าย หลังตัดเมือกเป็น slab เปิดแผลมี discharge ซึมชุ่มผ้าก๊อช สีแดงจากปนเหลือง กลิ่นไม่ฉุน
 - รอยแผลจากการดึงด่างน้ำหนักทางกระดูกที่ขาขวา ไม่มี discharge ซึม
 - ผล CBC ค่า WBC 22,200 cumm และ PMN 76.8 % (วันที่ 1 ของการรักษา)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลแห้ง ไม่มี discharge ซึมหรือ ลักษณะ discharge ไม่มีสีเหลืองปนเขียว กลิ่นฉุน
2. แผลไม่มีลักษณะบวมแดง ร้อนผิดปกติ
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิ ไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบาดแผลเกี่ยวกับลักษณะการบวม แดงรอบๆ แผล และสังเกต discharge ที่ซึมจากแผลผ่าตัด
2. ทำแผลผ่าตัดโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ
3. ดูแลท่อระบายที่ขาให้ระบายสารเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ สายไม่หัก หับ งอ ป้องกันการคั่งค้างเพื่อเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคได้
4. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียสแสดงถึงการติดเชื้อ
5. รักษาความสะอาดร่างกาย เช็ดตัวให้สะอาด ดูแลความสะอาดปากฟัน เลื้อผ้า และ สิ่งแวดล้อม
6. แนะนำเรื่องการไม่แกะเกาแผล ไม่ให้น้ำโดนแผล ถ้าน้ำโดนแผลต้องรีบซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาด และรีบไปรับการทำความสะอาดพยาบาล
7. ดูแลการได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัด และการหายของแผล เช่น การได้รับอาหารโปรตีน ไข่ นม เนื้อ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก เพื่อช่วยในการติดของกระดูกที่หักและการหายของแผล รวมทั้งน้ำดื่ม อย่างน้อย 2,500 – 3,000 ซีซี / วัน
8. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Augmentin และ Cefazolin หรือ Cloxacillin ตามแผนการรักษา

ประเมินผล

แผลที่บริเวณหน้าท้องและบริเวณขาที่ยึดตรึงกระดูกไว้ภายในและบริเวณใส่เหล็กดัดดงน้ำหนัก ไม่มีการติดเชื้อ ลักษณะ discharge ปกติ ไม่มีสีเขียวปนเหลือง สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้

4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่วัสดุเข้าตามกระดูกภายในและการดัดดงน้ำหนักเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: “ปวดแผลที่ขามาก” “ที่ขามีเหล็กแล้วจะต้องทำอย่างไรบ้างคะ” “ถ้าผ่าตัดแล้วจะทำให้เดินได้เร็วขึ้นไหม” “ถ้าใส่เฝือกที่ขาโดยไม่ผ่าตัดจะได้ไหม” “จะเอาเครื่องดงน้ำหนักออกได้ตอนไหน”

O: - ผู้ป่วยได้รับการทำ ORIF เพื่อจัดกระดูกและยึดตรึงกระดูกไว้ภายในที่ขาซ้ายและดัดดงน้ำหนักที่ขาขวา
- สอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีการยึดตรึงผู้ป่วยตอบไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่วัสดุเข้าตามกระดูกภายในและการดัดดงน้ำหนัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดแผลกดทับ
2. ไม่เกิดการผิดรูปของแนวกระดูก
3. ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณบาดแผล
4. ไม่เกิดปอดบวมจากการนอนนาน
5. ไม่เกิดข้อติด กล้ามเนื้อลีบ
6. ไม่เกิดภาวะท้องผูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ได้แก่
 - 1.1 ประเมินการทำหน้าที่ของผิวหนังบริเวณที่มีการลงน้ำหนักโดยเฉพาะบริเวณก้นกบ ส้นเท้า เป็นต้น
 - 1.2 แนะนำวิธีการนวดบริเวณปุ่มกระดูกเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดในร่างกายน
2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการการผิดรูปของแนวกระดูก ได้แก่
 - 2.1 ประเมินรูปร่างของอวัยวะที่ถูกดัดด้วยโลหะภายในว่า อยู่ในแนวปกติ ไม่มีการโค้งงอ หรือการบิดพลิก ไม่มีการผิดรูป ไม่มีเสียงผิดปกติภายในอวัยวะขณะเคลื่อนไหว ไม่มีความเจ็บปวดและบริเวณผ่าตัดไม่มีอาการบวม
 - 2.2 ดูแลให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหว อวัยวะที่ถูกดัดด้วยโลหะอย่างถูกต้อง โดยให้นอนพักบนเตียงไม่ใช้งานอวัยวะนั้น

