

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดทางกายภาพ โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางกายภาพที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบการบำบัดที่มุ่งปัญหา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวช
ความเชื่อพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช
บทบาทของพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช
ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช
การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช
2. การบำบัดทางกายภาพ
วัตถุประสงค์ของการบำบัดทางกายภาพ
หลักของการบำบัดทางกายภาพ
ลักษณะของบำบัดทางกายภาพที่มีประสิทธิภาพ
ประสิทธิผลของการบำบัดทางกายภาพ
ระบบการบำบัดทางกายภาพ
การพัฒนาารูปแบบการบำบัดทางกายภาพ
มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตกับการบำบัดทางกายภาพ
3. รูปแบบการบำบัดทางกายภาพที่มุ่งความต้องการ
4. รูปแบบการบำบัดทางกายภาพที่มุ่งปัญหา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวช (Conceptual Model of Psychiatric Nursing)

การพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขา มีแนวทางการปฏิบัติตามแนวทาง ของทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นที่มุ่งอธิบายความผิดปกติของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งพยาบาลจิตเวชใช้เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ในปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่อธิบายความผิดปกติทางจิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ได้ ทฤษฎีหนึ่งอาจใช้อธิบายมนุษย์และพฤติกรรมได้ดีในสถานการณ์หนึ่ง แต่ในอีกหลายสถานการณ์อาจอธิบายได้ดีโดยใช้อีกทฤษฎีหนึ่ง ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องเลือกใช้ทฤษฎีที่เหมาะสมกับบุคคลในแต่ละสถานการณ์ ในแต่ละสังคม สำหรับกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้กันในพยาบาลจิตเวช ได้แก่ (Taylor, 1994)

1. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological or Medical Model)

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า ผู้ที่มีความแปรปรวนของพฤติกรรมเป็นเพราะมีสารเคมีที่ผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย และสารเคมีนี้รบกวนการทำงานของสมอง ทำให้สมองสั่งงานผิดปกติไป จึงทำให้บุคคลมีความประพฤติปฏิบัติตัวที่ผิดปกติไป การรักษาผู้ป่วยจะต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางด้านการแพทย์ เน้นในเรื่องการวินิจฉัยสาเหตุของการเจ็บป่วย และให้การรักษาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เช่น การให้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

2. กรอบแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Model or Psychoanalytical Model)

แนวความคิดนี้มีความเชื่อว่าบุคลิกภาพแปรปรวน มีสาเหตุมาจากพัฒนาการในวัยเด็กไม่ราบรื่น สัมพันธภาพในครอบครัวแตกแยก การติดต่อกับสื่อสารระหว่างพ่อ แม่ กับลูก สับสน เด็กได้รับประสบการณ์ในการแก้ปัญหาเป็นไปในทางลบ ทำให้ป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท การรักษาด้วยการทำจิตวิเคราะห์, Free association, Dream analysis พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาลบ เป็นไปในทางบวก และใช้บทบาทตัวแทนของพ่อ แม่ ในโอกาสที่เหมาะสม

3. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรม (Behavioral Model)

แนวความคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือการแก้ไขการเรียนรู้ใหม่ เพื่อทดแทนด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่า วิธีการที่ใช้มีอยู่หลายแบบด้วยกัน ได้แก่ Desensitization หรือ Relaxation Technique เป็นการลดความวิตกกังวลโดยทำ

ให้เกิดความคุ้นเคยกับสิ่งที่ทำให้เกิดความกังวล ขณะเดียวกันก็ฝึกหัดการผ่อนคลายความรู้สึก, Assertive Training เป็นวิธีการฝึกให้บุคคลมีความกล้าที่จะแสดงตัวและกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นเพื่อปกป้องที่จะรักษาสีทธิของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

4. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางสังคม (Social Model)

แนวความคิดนี้มุ่งสนใจที่ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในสังคม ผลกระทบของสังคมต่อบุคคล และเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากบุคคลขาดความสามารถในการทำหน้าที่และแก้ไขปัญหาในสังคม หรือสิ่งแวดล้อมของเขาในทางสร้างสรรค์ การบำบัดรักษาจึงมุ่งที่จะจัดรูปแบบสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมในการรักษา ได้แก่ ครอบครัวบำบัด โรงพยาบาลกลางวัน คลินิกผู้ป่วยนอก การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต นันทนาการบำบัด อาชีวบำบัด และการร่วมมือกันของทีมสุขภาพในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

5. กรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพ (Interpersonal Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่าประสบการณ์ด้านมนุษย์สัมพันธ์ในชีวิตต้น ๆ จะส่งผลถึงภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในภายหลังหน้า จุดสำคัญของการรักษาโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพ อาศัยหลักว่าให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ด้านสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับผู้รักษาเสียก่อน แล้วผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ใหม่ในเรื่องมนุษย์สัมพันธ์ และจะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับคนอื่น ๆ ต่อไป ในกระบวนการรักษา ผู้รักษาจะสร้างความเชื่อถือไว้วางใจโดยแสดงความจริงใจกับผู้ป่วย ไม่เสแสร้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในตนเอง ความใกล้ชิดในกระบวนการรักษาจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อถือไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานและจุดเริ่มต้นที่ทำให้บุคคลมีพัฒนาการและพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัยมากยิ่งขึ้น กระบวนการรักษาจะยุติเมื่อผู้ป่วยได้พัฒนาถึงขั้นที่มีความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

6. กรอบแนวคิดทฤษฎีปรัชญาชีวิต (Existential Model)

แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากศาสตร์ทางด้านปรัชญา เน้นในเรื่องของเหตุการณ์ในปัจจุบัน คือ Here and Now และเชื่อว่าพฤติกรรมแปรปรวนมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลไม่รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีผลทำให้บุคคลไม่มีอิสระที่จะเลือกทางอื่น ๆ ในการที่จะประพฤติปฏิบัติตนให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ และเป็นวิธีการเลี้ยงภาวะความรับผิดชอบที่เขาจะพึงมีต่อตนเองและสังคม รูปแบบการรักษามีอยู่หลายแบบ เช่น Gestalt, Encounter Group Therapy เป็นต้น วิธีการในแต่ละรูปแบบอาจจะแตกต่างกัน แต่แนวความคิดพื้นฐานจะเหมือนกัน คือจะยึดหลักว่าผู้ป่วยทุกคนควรจะมีอิสระในการเลือกสรร

สิ่งที่ชีวิตมอบให้ และจะมีจุดมุ่งหมายสุดท้ายอย่างเดียวกัน คือการทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงชีวิตอย่างแท้จริง

7. กรอบแนวคิดทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Model)

แนวความคิดนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ทุกพฤติกรรม ได้สื่อความหมายบางอย่างออกมา การที่เราจะเข้าใจความหมายที่สื่อออกมาขึ้นอยู่กับความชัดเจนของการสื่อความหมายนั้น และขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะส่งและรับข่าวสารระหว่างผู้ส่งข่าวสารและผู้รับข่าวสาร พฤติกรรมแปรปรวนเกิดจากกระบวนการสื่อความหมายที่ล้มเหลว จะทำให้การส่งข่าวสารไม่เป็นผลสำเร็จตามที่ผู้สื่อความหมายต้องการ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ผู้รักษาให้เห็นถึงปัญหาในกระบวนการสื่อความหมาย มีการให้ Feedback และชักจูงให้ผู้รับการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการสื่อความหมายไปในทางที่ดีขึ้น วิธีการที่ใช้ได้แก่ การวิเคราะห์การติดต่อสื่อสาร (Transactional Analysis)

ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing)

8. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล (Interpersonal Model)

แนวความคิดนี้เน้นเรื่องการให้การพยาบาลบุคคลทั้งคน (Holistic Approach) คือ พยาบาลจะต้องให้ความสนใจในเรื่องของ กาย จิตใจ และสังคม และเชื่อว่าความเครียดที่อาจจะเกิดได้จากภายในร่างกาย จากสภาวะทางเศรษฐกิจ ทางสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมแปรปรวน การให้การบริการพยาบาลเป็นกระบวนการที่จะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การพยาบาลที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดและพลังงานกันอย่างต่อเนื่อง สนใจต่อความเครียดและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น พยายามช่วยผู้ป่วยหาวิธีการรักษาในการที่จะจัดการความเครียดและความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการสร้างสัมพันธภาพชนิด Therapeutic Nurse-Patient Relationship กับผู้ป่วย และอาศัยกระบวนการพยาบาล (The Nursing Process) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การวินิจฉัยปัญหา
3. การวางแผนการพยาบาล
4. การดำเนินการตามแผน
5. การประเมินผลการพยาบาล

จากแนวคิดทฤษฎีทั้งหลายข้างต้น ซึ่งได้ตั้งสมมติฐานและพยายามอธิบายความจริงเกี่ยวกับมนุษย์ และความผิดปกติทางพฤติกรรมของมนุษย์ แต่ละแนวคิดทฤษฎีก็มีความ

เป็นไปได้ ดังนั้นในแนวปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชได้นำแนวคิดเหล่านี้มาผสมผสานกันเป็นความเชื่อพื้นฐาน ซึ่งเป็นเสมือนเครื่องนำทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยจิตเวชแนวความเชื่อพื้นฐานหลัก มีดังต่อไปนี้ (ทัศนา บุญทอง, 2535)

1. บัณฑิตทุกคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง ดังนั้นทุกคนจึงควรแก่การยอมรับนับถืออย่างสมศักดิ์ศรีแก่ความเป็นบุคคล
2. เป้าหมายในชีวิตของมนุษย์ทุกคนคือการเจริญพัฒนา การมีสุขภาพดี การเป็นตัวของตัวเอง และการได้ประจักษ์ถึงความสำเร็จและคุณค่าแห่งตน
3. ทุกบัณฑิตทุกคนมีศักยภาพที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ และทุกคนมีความปรารถนาที่จะบรรลุถึงความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิต
4. มนุษย์ดำเนินกิจกรรมในชีวิตในฐานะหน่วยรวมที่ผสมผสาน (holistic being) ผู้ซึ่งไม่ว่าการแสดงออก การปฏิสัมพันธ์ หรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะเป็นไปในลักษณะส่วนรวมของบุคคลทั้งคนเสมอ สิ่งกระทบต่อชีวิตส่วนย่อยใด ๆ ก็ตาม จะมีผลกระทบต่อเพื่อนบุคคลทั้งคน การทำความเข้าใจส่วนรวมของคนยังมีความหมายเกินกว่าผลรวมของส่วนประกอบย่อยในบุคคลผู้นั้น
5. มนุษย์มีความต้องการพื้นฐานที่คล้ายกันคือ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการความรัก ความต้องการการยกย่องนับถือ และความต้องการประจักษ์ในคุณค่าและความสำเร็จแห่งตน
6. พฤติกรรมทุกอย่างที่มนุษย์แสดงออกมีความหมาย มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้น การทำความเข้าใจพฤติกรรมของคน จึงต้องทำความเข้าใจความต้องการและสิ่งที่อยู่ภายในบุคคลนั้น ๆ ประกอบกับสถานการณ์เฉพาะที่พฤติกรรมนั้น ๆ ปรากฏขึ้นอีกด้วย
7. พฤติกรรมของมนุษย์ประกอบด้วยการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำ และจะเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น การขาดระยะตรงช่วงใดช่วงหนึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติได้ ซึ่งอาจพบได้ในลักษณะดังนี้ เช่น การรับรู้ผิดพลาด กระบวนการคิดไม่ปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลง การแสดงออกไม่เหมาะสม
8. ความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาของบุคคลแต่ละคนมีไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ พันธุกรรม อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ธรรมชาติและความรุนแรงของปัญหา และสิ่งช่วยเหลือค้ำจุน มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพทั้งในด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย
9. ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่เสริมสร้างการเจริญเติบโตและพัฒนาการในคนได้ ดังนั้นเป้าหมายของการพยาบาลคือการให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทางที่

จะพัฒนาไปสู่ภาวะสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมความประจักษ์
ในคุณค่าและความสำเร็จแห่งตนด้วย

10. การดูแลสุขภาพถือเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนจะพึงได้รับเท่า ๆ กัน โดยไม่จำกัด
เชื้อชาติ ศาสนา ผิวพรรณ กลุ่มชน วัฒนธรรม หรือภูมิหลัง

11. งานสุขภาพจิต ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของงานบริการสุขภาพสมบูรณแบบ

12. บุคคลมีสิทธิที่จะร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีสิทธิที่จะตัดสินใจ
เลือกที่จะปฏิบัติหรือเลิกปฏิบัติในพฤติกรรมที่กำลังเป็นอยู่

13. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีศักยภาพที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทาง
เจริญพัฒนาในบุคคล พยาบาลจิตเวชใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเครื่องมือที่จะนำ
กระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ได้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาล

เบนเนอร์ (Benner, 1993) ได้จำแนกบทบาทปัจจุบันและหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช
ดังนี้คือ

