

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะกับการปฏิบัติงาน และในขณะเดียวกันต้องสะท้อนให้เห็นความเป็นวิชาชีพด้วย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างกว้างขวาง เพื่อนำสิ่งที่ตีมาใช้ และปรับปรุงข้อจำกัดต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อการบันทึกมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สำหรับเอกสาร และรายงานวิจัยที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่น่านำมาใช้สร้างรูปแบบการบันทึกในแง่กระบวนการ และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยมีสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ความสำคัญและประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จุดประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แนวทางในการบันทึก

ลักษณะของการบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ตอนที่ 2 กระบวนการพยาบาล

มโนทัศน์ของกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

1. การบันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้
2. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล
3. การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลและเกณฑ์ประเมินผล
4. การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล
5. การบันทึกการพยาบาล
6. การประเมินผลการพยาบาล

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในคลินิก

ตอนที่ 3 ระบบการบันทึกโดยปัญหา

มโนทัศน์ของระบบการบันทึกโดยปัญหา

องค์ประกอบของระบบการบันทึกโดยปัญหา

การนำระบบการบันทึกโดยปัญหามาใช้ในคลินิก

ตอนที่ 1 การบันทึกทางการพยาบาล

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลต่อวิชาพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่ง que แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล (Professional Autonomy) และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการนำแผนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ได้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524) บันทึกทางการพยาบาลจะเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงถึงการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยมีความสำคัญดังนี้

1. ช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล
2. ช่วยให้มีการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้ง เข้าใจในพฤติกรรมอาการและการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง
3. ช่วยในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย
4. ใช้อ้างอิงทางด้านกฎหมาย

การบันทึกทางการพยาบาลนอกจากจะมีความสำคัญต่อวิชาชีพอย่างมากมาแล้ว ยังก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและต่อสถาบันที่ให้บริการสุขภาพดังต่อไปนี้

1. ด้านการพยาบาลที่สำคัญ คือ
 - 1.1 สร้างความต่อเนื่องในการให้การดูแลผู้ป่วย
 - 1.2 แสดงถึงการพยาบาลที่มีระบบ
 - 1.3 ช่วยให้การพยาบาลถูกต้องตรงตามสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย
 - 1.4 สร้างมาตรฐานทางวิชาชีพในรูปแบบของการบันทึก
 - 1.5 เป็นเครื่องมือใช้ในการตรวจสอบทางการพยาบาล

1.6 เป็นแนวทางการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล

2. ด้านผู้รับบริการ จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ผ่านมาแล้ว จึงไม่ต้องเสียเวลาในการซักประวัติการเจ็บป่วยและค้นหาข้อมูลอื่นมากนัก
3. ด้านผู้ให้การรักษา จะมีข้อมูลของผู้ป่วยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษา อยู่ในเวชระเบียนเดิม ทำให้สามารถทบทวนและให้การรักษาที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็ว
4. ด้านสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ การบริหารงานของสถาบันจะเป็นไปอย่างราบรื่น ย่อมต้องอาศัยข้อมูลจากรายงานหลาย ๆ ประเภท และบันทึกของพยาบาลก็เป็นข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถจะนำไปใช้พิจารณาในงานบริหารได้ เช่นกัน
5. ด้านการค้นคว้าวิจัยและการสอน เพราะรายงานหรือเอกสารที่มีการบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย และการรักษาพยาบาล สามารถจะนำไปค้นคว้าและใช้เป็นข้อมูลสำหรับอ้างอิงได้ รวมทั้งสามารถนำมาใช้เป็นเอกสารประกอบการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลได้รู้จักเขียนรายงาน วางแผนการพยาบาลได้เป็นต้น

จุดประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

1. เพื่อการสื่อสารให้ทีมสุขภาพ โดยใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปฏิบัติงาน
2. เพื่อการวางแผนการพยาบาลและวางแผนการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อการตรวจสอบทางการพยาบาล
4. เพื่อการวิจัย โดยใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย
5. เพื่อการศึกษา เช่น ใช้บันทึกของผู้ป่วย เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย
6. เพื่อเป็นเอกสารทางกฎหมาย ในกรณีที่มีปัญหาการเรียกร้องสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมีตามกฎหมาย

จากจุดประสงค์ของการบันทึกที่กล่าวมา โดยเฉพาะการบันทึกเพื่อการสื่อสารในทีมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาพยาบาล มีหลักการสื่อสารเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดดังนี้ (บุญศรี ปราภณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล, 2531)

1. ความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูล และของพยาบาลผู้บันทึก รวมถึงแหล่งของข้อมูล
2. เนื้อหาสาระของข้อมูล มีสาระที่มีคุณค่าควรแก่การสื่อสาร เป็นประโยชน์และครบถ้วนครอบคลุมพอที่จะบรรลุประโยชน์ตามความมุ่งหมายของการสื่อสาร
3. มีความแจ่มแจ้ง ทั้งในเนื้อหาและลักษณะทางกายภาพ ความแจ่มชัดในเนื้อหา ได้แก่ เนื้อหาชัดเจน ไม่คลุมเครือ หรือวกวน มีความหมายได้หลายทาง ความแจ่มชัดทางกายภาพ ได้แก่ การพูดหรือเขียนอย่างถูกต้องวิธี อ่านง่าย
4. ความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในงานของพยาบาลจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องและความคงเส้นคงวาในการสื่อสาร เช่น เขียนรายงานความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษา

บันทึกทางการแพทย์นับเป็นเอกสารสำคัญของวิชาชีพ จำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลที่เหมาะสม ถูกต้อง และครบถ้วน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บังเกิดผลประโยชน์สูงสุดที่สามารถจะนำไปได้ ดังนั้น ผู้บันทึกจึงควรรู้วิธีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวต่อไปนี้

แนวทางในการบันทึก

เทย์เลอร์ ลิลลิส และลีโมน (Taylor, Lillis and LeMone, 1989) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับวิธีบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลที่แม่นยำ ถูกต้องสมบูรณ์
2. บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยตามที่สังเกตเห็นได้มากกว่าการแปลความหมายสิ่งที่สังเกตเห็นและควรเขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่แปลความหมายเช่นกัน เพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจริง ๆ มิฉะนั้นอาจเข้าใจผิดพลาดได้
3. เลี่ยงการใช้คำพูด เช่น ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ละคนจะให้ความหมายแตกต่างกัน
4. เลี่ยงการกล่าวโดยภาพรวม (Generalizations) เช่น วันนี้ดูจะไม่สบาย ควรจะใช้สเกล 1-10 เป็นตัวบ่งชี้ เช่น วันนี้ปวดหลังเท่ากับ 7-9 เมื่อวานเท่ากับ 4-5
5. บันทึกการตรวจเยี่ยมของแพทย์

6. บันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การปฏิบัติพยาบาลและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยและปรับปรุงปัญหาให้ทันสมัย
7. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ไม่ข้ามบรรทัด และขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่าง
8. บันทึกลงในแบบฟอร์มที่เหมาะสม พร้อมลงวันที่ เวลาและเซ็นชื่อทุกครั้ง
9. ใช้ไวยากรณ์และสะกดคำให้ถูกต้อง
10. ในกรณีเขียนผิด ให้ขีดทับข้อความนั้นและเขียนคำว่า "ผิด" เหนือหรือข้างข้อความนั้น แล้วเซ็นชื่อก่อนจะเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
11. ควรเขียนชื่อและเลขประจำตัวของผู้ป่วยในแบบฟอร์มบันทึกทุกใบ
12. ใช้ตัวย่อและสัญลักษณ์ที่ได้รับการรับรองแล้ว เช่น CVA = Cerebrovascular accident PT = patient เป็นต้น
13. ใช้ปากกาและหมึกตามที่หน่วยงานกำหนดไว้
14. ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง

การบันทึกทางการพยาบาลจะมีคุณค่าต่อวิชาชีพและต่อที่มีสุขภาพมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของการบันทึกว่า สื่อความหมายได้ชัดเจน หรือมีสาระสำคัญหรือไม่ ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจะต้องเป็นการบันทึกที่ดีและมีคุณภาพดังจะกล่าวต่อไปนี้

ลักษณะของการบันทึกที่ดี

โคแซร์ และเอิร์บ (Koziea and Erb, 1979) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการบันทึกที่ดีจะต้องประกอบด้วยหลักสำคัญ 8 ประการ คือ

1. สั้น ถ้าจะใช้คำย่อจะต้องเป็นที่ยอมรับและรู้จักกันดี
2. ครบถ้วน ถูกต้อง แน่นอนตามข้อเท็จจริง
3. อ่านง่าย ปกติเขียนด้วยหมึก เพราะใช้ดินสอจะไม่ถาวร
4. สะกดถูกต้อง
5. เขียนตามสิ่งที่สังเกตเห็น เพื่อจะได้เป็นสิ่งช่วยตีความหมาย
6. เรียงตามลำดับ ตามลำดับปฏิทิน และตามลำดับบรรทัด
7. เซ็นชื่อกำกับ พร้อมตำแหน่ง เช่น "สุนารี R.N."

8. ลงเวลาตามเวลาจริงที่เกิดเหตุการณ์ ไม่ใช่เวลาที่บันทึก

ลักษณะของการบันทึกที่มีคุณภาพ

การบันทึกที่มีคุณภาพนั้นมีลักษณะดังนี้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524)

1. มีข้อมูลครบถ้วนตามแนวปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยทั้งตัวบุคคล (Holistic approach)
2. ชัดเจน ถูกต้อง เข้าใจง่าย
3. ไม่มีการแปลความ คาดคะเน หรือปรากฏในรูปของสมมติฐาน
4. มีรายละเอียดพอเพียงที่จะสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการ

กำหนดกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาลักษณะของการบันทึกที่ดี และมีคุณภาพนั้นจะสอดคล้องกับผลวิจัยของ อูบล เกาสายพันธ์ (2524) ซึ่งศึกษาเรื่อง "ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ" โดยบุคลากรพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลประจำการ อาจารย์พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ต่างมีความคิดเห็นตรงกันว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องอ่านเข้าใจง่าย มีข้อมูลสำคัญ และเป็นระบบระเบียบ ส่วนความคิดเห็นอื่น ๆ ของบุคลากรพยาบาล มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ตรงกันในเรื่อง

1. บันทึกทางการพยาบาลบ่งชี้ปัญหาผู้ป่วยอย่างชัดเจน
2. บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงความก้าวหน้าของการพยาบาลและการรักษา
3. บันทึกทางการพยาบาลให้ข้อมูลแก่บุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพได้ตามต้องการ
4. ข้อมูลและเนื้อหาในบันทึก ทำให้บุคลากรพยาบาลมั่นใจ สามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องและต่อเนื่องมากขึ้น
5. บันทึกทางการพยาบาล สามารถใช้เป็นเครื่องประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลได้

แม้บุคลากรพยาบาลมีความคิดเห็นในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปในเชิงบวกหลายประการ แต่ในความเป็นจริงการบันทึกทางการพยาบาลก็ยังไม่มีความรู้ หรือ เนื้อหาสาระ

ที่จะแสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ในวิชาชีพ ส่วนใหญ่การบันทึกจะกระจัดกระจาย ขาดระบบระเบียบ ขาดไม่เข้าหมาย เขียนเสียนแบบจากวันก่อน ๆ โดยไม่มีการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหาของผู้ป่วย และไม่ได้วางแผน (ประคอง อินทรสมบัติ, 2522) ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจสอบแบบบันทึกของพยาบาลในโรงพยาบาลรอยัล อินแลนด์ (Royal Inland Hospital) ที่แคมลูปส์ (Kamloops) พบว่า บันทึกของพยาบาลขาดความสมบูรณ์ บันทึกไม่สม่ำเสมอ แม้ว่าค่ากล่าวข้างต้นจะผ่านมาประมาณ 10 กว่าปี และในปัจจุบันพยาบาลก็ยังประสบปัญหาเช่นเดิม สาเหตุสำคัญของปัญหา น่าจะเกี่ยวเนื่องกับสาเหตุต่อไปนี้

1. พยาบาลขาดความรับผิดชอบต่อคุณค่าในการบันทึกการพยาบาล คิดว่าการบันทึกเป็นการรบกวนเวลาปฏิบัติงาน เป็นการปฏิบัติที่ไร้ค่า
2. ขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก เพราะไม่รู้จะอธิบายสิ่งที่รู้ได้อย่างไร
3. ความซ้ำซ้อนยุ่งยากในการบันทึก พยาบาลต้องลงบันทึกมากมายเกินกว่าที่จะปฏิบัติได้ จึงทำให้บันทึกอย่างไม่ต่อเนื่อง ไม่มีข้อมูลสำคัญ

แต่จากผลวิจัยของจिरา เต็มจิตรอารีย์ (2530) เรื่อง "การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป" พบว่า พยาบาลมีความรู้และการให้คุณค่าต่อการบันทึกพยาบาล ตลอดจนมีความสามารถในการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยนี้นับเป็นหลักฐานหนึ่งพอจะสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาของการบันทึกอาจไม่ได้มาจากตัวพยาบาลโดยตรง แต่น่าจะมีสาเหตุมาจากระบบการบันทึกที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเขียนบันทึกมากกว่า

ดังนั้น การแก้ไขปัญหการบันทึกทางการพยาบาลในปัจจุบัน จะต้องมุ่งเน้นเกี่ยวกับรูปแบบของการบันทึก เช่น ปรับปรุงแบบฟอร์มและเนื้อหาที่จะบันทึก เป็นต้น การที่จะมีรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งใช้กระบวนการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ระบุการบันทึกที่จะเลือกใช้ รวมทั้งความแตกต่างหรือข้อจำกัดของสถาบัน (อภาพร พัววิไล, 2531)

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

ปัจจุบันยังไม่มีใครเป็นรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลไว้อย่างชัดเจน แต่อาจจะสรุปได้เป็น 3 รูปแบบดังนี้ (วิพร เสนารักษ์, 2531)

1. ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือหรือแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และมีการบันทึกทางการพยาบาลในรูปของการวางแผนการพยาบาล
2. ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ หรือแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและมีการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบของการบันทึกโดยปัญหา (Griffith and Kenney, 1986 อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์, 2531)
3. ใช้กระบวนการแก้ปัญหา (Problem solving) และมีการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบของการบันทึกโดยปัญหา

ระบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกที่ใช้ในการดูแลผู้รับบริการในปัจจุบัน พอจะสรุปได้เป็น 3 ระบบ คือ (Tayler, Lillis and LeMone, 1989)

1. การบันทึกโดยแหล่งที่มาของข้อมูล (Source-oriented records) เป็นระบบการบันทึกที่ใช้กันมานานแล้ว แต่ละสาขาวิชาชีพจะบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการแยกจากกัน ข้อดีคือ ง่ายต่อการหาข้อมูล เพราะแยกเป็นแบบฟอร์มตามสาขาวิชาชีพ ข้อเสียคือ ข้อมูลแยกเป็นส่วน ๆ ยากแก่การจัดลำดับปัญหา โดยเอาข้อมูลจากหลายสาขาวิชาชีพ
2. การบันทึกโดยปัญหา (Problem-oriented records) เป็นระบบการบันทึกโดยรวมรวมปัญหาของผู้ป่วยที่มีทั้งหมด มากกว่าที่จะคำนึงถึงแหล่งที่มาของข้อมูล โดยที่มสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพจะบันทึกในแบบฟอร์มที่เหมือนกัน ข้อดีคือ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของที่มีสุขภาพ เพื่อกำหนดปัญหาและวางแผนร่วมกัน
3. การบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ (Computer records) เป็นการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อแรกรับผู้ป่วย การวางแผนพยาบาล เป็นต้น

จากที่กล่าวมาในเรื่องของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล พอจะสรุปแนวคิดสำคัญที่จะนำมาใช้ในระบบการบันทึกของพยาบาลได้ 2 ประเภทคือ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) และการบันทึกโดยปัญหา (Problem-oriented record)

ตอนที่ 2 กระบวนการพยาบาล

มนทัศน์ของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือสำคัญและแผนนำ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีรูปแบบขั้นตอน (Organized) มีระบบ ระเบียบ และมีเจตนาเฉพาะ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และเอื้อมพร ทองกระจาย, 2533)