- 2.3 จัดทำนอนให้ขาซ้ายที่ถูกตามกระดูกไว้ภายในให้อยู่ในแนวที่ถูกต้อง โดยใช้หมอนหรือหมอนทรายช่วยพยุงไว้และขาขวาที่ใส่เครื่องถ่วงดึงแนวของขาอยู่ในแนวเดียวกับแนวแรง
 - 2.4 ช่วยพยุงอวัยวะที่ถูกตามไว้ขณะทำการเคลื่อนไหว และเคลื่อนไหวช้าๆ ไม่รีบเร่ง ระวังระมัดระวังการกระทบกระแทกหรือการห้อยลงของแขนหรือขาซึ่งจะทำให้เกิดการถ่วงหรือการดึงรั้งของอวัยวะ
 - 2.5 แนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งต่างซึ่งจะมีผลให้เกิดการเลื่อนหลุดหรือการหักของโลหะที่ใช้ตามไว้ภายใน เช่น การเตะฟุตบอล การเตะตระกร้อ การขี่จักรยานยนต์ การนั่งยองๆ การใช้ส้อมเข็ม เป็นต้น
3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณบาดแผล ได้แก่
 - 3.1 ประเมินลักษณะบาดแผล
 - 3.2 ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ
 4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดบวม ได้แก่
 - 4.1 ประเมินการทำหน้าที่ของปอดโดยฟังเสียงปอดเวลาละ 1 ครั้ง
 - 4.2 แนะนำวิธีการบริหารการหายใจลึก โดยใช้วิธีการสาธิตและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ
 - 4.3 จัดให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยให้หายใจได้สะดวก
 5. การพยาบาลเพื่อป้องกันข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ได้แก่
 - 5.1 แนะนำเรื่องการออกกำลังกายโดยการทำ Isometrix exercise โดยการทำให้ Quadriceps exercise ของขาทั้งสองข้าง และการออกกำลังกายแบบ Isotonic exercise ของข้อที่สามารถทำได้เพื่อช่วยยืดโยกล้ามเนื้อและช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง โดยใช้วิธีการสาธิตและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ
 - 5.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่ม ambulate ได้ แนะนำวิธีการเดินที่ถูกต้องเริ่มจาก 4 – point gait
 6. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก ได้แก่
 - 6.1 ประเมินการทำงานของลำไส้โดยฟัง bowel sound เวลาละ 1 ครั้ง
 - 6.2 พลิกตะแคงตัว เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร
 - 6.3 เมื่อแพทย์ให้รับประทานอาหารได้แนะนำเรื่องการรับประทานผักและผลไม้
 - 6.4 หากมีท้องผูกรายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับยาระบาย

ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวด้วยตนเองได้ สามารถนวดนวดนวดกระดูกบริเวณกระเบนเหน็บได้จึงไม่เกิดแผลกดทับ ได้รับการดูแลวางขาซ้ายบนหมอนรองและขาบน Bohler – Braun frame ไม่พบผิวดรูปของแนวกระดูก ไม่มีการติดเชื้อบริเวณบาดแผล ฟังเสียงปอดปกติไม่พบภาวะปอดบวมจากการนอนนาน กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด รวมทั้งอาการท้องผูก

แผนการจำหน่ายส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ยึดหลัก D - METHOD ดังนี้