บทบาทในปัจจุบันของพยาบาลจิตเวช ได้แก่

1. บทบาทของพยาบาลประจำการ (Staff nurse)
2. บทบาทผู้บริหาร (Administrators)
3. บทบาทเป็นผู้ในคำปรึกษา (Consultants)
4. บทบาทในการสอนแก่บุคลากรพยาบาล (Inservice educators)
5. บทบาทของนักวิจัย (Researchers)
6. บทบาทผู้ปฏิบัติงานพยาบาลในคลินิก (Clinical practitioners)
7. บทบาทเป็นผู้ประเมินโครงการ (Program evaluators)
8. บทบาทผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น (Primary care providers)
9. บทบาทผู้ประสานระหว่างผู้รับบริการและสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ
ส่วนหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. หน้าที่โดยทั่วไป ซึ่งถูกกำหนดโดย ANA
 1. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
 2. ช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ
 3. ปฏิบัติหน้าที่คล้ายผู้ปกครองปฏิบัติต่อบุตร
 4. ใช้เทคนิคการบำบัดรักษาทางกายแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพกาย
 5. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อการดำรงไว้เพื่อสุขภาพจิตที่ดี

6. ให้การส่งเสริมด้านฐานะความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น
 7. เป็นผู้นำแก่บุคคลากรอื่น ๆ
 8. ใช้จิตบำบัดแก่ผู้มีปัญหาทางจิต
2. การป้องกันระยะที่หนึ่ง (Primary Prevention)
 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป
 2. ให้การสนับสนุนส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่และมีฐานะที่ดีขึ้น
 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ปกติ
 4. ส่งต่อก่อนที่บุคคลจะมีปัญหาทางจิต หรือโรคจิตเกิดขึ้น
 5. สนับสนุนให้สมาชิกของครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เหมาะสม
 6. มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน กิจกรรมการเมือง
 3. การป้องกันระยะที่สอง (Secondary Prevention)
 1. ประเมินและคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ
 2. เยี่ยมบ้านของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
 3. ให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน
 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
 5. ช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วยยา
 6. ป้องกันการทำอัตวินิบาตกรรม
 7. ให้คำปรึกษาเฉพาะกรณี
 8. ให้ความช่วยเหลือในภาวะวิกฤต
 9. ปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนและองค์กรต่าง ๆ
 4. การป้องกันระยะที่สาม (Tertiary Prevention)
 1. จัดให้มีการฝึก กอาชีพและการฟื้นฟูสภาพ
 2. จัดให้มีโครงการดูแลแก่ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว
 3. จัดให้มีการพักอยู่ในโรงพยาบาลบางเวลาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
 5. หน้าที่อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานโดยตรงคือ
 1. การให้การศึกษากับบุคลากรพยาบาลและการศึกษาต่อเนื่อง
 2. หน้าที่ในการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล
 3. นิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล
 4. ช่วยให้คำปรึกษาและการวิจัย

สรุปได้ว่า ในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชมีบทบาทเป็นได้ทั้งผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งในคลินิกและในชุมชน เป็นผู้วิจัยผู้สอนให้คำปรึกษาและผู้ประสานงานในที่มสุขภาพ

ส่วนหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช แบ่งออกตามระยะของการช่วยเหลือ คือการป้องกันระยะที่หนึ่ง พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การป้องกันระยะที่สอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือให้การพยาบาลแก่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ และผู้เจ็บป่วยทางจิตในระยะเริ่มแรกไม่ให้มีอาการป่วยมากขึ้น การป้องกันระยะที่สาม พยาบาลมีหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตที่ทุเลาแล้วให้ดำรงตนอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข และยังมีหน้าที่อื่น ๆ อีก นอกเหนือจากการปฏิบัติงานการพยาบาลโดยตรง ได้แก่ การเป็นผู้บริหารการพยาบาล นิเทศสอน วิจัย เป็นต้น

ลักษณะของผู้ป่วย

มนุษย์เป็นองค์ประกอบที่ผสมผสานระหว่าง กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ชนิดที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ เมื่อบุคคลได้รับความกระทบกระเทือนส่วนใดส่วนหนึ่งย่อมมีผลกระทบถึงองค์ประกอบส่วนอื่นด้วย ในการพยาบาลผู้ป่วยสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ประสบความสำเร็จและมีคุณภาพก็คือ ความสามารถในการผสมผสานการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งหน่วย การที่จะผสมผสานการพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมนั้น จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2539)

ความต้องการของมนุษย์ แม้ว่าจะแยกประเภทออกจากกันอย่างเด็ดขาดไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์มีลักษณะของความเป็นหน่วยเดียว การเปลี่ยนแปลงในส่วนหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ อย่างแยกจากกันชัดเจนไม่ได้ แต่เพื่อการอธิบายและง่ายต่อความเข้าใจ โดยทั่วไปความต้องการของมนุษย์อาจสรุปแบ่งได้เป็นสองประเภท ได้แก่ ความต้องการระดับพื้นฐาน และระดับสูง ที่มีความสัมพันธ์อย่างแยกกันไม่ได้ ทั้งในลักษณะที่เรียงลำดับเป็นขั้นตอนนั่นคือ มนุษย์ต้องได้รับการตอบสนองของความต้อการระดับพื้นฐานก่อน ความต้องการระดับสูงจึงจะได้รับการตอบสนอง และในลักษณะที่ผสมผสานสัมพันธ์กัน นั่นคือ บ่อยครั้งที่มนุษย์ให้ความสำคัญกับความต้อการระดับสูง แม้ว่าความต้อการระดับต่ำจะยังไม่ได้รับการ

ตอบสนองอย่างเต็มที่ก็ตาม ดังนั้นประเภทต่าง ๆ ของความต้องการของมนุษย์ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์กันตามรูป



แผนภูมิที่ 1 แสดงความต้องการของมนุษย์

ที่มา : จินตนา ยูนิพันธุ์, คู่มือการนิเทศของคณะทำงานพัฒนาบริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล, กรมสุขภาพจิต, กรุงเทพมหานคร : ศรีอนันต์การพิมพ์, 2539.

ความต้องการของมนุษย์ระดับพื้นฐานประกอบด้วย

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะชีวะและสรีระ ประกอบด้วย ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย การหายใจ อากาศบริสุทธิ์ การตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้เป็นไปเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะจิตและสรีระ ประกอบด้วย ความต้องการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของจิตใจ การทำงานของร่างกาย ตลอดจนมีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของมนุษย์ และความพึงพอใจ รวมทั้งคุณภาพของการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการการทำให้กิจกรรมและการพักผ่อน ความต้องการเรื่องเพศ อย่างไรก็ตามความต้องการกลุ่มนี้มีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับความอยู่รอดเช่นเดียวกัน ทั้งยังเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนดให้บุคคลนั้น ๆ ดำรงอยู่อีกด้วย

ความต้องการของมนุษย์ระดับสูง ประกอบด้วย

3. ความต้องการเพื่อการผสมผสานกระบวนการทางจิตใจและสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตสังคมของมนุษย์ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจประกอบกันเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วยความต้องการความสำเร็จ และความต้องการการรวมกลุ่ม

4. ความต้องการเพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการส่วนตัวของแต่ละคน (Self-actualization)