หากจะเปรียบเทียบส่วนประกอบของวิธีการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์กับระบบ การบันทึกโดยปัญหาและกระบวนการพยาบาล จะมีลักษณะดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ส่วนประกอบของกระบวนการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์ ระบบการบันทึกโดยปัญหา และกระบวนการพยาบาล

กระบวนการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์	ระบบการบันทึกโดยปัญหา	กระบวนการพยาบาล
1. การแยกแยะปัญหา	1. การบันทึกโดยปัญหา	1. การประเมินผู้ป่วย
2. การตรวจสอบข้อมูล	1.1 ข้อมูลพื้นฐาน	1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล
	1.2 รายการปัญหา	1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล
		1.3 การวินิจฉัยการพยาบาล
3. การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา	1.3 แผนการรักษาพยาบาล	2. การวางแผนการพยาบาล
		2.1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
		2.2 การกำหนดจุดมุ่งหมายและการประเมินผล

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กระบวนการแก้ไขปัญหา ทางวิทยาศาสตร์	ระบบการบันทึกโดยปัญหา	กระบวนการพยาบาล
		2.3 การกำหนดกิจกรรม การพยาบาล
		2.4 การเขียนแผนการ พยาบาล
4. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา	1.4 การปฏิบัติการรักษา พยาบาล	3. การปฏิบัติการพยาบาล
	1.5 การบันทึกความก้าวหน้า	3.1 การปฏิบัติกิจกรรม
		3.2 การบันทึกการ พยาบาล
5. การประเมินผล	2. การตรวจสอบ (Audit)	4. การประเมินผล
	3. การปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง	

แหล่งที่มา : อาภาพร พัววิไล, 2531

การแก้ปัญหาแบบวิทยาศาสตร์ ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในปี ค.ศ. 1950 นักการศึกษาพยาบาล จำนวนมากพยายามจะให้ความหมายของคำว่า "พยาบาล" นอกจากนี้ได้กล่าวถึงการพยาบาลในลักษณะของศิลปะและวิทยาศาสตร์ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติโดยวิธีทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งต้องมีการวางแผนปฏิบัติล่วงหน้า ต่อมากลุ่มอาจารย์ที่มหาวิทยาลัยแคทอลิกแห่งอเมริกา (Catholic University of America) ได้ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และกำหนดกระบวนการพยาบาลเป็น 4 ระยะ คือ การรวบรวมศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

ในปัจจุบันกระบวนการพยาบาลได้ถูกนำไปใช้กันอย่างกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถ วิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการและวางแผนโดยกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา การแก้ปัญหาจะกระทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง กระบวนการพยาบาลจึงนับว่ามีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลอย่างมาก

ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล พอลจะกล่าวโดยสังเขปได้ดังนี้ (ศิริพร ชัมภลสิทธิ์, 2533)

1. ต่อผู้รับบริการ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ ช่วยทำให้การดูแลมีคุณภาพสูงขึ้น เนื่องจาก

1.1 ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเฉพาะราย ไม่ว่าจะเป็น การดูแลบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน

1.2 ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

2. ต่อพยาบาล โดยจะฝึกให้พยาบาลรู้จักทำงานอย่างเป็นระบบ ใช้ความรู้ความสามารถในการคิดเชิงวิทยาศาสตร์ และต้นตอที่จะเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ค้นหาวิธีการในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ฝึกให้เป็นผู้มีเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง มีชีวิตตามกิจวัตร หรือคำสั่ง นอกจากนี้ช่วยทำให้การปฏิบัติงานเป็นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ต่อวิชาชีพ หากมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างแพร่หลายจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น มีการยอมรับการพยาบาลในฐานะวิชาชีพมากขึ้น และส่งเสริมให้มีการคิดค้นการท้าวิจัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้ทางการพยาบาล มีความกว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินผู้รับบริการ
2. การวางแผนการพยาบาล

3. การปฏิบัติพยาบาล
4. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผู้รับบริการ

การประเมินผู้รับบริการ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนนี้จะประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัญหาและการวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ดังนั้น ขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการจะประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยคือ การรวบรวมข้อมูล และการวินิจฉัยการพยาบาล

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ สามารถกระทำได้จากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และตรวจพิเศษ

การรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิด และต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล (assessment tool) นอกจากนี้กรอบแนวคิดทฤษฎีจะนำไปสู่การสร้างแบบฟอร์มในการรวบรวมข้อมูล จัดระบบข้อมูล และการบันทึกข้อมูล

ในปัจจุบันกรอบแนวคิดที่มีแนวโน้มที่จะได้รับการยอมรับ และนำไปใช้ทั้งในด้านการเรียนการสอน การวิจัยและการปฏิบัติพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในการปฏิบัติพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางและครอบคลุมเกือบทุกกลุ่มของผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชนก็คือ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพ (Functional Health Patterns)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดนี้พัฒนาโดย กอร์ดอน (Gordon) เกิดจากความเชื่อที่ว่า บุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความปกติหรือผิดปกติของแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน

(พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ, 2533) ได้แก่

1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health Perception-Health Management Pattern)
2. แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม (Nutritional-Metabolic Pattern)
3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย (Elimination Pattern)
4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-Exercies Pattern)
5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (Sleep-Rest Pattern)
6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-Perceptual Pattern)
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception-Self-Concept Pattern)
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role-Relationship Pattern)
9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality-Reproductive Pattern)
10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (Coping-stress Tolerance Pattern)
11. แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (Value-Belief Pattern)

แนวทางการประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ

การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน มีดังนี้ (Gordon, 1987)

1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ คือ แบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ (well being) ของตน รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาด้านกายและจิตใจ

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้ผู้พยาบาลประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีแบบแผนการดูแลสุขภาพอย่างไร มีพฤติกรรมอนามัยถูกต้องหรือไม่ มีการรับรู้และแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างไร

ซึ่งจะใช้ประกอบการวินิจฉัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ดี เสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ เสี่ยงต่อการได้รับสารพิษ รวมทั้งการไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของที่มีสุขภาพ

แนวทางในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ท่านมีสุขภาพโดยทั่วไปเป็นอย่างไร
 ภาวะสุขภาพของท่านในระยะนี้เป็นอย่างไร (ดีเยี่ยม ดี พอใช้ ไม่ดี)
 ท่านปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพ และ/หรือป้องกันโรคหรือไม่ อะไรบ้าง
 (เช่น ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ตรวจร่างกาย)
 สูบบุหรี่ ดื่มสุรา กาแฟ ดื่มยาเสพติดและยาแก้ปวดหรือไม่
 ปฏิบัติตามคำแนะนำการรับประทานยา และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ หรือไม่
 อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ปฏิบัติไม่ได้

ตรวจร่างกาย

สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป

2. แบบแผนอาหารและเมตาบอลิซึม คือ แบบแผนเกี่ยวกับการได้รับอาหารและน้ำ หรือบริโภคนิสัย รวมทั้งการมีบาดแผลหรือริ้วรอยบริเวณผิวหนังโดยทั่วไป การหายของแผล สภาพของผิวหนัง ผม เล็บ เยื่อต่าง ๆ ฟัน อุณหภูมิของร่างกาย ส่วนสูง และน้ำหนัก
 ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้เห็นได้ว่า ผู้รับบริการมีแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญอาหารเป็นอย่างไร ซึ่งใช้ประกอบการวินิจฉัยการได้รับสารอาหารเกินหรือขาด สารอาหาร ภาวะน้ำเกินหรือขาดน้ำ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผิวหนัง การหายของแผล การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

แนวทางในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

ส่วนใหญ่วิธีรับประทานอาหารแต่ละวันเป็นประเภทไหน มีอาหารเสริมหรือไม่
 (เช่น วิตามิน น้ำผึ้ง)

ชนิดและปริมาณของน้ำที่ได้เป็นประจำ
 น้ำหนัก ส่วนสูง เต็มเท่าใด เพิ่มขึ้นหรือลดลง
 อาหารที่ชอบและไม่ชอบเป็นพิเศษ
 มีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือไม่ อย่างไร (เช่น การเคี้ยว
 การกลืน การเจริญอาหาร)

การตรวจร่างกาย

สังเกตลักษณะของผิวหนัง (เช่น ชุ่มชื้น มีแผล สีผิว)
 ลักษณะของเยื่อช่องปากและฟัน สี ความชุ่มชื้น แผลหรือริ้วรอย
 อุณหภูมิของร่างกาย

3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย คือ แบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสีย รวมทั้งการ
 รับรู้ของบุคคลต่อลักษณะการขับถ่ายของเสียตามปกติ การใช้จ่ายหรือยาระบาย การเปลี่ยนแปลง
 ของแบบแผนการขับถ่ายในเรื่องเวลา วิธีทาง (ล้าไส้ กระเพาะปัสสาวะ และผิวหนัง)
 ปริมาณ การใช้เครื่องมือใด ๆ ช่วยการขับถ่าย

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้เห็นแบบแผนการขับถ่ายของเสียของผู้รับบริการ
 ซึ่งใช้ประกอบการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนนี้ เช่น ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง กลั้นปัสสาวะไม่ได้

แนวทางการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

แบบแผนการขับถ่าย ปัสสาวะ : ความถี่ ลักษณะ ความไม่สบาย
 ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะน้อย
 แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ : ความถี่ ลักษณะ ความไม่สบาย ปัญหา
 การขับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องเดิน

การใช้อุปกรณ์ช่วยในการขับถ่าย เช่น ใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้

การตรวจร่างกาย

ในกรณีที่มีปัญหา เช่น รายที่มี Colostomy Ureterostomy จะสังเกตต่อ
 ระบายหรือรูระบายของเสีย ลักษณะสีของของเสีย การระบายของเสีย

4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย คือ แบบแผนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้เวลารว่างให้เป็นประโยชน์ (Leisure) และปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยทำให้พยาบาลประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีแบบแผนกิจวัตรประจำวัน (เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำงานบ้าน) และออกกำลังกายอย่างไร ใช้ประกอบการวินิจฉัยด้านความทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย และการใช้เวลารว่าง

แนวทางในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างไร (เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การทำงานบ้าน การซื้อของจ่ายตลาด)

ใช้เวลารว่างทำกิจกรรมอะไร

มีแบบแผนการออกกำลังกายอย่างไร (ชนิด ปริมาณ ความสม่ำเสมอ)

มีปัญหาในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมหรือไม่ อย่างไร (เช่น เหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก)

การตรวจร่างกาย

สังเกตความสามารถของผู้รับบริการในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ (เช่น การเดิน การเคลื่อนไหว)

สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร (อัตรา ความแรง จังหวะ) การหายใจ (อัตรา จังหวะ เสียงหายใจ) ความดันเลือด

สังเกตหรือประเมินการเคลื่อนไหวข้อ (range of motion) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

สังเกตลักษณะทั่วไป เช่น การแต่งกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล

5. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ คือ แบบแผนการนอนหลับ พักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียดในช่วง 1 วัน รวมถึงการใช้ยาหรือกิจกรรมใด ๆ ช่วยในการนอนหลับ เช่น การสวดมนต์ คัมเครื่องคัม ฟังเพลง อย่างไรก็ตามปัจจุบันการนำแบบแผนนี้ไปใช้ คงเน้นเฉพาะการนอนหลับ แต่การผ่อนคลายยังไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก (ศิริพร บัณฑิต, 2533) ข้อมูลที่

ได้จากแบบแผนนี้ทำให้ทราบว่า ผู้รับบริการต้องนอนหลับพักผ่อนเท่าใดจึงเพียงพอ เพราะแต่ละคนมีความต้องการต่างกัน

แนวทางในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

มีแบบแผนการนอนอย่างไร (เวลาเข้านอน ตื่นนอน)

มีปัญหาในการนอนหรือไม่ (เช่น ผื่นรำย หลับยาก นอนไม่หลับ)

สิ่งที่ทำให้หลับง่าย/ยาก เช่น ยา เครื่องดื่ม การอ่านหนังสือ เสียง

แสงสว่าง

การตรวจร่างกาย

ถ้าเป็นไปได้ สังเกตแบบแผนการนอนหลับของผู้รับบริการ อาหารและอาการแสดงที่บ่งชี้ปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ เช่น ตาปรี้อ หาวนอนตลอดเวลา หน้าตาซีดเซียว เป็นต้น (พรธงาม พรธชษญฐุ์ และคณษ, 2533)

6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ คือ แบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และสติปัญญา

6.1 ด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensory modes) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การรับสัมผัส การได้กลิ่น รวมถึงการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยการรับรู้ความรู้สึก เช่น เครื่องช่วยฟัง

6.2 ด้านการรับรู้ รับรู้ความเจ็บปวด และวิธีลดความเจ็บปวด

6.3 ด้านสติปัญญา ได้แก่ การใช้ภาษา ความจำ การตัดสินใจ

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้ผู้พยาบาลประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีภาวะเสี่ยงต่อภัยอันตรายต่าง ๆ หรือไม่ ความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจและความสามารถในการลดความเจ็บปวดอย่างไร

แนวทางในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

มีปัญหาในการรับรู้ความรู้สึกหรือไม่ อย่างไร (การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การรับสัมผัส การได้กลิ่น)

ต้องใช้เครื่องช่วยในการรับรู้หรือไม่ อย่างไร (เช่น เครื่องช่วยฟัง
แว่นตา)

มีการเปลี่ยนแปลงด้านความจำหรือไม่ อย่างไร

สามารถตัดสินใจในเรื่องสำคัญหรือไม่

มีความยากง่ายอย่างไรในการเรียนรู้

มีความไม่สบายหรือเจ็บปวดหรือไม่ ถ้ามีความเจ็บปวด ใช้วิธีการด
ลดความเจ็บปวดลงได้

การตรวจร่างกาย

สังเกตหรือประเมินการรู้จักเวลา สถานที่ และบุคคล

สังเกตว่า ได้ยินเสียงพูดคุยระดับเสียงปกติหรือไม่

สังเกตหรือประเมินความสามารถในการอ่านหนังสือ

สังเกตการใช้ภาษา และความสามารถในการตอบ/ถามคำถามเหมาะสม

หรือไม่

สังเกตช่วงของความสนใจว่านานเท่าไร

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ คือ แบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับ
อัตมโนทัศน์ และตนเอง ได้แก่ ทัศนคติต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตน (ด้านสติปัญญา
อารมณ์ หรือร่างกาย) ภาพลักษณ์ คุณค่าแห่งตน (general sense of worth) เอกลักษณ์ของ
ตนเอง (identity) และท่าทาง การเคลื่อนไหว การพูด น้ำเสียง

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ใช้ประกอบการวินิจฉัย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ คุณค่า
แห่งตน สภาวะของความรู้สึก (jeeling states) ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง
(พรณงาม พรณเชษฐ และคณะ, 2533)

ข้อควรคำนึงในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพ
กับผู้รับบริการให้เกิดความไว้วางใจก่อน มิฉะนั้นการประเมินแบบแผนนี้จะไม่ไ้ผล นอกจากนี้อาจ
ไม่สามารถประเมินได้ครบถ้วนจากการพบผู้รับบริการในครั้งแรกหรือครั้งเดียว

แนวทางในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

คิดว่าท่านเป็นคนอย่างไร (เช่น สนุกสนาน เครียดง่าย น่ารัก)

การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ท่านมีความรู้สึกต่อตนเองหรือร่างกายอย่างไร
(เช่น เป็นภาระต่อผู้อื่น ไร้สมรรถภาพ)

เคยรู้สึกหมดหวังหรือไม่

การตรวจร่างกาย

สังเกตการสบตา ช่วงของความสนใจ

สังเกตน้ำเสียงและลักษณะการพูด ท่าทาง

สังเกตว่า มีความกระวนกระวายใจ ผ่อนคลายหรือไม่

สังเกตว่ามีพฤติกรรมแสดงออกอย่างเหมาะสมหรือไม่

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ คือแบบแผนของบทบาทและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมถึงความพึงพอใจหรือคับข้องใจเกี่ยวกับครอบครัว การทำงานหรือสัมพันธภาพในสังคม และความรับผิดชอบตามบทบาทของตนเอง