D : Disease อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

กระดูกขาหัก หมายถึง การมีการแตกแยกของชิ้นกระดูกขาออกจากกันโดยอาจจะแยกของชิ้นกระดูกออกจากกันโดยอาจจะแยกจากกันของชิ้นกระดูกโดยสิ้นเชิง (Complete fracture) หรือการหักที่ยังมีบางส่วนกระดูกติดกันอยู่ (Incomplete fracture) การที่กระดูกหักอาจส่งผลให้เนื้อเยื่อที่อยู่รอบกระดูกที่หักได้รับอันตรายได้ เช่น มีการฉีกขาดของเอ็น (tendon) เอ็นยึด (ligament) เส้นเลือดและเส้นประสาท หรืออาจทำอันตรายต่ออวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณที่มีกระดูกหักได้ เช่น กระดูกซี่โครงหักทิ่มเนื้อปอด

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะความดันในช่องที่อยู่ของมัดกล้ามเนื้อเพิ่มสูงขึ้นจนถึงขั้นทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนประกอบที่ทอดผ่านหรืออยู่ในช่องกล้ามเนื้อนั้น จนเกิดความเสียหายขึ้น

มีสาเหตุหลายอย่างที่ทำให้ความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ได้แก่ สภาพที่ช่องกล้ามเนื้อมีขนาดลดลงและไม่ยืดหยุ่น เช่น การเข้าเฝือกรัดแน่น ขณะที่เนื้อเยื่อเกิดการบวมจากการบาดเจ็บ หรืออาจเกิดจากการเพิ่มปริมาตรภายในช่องกล้ามเนื้อจากการตกเลือด หรือการเพิ่มการซึมรั่วของผนังหลอดเลือดฝอย เป็นต้น

การรักษาความดันเพิ่มในช่องกล้ามเนื้อ คือการลดความดัน (decompression) ในช่องกล้ามเนื้อ ต้องรีบดำเนินการตั้งแต่เริ่มมีอาการ ถ้าช้าเกินไปจะทำให้เนื้อเยื่อเสียหายถาวรได้

M : Medication

1. อธิบายเกี่ยวกับการรักษาทางยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ Gentamicin, Ranidine และ Cloxacillin รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา
2. เน้นให้ทราบว่าต้องรับการฉีดยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาระดับยาในกระแสเลือดซึ่งจะช่วยป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

E : Environment

การดูแลสภาพโดยทั่วไป ผู้ป่วยและญาติควรมีข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี การดูแลขณะที่ผู้ป่วยต้องจำกัดการเคลื่อนไหว กิจกรรมที่ต้องทำบนเตียง เช่น การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเครื่องถ่วงดึงให้มีประสิทธิภาพตามหลักการของ การดึงถ่วง

T : Treatment

การรักษาหลักที่ผู้ป่วยได้รับ คือ การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายในที่ขาซ้ายและการใส่เฝือกพวงไว้เนื่องจากมีกระดูกขาหักทั้ง 2 ข้าง การใช้เครื่องถ่วงดึงที่ขาขวาเนื่องจากกระดูกต้นขาหักแบบเกลียวกัน รวมถึงการรักษาทางยา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา คือ ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม ซึ่งแพทย์ได้ทำการรักษาแก้ไขให้ แต่อาการดีขึ้น

5. ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากปลายเท้าชาดำ คล้ำสัมพันธ์กับภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม

ข้อมูลสนับสนุน

S: "อายเพื่อนที่ขาดำ เหมือนขาไหม"