ความต้องการของมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของพยาบาลที่สังคมคาดหวัง คือ การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตน อันจะนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในทุกภาวะ และสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่

ในการพิจารณาตัดสินว่า ผู้ใดมีสุขภาพจิตที่ดีหรือมีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ต้องอาศัยเกณฑ์ในการวัด ดังนี้

เกณฑ์วัดทางด้านสังคมนั้น ถือว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี แต่ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีหรือผู้ป่วยทางจิต เป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ทำให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต ส่วนเกณฑ์วัดทางด้านวัฒนธรรมก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินพฤติกรรม โดยถือหลักว่าสิ่งใดที่คนส่วนใหญ่ยอมรับและถือปฏิบัติ สิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ปกติ แต่ถ้าบุคคลใดที่ไม่ได้ประพฤติปฏิบัติอยู่ในขอบข่ายที่คนส่วนใหญ่ปฏิบัติก็ถือว่าเป็นผู้ผิดปกติ ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่พิจารณาได้จากการแสดงออกของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของเขา ความผสมกลมกลืนกันระหว่างร่างกาย จิตใจ วิญญาณและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะมีลักษณะดังนี้ (Johnson, 1993)

1. มีความเป็นตัวของตัวเอง รู้จักควบคุมตัวเองให้อยู่ในแบบแผน พึ่งพาตนเองได้ แต่ก็ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อจำเป็น โดยไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

2. มีความต้องการพัฒนาให้ตนเองเจริญงอกงามขึ้นในด้านการยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเองว่ามีขอบเขตความสามารถแค่ไหน มีจุดเด่น จุดอ่อนอย่างไร และพยายามทำให้ตนเองเป็นคนที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ มีการแสดงออกที่เหมาะสมตามบทบาททางเพศของตน

3. มีความอดทนและกล้าเผชิญหน้ากับความไม่สมหวัง ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกที่มีความหวังและความเชื่อมั่นในตนเอง

4. รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความภูมิใจในตนเองเกิดจากความรอบรู้ของตนเอง และการหยิ่งรู้ถึงความสามารถ และข้อจำกัดต่าง ๆ ของตนเอง
5. เป็นผู้ที่เอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ สามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมแก่ภาวะการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์
6. รับรู้สภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างที่เป็นจริงไม่บิดเบือน
7. มีวิธีการจัดการกับความเครียดได้ดี และมีความยืดหยุ่น ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี หรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจะมีลักษณะเหล่านี้ คือ รู้สึกไม่พึงพอใจกับบุคลิกลักษณะและความสามารถของตนเอง ประสบกับความล้มเหลว และไม่พึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่พึงพอใจหรือไม่มีความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของตน มีความล้มเหลวในการจัดการแก้ไขปัญหา การปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตทำให้สกัดกั้นความเจริญงอกงามในการดำเนินชีวิต

การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลจิตเวชจะใช้ทฤษฎีที่เลือกสรร ในลักษณะผสมผสานเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ เขียนแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนเพื่อการบำบัดทางจิต และการรักษาพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ โดยคำนึงถึงผู้รับบริการ ในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือบุคคลโดยรวม เป็นการปฏิบัติงานโดยวิธีที่เรียกว่า กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการที่ปรับมาจาก กระบวนการแก้ปัญหา (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536)

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เอื้อมพร ทองกระจาย (2538) ได้กล่าวไว้ว่า การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลในการช่วยเหลือแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยร่วมกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถสรุปแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลไว้ดังนี้

1. เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ
2. เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
3. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของ

พยาบาล

4. มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของความสนใจ

5. เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายชัดเจน
6. เป็นกระบวนการที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
7. เป็นการวางแผนปฏิบัติการล่วงหน้า

กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
 - 1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
 - 1.2 การจัดเรียงและวิเคราะห์ข้อมูล (data organization)
 - 1.3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)
2. การวางแผนการพยาบาล (Planning)
3. การนำแผนการพยาบาลไปใช้ (Implementation)
4. การประเมินผล (Evaluation)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่มีความสำคัญ และจะกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแล การประเมินภาวะสุขภาพยังแบ่งเป็นขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินภาวะสุขภาพ จะต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาทางการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย ตรวจสุขภาพจิต และจากเครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัย เช่น แบบทดสอบของนักจิตวิทยา เป็นต้น

ลักษณะของข้อมูลโดยทั่วไปจะมี 2 ลักษณะคือ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2535)

1. ข้อมูลที่เป็นการบอกเล่าโดยตรง เรียกว่า ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าโดยตรงของผู้ป่วยญาติพี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งมักได้มาจากการสัมภาษณ์ บางครั้งไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยในขณะนั้นได้เนื่องจากมีอาการคลุ้มคลั่ง หรือไม่พูด ไม่สามารถจะเล่าเรื่องราวของตนเองได้ พยาบาลอาจสัมภาษณ์จากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา บุคคลใกล้ชิด หรือผู้นำส่ง

2. ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของพยาบาล เรียกว่า ข้อมูลปรนัย (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป อาการและอาการแสดง น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง ความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้อมูลทางการพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย ประวัติทางการพยาบาล (client history) และสภาพทางด้านจิตใจ อารมณ์ (mental and emotional status) ที่จะสะท้อนให้เห็นภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งคน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา สังคม และจิตศรัทธา

จากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 1 (2536) ได้ให้แนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ญาติ ทีมสุขภาพ และรายงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ที่อยู่ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น
2. การรับรู้ของผู้รับบริการ และครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาและแรงจูงใจในการมารับบริการ

พยาบาลจะต้องรวบรวมการรับรู้ และความคาดหวังทั้งของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เพื่อทราบถึงระดับการรับรู้และความคาดหวังว่าสอดคล้องกับความเป็นจริงมากน้อยเพียงไร มีความขัดแย้งของการรับรู้ระหว่างผู้รับบริการและบุคคลในครอบครัวหรือไม่ ยิ่งสมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกันในการรับรู้มากเท่าใด จะทำให้เป้าหมายของการรักษาพยาบาลบรรลุความสำเร็จได้ยากเท่านั้น และการที่สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาตรงกันและถูกต้องตามความเป็นจริงจะช่วยให้แผนการรักษาบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้เร็วขึ้น พยาบาลอาจใช้คำถามว่า

- "เหตุใดคุณจึงมาโรงพยาบาล"
- "อะไรที่คุณคิดว่าเป็นปัญหาที่ทำให้ต้องมาโรงพยาบาล"
- "คุณคิดว่าปัญหานี้มีผลต่อครอบครัวของคุณอย่างไรบ้าง"
- "การเข้ามารับการรักษาครั้งนี้จะช่วยให้คุณได้อะไรบ้าง"