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบแผนนี้ ช่วยประเมินแบบแผนของครอบครัวและบทบาททางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ)

แนวทางในการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

อยู่คนเดียวหรืออยู่กับครอบครัว

มีปัญหาในครอบครัวที่ยากแก่การแก้ไขหรือไม่ (ครอบครัว หรือครอบครัวขยาย)

มีสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใดที่พึ่งพาท่านหรือไม่ ถ้ามีท่านช่วยเหลือ

หรือจัดการอย่างไร

ถ้าเป็นไปได้ (พิจารณาตามความเหมาะสม) ถามว่า สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกต่อความเจ็บป่วย/การมาอยู่โรงพยาบาลของท่านอย่างไร

รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ มีเพื่อนสนิทหรือไม่ รู้สึกอ้างว้าง

โดดเดี่ยวหรือไม่ อย่างไร (ความถี่)

การทำงานหรือการเรียนหนังสือ เป็นไปอย่างไรราบรื่นหรือไม่

การตรวจร่างกาย

สังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่น

9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ คือ แบบแผนเกี่ยวกับความพึงพอใจหรือไม่ พึงพอใจในเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ การหมดประจำเดือน และปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบแผนนี้ ช่วยวินิจฉัยเกี่ยวกับแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์

แนวทางการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

ท่านพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือไม่ มีปัญหาหรือไม่ อย่างไร (คำถามนี้จะต้องพิจารณาความเหมาะสมของอายุ และสถานการณ์ด้วย)

มีการวางแผนครอบครัวหรือไม่ มีปัญหาในการวางแผนครอบครัวหรือไม่ อย่างไร (คำถามนี้ ใช้สัมภาษณ์เฉพาะผู้รับบริการที่มีครอบครัว และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์)

ในรายผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิง ควรถามถึง การมีประจำเดือนครั้งแรก มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด มีปัญหาของการมีประจำเดือน มีการตั้งครรภ์และคลอดกี่ครั้ง

การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกายเฉพาะในรายที่มีปัญหาตามแบบแผนนี้

10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด คือ แบบแผนการเผชิญความเครียดโดยทั่วไป และประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการกับความเครียด การสนับสนุนของครอบครัวหรือบุคคลอื่น ในการเผชิญต่อความเครียด และความสามารถในการควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ใช้ในการวินิจฉัยเกี่ยวกับความทนต่อความเครียด แบบแผนและประสิทธิภาพในการเผชิญต่อความเครียด

แนวทางการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตของท่านในช่วง 1 หรือ 2 ปีที่แล้ว หรือไม่
ถือเป็นช่วงวิกฤตของชีวิตหรือไม่

ใครเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว ๆ ให้ท่านได้ ปัจจุบันบุคคลนี้ยัง
ช่วยเหลือท่านอยู่หรือไม่

ส่วนใหญ่ว่านจะเครียดหรือผ่อนคลาย เมื่อเกิดความเครียดทอย่างไร

ใช้ยาหรือแอลกอฮอล์ในเวลาเครียดหรือไม่

หากมีปัญหาใหญ่เกิดขึ้นในชีวิตของท่าน ท่านจะจัดการกับปัญหานี้ อย่างไร

การตรวจร่างกาย

ไม่มี

11. แบบแผนความเชื่อและค่านิยม คือ แบบแผนด้านค่านิยม เป้าหมายในชีวิต หรือ
ความเชื่อรวมทั้งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณที่นำไปสู่การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ จะใช้ประเมินแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจ
พื้นฐานของการเลือกปฏิบัติและมีพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของ
พยาบาลในเรื่องอาหารได้ เพราะมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

แนวทางการประเมินข้อมูลตามแบบแผนนี้ คือ

การสัมภาษณ์

ท่านคิดว่ามีชีวิตอยู่เพื่ออะไร

มีแผนการที่สำคัญในอนาคตหรือไม่ อย่างไร

ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตท่านหรือไม่ สามารถช่วยท่านเวลามีปัญหาหรือไม่

การรักษาในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

หรือไม่ อย่างไร

การตรวจร่างกาย

ไม่มี

กรอบแนวคิดนี้นอกจากจะสามารถประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางและครอบคลุมเกือบทุกกลุ่มของผู้รับบริการดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งจะช่วยลดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างกลุ่มพยาบาลด้วยกันเอง นอกจากนี้ ยังมีข้อดีอีกประการหนึ่งคือ ไม่ว่าพยาบาลจะมีพื้นฐานความรู้ในทฤษฎีการพยาบาลหรือ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลใดก็ตาม จะสามารถใช้กรอบแนวคิดนี้ในการรวบรวมข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพได้ เพียงแต่จะต้องทบทวนความรู้ และศึกษาเพิ่มเติมอีกเล็กน้อย เพราะรายละเอียดส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่พยาบาลเคยเรียนรู้มาแล้วทั้งสิ้น

เมื่อมีกรอบแนวคิดแล้วก็จะสามารถกำหนดการสร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล ได้อย่างเป็นระบบและสามารถยึดเป็นแนวปฏิบัติการรวบรวมข้อมูลต่อไป

แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล

แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลหรือแบบประเมินผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพราะจะช่วยประหยัดเวลาที่ต้องใช้ในการค้นหาที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยการพยาบาล และสะดวกต่อการบันทึกข้อมูลด้วย นอกจากนี้ยังช่วยให้พยาบาลสามารถมองปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่องานอื่น ๆ ต่อไปได้เช่น เป็นข้อมูลในการวิจัย หรือเป็นข้อมูลเพื่อใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล เป็นต้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2531)

ดังนั้น แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. แบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง (Structured form) คือ แบบฟอร์มที่มีช่องว่างให้กาเครื่องหมาย หรือเขียนข้อความเพียงเล็กน้อย ข้อดีคือทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็ว แต่ข้อเสียคือ อาจไม่ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดที่พบในสถานการณ์จริง
2. แบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Form) คือแบบฟอร์มที่มีช่องว่างไว้มากมายตามกรอบแนวคิดอย่างกว้าง ๆ ข้อดีคือ ได้ข้อมูลครบถ้วน ใช้ได้หลายสถานการณ์ และสิ้น กระทัดรัด เพราะเนื้อหาในแบบฟอร์มจะใช้บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น แต่ข้อเสียก็คือ ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูง และใช้เวลามาก ในระยะแรกจำเป็นต้องมีคู่มือประกอบการรวบรวมข้อมูล

ดังนั้นแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลหรือแบบประเมินผู้รับบริการ จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีระบบ และมีจุดมุ่งหมายดังนี้ คือ (อาภาพร พัววิไล, 2533)

1. เพื่อค้นหาปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งจะบอกถึงกิจกรรมการพยาบาลว่าต้องทำอะไรบ้าง
2. เพื่อการวางแผนการพยาบาล
3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลการพยาบาลและสำหรับที่มสุขภาพถ้าต้องการ

การที่จะเลือกสร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลในรูปแบบที่มีโครงสร้างหรือไม่มีโครงสร้างย่อมต้องคำนึงข้อดีและข้อเสียที่กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้สิ่งที่ควรคำนึงเพิ่มเติมก็คือ

1. การทำเป็นแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง ไม่ควรจะทำเป็นข้อรายการ (checklist) มากเกินไป เพราะเชอร์ (Scher, 1988) ได้กล่าวไว้ว่า การใช้ข้อรายการในแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล ทำให้พยาบาลใช้คำถามที่ไม่ดีนัก ทำให้ได้คำตอบเพียง "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" นอกจากนี้การใช้ข้อรายการ จะทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ หรืออาจได้ข้อมูลมากเกินไป แต่ไม่ได้ช่วยให้การดูแลที่ดี ตรงกันข้ามการใช้คำถามปลายเปิดสัมภาษณ์ผู้ป่วย จะช่วยทำให้พยาบาลให้การพยาบาลที่ดีได้ ดังนั้นควรใช้ข้อรายการอย่างเหมาะสม
2. การใช้แบบประเมินผู้รับบริการ และใช้ในรูปแบบข้อรายการ อาจก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ดังเช่น โรงพยาบาลปีเตอร์ เบนท์ บริคแฮม ได้สรุปการอภิปรายร่วมกันว่าการใช้ข้อรายการแม้จะสะดวกต่อการรวบรวมข้อมูล แต่ไม่ได้ส่งเสริมหรือกระตุ้นการคิดอย่างสร้างสรรค์ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล
3. การทำแบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง ทำให้ประมวลและบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมในประเด็นสำคัญ และข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร เมื่อเปลี่ยนมาใช้แบบฟอร์มที่เลือกกาเครื่องหมายหน้าข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ ร่วมกับระบุรายละเอียดเพิ่มเติมลงในช่องว่าง ทำให้การบันทึกข้อมูลชัดเจนและครอบคลุมขึ้น (ศรีเทียน อุษณวารงค์, 2531)

พอสรุปได้ว่า การใช้แบบฟอร์มที่มีโครงสร้างก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบันทึกและเหมาะกับการปฏิบัติงานของพยาบาลมากกว่าแบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง แต่ก็ควรระมัดระวังในการใช้แบบฟอร์มประเภทนี้ คือ ไม่ควรมีข้อรายการมากเกินไป และควรมีช่องสำหรับบันทึกอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ควรมีเงื่อนไขของการประเมิน (Clues) อยู่ในวงเล็บต่อท้ายของแต่ละหัวข้อที่จะประเมิน (Barbiaz, Hunt and Lowenstein, 1981) เพื่อช่วยให้พยาบาลรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น

การใช้แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล นอกจากจะคำนึงถึงประเภทของแบบฟอร์มแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดที่จะนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลเช่นกัน โดยเฉพาะกรอบแนวคิดของกอร์ดอนซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลค่อนข้างกว้างขวางมากกว่ากรอบแนวคิดอื่น ๆ จึงได้มีการนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติในคลินิกอย่างแพร่หลาย ดังเช่นการพัฒนาแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเชสไฮร์ (Cheshire Medical Center) ได้พัฒนาแบบฟอร์มใหม่โดยยึดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอน ทำให้สามารถระบุปัญหาทางการพยาบาลหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ง่าย (Hanna and Wyman, 1987) เป็นต้น

ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาแล้วและต้องบันทึกงานแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นนั้น มีแนวทางในการบันทึกข้อมูลพอสรุปได้ดังนี้

1. กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาลมาก่อน ควรระบุวันที่ สถานที่ สถานการณ์ และสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อสะดวกต่อบุคลากรอื่นที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้โดยไม่ต้องถามผู้ป่วยซ้ำ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรับรู้ของผู้ป่วย ควรบันทึกตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่ควรแปลความหมาย ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกบันทึกเป็นไปตามข้อมูลของผู้ป่วยจริง ๆ เพราะข้อมูลที่ถูกวิเคราะห์แล้วอาจผิดพลาดได้
3. ข้อมูลอาการสำคัญ และเหตุผลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรเขียนสั้น ๆ และเขียนตามคำพูดของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ควรแปลความหมาย

4. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ควรเขียนให้กระชับรัด ได้ ใจความ โดยเริ่มจากการริเริ่มของอาการ ลักษณะอาการ ความถี่ของสิ่งที่เกิดตามมา และเหตุ ผลที่มาโรงพยาบาล

5. ถ้าแบบฟอร์มบันทึกเป็นข้อรายการ (checklist) ให้กาเครื่องหมายหน้า รายการหรือเติมคำในช่องว่าง ควรใช้เนื้อที่ว่างที่ทำให้เป็นประโยชน์สูงสุด

6. ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ไม่ควรใช้ "___" หรือคำว่า "negative" "ปกติ" ควรเขียนเป็นความเรียงว่า ผู้ป่วยบอกว่า อย่างไร สังเกตหรือตรวจร่างกายพบว่าเป็นอย่างไร

เมื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบฟอร์มแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็จะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล แล้วจึงนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และ ประเมินผลต่อไปตามลำดับ

การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยพยาบาล (Nursing Diagnosis) คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วหรือเสี่ยงต่อ การเกิดปัญหา ซึ่งพยาบาลมีสิทธิตามกฎหมายและมีความสามารถให้การรักษาได้ โดยใช้ความรู้ และความสามารถที่เกิดจากการศึกษาและประสบการณ์ (Gordon, 1987)

ค.ศ. 1982 สมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North American Nursing Diagnosis Association = NANDA) ได้กำหนดรายการของการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับและเสนอให้ทดสอบในคลินิกรวม 98 รายการ ดังแสดงในตารางที่ 3 (Gordon, 1987)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 รายการวินิจฉัยการพยาบาลที่ NANDA ยอมรับ และแบ่งกลุ่มตามแบบแผน
ทางด้านสุขภาพ (Functional Health Pattern)

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย
มีการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพ	กลไกการควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ
* การดูแลสุขภาพบกพร่อง (ทั้งหมด)	อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ
* การดูแลสุขภาพบกพร่อง (ระบุเฉพาะเจาะจง) ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับ (ระบุ)	อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ
* มีโอกาสเสี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับ (ระบุ)	3. การขับถ่ายของเสีย
เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการขับถ่ายอุจจาระ
เสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตราย	ท้องผูก
เสี่ยงต่อการได้รับสารพิษ	ท้องเดิน
2. โภชนาการและเมตาบอลิซึม	กลืนถ่ายอุจจาระไม่ได้
เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารเกินหรือ	มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการขับถ่ายปัสสาวะ
เสี่ยงต่อการฉ้อขาดสารอาหาร	ถ่ายปัสสาวะไม่ออก
เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ	กลืนปัสสาวะไม่ได้
มีภาวะขาดน้ำ	ปัสสาวะคั่ง
มีความบกพร่องในเรื่องความคงทนของผิวหนัง	4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย
ความคงทนของผิวหนังเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่อง	เสี่ยงต่อการมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง
มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อในช่องปาก	ไม่มีความทนต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ (ระบุระดับของปัญหา)
	มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ระบุระดับของปัญหา)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

มีความบกพร่องในการดูแลรักษาบ้าน	7. การรับรู้ตนเองและอัตตาในตนเอง
มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (ในทุกเรื่องหรือในเรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย การขับถ่าย)	กลัว (ระบุน)
มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการก้าขาบเลือดของเนื้อเยื่อ (ระบุน เช่น สมอง เนื้อเยื่อส่วนปลาย)	วิตกกังวล (น้อย ปานกลาง รุนแรง)
ไม่สามารถจะรักษาทางเดินหายใจให้โล่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ซีมีเศร้า
ไม่สามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ	สิ้นหวัง
มีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซจำนวนเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลง	สูญเสียอำนาจ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง	ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง
6. สติปัญญาและการรับรู้	ไม่รู้จักตนเอง
มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความสบาย	8. บทบาทและสัมพันธภาพ
เจ็บปวด	โศกเศร้า
เจ็บปวดเรื้อรัง	ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาท (ระบุน)
การรับรู้ทางประสาทสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป	* แยกตัวจากสังคม
มีการรับรู้มากเกินไป (Sensory overload)	มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่เหมาะสม
มีการรับรู้น้อยเกินไป (Sensory deprivation)	มีความบกพร่องในการสื่อสารหรือสื่อสารด้วยคำพูด เสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง
มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของความคิดขาดความรู้สึก (ระบุน)	*ขาดระบบการสนับสนุน
	เสี่ยงที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของความเป็นบิดามารดา
	มีความบกพร่องในความผูกพันระหว่างทารกและบิดามารดา
	9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์
	ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้
	มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนเพศสัมพันธ์
	10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

มีความบกพร่องในการเผชิญต่อความเครียด	ไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาครอบครัว
มีความบกพร่องในการปรับตัว	11. ความเชื่อและค่านิยม
ไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา	ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ

แหล่งที่มา : Gordon, 1987.