O: - สังเกตผู้ป่วยชอบนอนเอาผ้าเช็ดตัวปิดหน้า เอาผ้าห่มคลุมบริเวณปลายเท้าซ้าย สีหน้าเหม่อลอย น้ำตาลคลอเข้าเมื่อพยาบาลพูดคุย ประเมินความรู้สึกบริเวณปลายเท้า
- ปลายเท้าคล้ำ ดำ จากมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความรู้สึกสบายใจ ลดความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น
2. ยอมรับแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัยด้วยความเต็มใจ สม่่าเสมอและต่อเนื่อง และเคารพสิทธิของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความตั้งใจที่จะช่วยเหลือของพยาบาล
2. ตรวจสอบอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย
3. แสดงการยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก
4. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลย้อนกลับที่ดีเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกสามารถควบคุมสถานการณ์ให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคของการสัมผัส การอยู่เป็นเพื่อน การใช้ความสงบนิ่ง บอกความก้าวหน้าของการรักษาและชี้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงอาการที่ดีขึ้น เช่น ปัสสาวะ อุจจาระเป็นปกติ
5. ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกกิจกรรมที่ชอบ เช่น ให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลง ฟังวิทยุสารคดีต่างๆ เทปธรรมะ หรืออื่นๆ ที่ผู้ป่วยชอบ
6. ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนช่วยให้กำลังใจให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ประเมินผล เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะช็อคและไม่เชื่อ (Shock and disbelief) แสดงพฤติกรรมปฏิเสธต่อภาพลักษณ์ที่สูญเสียไป ยังไม่ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดและต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ปัญหาจึงยังคงอยู่และต้องส่งต่อให้กับสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป

เพียงเล็กน้อย ปลายขาด้านซ้ายยังคงเย็น การไหลเวียนเลือดไม่ดี ผิวหนังคล้ำ ดำ แพทย์ลงความเห็นว่าควรได้รับการผ่าตัดขาระดับเหนือเข่าต่อไป เพราะหากปล่อยไว้อาจทำให้เกิดแผลติดเชื้อในร่างกายและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

H : Health

การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่

1. นอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ กลางคืน 6-8 ชั่วโมง
2. ออกกำลังกายบนเตียงเพื่อป้องกันข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และแผลกดทับ
3. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส
4. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อ นม ไข่
5. รักษาความสะอาดของร่างกาย
6. ทางด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา
7. การสอนการหายใจ แนะนำให้ห่อปาก แบบผิวปากและหายใจทางปากโดยจัดให้ช่วงหายใจออกนานกว่าช่วงหายใจเข้าในอัตราส่วน 1:2 ถึง 1:3 จะช่วยป้องกันภาวะปอดบวมจากการนอนนานได้

O : OPD follow up

การมาพบแพทย์ตามนัด ถ้ามีปัญหามีอาการผิดปกติสามารถมาพบแพทย์ได้ก่อนวันนัด เพื่อให้แพทย์ทราบถึงความคืบหน้าในการรักษาว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น หรือเลวลงอย่างไรเพื่อจะได้ติดตามผลการรักษา

D : Diet

ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน แคลเซียมเพื่อช่วยส่งเสริมการหายของเนื้อเยื่อและการเจริญของกระดูกที่หัก งดของหมักดองและสารเสพติดทุกชนิด

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส โสด การศึกษา อยู่ระหว่างศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มาด้วยอาการสำคัญ คือ ขาทั้งสองบวม งอผิดรูป สลับก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง มีประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน คือ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ซ้อนมอเตอร์ไซด์ชนกับรถยนต์ สลับ ไม่ทราบนานเท่าไร ขาทั้งสองข้างบวม งอผิดรูป มีแผลที่หน้าผาก มีคนพบเห็นเหตุการณ์จึงนำส่งโรงพยาบาล

ได้รับการวินิจฉัยโรค : Closed fracture Right and Left femur with Left tibia and fibular with tear serosa of small bowel

ขณะเจ็บป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและมีการหักของกระดูก
2. ไม่สุขสบาย ปวดเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทร่วมกับมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีทางเปิดของผิวหนังบริเวณหน้าท้องและบริเวณขาที่ใส่วัสดุยึดตรึงไว้ภายในและการดึงถ่วงน้ำหนักทางกระดูก
4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่วัสดุเข้าตามกระดูกภายในและการดึงถ่วงน้ำหนักเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
5. ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง เนื่องจากปลายเท้าชาดำ คล้ำสัมพันธ์กับภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม

หลังได้รับการรักษาพยาบาลอาการในระบบทางเดินอาหารดีขึ้นตามลำดับแต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่เฝือกแบบเฉียบพลันซึ่งกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย และได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการแห่งใหม่เพื่อรับการรักษาที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจที่สำคัญเป็นผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มระหว่างใส่เฝือกตามกระดูกขาซ้ายที่หัก แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขโดยการตัดเฝือก และการทำผ่าตัด fasciotomy แต่อาการยังไม่ดีขึ้นเนื่องจากบริเวณปลายเท้าขาดเลือดไปเลี้ยง ผิวหนังแห้งและมีสีคล้ำดำ แพทย์จึงวางแผนที่จะตัดขาของผู้ป่วย เหตุการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดทั้งต่อผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมากและผู้ป่วยยังไม่ยินยอมรับการตัดขาตามแผนการรักษาและต้องการให้แพทย์ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

จากกรณีศึกษารายนี้จะเห็นว่า ปัญหาเรื่องการติดอวัยวะในร่างกายนับเป็นปัญหาที่สำคัญมาก ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมด้านจิตใจอย่างดีเพื่อให้เกิดความพร้อมในการรับการรักษา และผู้ป่วยรายนี้ยังอยู่ในวัยรุ่นเพศหญิงซึ่งเป็นวัยที่สนใจเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตาของตนเองเป็นพิเศษ ดังนั้นจะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ประกอบกับวัยรุ่นจะมีลักษณะอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย หงุดหงิดง่าย อุนเฉียว เอาแต่ใจตนเองและต้องการความเป็นอิสระ ดังนั้นเมื่อต้องรับการรักษาโดยตัดอวัยวะ และการรักษาที่ทำให้ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจึงนับเป็นสิ่งที่กระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมสำหรับผู้ป่วย

การพยาบาลที่สำคัญระยะนี้ พยาบาลควรช่วยให้ผ่านพ้นไปโดยเร็วเพื่อป้องกันปัญหาด้านจิตใจที่จะเกิดตามมาอีกหลายประการ เช่น ภาวะซึมเศร้า ห้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต กิจกรรมการพยาบาลลำดับแรกคือการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยด้วยความจริงใจ แสดงถึงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ ใช้เทคนิคการสบตา การฟัง การสัมผัสและการอยู่เป็นเพื่อน ทักทายและให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อให้สามารถยอมรับสภาพที่เป็นจริง

.....

บรรณานุกรม

- ช่อชาติรี สิริวิวัฒน์นันท์ และสาคร ภูขำนิ. (2530). การพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ธีรชัย อภิวัชรกุล. (2545). เอกสารประกอบการอบรมเฉพาะทาง เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ. เชียงใหม่: มปท. (เอกสารจัดสำเนา)
- ไพรัช ประสงค์จีน. (2541). กระดูกหักและข้อเคลื่อน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มรรยาท ณนคร. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. เชียงใหม่: โครงการตำรามหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2529). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. ฉบับปรับปรุง. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม. (2539). ตำราออร์โธปิดิกส์ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- วิไลลักษณ์ ดิษเสถียร. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องดึง. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 20(2): 56 – 61.
- วชิราภรณ์ สมุนวงศ์. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์. พยาบาลสาร. 22(2): 46 – 52.
- ศิริวรรณ บุญจิตติกุล. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก. วารสารชมรมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 6(1): 36 – 45.
- สมชัย ปรีชาสุข, วิโรจน์ กวินวงศ์และโกวิท วิวัฒน์. (2538). ออร์โธปิดิกส์ : ตำราสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ : โฆสิทธิ์การพิมพ์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: หจก. ขอนแก่นการพิมพ์.
- อภิชัย คงเสวีพงศ์. (2542). Orthopaedic and fractures. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทบูคเน็ค จำกัด.