3. ข้อมูลทางจิตสังคม เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางอารมณ์ อึดมโนคติ แบบแผนการติดต่อสื่อสาร และประวัติการเจ็บป่วย ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 สถานภาพทางอารมณ์

การรวบรวมข้อมูลทางอารมณ์สามารถกระทำได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มพบผู้ป่วย โดยการสังเกตลักษณะการแสดงออกทั่ว ๆ ไป ได้แก่

- การแสดงสีหน้า เช่น ยิ้มแย้ม หน้านัวคือขมวด บึ้งตึง
เฉยเมย หวาดกลัว ไม่แสดงอารมณ์
- การเคลื่อนไหว เช่น ลุกลุกนอน เชื่องช้า ไม่ค่อยเคลื่อนไหว
ท่าทางแปลก ๆ
- สัญญาณทางกาย เช่น น้ำตาไหล เหงื่อแตก หายใจหอบ
ตัวสั่น กระตุก

นอกจากนั้น ข้อมูลยังได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ
พยาบาลอาจใช้คำถามว่า "คุณรู้สึกอย่างไรบ้างขณะนี้" และ "ความรู้สึกนั้นมีความรุนแรงมาก
น้อยเพียงใด"

การประเมินอารมณ์ อาจประเมินในเรื่องต่อไปนี้

- การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น กลัว กังวล เฉยเมย ราบเรียบ
ไร้อารมณ์ สุข เศร้า หวาดกลัว โกรธ ไม่เป็นมิตร สงบ ครีมนอกครีมนใจ เสียใจ ฯลฯ
- ความมั่นคงทางอารมณ์ เช่น เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว
อารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นช่วง ๆ ขึ้น ๆ ลง ๆ ปลดปล่อยอารมณ์ให้คล้อยตามสิ่งที่มากระตุ้น
อารมณ์ตรงกันข้ามกันในช่วง 1 วัน เช่น เข้าเศร้าแต่กลางวันดีขึ้น
- ความสอดคล้องทางอารมณ์ จะประเมินความสัมพันธ์

ระหว่างอารมณ์กับเนื้อหาความคิด ดูจากการแสดงสีหน้าและพฤติกรรมมีความสอดคล้องกับ
เรื่องที่เล่าหรือไม่ มีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อสิ่งที่มากระตุ้นมากหรือน้อยกว่าปกติ ขาดความ
กลมกลืนกันระหว่างอารมณ์และความคิด หรือแสดงอารมณ์ขัดแย้งกันเช่น แก้งทำสดชื่น
รื่นเริงทั้ง ๆ ที่ตกอยู่ในอารมณ์เศร้า

จากข้อมูลข้างต้น นำมาพิจารณาว่า ผู้ป่วยแสดงอารมณ์อย่างไร
รับรู้ ความรู้สึกและยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด สามารถควบคุมอารมณ์ได้หรือไม่
และอย่างไร มีอารมณ์ค้างหรือผันแปรเพียงใด ปลดปล่อยอารมณ์ได้ถูกกาลเทศะหรือไม่

3.2 อึดมโนคติ เป็นความคิดความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองเป็น
อย่างไร ตัวอย่างคำถามได้แก่

- "รู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง"
- "มองว่าตนเป็นบุคคลอย่างไร"
- "พึงพอใจตนเองในส่วนใดและไม่พึงพอใจตนเองส่วนใด"
- "สามารถบอกความสามารถของตนในส่วนดีและส่วนที่ไม่ดี

ได้หรือไม่ อย่างไร"

3.3 แบบแผนการติดต่อสื่อสาร สามารถประเมินได้จากการพูด การเขียน การวาดภาพของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำมาประเมินเนื้อหาของความคิด (Thought content) และกระบวนการคิด Thought process) ของผู้ป่วยได้

- พยาบาลจะประเมินเพื่อศึกษาในลักษณะต่าง ๆ คือ
- ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้เองอย่างเต็มใจ หรือเฉพาะเมื่อมีการซักถามเท่านั้น
 - ผู้ป่วยใช้วิธีการอย่างไร (การพูด ท่าทาง สายตา สีหน้าฯ) ในการติดต่อสื่อสาร การพูดและท่าทางสอดคล้องกันหรือไม่
 - พฤติกรรมการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยมีความหมายอย่างไร
 - ลักษณะของผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร เช่น พูดมาก ไม่ค่อยพูด เจย ๆ

- การติดต่อสื่อสารมีความชัดเจนหรือไม่

3.4 ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่

1. ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคบางชนิดของบุคคลในครอบครัวเป็นตัวชี้หน้าที่ควรคำนึงถึงว่าน่าจะทำให้สมาชิกในกลุ่มลูกหลานมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตใจ อาทิ โรคทางกายที่มีผลสืบเนื่องมาจากความแปรปรวนของอารมณ์ เช่น แผลในกระเพาะอาหาร หอบหืด ใช้สารเสพติด เหล้า ปัญญาอ่อน โรคจิตเภท โรคจิตอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า มีประวัติฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว พยาบาลควรซักถามประวัติเหล่านี้จากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิตไปแล้ว

2. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน คือ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ คำถามที่ใช้ประเมิน เช่น

- "ปัญหาที่ทำให้คุณต้องมาโรงพยาบาลในวันนี้ เป็นอย่างไร"
- "ปัญหานี้เป็นมานานเท่าไรแล้ว เคยเกิดขึ้นมาก่อนไหม ได้รับการช่วยเหลืออย่างไร"
- "ปัญหานี้มีผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างไร"

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ได้แก่ ประวัติของการได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน โดยระบุถึงระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ผลของการรักษา ปัญหาการเจ็บป่วยนั้นเรื้อรังมาจนถึงปัจจุบันหรือไม่

4. การประเมินทางสังคม ได้แก่ การศึกษา การทำงาน สัมพันธภาพทางสังคม ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และแบบแผนการดำรงชีวิต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การศึกษาและการทำงาน

พยาบาลควรทราบเกี่ยวกับพื้นฐานการศึกษาของผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจถึงระดับการศึกษา ทักษะความชำนาญและอาชีพ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับความคิดความรู้สึก ข้อขัดแย้ง ความไม่สมหวังต่าง ๆ ในอาชีพ ประวัติการทำงาน มีความเชื่อมั่นและได้รับความไว้วางใจ ความรับผิดชอบต่องานเป็นอย่างไร ชนิดของงานที่ทำ ระยะเวลาความไว้วางใจ ความรับผิดชอบต่องานเป็นอย่างไร ชนิดของงานที่ทำ ระยะเวลาทำงานแต่ละแห่ง ประเมินผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร แผนการศึกษาและการทำงานในอนาคต ผู้ป่วยเข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ไหม และมีความพึงพอใจในงานของตนมากน้อยเพียงไร