หมายเหตุ * NANDA ยังไม่ได้ให้การรับรอง

การวินิจฉัยการพยาบาลยังเป็นเรื่องที่อยู่ระหว่างการพัฒนาและยังคงต้องพัฒนาควบคู่ไปกับวิชาชีพตลอดไป อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยการพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ผู้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำเป็นต้องทราบคุณลักษณะของการวินิจฉัยการพยาบาลและข้อแตกต่างระหว่างการวินิจฉัยการพยาบาลกับการวินิจฉัยทางการแพทย์

คุณลักษณะของการวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลจำเป็นต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ (วิพร เสนารักษ์, 2533)

1. เป็นภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพดี หรือปัญหาสุขภาพ) ของผู้รับบริการ กรณีมีสุขภาพดี พยาบาลจะมีบทบาทสนับสนุนให้คงภาวะสุขภาพดีนั้นนานที่สุดหรือตลอดไปถ้าเป็นไปได้
2. เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยมีปัจจัยบางประการ (ปัจจัยเสี่ยง) บ่งชี้ว่าจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้น
3. เป็นสภาพการณ์ที่พยาบาลสามารถสั่งการรักษาได้โดยอิสระภายใต้สิทธิ

ตามกฎหมาย

4. มีขอบเขตครอบคลุมถึงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และวิญญาณของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การดูแลคนทั้งคน (Holistic approach)

5. เกิดจากการตัดสินใจของพยาบาล

6. เกิดจากการสรุปแบบแผนหรือกลุ่มข้อมูลที่ตรวจสอบ ยืนยันได้

7. มีองค์ประกอบ 2 ส่วน

ส่วนแรกคือ ข้อความที่เกี่ยวกับลักษณะที่กล่าวมา

ส่วนที่สอง คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับส่วนแรก และอธิบายความสัมพันธ์

ระหว่าง 2 ส่วน ด้วยคำว่า "เนื่องจาก"

สำหรับความแตกต่างระหว่างการวินิจฉัยการพยาบาลกับการวินิจฉัยการแพทย์มีดังนี้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการวินิจฉัยการพยาบาลและการวินิจฉัยการแพทย์

การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยการแพทย์
1. อธิบายการตอบสนองของผู้รับบริการต่อโรค	1. อธิบายกระบวนการเฉพาะโรค
2. เน้นปัจเจกบุคคล	2. เน้นที่พยาธิสภาพของโรค
3. เปลี่ยนแปลงได้เพื่อการตอบสนองของผู้รับบริการเปลี่ยน	3. ไม่เปลี่ยนแปลงคงอยู่ เช่นนี้จนกว่าจะหายเจ็บป่วย
4. นำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลตามขอบเขตบทบาทของพยาบาล	4. นำไปสู่การรักษาของแพทย์ บางกิจกรรมมีพยาบาลช่วยเหลือ
5. มักเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสุขภาพของตน	5. มักเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนทางพยาธิสภาพสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในร่างกายของบุคคล

แหล่งที่มา : วิพร เสนารักษ์, 2533.

การวินิจฉัยการพยาบาล จำเป็นต้องอาศัยทักษะทางความคิดหลายประการคือ การใช้เหตุผลทั้งเชิงอุปนัยและนิรนัย (Inductive and deductive reasoning) คิดอย่างมีเหตุผล (Critical thinking) การตัดสินใจ และความเป็นปรนัย ไม่ใช่ความรู้สึกนึกคิดของตน (วิพร เสนารักษ์, 2532)

ซึ่งในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถนั้น กระทำได้ 3 รูปแบบ ดังนี้ (วิพร เสนารักษ์, 2533)

รูปแบบที่ 1 มีภาวะสุขภาพดี

ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่งเสริม)

ตัวอย่างเช่น

มีการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เนื่องจากต้องการให้มีสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ

รูปแบบที่ 2 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยง

เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยเสี่ยง)

ตัวอย่าง

เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง

รูปแบบที่ 3 มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นแล้ว

ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยที่ทำให้เกิด)

ตัวอย่าง

การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากขาทั้งสองข้างอ่อนแรง

นอกจากการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบแล้ว กอร์ดอน (Gordon) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่า ควรกำหนดข้อวินิจฉัยในรูปแบบของ "PES" (Sorensen and Luckmenn, 1986)

P = Problem หรือปัญหา

E = Etiology หรือสาเหตุของปัญหา

S = Signs and Symptoms หรืออาการแสดงและอาการ

จากการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้ง 4 รูปแบบพอจะสรุปได้ว่า เริ่มต้นด้วยการกำหนดภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพและตามด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล สามารถกำหนดวิธีปฏิบัติได้ดังนี้

1. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ไม่ใช่ความต้องการการรักษายาบาล ตัวอย่าง เช่น

"ต้องการให้พยาบาลช่วยเช็ดตัว" ไม่ใช่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลอาจปรับเป็น "ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเอง"

2. ใช้ข้อความที่ไม่เสี่ยงต่อความตีความหมาย เช่น "เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่ค่อยได้รับการเปลี่ยนท่านอน" แต่ควรเขียนเป็น "เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองเพราะมีภาวะ Quadriplegia"

3. ใช้ "เนื่องจาก" เชื่อมข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่มิได้หมายความว่าข้อความหลังคำว่า "เนื่องจาก" เป็นสาเหตุโดยตรงของข้อความส่วนหน้า เพราะมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั้น ๆ

4. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่น

"การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากขาทั้งสองข้างอ่อนแรง" เป็นข้อวินิจฉัยที่พยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้ จึงควรเปลี่ยนเป็น "การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากยังไม่รู้วิธีและพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวได้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ" ซึ่งพยาบาลจะสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือได้

5. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เช่น "ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เนื่องจากมีปัญหาในการรับประทานอาหาร" ควรปรับเป็น "ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง เนื่องจากปวดนิ้วมือทั้งสองข้าง"

6. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้นำเอาคุณค่าและมาตรฐานของตัวพยาบาลมาอิทธิพลต่อการวินิจฉัยการพยาบาล เพราะการวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีพื้นฐานจากข้อมูลปรนัยและข้อมูลอัตนัยที่รวบรวมจากผู้รับบริการที่ทำให้ความร่วมมืออย่างดี หรือจากบุคคลที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้ นำมาเปรียบเทียบกับคุณค่าและมาตรฐานที่สอดคล้องและเหมาะสมกัน

7. ต้องชัดเจน กระชับรัด เป็นศัพท์ที่บุคลากรกับที่ทำการพยาบาลสามารถเข้าใจได้ ควรหลีกเลี่ยงคำย่อที่ไม่มีความหมาย (อาภาพร พัววิไล, 2533) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น

8. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปกติข้อความส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ข้อความส่วนหลังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระวังอย่างสลับตำแหน่งกัน เช่น

"ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากทนต่อกิจกรรมลดลง" ควรเปลี่ยนเป็น "ทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง"

9. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัย เพราะอาการและอาการแสดงเพียงอย่างเดียวไม่ใช่การวินิจฉัยการพยาบาล เช่น

"มีไข้" "คลื่นไส้อาเจียน" เพราะอาการเหล่านี้เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ หรือการตอบสนองของมนุษย์ได้หลายอย่าง

10. หลีกเลี่ยงไม่ใช้การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพราะพยาบาลไม่สามารถแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้ในขอบเขตบทบาทของพยาบาล แต่บางครั้งอาจใส่การวินิจฉัยโรคในข้อความส่วนที่สองของข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงขึ้น และจะใส่การวินิจฉัยโรคต่อท้ายข้อความส่วนที่สองโดยเชื่อมคำว่า "เพราะ" เช่น

"ปวดเรื้อรังเนื่องจากกระบวนการอักเสบ เพราะ Rheumatoid arthritis" ซึ่งจะมีการให้ความช่วยเหลือแตกต่างจาก "ปวดเรื้อรังเนื่องจากกระบวนการอักเสบเพราะ Septic Arthritis"

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งนี้จะเห็นได้ว่า พยาบาลสามารถใช้แนวความคิดของแบบแผนทางด้านสุขภาพมาสร้างเป็นแบบประเมินผู้รับบริการ เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนที่จะกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพยาบาลยังคงประสบปัญหาของการประเมินผู้รับบริการอยู่ เช่น ผลการศึกษาของอีเคิลสไตน์ (Edelstein, 1990) ซึ่งพบว่า ในการตรวจสอบแบบบันทึก 36 ชุด ของโรงพยาบาลนครหลวงขนาด 700 เตียง แห่งหนึ่ง ในสหรัฐอเมริกา มีการเขียนข้อมูลพื้นฐานของการรับบริการ มีค่าเฉลี่ยเป็น 2.83 (คะแนนเต็มเท่ากับ 6) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจแบบบันทึกของพยาบาลที่ศูนย์การแพทย์เมโทดิส (Methodist Medical Center) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 292 เตียง ในดัลลัส (Dallas) เมื่อเร็ว ๆ นี้พบว่า ข้อมูลของผู้รับบริการมักถูกลืมบันทึกโดยเฉพาะการประเมินผู้รับบริการ มักไม่ได้บันทึกข้อมูลไว้ (Miller and Pastorino, 1990) ปัญหาเหล่านี้อาจเนื่องมาจากยังขาดแบบประเมินผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพหรือขาดระบบบันทึกที่ดี จำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไป เพื่อให้มีการรวบรวมข้อมูลมากเพียงพอที่จะกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลได้ต่อไป

การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการพยาบาลพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาลที่ได้ศึกษามา เป็นแนวทางในการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ การวางแผนการพยาบาลจะมีขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน คือ การลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์ประเมินผลของการพยาบาล และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไปตามลำดับ

การลำดับความสำคัญของปัญหา

ปัญหาที่กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล จะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นและคุกคามผู้รับบริการ และปัญหาที่เสี่ยงต่อการเกิดขึ้นในอนาคต การพิจารณาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะขึ้นอยู่กับ ประเภทผู้รับบริการและนโยบายของสถาบันที่ให้บริการสุขภาพนั้น ๆ

และแนวทางการพิจารณาเพื่อจัดลำดับปัญหาทั้งหมด 5 แนวทาง ดังนี้ (พรนิรันดร์ อุคตถาวรสุข, อัจฉรา หล่อวิจิตร และพรทิพย์ บุญพวง, 2533)

1. พิจารณาตามลักษณะของปัญหา โดยพิจารณาปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตมาก่อนปัญหาอื่น แบ่งระดับกับความรุนแรงของปัญหาเป็น 3 ระดับ คือ

ลำดับที่ 1 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลทันที เช่น ทางเดินหายใจไม่โล่ง

ลำดับที่ 2 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลรีบด่วน ถ้าทิ้งไว้นานอาจเกิดเป็นปัญหารุนแรงขึ้น เช่น ตกเลือด เพราะการคลอດเนื่องจากตั้งครรภ์ที่ 7

ลำดับที่ 3 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลแต่รอได้ เช่น เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากมีอาการเบื่ออาหารเป็นเวลานาน

2. พิจารณาตามหลักการวิทยาศาสตร์และแนวคิดต่าง ๆ ซึ่งแนวคิดที่นิยมนำมาใช้คือ แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลของมาสโลว์ (Maslow) โดยแบ่งระดับความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ชั้น คือ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการด้านสังคม ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ และความต้องการสมปรารถนาในชีวิต

3. พิจารณาตามความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการ นิยมเข้ามาในภาวะที่ไม่มีปัญหาคุกคามต่อชีวิต เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ปัญหาของครอบครัว เป็นต้น ในการแก้ปัญหาพยาบาลกับผู้รับบริการจะร่วมมือหาทางแก้ปัญหา ผู้รับบริการจะมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาบางอย่าง เพียงใดย่อมขึ้นกับคุณลักษณะของผู้รับบริการที่พยาบาลจะนำมาพิจารณา ซึ่งได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การให้คุณค่าและความรู้สึกต่อการแก้ปัญหาสุขภาพ ภาวะสุขภาพทั่วไป และความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ

4. พิจารณาตามแผนการดูแลรักษาโดยส่วนรวม การจัดลำดับปัญหาต้องจัดให้สอดคล้องกับบุคลากรในทีมสุขภาพคนอื่น ๆ

5. พิจารณาตามทรัพยากรที่มีอยู่ ในกรณีที่ยาบาลมีจำนวนน้อย แต่มีผู้รับบริการมาก พยาบาลจะมุ่งแก้ปัญหาทางกายเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงจัดลำดับความสำคัญของปัญหาทางกายมาก่อน

อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรจะต้องใช้วิจยรณณณาว่าควรนำแนวทางใดมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และในแต่ละสถานการณ์ เพราะไม่อาจยึดแนวทางใด แนวทางหนึ่งมาใช้ได้

ตลอดไปในการปฏิบัติจริง อาจจัดกลุ่มปัญหาของผู้รับบริการตามระดับความคุกคามชีวิตและความ
 รับผิดชอบของการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ในแต่ละระดับอาจมีหลาย
 ปัญหา ดังนั้นการเลือกให้การพยาบาลในปัญหาใดก่อนควรพิจารณาเกณฑ์อื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น
 ทรัพยากรและนโยบายของสถานบริการ แผนการรักษา เป็นต้น

การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล

หลังจากลำดับความสำคัญของปัญหาแล้ว ต่อไปจะมีการกำหนดจุดมุ่งหมายการ
 พยาบาลของแต่ละปัญหา หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจุดมุ่งหมาย (Goal) จะเป็นข้อความที่
 แสดงถึงความคาดหวังพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลเนื่องมาจากการ
 พยาบาล การเขียนจุดมุ่งหมายเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาแต่ละข้อ ไม่มีกำหนดว่าต้องมีจุดมุ่งหมาย
 กี่ข้อ แต่ขึ้นอยู่กับว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นสะท้อนถึงปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจงเพียงใด อาจมี
 จุดมุ่งหมายเดียวหรือมากกว่า 1 จุดมุ่งหมายก็ได้

วัตถุประสงค์สำหรับการเขียนจุดมุ่งหมาย

1. เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนการพยาบาล
 2. เป็นแนวทางในการสร้างเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ
- พยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการตามแผนที่วางไว้

วิธีการเขียนจุดมุ่งหมาย

คำที่มักเขียนประกอบอยู่ในจุดมุ่งหมายได้แก่ เพิ่ม ลด คงสภาพ ปรับปรุง พัฒนา
 และบำรุงรักษา เช่น

ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เพิ่มความอดทนต่อการออกกำลังกาย

จุดมุ่งหมายอาจเป็นจุดมุ่งหมายระยะยาวหรือระยะสั้นก็ได้ แต่เนื่องจากผู้รับบริการ
 ส่วนใหญ่มีรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาไม่นาน ดังนั้นการกำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะเวลา
 ที่ได้อยู่กับผู้รับบริการ สำหรับจุดมุ่งหมายระยะยาวมักใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังหรือพักรักษาตัวที่บ้าน

อย่างไรก็ตาม ครอน (Kron, 1971) ได้กล่าวว่า การกำหนดจุดมุ่งหมายไม่จำเป็นต้องเขียนจุดมุ่งหมายของทุก ๆ ปัญหา แต่ควรเขียนจุดมุ่งหมายสำหรับปัญหาที่สำคัญมากกว่า ดังนั้น หากนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติจริง น่าจะก่อให้เกิดความสะดวกต่อพยาบาลในงานบันทึกมากยิ่งขึ้น คือ จะลดงานเขียนเกี่ยวกับการกำหนดจุดมุ่งหมายลง และพยาบาลจะใช้เวลาไปบันทึกสิ่งที่จำเป็นต้องบันทึกในส่วนอื่นของการบันทึกทางการพยาบาลต่อไป และให้สอดคล้องกับภาระงานที่พยาบาลต้องรับผิดชอบอยู่มากมายนอกเหนือจากงานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของ แอทแลนตา (Atlanta, 1989) โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลใช้เวลากับงานเชิงวิชาชีพของพยาบาล (Professional nursing) ร้อยละ 26 งานที่สนับสนุนการพยาบาล (Professional support) เช่น ให้อาหาร สอนและประสานงาน ร้อยละ 22 อีกร้อยละ 52 ใช้เวลากับงานบ้าน การติดต่อทางโทรศัพท์และจัดหาวัสดุต่าง ๆ

การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

เมื่อกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล ซึ่งทำให้พยาบาลได้เห็นแนวทางในการให้การพยาบาลแล้ว จะต้องมีการระบุเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล เพื่อกำหนดขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดกับผู้รับบริการ เพราะเกณฑ์ประเมินผล (Outcome Criteria) เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้น การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. กำหนดช่วงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาล
2. ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินว่าผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตามจุดมุ่งหมายหรือไม่

ในการกำหนดเกณฑ์ประเมินผล จะมีส่วนประกอบของเกณฑ์ประเมินผลดังกล่าวต่อไปนี้

ส่วนประกอบของ เกณฑ์ประเมินผล

โดยทั่วไป เกณฑ์ประเมินผลจะประกอบด้วย

1. ประธาน คือ ผู้รับบริการ แต่มักจะไม่เขียนในข้อความของเกณฑ์ประเมิน

เพราะได้กล่าวถึงผู้รับบริการในส่วนของจุดมุ่งหมายของการพยาบาลแล้ว

2. กริยา คือ การกระทำของผู้บริการ เช่น ตีมน้ำ บอกความรู้สึก เป็นต้น

3. เงื่อนไข เป็นส่วนขยายกริยา โดยจะบ่งบอกถึงพฤติกรรมของผู้รับบริการว่าจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ใด คือ จะทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร หรือทำอย่างไร เช่น

- เดินโดยที่ไม่ใส่คาร์กแร้ (ทำอย่างไร)

- หลังจากได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลแผลที่ถูก

น้ำร้อนลวกแล้ว ผู้รับบริการสามารถบอกวิธีการทำความสะอาดแผลได้ (เมื่อไร)

4. เกณฑ์ของการปฏิบัติที่คาดหวัง จะกำหนดเวลา ความถูกต้อง ระยะทาง และคุณภาพ เช่น

- สามารถลุกนั่งบนเตียงได้ภายหลังจากผ่าตัดไส้ติ่ง 24 ชั่วโมง (เวลา)

การเขียนจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผล จำเป็นต้องเขียนให้ถูกต้อง ดังนั้น จึง

ต้องกำหนดแนวทางในการเขียนดังต่อไปนี้

1. เขียนข้อความแสดงจุดมุ่งหมาย และเกณฑ์ประเมินผล โดยเน้นพฤติกรรมของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

2. ต้องเขียนจุดมุ่งหมายให้สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และเกณฑ์ประเมินผล

3. ตั้งเกณฑ์ประเมินผลให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงสภาพของผู้รับบริการ รวมถึงสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการ

4. เขียนจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา

5. เขียนเกณฑ์ประเมินผลโดยใช้ข้อความที่วัดได้ ไม่ใช่คำหรือข้อความที่คลุมเครือหรือตัวอย่างไม่เป็นสากล

หลังจากกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผลแล้ว ต่อไปจะต้องกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing order) เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติ การพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการให้เปลี่ยนพฤติกรรม ไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลจะต้องครอบคลุมบทบาทของพยาบาล ทั้ง 4 มิติ

ประเภทของกิจกรรมการพยาบาล

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมบทบาททั้งสี่ของพยาบาลจะประกอบด้วย กิจกรรม 5 ประเภท ดังนี้

1. ให้ความดูแล (Caring)
2. ให้ความช่วยเหลือ (Helping)
3. ให้บริการ (Biving) เช่น จัดสภาพแวดล้อมของหน่วยผู้ป่วยให้สะอาด
4. ตรวจสอบ (Monitoring) เช่น บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออก
5. สอน (Teaching) เช่น สอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายหลังได้รับการ

เข้าเฝ้าที่ขา

นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 4 บทบาท คือ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีรายละเอียดซึ่งจะกล่าวต่อไป

ขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาท 4 มิติ ได้แก่

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากการเจ็บป่วยทั้งทางกาย จิต และสังคม

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ (2531) กล่าวถึงกิจกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจสอบสุขภาพ การให้คำแนะนำและความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ การสอนและการสาธิต การฝึกอบรม การจัดสิ่งแวดล้อม และการประสานงานการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ตัวอย่างเช่น ให้ความแนะนำเรื่องหลักการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ สอนหญิงคลอดบุตรให้รู้จักวิธี การอาบน้ำทารก สอนวิธีปฏิบัติตนเพื่อควมมีสุขภาพที่ดี วางแผนและประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพคนอื่น ๆ

2. การป้องกันโรค เป็นกิจกรรมที่มุ่งปกป้องบุคคลจากสิ่งที่ไม่ดี สุขภาพ หรืออันตรายต่าง ๆ มุ่งป้องกันการเจ็บป่วยในบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้พ้นจากความเจ็บป่วยทุกปีที่ผ่านมา และมีชีวิตอย่างปกติสุข

กิจกรรมในด้านการป้องกันโรคประกอบด้วย การเฝ้าระวังการเกิดโรค การสร้างภูมิคุ้มกัน การควบคุมและป้องกันโรค และการสุขภาพสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติตน

เมื่อมีโรคระบาด

3. การรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมที่มุ่งการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน
 านบุคคลที่เจ็บป่วย

กิจกรรมในด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
 การรับและส่งต่อผู้ป่วย การติดตามดูแลการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง

4. การฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดำรงภาวะปกติสุขได้
 ภายหลังจากการเจ็บป่วย การป่วยเรื้อรัง และรอดพ้นจากความพิการ หากมีความพิการเกิดขึ้น
 ก็ส่งเสริมให้สามารถอยู่กับความพิการได้อย่างมีคุณภาพ และพึงพอใจ รวมทั้งสามารถยอมรับสภาพ
 และปรับชีวิตเพื่อเตรียมรับการจากไปหรือความเรื้อรังของโรคเป็นอย่างดี

นอกจากพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมให้ครอบคลุมทั้ง 4 บทบาทที่กล่าวมาแล้ว
 พยาบาลยังจะต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย กาย จิต และสังคม จาก
 แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) สมจิต หนูเจริญกุล (2531)
 ได้กล่าวว่า เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่าง
 กาย จิต วิญญาณ ออกมาเป็นหนึ่ง โดยบุคคลจะเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น
 ครอบครัว หรือชุมชน และบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

พอสรุปได้ว่า การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลจำเป็นต้องกำหนดให้ตอบสนอง
 ความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านกาย จิต และสังคม สำหรับขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละ
 ด้านมีดังนี้

1. ด้านกาย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ เช่น อาหาร
 อากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเคลื่อนไหว เป็นต้น ตัวอย่างกิจกรรม

การพยาบาล เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้อง
 และครบถ้วน

2. ด้านจิตใจ เป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้าน
 จิตใจ เช่น ช่วยลดความวิตกกังวล ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสิ้นหวัง

3. ด้านสังคม เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่
 ของตนได้ในสังคม มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น (Beck,

Rawlins and Williams, 1988) เช่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและเจ็บบ่อย

แม้พยาบาลจะรับบทบาทของตนเองที่ต้องการให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม แต่ในปัจจุบันการที่แพทย์นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการรักษาผู้รับบริการลับซับซ้อนมากขึ้นเท่าใด งานของพยาบาลจะถูกเบนไปจากตัวผู้ป่วยมาอยู่ที่การจัดการกับเทคนิคมากขึ้น (สุธีรา อุณหระกูล, 2528) ต่อไปพยาบาลจะมีความสับสนในบทบาทของตนเองมากขึ้น (Smoyak, 1987) ในที่สุดก็ไม่สามารถแยกแยะได้ว่า พยาบาลมีบทบาทอย่างไรบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทูฮีย์ และพิวต์ พบว่า พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ไม่สามารถแยกได้ว่าบทบาทของตนเองมีอะไรบ้าง และมักจะทำหน้าที่ด้านการรักษาแทนแพทย์ด้วย (Toohey and Field, 1985 : 38-40 quoted in Eaves, D., 1987)

แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีจุดยืนของตนเอง คือ รักษาความเป็นเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพทุก ๆ ด้าน เพื่อมิให้วิชาชีพถูกเบียดเบียนออกไป ซึ่งวิธีการหนึ่งที่พยาบาลควรจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้มีการนำวิชาความรู้ของวิชาชีพไปปฏิบัติ คือ การบันทึกแผนการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพต่อผู้รับบริการ การที่พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลได้ดีนั้น พยาบาลจำเป็นต้องรู้ว่า จะเขียนกิจกรรมการพยาบาลอย่างไร ต่อไปจะได้กล่าวถึงส่วนประกอบของกิจกรรมการพยาบาลและหลักการที่ต้องคำนึงในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนประกอบของกิจกรรมการพยาบาล

การเขียนกิจกรรมการพยาบาลจะประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

1. วันที่ จะต้องเขียนวันที่ เริ่มและสิ้นสุดการทำกิจกรรม หรือวันที่พบทวนและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป
2. กริยาและส่วนขยายกริยา นั่นคือตัวกำหนดสิ่งที่จะกระทำอย่างชัดเจนและเจาะจง เช่น สาธิตวิธีการตัดถุง Colostomy
3. ผู้ปฏิบัติ จะทำอะไรและอย่างไร ที่ไหน เมื่อไร บ่อยเพียงไร เช่น พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง

ส่วนล่างแผนผ่าตัดที่ท้องน้อย เวลา 9.00 น. ของทุกวัน

4. กิจกรรมที่ปฏิบัติ เป็นกิจวัตร หรือมีคู่มือการปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับกันในหน่วยงาน เขียนเฉพาะหัวข้อก็เพียงพอแล้ว เช่น ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนบัสสาวะคาไว้ ถ้าต้องการระบุให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยรายนั้น อาจเขียนเป็น ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนบัสสาวะคาไว้ทุกเวลา

5. ลายเซ็นต์ เพื่อบ่งบอกความรับผิดชอบของพยาบาล

หลักการในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ต้องคำนึงถึงหลักการดังนี้

1. ใช้หลักการหรือแนวคิดในทฤษฎีและศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ

2. การเขียนหลักการและเหตุผลของกิจกรรมผ่านการพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเขียนในแผนการพยาบาลที่ใช้ในหอผู้ป่วย เพราะถือว่าพยาบาลทุกคนผ่านการเรียนและมีความรู้แล้ว ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับความคิดเห็นของลิทเทิลและคาร์เนวาเลีย (Little and Carnevali, 1969) โดยกล่าวว่า หากการเขียนแผนการพยาบาลยังคงเป็นสิ่งที่ยุ่งยากของพยาบาล จึงควรมีข้อปฏิบัติที่จะช่วยให้การเขียนแผนการพยาบาลสะดวกและเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน คือ ละเว้นการเขียนเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาล และใช้สัญลักษณ์หรือคำย่อ

3. สอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาของบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ

4. คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลโดย

4.1 ยึดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและจุดมุ่งหมายการพยาบาลเป็นหลัก

4.2 พิจารณาจุดเด่นและจุดอ่อน (Strength and Weakness) ของผู้รับบริการให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม การศึกษา ระดับสติปัญญา สภาพครอบครัว และเศรษฐกิจ

4.3 พิจารณาความรีบด่วนและความรุนแรงของปัญหา

4.4 ตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการ

5. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม คงไว้ และรักษาสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ

6. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน

7. ใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล จุดมุ่งหมายการพยาบาล ซึ่งแต่ละเกณฑ์ประเมินผลทั้ง 4 ส่วนนี้จะรวมอยู่ในแผนการพยาบาล ซึ่งแต่ละสถาบันจะมีแบบฟอร์มแตกต่างกันตามความเหมาะสม เพื่อสะดวกต่อการใช้ แผนการพยาบาลถือเป็นหัวใจของกระบวนการพยาบาล และเป็นตัวกำหนดเอกลักษณ์ของความเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลต้องยอมรับคุณลักษณะของความเป็นวิชาชีพพยาบาล ในการกำหนดแผนพยาบาลและใช้แผนพยาบาลให้เป็นประโยชน์ต่อสถาบันวิชาชีพ (พาริดา อิบราฮิม, 2531)

การกำหนดให้พยาบาลเขียนแผนการพยาบาล จำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. จะต้องสร้างระบบการเขียนแผนการพยาบาลให้เป็นเรื่องง่ายสำหรับพยาบาล เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับ (Given and Simoni, 1979) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคันทิงและเฟลคเคอเรอร์ (Cunning and Pfloderer, 1986) โดยกล่าวว่า แผนการพยาบาลจะต้องทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติและสามารถนำไปใช้ในการส่งเวรได้
2. การเขียนแผนการพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรทันทีเสมอไป (พาริดา อิบราฮิม, 2531) แต่ลงมือเขียนภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลไปแล้วเมื่อมีเวลาว่าง
3. ควรมีการปรับปรุงแผนการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยพยาบาลต้องหาเวลาที่สะดวกที่สุดในการปรับปรุงแผนการพยาบาล หรือปรับปรุงในช่วงส่ง-รับเวร และหัวหน้าตึกจะมีบทบาทในการตรวจสอบแผนการพยาบาลและบันทึกต่าง ๆ (Kron, 1971) นอกจากนี้ในการประชุมทางการพยาบาล (Nursing Conference) ก็ควรมีการทบทวนดูความสมบูรณ์ของแผนการพยาบาลและเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาลด้วย
4. ปรับปรุงให้มีการเขียนแผนการพยาบาลในแบบฟอร์มที่ถาวร เพราะการเขียนแผนการพยาบาลในคาร์เด็กด้วยดินสอและลบออก ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติการพยาบาล และในคาร์เด็กที่ไม่มีที่มากพอสำหรับการเขียนแผนการพยาบาลที่สมบูรณ์ นอกจากนี้พบว่าการใช้แบบบันทึกถาวรสำหรับบันทึกแผนการพยาบาลมีผลดี ตัวอย่างเช่น โครงการพัฒนาระบบเอกสารของศูนย์การแพทย์ของแมชชาจูเซท แมมโมเรียลกลาง (The Medical Center of Central

Massachusetts Memorial) ได้พัฒนาให้แบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นแบบบันทึกถาวร ช่วยให้สามารถคาดคะเนถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ และสามารถประเมินได้ว่าแผนการพยาบาลควรเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม (Schifiliti, et al., 1989)

การลงบันทึกตั้งแต่ประเมินผู้รับบริการ วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล นับเป็นสิ่งสำคัญ ส่วนการบันทึกเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลซึ่งจะกล่าวต่อไป ก็เป็นสิ่งสำคัญและเป็นหลักฐานทางการพยาบาลที่พยาบาลควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง หย่อนไปกว่าการประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) จะเป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ

การปฏิบัติการพยาบาล จะมี 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ (Preparation) การปฏิบัติ (Intervention) และการลงบันทึกเป็นหลักฐาน (Documentation) สำหรับในที่นี้จะกล่าวเฉพาะการลงบันทึกเป็นหลักฐาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้โดยตรง

หลังจากวางแผนการพยาบาลแล้ว จะนำแผนนี้ไปปฏิบัติ แล้วต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยจะรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการบันทึกลงในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาล การรายงานผลนี้เป็นสิ่งจำเป็น และให้ประโยชน์ดังนี้

1. เป็นหลักฐานเพื่อตรวจสอบว่าเป็นกิจกรรมที่ได้กระทำจริง และมีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใด
2. สื่อความหมายให้แก่ทีมพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
3. รายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติการพยาบาล
4. ให้การพยาบาลดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง
5. เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผู้ศึกษา
6. เป็นข้อมูลใช้ประกอบการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

7. กระตุ้นให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการรายงานผล
8. ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมการพยาบาลว่า ได้ผลเพียงใด เป็นไปตามเป้าหมายและหลักการเพียงใด (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์, 2531)

พยาบาลจะบันทึกข้อมูลเพื่อรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลลงในแบบบันทึกการพยาบาล โดยจะต้องบันทึกสิ่งต่อไปนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจริง
2. พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปภายหลังได้รับการพยาบาลในแต่ละกิจกรรม
3. ข้อมูลหรือปัญหาที่ประเมินได้ใหม่ เพื่อจะได้พิจารณาว่ากิจกรรมนั้นเหมาะสมหรือมีข้อบกพร่องอย่างไร
4. ลงชื่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลไว้เป็นหลักฐาน