4.2 สัมพันธภาพทางสังคม

การประเมินสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วย จะทำให้ได้ทราบถึงการดำรงชีวิตอยู่ การปรับตัวอยู่ในสังคมได้มากน้อยเพียงใด สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อน และชุมชน การรวบรวมข้อมูลทางด้านสังคมเพื่อที่จะประเมินว่าเป็นแหล่งช่วยเหลือ สนับสนุน หรือเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยหรือไม่มากน้อยเพียงใด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลทั้ง 2 ด้าน คือจากตัวผู้ป่วยเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมาเปรียบเทียบกันว่าทั้ง 2 ฝ่าย มีการรับรู้ตรงกันหรือไม่ หรือมีความขัดแย้งกัน พยาบาลควรทราบถึงการปฏิบัติตนต่อบุคคลอื่นในสังคมและชุมชนเกี่ยวกับเพื่อนสนิท จำนวนเพื่อน กิจกรรมของผู้ป่วยในสังคม มีการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นหรือไม่อย่างไร

4.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวบ่งชี้ให้เกิดพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของบุคคล ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิต อยู่ในครอบครัว สิ่งแวดล้อม และสภาพวัฒนธรรมในชุมชนนั้นได้ดีเพียงไร เขาและครอบครัว คาดหวังอะไรจากสังคมที่เขาอาศัยอยู่ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ความเชื่อและฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว มีผลกระทบต่อปัญหาทางจิตเกิดขึ้นใน

ครอบครัวได้ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม พยาบาลอาจใช้คำถามต่อไปนี้ เช่น

- คุณมีความรู้สึกว่าคุณและครอบครัวแตกต่างจากครอบครัวอื่น ๆ หรือไม่
 - มีใครหรือไม่ที่ให้การดูแล เอาใจใส่ ห่วงใย ช่วยเหลือ
 - เคยได้รับการดูถูกเหยียดหยาม รังเกียจจากบุคคลอื่นหรือไม่
- เพียงใด
- มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนตลอดจนบุคคลอื่นในสังคมหรือไม่

4.4 แบบแผนการดำรงชีวิต

จะรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การดูแลตนเอง การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ข้อมูลเหล่านี้จะได้โดยการซักถาม ดังนี้

- คุณอยู่ที่ไหน
- บ้านมีลักษณะเป็นอย่างไร
- อาศัยอยู่กับใครบ้าง
- คุณใช้เวลาว่างในแต่ละวันอย่างไร
- จุดมุ่งหมายในอนาคตของท่านคืออะไร

5. แบบแผนด้านครอบครัว

การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อศึกษาลักษณะของสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ข้อมูลที่จะต้องศึกษา ได้แก่ ความรักใคร่ ความขัดแย้งกันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสภาพปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยหลายปัญหา มักมีสาเหตุมาจากสภาวะต่าง ๆ ภายในครอบครัว พยาบาลควรซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ

- ปัจจุบันพ่อแม่อายุเท่าไร อาชีพอะไร นิสัยใจคอเป็นอย่างไร
 - ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อพ่อและแม่เป็นอย่างไร
 - ถ้าหากพ่อแม่เสียชีวิตแล้ว เสียชีวิตจากอะไร ขณะอายุเท่าไร
- ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะนั้นเป็นอย่างไร

- ผู้ป่วยรู้สึกสนิทกับพี่น้องคนไหน เพราะอะไร
- ความสัมพันธ์กับพี่น้องหรือญาติสนิทในปัจจุบันเป็นอย่างไร

6. การประเมินภาวะสุขภาพกาย

เช่น ปัญหาสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออก ผู้ที่เจ็บป่วยทางกายย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจ ขณะเดียวกันผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจก็จะส่งผลถึงการเจ็บป่วยทางร่างกาย ด้วยการรวบรวมข้อมูลด้านร่างกายจะกระทำโดยผ่านทางการสัมภาษณ์ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ควรรวบรวมได้แก่ โรคทางกรรมพันธุ์ต่าง ๆ เช่น โรคทางกายที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากความแปรปรวนของอารมณ์ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด โรคจิตเภท ปัญญาอ่อน เป็นต้น ประวัติทางสุขภาพและการใช้ยาตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา แนวปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพในแต่ละวันในเรื่องของการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การนอน เป็นต้น การตรวจสุขภาพร่างกายทุกระบบ และการประเมินลักษณะทั่วไป (Physical appearance) เช่น ท่าทาง การแต่งกาย การเคลื่อนไหว

7. การตรวจสภาพทางจิต

ในการตรวจสภาพจิต (Mental status examination) พยาบาลจะต้องเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย วัตถุประสงค์การทำของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป และจะต้องอาศัยทักษะของผู้ประเมินหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ การสังเกต การสนทนา และการทดสอบ ผลการประเมินสภาพทางจิตของผู้ป่วยในแต่ละขณะอาจไม่เหมือนกัน เนื่องจากจิตใจคนเรามีได้เป็นสิ่งที่หยุดนิ่ง หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก (มานิต หล่อตระกูล, 2538)

การตรวจสภาพทางจิต ได้แก่

6.1 ลักษณะโดยทั่วไป โดยการสังเกตลักษณะท่าทางภายนอก

โดยทั่วไปของผู้ป่วย การแต่งกาย ทรงผม หากมีลักษณะเด่นเช่น ความพิการ แผลเป็นที่เห็นชัดให้ระบุส่วนต่าง ๆ นี้ด้วย สังเกตพฤติกรรมเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และท่าทีต่อผู้สัมภาษณ์เช่น ไม้ไว้วางใจ หวาดระแวง ไม่เชื่อถือ ให้ความร่วมมือดี เป็นต้น

6.2 การพูด สังเกตลักษณะการพูด น้ำเสียง เช่น พูดเร็ว พูดช้า พูดตะกุกตะกัก พูดติดอ่าง พูดไม่ชัด พูดเสียงดัง เสียงเบา เป็นต้น

6.3 อารมณ์ แบ่งออกเป็น

- Mood เป็นอารมณ์ที่คงอยู่นาน ได้จากการซักถามผู้ป่วยว่า ส่วนใหญ่แล้วเขามีอารมณ์เป็นอย่างไร

- Affect เป็นอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกในขณะนั้น ใช้การสังเกตสีหน้า ตลอดจนลักษณะท่าทางของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ เช่น อารมณ์ดี อารมณ์เศร้า มีความสอดคล้องกับเรื่องที่เล่า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น

6.4 ความคิด จะประเมินใน 2 ด้านคือ

6.4.1 กระบวนการความคิด (thought process) โดยประเมินด้วยการสังเกตจากการพูด การโต้ตอบ รวมถึงแนวการเล่าเรื่องราวต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยตอบตรงกับคำถามหรือไม่ หรือพูดเชออกนอกเรื่อง ความคิดหรือการพูดของผู้ป่วย บางครั้งฟังแล้วสับสน หรือดูไม่ต่อเนื่องกันหรือไม่