ในปัจจุบันจะพบว่า การบันทึกของพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยบันทึกเฉพาะสิ่งที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร และเหมือนกันในผู้รับบริการเกือบทุกคน เช่น ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ เป็นต้น ทำให้ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการเพียงพอในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุชาดา รัชชกุล เรื่อง "การวิเคราะห์บันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตกรุงเทพมหานคร" พบว่าบันทึกการพยาบาลในส่วนของความต้องการพื้นฐานจะบันทึกสั้น ๆ และซ้ำจากเวรก่อน ๆ ในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ อาหาร และการตรวจสัญญาณชีพ ส่วนด้านการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล จะบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าการติดตามประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วย (สุชาดา รัชชกุล, 2528)

ดังนั้น แนวทางสำหรับการบันทึกการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ อาจจะใช้บันทึกในรูปแบบของ SOAP หรือ DAE หรือ DAR ก็ได้ เพื่อสนับสนุนการบันทึกโดยยึดกระบวนการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ 2 แนว คือ

1. บันทึกในรูปแบบของ SOAP เหมือนการบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการในระบบการบันทึกโดยปัญหา (ซึ่งจะกล่าวต่อไปในระบบบันทึกโดยปัญหาและเขียนเป็นเชิงบรรยาย (Narrative record))

2. บันทึกในรูปแบบของ DAE หรือ DAR โดย

D = Data ซึ่งจะหมายถึงข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (objective data)

A = Action หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ

E = Evaluation หมายถึง การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับบริการ

R = Response ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกับ Evaluation ที่กล่าวข้างต้น

แนวคิดการบันทึกในรูปแบบนี้ เป็นแนวคิดจากการพัฒนารูปแบบการบันทึกของโรงพยาบาลเซ็นต์ โจเซฟ (St. Joseph's Hospital) ที่ฮามิลตัน (Hamilton) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการบันทึกการพยาบาลเป็นแบบ "DAE" (DAE format) พบว่า มีความยุ่งยากน้อยกว่าแบบ "SOAP" (Montemuro, 1988) รูปแบบของการบันทึกการพยาบาลนี้จะคล้ายคลึงกับรูปแบบบันทึกการพยาบาลที่เป็นแบบ "DAR" (DAR format) ซึ่งแลมป์ (Lampe, 1989) ผู้เป็นที่ปรึกษาด้านเอกสาร ได้เสนอแนะไว้ว่า รูปแบบการบันทึกแบบ "DAR" จะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักและบันทึกในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาล แลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ดังนั้น การบันทึกการพยาบาลจะเป็นการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเป็นหลักฐานสำหรับตรวจสอบต่อไปว่า เป็นกิจกรรมที่ได้กระทำจริงและมีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใด และเป็นวิธีการที่พยาบาลควรได้ตระหนักมากขึ้นกว่าการรายงานด้วยปากเปล่า เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องต่อการดูแลและผู้รับบริการ

การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อจากการปฏิบัติการพยาบาล จะเป็นการประเมินความก้าวหน้าของผู้รับบริการว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือไม่ (Marriner, 1979) เพื่อให้การพยาบาลผู้รับบริการแล้วผลอาจเป็นไปตามเป้าหมาย หรือไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนั้นผู้รับบริการอาจมีปัญหาใหม่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาล หรือ การพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการนั้นควรยุติเพราะปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว หรือต้องนำแผนการพยาบาลไปปรับปรุงใหม่ เพราะไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เปลี่ยนไป การประเมินผลจะกระทำได้ทั้งขณะปฏิบัติการพยาบาลและเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว เพื่อดูผลที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ (อาภาพร นวลโคกสูง และชิตชม สุวรรณน้อย, 2533) ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมของผู้รับบริการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนั้นแผนการพยาบาลนี้ยุติได้ หรือ ผู้รับบริการยังประสบปัญหาเดิม ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ต้องใช้แผนการพยาบาลเดิมต่อไป เป็นต้น

ขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ศึกษาเกณฑ์ประเมินผล โดยเกณฑ์ประเมินผลจะกำหนดไว้ชัดเจน เจาจะจงครอบคลุุม
 2. รวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล อาจกระทำในขณะปฏิบัติการพยาบาล หรือภายหลังปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของข้อมูล เช่น
 - 2.1 ตอบสนองต่อกิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจในปัญหา "ปวดเนื่องจากหัวเข่าอักเสบ" จำเป็นต้องเก็บข้อมูลในขณะปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการขาดสารอาหาร จำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลหลังปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องไปแล้วระยะหนึ่ง
- การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาประเมินผลการพยาบาล ทำได้หลายอย่าง เช่น สังเกต พูดคุยกับผู้รับบริการ ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ รวบรวมจากบันทึกทางการพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็นข้อมูลปรนัยและ/หรือข้อมูลอัตนัยก็ได้

3. ตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย การตัดสินจะเป็นไป 2 แนวทาง คือ

3.1 บรรลุตามจุดมุ่งหมาย

- หากตัดสินว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นสิ้นสุดลงแล้ว ก็ยุติการให้การพยาบาล

- หากตัดสินว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นยังไม่สิ้นสุด จะต้องให้การพยาบาลต่อไป แม้จะบรรลุจุดมุ่งหมายแล้วก็ตาม ซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ส่วนมากจะเกี่ยวกับปัญหาเสี่ยงต่าง ๆ

3.2 ไม่บรรลุจุดมุ่งหมาย พยาบาลต้องตรวจสอบซ้ำเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ประกอบการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล แล้วดำเนินการปรับปรุงแผนการพยาบาลในแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่

การประเมินผลจำเป็นต้องกระทำอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพของขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ, 2531) ดังนั้นขอบเขตของการประเมินผลมีดังนี้ (Alfaro, 1986)

1. ประเมินผลเพื่อตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้
2. ประเมินผลในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ซึ่งได้แก่
ขั้นการประเมินผู้รับบริการ การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตัดสินว่าปัจจัยใดที่ทำให้แผนการพยาบาลล้มเหลวหรือประสบความสำเร็จ

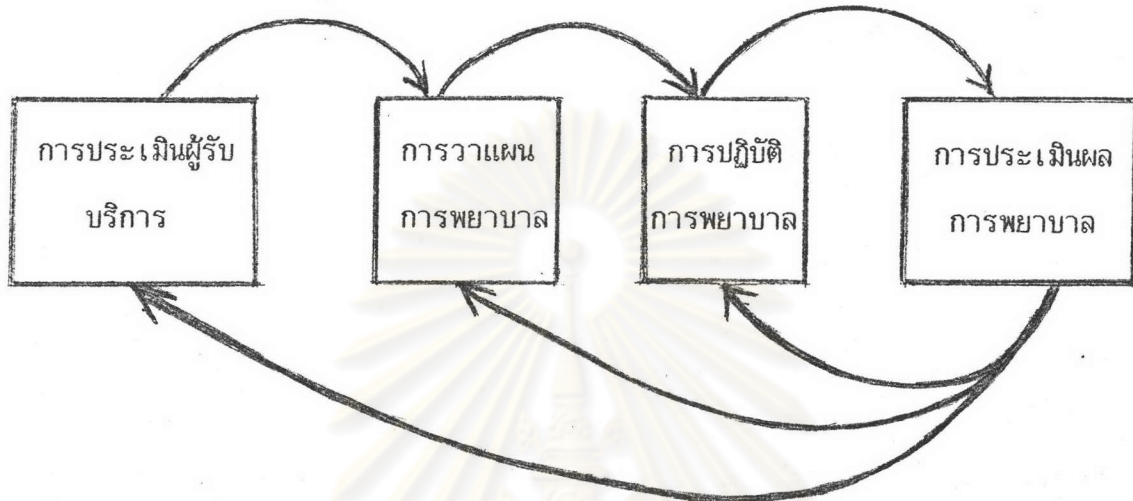
3. ประเมินผลว่า การพยาบาลนั้นควรยุติ หรือต้องเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม

การประเมินผลการพยาบาล จะถูกบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งอาจจะอยู่ในรายงานความก้าวหน้า หรือรายงานสรุปแล้วแต่สถาบัน (บุญศรี ปราบในศักดิ์ และ ศิริพร จีระวัฒนกุล, 2531)

ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยแต่ละขั้นตอนจะขึ้นอยู่กับความถูกต้องของขั้นตอนก่อน ๆ กระบวนการพยาบาลจะมีลักษณะเป็นพลวัตร แต่ละ

ขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการทบทวน พิจารณาหรือประเมินอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มประเมินผู้รับบริการเมื่อแรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 (ศิริพร ขัมภลสิทธิ์, 2533)



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ในความเป็นจริง สภาพการณ์ต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในช่วงที่พยาบาล ประเมินผลหรือปฏิบัติการพยาบาล อาจพบข้อมูลปัญหาใหม่ ๆ เกิดขึ้น ดังนั้นจำเป็นต้องมีการ ปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะ ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลแล้วนำไปบันทึกในแบบ บันทึกรักษาต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจํา หน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการบันทึกในขั้นการประเมินผู้รับบริการ การกำหนดปัญหาหรือข้อ วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การประเมิน ผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการนั้น ต่างมีแนวทางการบันทึกเฉพาะเจาะจง และแตกต่างกันไป

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในคลินิก

ในปัจจุบันมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลอย่าง แพร่หลาย แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เพราะยังมีอุปสรรค

และปัญหาหลายประการคือ

1. การใช้กระบวนการพยาบาลค่อนข้างใช้เวลา และด้วยสาเหตุที่พยาบาลมักจะคุ้นเคยกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าการเขียนรายงานผู้ป่วย ทำให้พยาบาลบางคนต่อต้านการใช้กระบวนการพยาบาลค่อนข้างมาก และเห็นว่าเป็นการเสียเวลาโดยใช่เหตุกับงานเขียน แต่ในความเป็นจริงแล้ว หากมีการใช้กระบวนการพยาบาลจนเกิดทักษะแล้ว จะทำให้ใช้กระบวนการพยาบาลได้เร็วขึ้น ไม่เสียเวลามาก และใช้กับผู้ป่วยทุกคนได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533) ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของคันทิงและเฟลด์เคอเรอ (Cunning and Pflederer, 1986) ที่กล่าวว่า แม้การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งที่ปฏิบัติไม่ง่าย แต่ก็ไม่ยากเกินกว่าที่จะกระทำ

2. พยาบาลยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาล โดยพยาบาลมักจะคุ้นเคยกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าที่จะบันทึก รายงานผู้ป่วย ดังผลการวิจัยของ ลัดดา เชียงเห็น (2530) เรื่อง "การวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล" พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สมบูรณ์ได้โดยเฉลี่ย 0.67 ใน 9 ข้อ และไม่ว่าพยาบาลจะมีประสบการณ์ วุฒิการศึกษา ต่างกัน ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล ก็มีความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

3. ความขัดแย้งในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล คือ มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ในการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลจากข้อมูลเดียวกัน ทำให้ต้องใช้เวลามากเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน ในการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยเป็นเรื่องยากลำบาก ดังนั้นการลดปัญหาเรื่องนี้ สามารถกระทำได้โดย (ศิริพร ชัมภลชิต, 2533)

3.1 ร่วมกันหาแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยขึ้น หรือนำเอาข้อวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับมาใช้ เช่น ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาเหนือ (North America Nursing Diagnosis Association หรือ NANDA) มาใช้

3.2 การให้ความยืดหยุ่นพอเพียงที่สามารถระบุเป็นข้อวินิจฉัยได้

4. ปัญหาในการเขียนแผนการพยาบาล โดยพยาบาลมักจะอ้างว่าไม่มีเวลาผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำไม่ทัน และคิดว่าแผนการพยาบาลเป็นที่ทราบกันแล้ว (สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2528) และบาร์บารา (Barbara, 1975) ได้บอกถึงสาเหตุที่พยาบาลไม่เขียนแผนการพยาบาลว่า เพราะได้รับการสอนมาตั้งแต่ตอนเป็นนักศึกษาว่า มีคำตอบที่ถูกต้อง

สำหรับทุกปัญหา ดังนั้นพยาบาลจะคาดหวังว่าหากเขาตัดสินใจถูก ผลลัพธ์ที่ใช้จะต้องถูกต้องเช่นกัน นอกจากนี้ พยาบาลมักจะโทษเกี่ยวกับเวลา เช่น ไม่มีเวลาในการให้การพยาบาล หากต้องเสียเวลาเขียนแผนการพยาบาลจากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ โดยศึกษาหารูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิก ให้ชื่อว่า "ระบบบันทึกแบบปัญหาทางการพยาบาล" โดยเริ่มทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลรามธิบดี ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 ถึง พ.ศ. 2526 ผลของการติดตามตรวจสอบการใช้ระบบบันทึกนี้ พบว่า การวางแผนการพยาบาลเฉพาะยังกระทำไม่ได้ตามเกณฑ์การบันทึกอย่างสมบูรณ์และพยาบาลได้เสนอแนะว่า มีความลำบากในการเขียนแผนการพยาบาล ต้องการผู้ชำนาญในการตรวจสอบแผนการพยาบาลที่แจ้งไว้ทุกครั้ง (สมจิต หนูเจริญกุล ประครอง อินทรสมบัติ และสุภาณี กาญจนจारी, 2528) ดังนั้นสำหรับปัญหาการเขียนแผนการพยาบาล จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

5. การใช้กระบวนการพยาบาลเน้นการเขียนเกินความจำเป็น โดยให้ความสำคัญกับการเขียนในรายละเอียดทุกขั้นตอน ทำให้ต้องใช้เวลามากและปฏิบัติงานไม่ทัน เนื่องจากพยาบาลมีภารกิจที่ต้องรับผิดชอบมากมาย ทำให้ผู้ใช้มีความรู้สึกที่ไม่สามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในคลินิกได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสัมพันธุ์ หิฎฐิระนันท์ และคณะ (2532) ในโครงการจัดหอบุคลากรเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2526 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2531 แม้จะพบว่า การบันทึกรายงานทางการพยาบาลเป็นที่พึงพอใจของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ แต่พยาบาลก็มีความคิดเห็นว่า ยังมีความยุ่งยากเกี่ยวกับการบันทึกเอกสารซึ่งมีเป็นจำนวนมาก ถ้าข้อมูลเหมือนเดิมไม่จำเป็นต้องเขียนซ้ำ ควรปรับปรุงการเขียนรายงานผู้ป่วยให้มีประโยชน์ ไม่เสียเวลา และสะดวกในการค้นหาข้อมูล

แนวทางแก้ไขอีกแนวทางหนึ่ง คือ การเขียนเฉพาะสิ่งที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น และละเว้นการเขียนข้อมูลที่ซ้ำซ้อน จะช่วยให้การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. ขาดความต่อเนื่องในการใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลเพียงบางส่วนที่ใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้ขาดความต่อเนื่องและไม่เห็นผลของการปฏิบัติที่เกิดกับผู้ป่วยบริการ ผู้ใช้จึงขาดแรงจูงใจและเลิกใช้ต่อไป ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมหรือจัดระบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

7. การใช้กรอบแนวคิดที่กว้างจนขาดขอบเขตที่ชัดเจน ทำให้มีปัญหาในการรวบรวมข้อมูล และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างมาก ดังนั้นในการใช้กระบวนการพยาบาล จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ชัดเจน เช่น ใช้แบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางการประเมิน และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป็นต้น

ปัจจุบันการใช้กระบวนการพยาบาลยังไม่มีระบบหลักฐานทางเอกสารที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกเท่าใดนัก ขณะนี้อยู่ในช่วงพัฒนาระบบการบันทึกโดยยึดกระบวนการพยาบาลเป็นหลักสำคัญ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ในการบันทึกและสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้บันทึกเท่าที่สามารถจะทำได้ เช่น จัดทำคู่มือและกำหนดแนวทางการบันทึก (Guidelines) ไว้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลผู้บันทึกมีความสะดวกในการบันทึกมากขึ้น กล่าวคือ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับวิธีการบันทึกในเรื่องใด ก็สามารถอ่านคู่มือหรือแนวปฏิบัติเหล่านั้นได้ทันที ทำให้บันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วนและรวดเร็ว ดังเช่น โรงพยาบาลเอกชนขนาด 600 เตียงแห่งหนึ่งได้พัฒนาประสิทธิภาพของระบบเอกสาร โดยตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อ พัฒนาระบบเอกสารโดยเฉพาะ แล้วเสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบเอกสารเรียกว่า "Charting by exception" คือ มุ่งให้พยาบาลสนใจสิ่งที่ผิดปกติหรือสิ่งสำคัญของผู้รับบริการมากกว่าการเสียเวลาไปกับสิ่งที่ปกติโดยละเอียด และจัดทำแบบบันทึกใหม่ โดยพิมพ์แนวทางการบันทึก (Guidelines) ไว้ด้านหลังของแบบบันทึก ซึ่งข้อดีของการพัฒนาระบบเอกสารครั้งนี้ คือ ทำให้เวลาที่ใช้บันทึกเอกสารน้อยลง การบันทึกซ้ำซ้อนลดลง และแนวทางการบันทึกซึ่งอยู่ด้านหลังของแบบบันทึกง่ายต่อการใช้อ้างอิง ซึ่งผลจากการพัฒนาระบบการบันทึกนี้ อยู่ในเกณฑ์เป็นที่น่าพอใจ (easy reference) (Murphy, Beglinger and Johnson, 1988)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในคลินิก แม้จะมีอุปสรรคอยู่บ้าง แต่หากฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลมีความตั้งใจที่จะหาวิธีการนำมาใช้จริง และจัดระบบการบันทึกที่ดี โดยเอื้อต่อการปฏิบัติของพยาบาลย่อมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิชาชีพเป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม การที่จะนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในระบบการบันทึก อาจจะต้องทำความเข้าใจหรือผสมผสานกับระบบการบันทึกโดยปัญหา เพราะทั้งกระบวนการและระบบบันทึกโดยปัญหามีความคล้ายคลึงในเชิงกระบวนการ แต่จะมีความแตกต่างในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับระบบการบันทึกโดยปัญหา จะกล่าวต่อไปในตอนที่ 3

ตอนที่ 3 ระบบการบันทึกโดยปัญหา

มาโนทัศน์ของระบบการบันทึกโดยปัญหา

การบันทึกโดยปัญหา (Problem-oriented record) เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้ป่วย ปัจจุบันเป็นระบบการบันทึกที่ได้รับความนิยมกันอย่างแพร่หลายทั้งในวงการพยาบาลและวงการแพทย์ โดยนายแพทย์วีด (L.L.Weed, M.D.,) เป็นบุคคลผู้ริเริ่มระบบการบันทึกนี้ และมีการนำไปทดลองใช้ในสถานให้บริการสุขภาพต่าง ๆ ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งฝ่ายบริการและฝ่ายการศึกษา จากผลการศึกษาของคินลอค (Kinloch, 1981) เรื่องการบันทึกโดยปัญหา ซึ่งพยาบาลได้นำมาปรับปรุง เพื่อศึกษานำร่องที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลรอยัล โคลัมเบียน (Royal Columbian Hospital) พบว่า การบันทึกโดยใช้ระบบบันทึกนี้ โดยภาพรวมเป็นไปในทางบวก และในปัจจุบันระบบการบันทึกนี้ก็กำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุงไปสู่ความมีคุณภาพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2530)

ระบบการบันทึกโดยปัญหานี้ ข้อมูลทั้งหลายจะมุ่งที่ปัญหาของผู้รับบริการ และถูกผสมผสานและบันทึกโดยทุกสาขาวิชาชีพ มีการใช้แบบฟอร์มที่คงที่ ระบบการบันทึกนี้มีข้อดี และข้อเสีย ดังนี้ (กนกวรรณ พุ่มทองดี และวัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์, 2533)

ข้อดีของระบบบันทึกโดยปัญหา

1. คุณภาพของการดูแลทำได้ง่ายขึ้น เนื่องจากทีมสุขภาพทุกคนให้ความสำคัญกับปัญหาอันเดียวกัน
2. ทุกวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการสามารถหาข้อมูลได้รวดเร็ว
3. ทำให้มีการประสานงานของทีมสุขภาพ เนื่องจากมีการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการจากวิชาชีพต่าง ๆ ในทีมสุขภาพแล้ว
4. เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น เพราะมีการสังเกตการทำงานซึ่งกันและกัน
5. การประเมินคุณภาพการดูแลทำได้ง่ายขึ้น และสามารถค้นหาส่วนที่บกพร่องได้ชัดเจนขึ้น
6. ช่วยในการทาวิจัย เนื่องจากการบันทึกมีความถูกต้องและสมบูรณ์

ข้อเสียของระบบบันทึกโดยปัญหา

1. การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ระบบนี้ ในแต่ละสาขาวิชาชีพอาจจะยาวนาน และเสียค่าใช้จ่ายมาก
2. สมาชิกของบางสาขาวิชาชีพอาจต่อต้านการใช้ระบบนี้ผสมผสานรวมกับวิชาชีพอื่น
3. ถ้าการดูแลผู้รับบริการแยกออกเป็นส่วน ๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยแก้ไขปัญห

ระบบการบันทึกโดยปัญหาจะมีความเป็นคู่ขนานกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งทั้งระบบบันทึกโดยปัญหาและกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล การแยกแยะปัญหาของผู้รับบริการ (ข้อวินิจฉัยการพยาบาล) วางแผนการดูแล ปฏิบัติการและประเมินผล (กนกวรรณ พุ่มพวงดี และวลัยพร นันท์สุภวัฒน์, 2533) จะเห็นได้ว่าขั้นตอนของระบบการบันทึกโดยปัญหา และของกระบวนการพยาบาลเหมือนขั้นตอนของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์นั่นเอง

องค์ประกอบของระบบบันทึกโดยปัญหา

ระบบบันทึกโดยปัญหาจะมีองค์ประกอบ 4 อย่าง ดังนี้ (Walter, Pardee and Molbo, 1976)

1. ข้อมูลพื้นฐาน (Data base)
2. รายการปัญหา (Problem list)
3. แผน (Plan)
4. การบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการ (Progress note)

ข้อมูลพื้นฐาน (Data base)

ข้อมูลพื้นฐานเป็นข้อมูลที่รวบรวมขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ข้อมูลพื้นฐานนี้จะเป็นข้อมูลมาตรฐานของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะต้องรวบรวมและบันทึกไว้อย่างชัดเจน เมื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยได้แล้ว ต่อไปก็จะสามารถระบุเป็นปัญหาของผู้รับบริการได้ ประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้ (Weed, 1971)

1. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint)

2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness)
3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness)
4. ประวัติส่วนตัวและข้อมูลทางสังคม (Patient profile and related social data)
5. ผลการตรวจร่างกาย
6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายละเอียดของข้อมูลพื้นฐาน รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ โดยมีสารสำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (พาริดา อิบราฮิม, 2525)

1. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เป็นข้อความที่บอกถึงอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรือเป็นอาการที่ผู้รับบริการบอก ซึ่งไม่ควรเกิน 2 อาการ พร้อมทั้งบอกระยะเวลาที่เกิดอาการดังกล่าว เช่น อาเจียนและถ่ายเหลวมา 2 วัน นอกจากนี้ควรเขียนสั้น ๆ เขียนตามคำพูดของผู้รับบริการเป็นหลัก ไม่ควรแปลความหมายอาการสำคัญไปเหมือนกับการวินิจฉัย (บุญศรี ปราภณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดทนกุล, 2531)
2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นข้อความที่กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องมารับบริการสุขภาพในครั้ง นี้ โดยจะขยายข้อความเกี่ยวกับ อาการสำคัญหรืออาการของความเจ็บป่วยในครั้ง นี้ การบันทึกต้องเรียงตามลำดับเวลา และอาการที่เกิดขึ้นก่อนหลัง
3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นข้อความที่กล่าวถึงความเจ็บป่วยที่เป็นมาในอดีต รวมถึงการติดเชื้อ การประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัด ได้รับเลือดหรือยา การแพ้ยา หรือสารใด ๆ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอดีต ทั้งนี้ความเจ็บป่วยในอดีต ต้องไม่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน แต่อาจช่วยสืบค้นปัญหาในปัจจุบัน หรืออาจทำนายถึงอนาคตได้
4. ประวัติส่วนตัวและข้อมูลทางสังคม
 - 4.1 ประวัติส่วนตัว เป็นข้อมูลโดยสังเขปเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ชื่อ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ และรายจ่าย ความเป็นอยู่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน (Schell and

Campbell, 1977) รวมทั้งบุคลิกภาพของผู้ป่วยและแบบแผนการดำเนินชีวิต (Sorensen and Luckmann, 1986) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ฐานะทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม

4.2 ประวัติครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคในครอบครัวที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม และข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งจะก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพในอนาคต (Sorensen and Luckmann, 1986)

5. ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจร่างกายทุกระบบ เช่น ระบบประสาท ระบบการหายใจ เป็นต้น

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงผลการตรวจพิเศษ เช่น ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

นอกจากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่กล่าวมาแล้ว พยาบาลควรประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเมื่อแรกพบ ได้แก่

1. ลักษณะโดยทั่วไป รูปร่าง สีผิวหนัง การแสดงออกทางสีหน้า การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม
2. ทานอน ทำนั้ง การทรงตัว การเดิน กิจกรรมที่ปฏิบัติ
3. การพูด การรับรู้ต่อเวลา สถานที่และบุคคล สภาพอารมณ์ และความร่วมมือในการตอบคำถาม
4. ลักษณะชีพจร การหายใจ ความดันเลือด น้ำหนักและส่วนสูง
5. การรักษาพยาบาลที่กำลังได้รับ
6. ความรู้สึกต่อสภาพความเจ็บป่วย หรือความเป็นอยู่ การยอมรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
7. ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของโรคหรือสุขภาพ และความสามารถในการปรับตัว (พาริดา อิบราฮิม, 2525)

รายการปัญหา (Problem list)

เป็นการนำเอาปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์ได้มาเขียนลงเป็นรายการ เพื่อจะนำไปสู่การจัดการด้านการดูแลรักษาต่อไป ซึ่งจำเป็นต้องระบุวันที่ค้นพบปัญหา และกำหนดตัวเลขที่ของ

ปัญหา ตามลำดับติดต่อกันไป นอกจากนี้หากสามารถกำหนดได้ว่า เป็นปัญหาเร่งด่วน หรือไม่เร่งด่วนได้ จะทำให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม และถ้าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้วหรือยังคงมีอยู่ ควรจะระบุไว้ด้วย

การบันทึกปัญหาจะมีแนวทางในการบันทึกดังนี้ (Thoma, 1972)

1. ไม่ต้องเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาก่อนหลัง
2. เขียนปัญหาอาจอยู่ในรูปของอาการ (Symptomatic terms)

อาการแสดง (sign) กลุ่มของอาการ (syndrome) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ หรือ ปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Yarnall and Atwood, 1974)

3. ให้นำหมายเลขของปัญหาไว้ด้านหน้าของใบบันทึก เพื่อใช้เป็นดัชนีอ้างอิง
4. เมื่อเขียนแผนการพยาบาลแล้ว จึงจะลงวันที่ในช่องวันที่ของรายการ

ปัญหา

5. เมื่อปัญหาใดได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป ให้นำวันที่ในช่อง

แก้ไขปัญหาแล้ว (Resolved)

6. ปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นปัญหาอื่น จะต้องนำหมายเลขและวางแผน

แก้ไขใหม่

7. หากรวมเอากิจกรรมการพยาบาลเข้ารวมกับรายการปัญหา ก็จะประกอบ

ขึ้นเป็นแผนการพยาบาล (Ganong and Gannong, 1980)

ตัวอย่างของการบันทึกปัญหา เช่น เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ต้องการกลับบ้าน

เป็นต้น

แผน (Plan)

เมื่อสามารถระบุปัญหาได้แล้ว จะนำปัญหามาพิจารณาโดยละเอียด เพื่อวางแผน

แผนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยจะพิจารณาปัญหาที่เร่งด่วนก่อนเป็นลำดับ

การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note)

เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยในส่วนของกรบันทึกความก้าวหน้า

ของผู้ป่วย สามารถแบ่งการบันทึกออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การบันทึกแบบบรรยาย (Narrative record) คือ การบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในรูปแบบของ "SOAP" โดย

S = Subjective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือบุคลากรในที่มสุขภาพเรียกว่า "ข้อมูลอัตนัย" มักบันทึกในลักษณะคำพูดหรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการ

O = Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือได้จากการตรวจวัด เช่น ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลการตรวจพิเศษ เป็นต้น เรียกว่า "ข้อมูลปรนัย"

A = Assessment คือ การวิเคราะห์ข้อมูลว่าทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยหรือไม่

P = Plan คือ แผนการรักษาพยาบาล

2. การบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลที่สังเกตได้ประจำตัวผู้ป่วย หรือบันทึกย่อย (Flow sheets) ซึ่งจะต้องบันทึกติดต่อกันไปเป็นระยะ เช่น แบบฟอร์มบันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออก แบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพ แบบฟอร์มบันทึกการควบคุมเบาหวาน (Diabetic Control Record) เป็นต้น

3. การสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ (Discharge summary) เป็นการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการอย่างหนึ่ง แต่แยกออกมาเพื่อการศึกษา การบันทึกเพื่อสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ควรจะสรุปโดยย่อว่าผู้ป่วยมารับบริการด้วยปัญหาอะไร ได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างไร ภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากออกจากโรงพยาบาล และการมาตรวจตามที่แพทย์นัดไว้

การนำระบบการบันทึกโดยปัญหามาใช้ในคลินิก

การนำระบบการบันทึกโดยปัญหามาใช้ในคลินิก อาจปฏิบัติได้ 2 ทาง คือ เลือกหอดูผู้ป่วยบางแห่ง หรือใช้อย่างกว้างขวางทั้งโรงพยาบาล

การเลือกใช้เฉพาะบางหอดูผู้ป่วย

โดยเสนอการปฏิบัติเป็นแบบศึกษานำร่อง (Pilot study) และตั้งคณะกรรมการ

ดำเนินงานในเรื่องนี้ขึ้นมา แบ่งงานเป็น 3 ระยะ คือ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522)

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.4 จัดประชุมหัวหน้าตึก หัวหน้าพยาบาลและผู้ช่วย รวมทั้งคณะกรรมการเพื่อวางแผนปฏิบัติงาน

1.2 ให้ความพยาบาลในหอผู้ป่วยอภิบาลถึงระบบการบันทึกทั้งหมดนี้ เพื่อสร้างความสนใจให้เกิดขึ้น

ในระยะเตรียมการนี้ โอเกรดี (O'Grady, 1977) ได้เสนอแนะแนวปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1. กำหนดปรัชญาของการใช้ระบบบันทึกโดยปัญหา
2. ศึกษาบทความ และวิเคราะห์บทความต่าง ๆ
3. กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน

และประเมินผล

4. จัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติ (Guidelines) โดย

4.1 รวบรวมปัญหาการปฏิบัติแผนการพยาบาลและการบันทึกของ

พยาบาล

4.2 ทบทวนแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้ใช้การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับการใช้ระบบการบันทึกโดยปัญหา

4.3 สร้างแบบฟอร์มใหม่ที่ต้องใช้ในการบันทึกโดยปัญหา

ระยะที่ 2 การให้ความรู้

2.3 เตรียมแบบฟอร์มบันทึกที่ต้องใช้

2.4 จัดการเรียนการสอนเรื่องระบบบันทึกโดยปัญหา เพื่อสามารถนำระบบบันทึกนี้ไปสู่การปฏิบัติจริง อาจใช้บทบาทสมมุติ (Role play) ประกอบกับการใช้สื่ออื่น ๆ และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการและผู้มีประสบการณ์ในเรื่องระบบการบันทึกนี้มาให้ความรู้

2.5 เปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความรู้สึก ความต้องการ และเสนอปัญหาเพื่อค้นหาสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 การนำไปใช้ในคลินิก

3.1 ในขณะที่มีการปฏิบัติจริง จะต้องมีการประเมินผลติดต่อกันเป็นระยะ ๆ เช่น การเยี่ยมตรวจ การตรวจสอบแผนการพยาบาล และการบันทึกในแบบฟอร์มต่าง ๆ

3.2 หลังจากใช้ระบบบันทึกนี้ครบ 3 สัปดาห์ให้บุคลากรพยาบาลตอบแบบประเมินระบบบันทึกใหม่