6.4.2 เนื้อหาของความคิด (thought content) โดยทั่วไปแล้ว จะพิจารณาความผิดปกติหลักอยู่ 5 ประการ ได้แก่

ก. ความคิดหมกมุ่น (preoccupation) เป็นความคิดที่วนเวียนอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น คิดหมกมุ่นในเรื่องของความเจ็บป่วย กังวลว่าตนเองอาจเป็นโรคทางร่างกาย กังวลเรื่องครอบครัว เป็นต้น

ข. อาการย้ำคิด ย้ำทำ (obsession and compulsion) ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำซากอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นความคิดที่รบกวนผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองรู้สึกว่าเป็นความคิดที่เหลวไหล พยายามไม่คิดแต่ห้ามตนเองไม่ได้ เช่น คิดซ้ำซากเรื่องตนเองจะแปดเปื้อนความสกปรก ส่วนอาการย้ำทำนั้นเป็นการกระทำซ้ำ ๆ มักเกี่ยวเนื่องกับอาการย้ำคิด

ค. อาการกลัว (phobia) ผู้ป่วยกลัวสิ่งของสถานที่ หรือสถานการณ์อย่างมากเกินเหตุ ผู้ป่วยเองก็ทราบว่าจะกลัวแต่ก็ห้ามไม่ได้ ทำให้มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น กลัวความสูง กลัวสัตว์บางชนิด เป็นต้น

ง. อาการหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อผิด ๆ ที่ฝังแน่นเปลี่ยนแปลงยาก ซึ่งมีได้หลายลักษณะทั้งเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ที่อาจเป็นไปได้ หรืออาจเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ เช่น คิดว่ามีคนคอยจะทำร้ายตน คิดว่าตนเป็นผู้มีอิทธิฤทธิ์ เป็นต้น

จ. ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) โดยดูว่าผู้ป่วยมีความคิดอยากตายหรือไม่ อาจถามผู้ป่วยว่า

- คุณเคยรู้สึกว่าคุณชีวิตนี้ไม่น่าอยู่บ้างไหม
- คุณเคยคิดถึงเรื่องการตายบ่อยไหม

- คุณเคยคิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตายไหม

คิดว่าใช้วิธีอะไร เคยทำไหม

6.5 การรับรู้ ความผิดปกติของการรับรู้ สามารถเกิดขึ้นกับ
ทุกระบบประสาทสัมผัส โดยแบ่งออกเป็น

ก. การแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) คือมีสิ่งเร้ามากระตุ้น แต่ผู้ป่วย
แปลผิดไป มักเกิดตอนพลบค่ำ เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู เป็นต้น

ข. ประสาทหลอน (hallucination) ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โดย
ปราศจากสิ่งกระตุ้น ที่พบบ่อย ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน

6.6 ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive function) ประกอบด้วย

ก. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ความผิดปกติ
จะเริ่มจากการเสียในเรื่องเวลา ไปยังสถานที่และบุคคล และหากอาการดีขึ้นก็จะกลับเป็นปกติ
ในเรื่องของบุคคลก่อน จนปกติในเรื่องของเวลาเป็นลำดับสุดท้าย และการรับรู้เวลา สถานที่
บุคคลนี้จะเปลี่ยนแปลงไปมากได้ไม่คงที่

ตัวอย่างการถาม

- วันนี้วันที่เท่าไร เดือน พ.ศ.
- ขณะนี้ เวลาอะไร
- ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน
- ทราบไหมว่าคุณกำลังคุยอยู่กับใคร

ข. ความใส่ใจและสมาธิ (attention and concentration) เป็น
ความสามารถในการฟังความสนใจอยู่ที่ใดที่หนึ่ง ตรวจสอบได้โดยการสังเกตปฏิกิริยาท่าที
ในขณะที่พูดคุยว่ามีความสนใจ ตั้งใจฟัง สามารถตอบข้อซักถามได้ตรงกับคำถาม และสรุป
เรื่องราวที่พูดคุยผ่านไปแล้วได้หรือไม่เพียงใด หรือถูกรบกวนจากสิ่งกระตุ้นรอบข้างได้ง่าย
อาจให้เล่าเรื่องสั้น ๆ หรือนิทานที่ตนเองสนใจ เพื่อพิจารณาว่าสามารถกระทำต่อเนื่อง
เพียงใด

ค. ความจำ (memory) โดยจะตรวจสอบความจำในลักษณะ
ของความจำในระยะสั้น โดยการให้ผู้ป่วยพูดเลขตามและทวนซ้ำ หรือถามถึงเหตุการณ์ที่เพิ่ง
ผ่านไปไม่นาน และถามถึงเหตุการณ์ในอดีต เช่น เกิดเมื่อไร มีลูกชื่ออะไรบ้าง เป็นต้น

ง. ความรู้ทั่วไป โดยถามความรู้ทั่วไปเรื่องที่คิดว่าผู้ที่มีการศึกษาเท่าผู้ป่วย และอยู่ในสังคมเดียวกันน่าจะตอบได้ เช่น วันสงกรานต์ตรงกับวันที่เท่าไรหรือ
ธงชาติไทยมีกี่สี

๑. ความคิดแบบนามธรรม (abstract thinking) เพื่อดูความสามารถของผู้ป่วยในการคิดแบบนามธรรม เช่น ถ้ามถึงความแตกต่างหรือความเหมือนของสิ่งของ 2 สิ่ง เช่น กลางวันกับกลางคืนต่างกันอย่างไร รถกับเรือเหมือนกันอย่างไร หรือการถามคำพังเพย สุภาษิตต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยอธิบายความหมาย

6.7 การตัดสินใจ (judgment) การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจดูได้จากเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าว่ามีการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์เหมาะสมหรือไม่อย่างไร หรือใช้การสมมติเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าหากเขาอยู่ในเหตุการณ์ต่าง ๆ จะทำอย่างไร เช่น ออกจากบ้านใส่กุญแจแล้วนึกขึ้นได้ว่าลืมกุญแจทิ้งไว้ในบ้านจะทำอย่างไร

1.2 การจัดระบบข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาได้แล้ว จะต้องมีการจัดข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบ การจัดระบบของข้อมูลขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดที่นำมาใช้สร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล การจัดเรียงข้อมูลนี้มักจะกระทำไปพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล ถ้าการเก็บรวบรวมข้อมูลทำไปอย่างมีระบบระเบียบแล้วก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่เรียบเรียงแล้ว เรียกว่าประวัติทางการแพทย์ (Nursing History) จากนั้นพยาบาลจะแปลความหมายของข้อมูล (Interpretation) โดยอาศัยเนื้อหาสาระที่เป็นความรู้ ทฤษฎี หรือมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและทางการแพทย์ ข้อความที่ได้จากการแปลความหมายจะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและข้อความเหล่านี้จะนำไปสู่การให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนต่อไป