เมื่อการใช้โครงการเสร็จประสบความสำเร็จแล้ว จึงจะขยายการปฏิบัติออกไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล

การนำไปใช้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาล

ขั้นตอนของการนำระบบบันทึกโดยปัญหาไปใช้ทั่วโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522)

ระยะที่ 1 เตรียมงานวางแผน

- 1.1 จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษาทบทวนเอกสารและวารสารที่เกี่ยวข้องกับระบบบันทึกโดยปัญหา และกระบวนการพยาบาล
- 1.2 รวบรวมบทความที่สำคัญ ๆ และจัดพิมพ์เพื่อแจกให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้อ่านบทความเหล่านี้ เพื่อสร้างความรู้สึที่ดีต่อระบบการบันทึกโดยปัญหา

ระยะที่ 2 ขึ้นนำเสนอ

จัดให้มีการศึกษาอบรมพยาบาลประจำการ เรื่อง กระบวนการพยาบาลและระบบการบันทึกโดยปัญหา โดยกำหนดให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้มีโอกาสเข้าศึกษาอบรมในแต่ละครั้ง มีจำนวน 30 คน จัดอบรม 2 ครั้ง ๆ ละชั่วโมงครึ่ง

ระยะที่ 3 ขึ้นปฏิบัติ

หลังจากมีการประชุมปรึกษาจัดทำแบบฟอร์มการบันทึกเรียบร้อยแล้ว จะแบ่งพยาบาลเป็นกลุ่มเล็ก ๆ โดยมีที่ปรึกษาระจากกลุ่ม 1 คน ขึ้นปฏิบัติจะแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

วันที่ 1 ประชุมกลุ่มเล็กร่วมกับที่ปรึกษา เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล และระบบการบันทึกโดยปัญหา ใช้เวลานาน 4 ชั่วโมง

วันที่ 2 และ 3 ปฏิบัติงานในคลินิก มีพยาบาลนิเทศหรือหัวหน้าตึกช่วยเหลือ โดยจะลงมือปฏิบัติเพียงสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ต่อจากนี้ไปก็จะปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องไป

ระยะที่ 4 ประเมินผล

จะประเมินผลหลังจากมีการใช้ระบบการบันทึกนี้ไปแล้ว 5 เดือน

โทมาและพิตน์แมน (Thoma and Pittman, 1972) ได้ตรวจสอบแบบฟอร์มการบันทึก ที่ใช้ระบบการบันทึกโดยปัญหา ในโรงพยาบาลเซนต์ลูคส์ (St. Luke's Hospital) พบว่า

1. มีการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการอยู่ในช่วง 5-11 ปัญหา
2. มีการพัฒนาการเขียนแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้นกว่าการบันทึกในคาร์เด็กซ์
3. มีการเขียนถึงความก้าวหน้าของผู้ป่วย และการสรุปว่าแผนการพยาบาลต้องปรับปรุงอย่างไร

นอกจากนี้ผลสรุปการบันทึกโดยใช้ระบบการบันทึกโดยปัญหา คือ ระบบการบันทึกนี้เอื้อต่อการบันทึกข้อมูลของพยาบาล และพยาบาลยอมรับ แต่อย่างไรก็ตาม โทมาและพิตน์แมน พบว่าการกำหนดปัญหาของผู้รับบริการจะมีแนวโน้มระบุในรูปของการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งต้องมีการแก้ไขต่อไปให้ระบุปัญหาของผู้รับบริการในรูปของพฤติกรรม

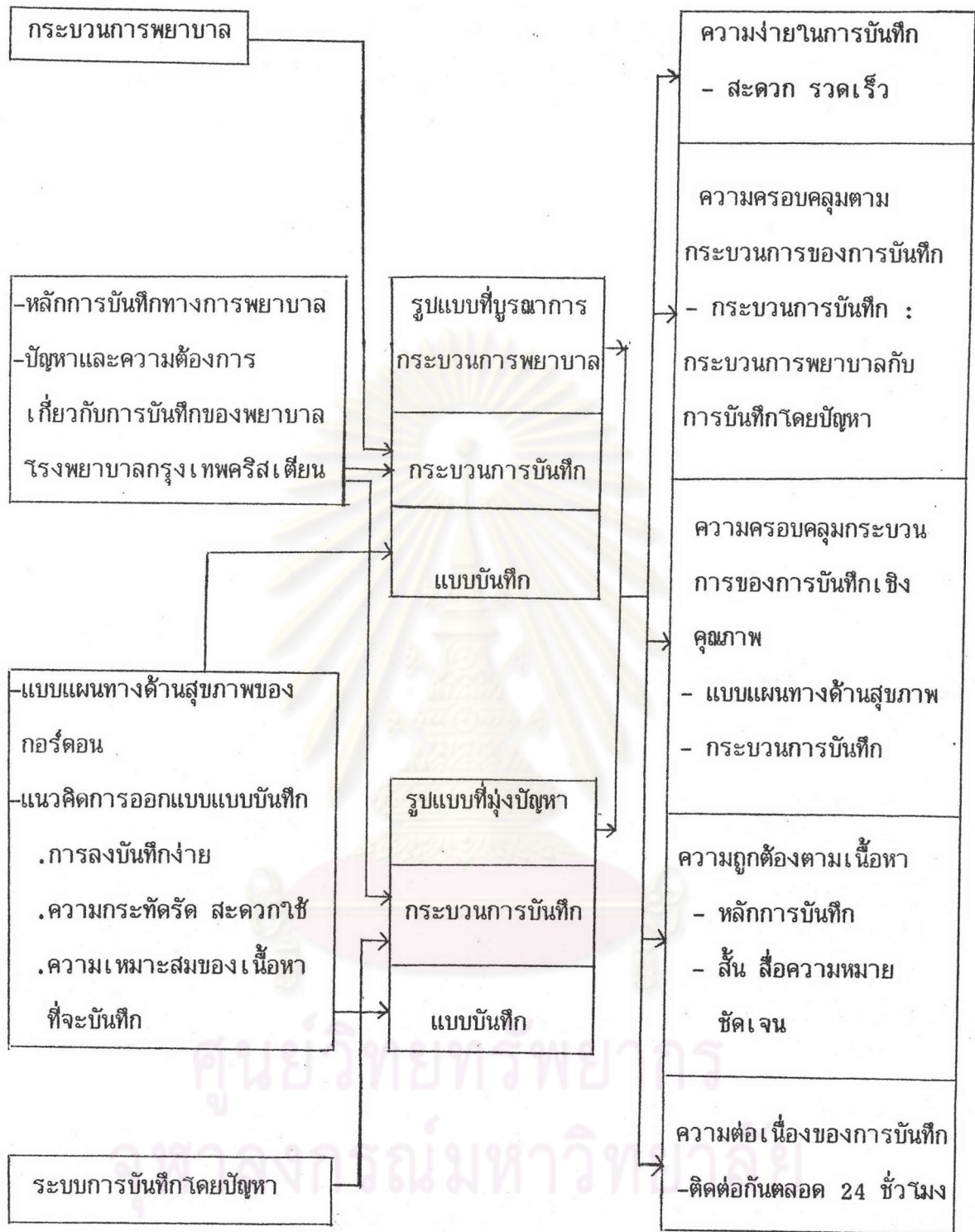
ในปัจจุบันวงการพยาบาลได้มีการนำระบบการบันทึกโดยปัญหา มาใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อช่วยให้พยาบาลมีการบันทึกที่มีคุณภาพ และพยายามปรับปรุงข้อเสียต่าง ๆ นอกจากนี้หลายสถาบันมักใช้ระบบการบันทึกโดยปัญหาร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Colton, 1978) เพราะหากจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระบบการบันทึกโดยปัญหากับกระบวนการพยาบาล จะพบว่า การบันทึกนี้จะเป็นสื่อกลางที่ดีของการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาล และมีส่วนช่วยให้การทำงานของทีมนุ้สุขภาพเป็นเอกภาพ (Unique) มากขึ้น (อภาพร พัววิไล, 2523) ดังนั้นพยาบาลจึงควรใช้ระบบการบันทึกโดยปัญหาควบคู่ไปกับการปฏิบัติงาน โดยยึดกระบวนการ

พยาบาล ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดการประกันคุณภาพทางการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ และเสริมสร้าง
ความภาคภูมิใจในบทบาทของตนเอง

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึก
รายการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงมีกรอบแนวคิดใน
การสร้างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล กับรูปแบบที่มุ่งปัญหา
เพื่อใช้ในการทดลอง ดังนี้



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



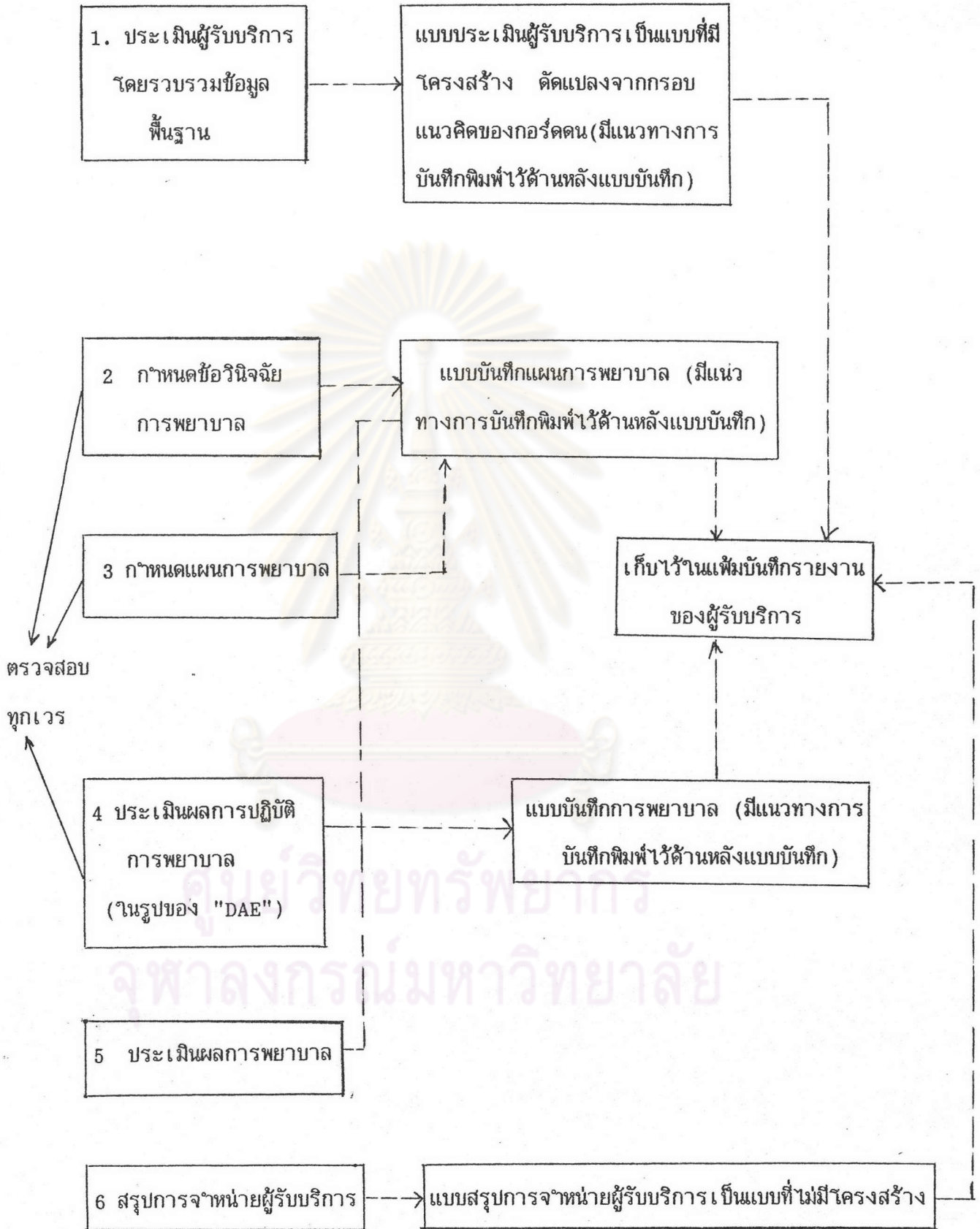
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

จากกรอบแนวคิดทั้ง 2 นี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 2

รูปแบบให้สมบูรณ์ เป็นแบบการบันทึกข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดซึ่งแสดงเป็น
แผนภาพดังนี้

กระบวนการบันทึก

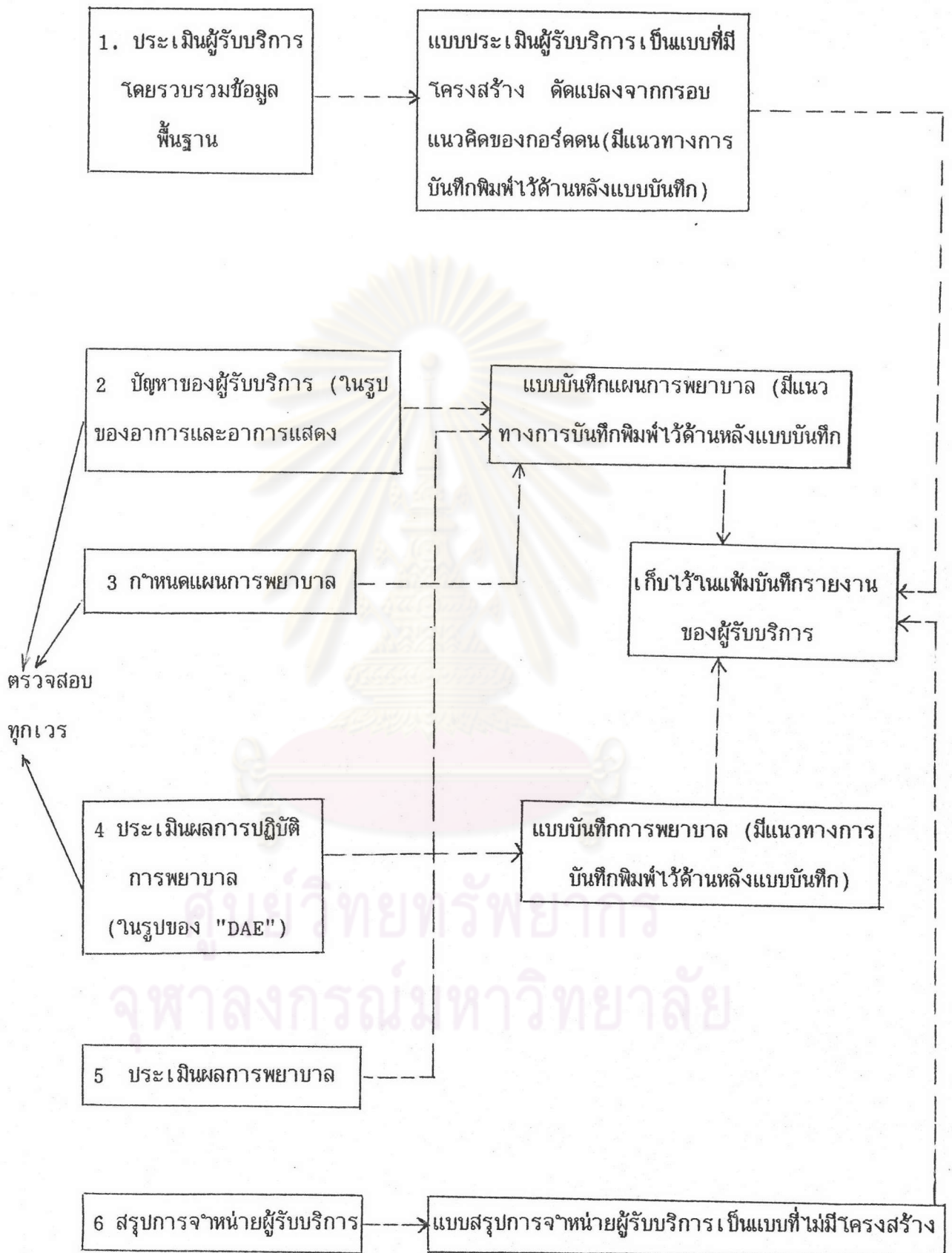
แบบบันทึก



ภาพที่ 3 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล

กระบวนการบันทึก

แบบบันทึก



ภาพที่ 4 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งปัญหา