หลังจากที่พยาบาลแปลความหมายของพฤติกรรมผู้ป่วยแล้ว พยาบาลจำเป็นจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของการแปลความหมายของพฤติกรรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตรวจสอบเอง พยาบาลจะถามผู้ป่วยว่าการแปลความหมายของพยาบาลนั้นถูกต้องตามความเป็นจริงเพียงใด บางกรณีที่ไม่สามารถตรวจสอบกับผู้ป่วยได้อาจตรวจสอบจากบุคคลากรในทีมหรือจากการค้นคว้าทางทฤษฎีก็ได้

ตัวอย่างการรวบรวมข้อมูล การจัดเรียง และการวิเคราะห์ข้อมูล

คำถามในการรวบรวมข้อมูล	ข้อมูลที่รวบรวมได้ S คือข้อมูลอัตนัย O คือข้อมูลปรนัย	การวิเคราะห์ข้อมูล
ความสามารถในการรับรู้สิ่งเข้า คุณเคยได้ยินเสียงบางอย่างที่ ผู้อื่นไม่ได้ยินบ้างไหม	S : เคย O : "เสียงผู้ชาย บอกว่าจะ มายิงให้ตาย"	ผู้ป่วยระบุว่า มีประสาทหลอน ทางหูเป็นลักษณะเกี่ยวกับการ การมีผู้อื่นจะทำร้ายตน
ความสามารถในการรับรู้สิ่งเข้า วันนั้นวันที่เท่าไร เมื่อเข้าใครมาเยี่ยม ที่คุณกำลังอยู่ด้วยคือใคร บ้านอยู่ที่ไหน	S : "วันนี้ 6 ธันวาคม 2538" S : "แม่มาเยี่ยม" S : "พยาบาล" S : "อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี"	ผู้ป่วยมีการรับรู้ใน สิ่งแวดล้อมในเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคลถูกต้อง

1.3 การวินิจฉัยทางการแพทย์

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ คือ
การวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือการกำหนดปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการตัดสินใจของพยาบาลในการให้
ข้อสรุปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งสัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้จากการประเมิน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นข้อความที่อธิบายถึงความรุนแรงของ
ปัญหาที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นแกนของปัญหาสุขภาพ (จารุวรรณ ต. สกุล,
2532)

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ สามารถกำหนดในรูปแบบใดรูปแบบ
หนึ่ง ดังต่อไปนี้ (วิพร เสนารักษ์, 2538)

รูปแบบที่ 1 มีภาวะสุขภาพดี

สุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่งเสริม)

ตัวอย่าง -

ผู้ป่วยรับประทานยาได้เองตามเวลาสม่ำเสมอ เนื่องจากมีความหวังว่าจะหายจากโรค

รูปแบบที่ 2 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลรูปแบบนี้ จะไม่พบข้อมูลที่บ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพ แต่จะพบข้อมูลที่บ่งชี้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในที่นี้หมายถึงปัจจัยเสี่ยง

เสียงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่งเสริม)

ตัวอย่าง

เสียงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากรู้สึกสิ้นหวัง

รูปแบบที่ 3 มีปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยที่ทำให้เกิด)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลรูปแบบนี้มีข้อมูลสนับสนุนทั้งปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยซึมเศร้าระดับปานกลาง เนื่องจากญาติปฏิเสธการรับกลับบ้าน

ลักษณะเชิงโครงสร้างของการวินิจฉัยทางการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2528)

1. เป็นข้อความที่สั้น กระชับ ชัดเจน ในการสื่อสารความหมาย และแสดงถึงการตอบสนองของร่างกายต่อสภาพที่เป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ การตอบสนองของร่างกายต่อปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะดังต่อไปนี้

ก. เป็นปฏิกิริยา (Reaction) ต่อปัญหาทางสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น เช่น มีไข้สูงหลังจากการผ่าตัดไส้ติ่ง 1 วัน

ข. เป็นผล (Effect) ที่เกิดขึ้นแก่บุคคลจากภาวะของโรคที่เป็นอยู่ หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น เช่น รับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากมีแผลในปาก

ค. เป็นพฤติกรรม (Behavior) ที่บุคคลแสดงออก เช่น มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย เนื่องจากเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียมารดา

ตัวอย่างข้อความที่แสดงถึงปฏิภริยา ผล และพฤติกรรม ได้แก่			
มีการเปลี่ยนแปลง	มีความไม่เพียงพอ	มีความบกพร่อง	ไม่เหมาะสม
มีการคุกคาม	ขาด	ลดน้อยลง	ไม่ร่วมมือ
ไม่สามารถ	ล้มเหลว	มีความลำบาก	หยุดชะงัก
ปรับไม่ได้	ขาดความร่วมมือ	ไม่สามารถดำรงไว้	ไม่สมดุล

และอาจมีข้อความที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของสภาพการตอบสนองร่วมด้วยเช่นรุนแรงมาก เล็กน้อย เจียบพลัน เรื้อรัง บางครั้ง สมบูรณ์ ปานกลาง ส่วนใหญ่

2. ต้องมุ่งแสดงถึงปัญหาของผู้รับบริการ โดยมีข้อสนับสนุนเพียงพอ
3. เป็นข้อความบรรยายลักษณะการตอบสนอง ถ้าข้อมูลไม่เพียงพอที่จะบอกเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาที่ชัดเจน เช่น "มีโอกาสดเกิด..." ขาดความรู้ที่พอเพียง...ทำให้.."
4. บอกเหตุหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาอย่างชัดเจนและมีเหตุผลทางทฤษฎี การบอกสาเหตุจะช่วยให้เห็นแนวทางในการช่วยเหลือ
5. บอกแนวทางในการวางแผนการพยาบาลที่ชัดเจน เช่น "มีโอกาสดเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่เคลื่อนไหวอย่างพอเพียง" เพื่อที่พยาบาลจะได้วางแผนให้การป้องกัน ส่งเสริม สุขภาพและให้การศึกษาตามความเหมาะสม
6. บอกแนวทางเพื่อการป้องกันความล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ต่อไป เช่น ผู้รับบริการมีความวิตกเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือสภาพความกังวลโดยส่งต่อปัญหาเรื่องนี้ให้กับนักสังคมสงเคราะห์ต่อไป

อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย (2535) ได้ให้หลักในการวินิจฉัยทางจิตสังคม 3 ประการ ดังนี้

1. พิจารณาจากเกณฑ์ปกติของบุคคลทั่วไปว่าเป็นอย่างไร สภาพวะของผู้ป่วยเป็นอย่างไร นำมาเปรียบเทียบกัน และเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล
2. พิจารณาจากข้อสรุปย่อยไปหาข้อสรุปใหญ่ แล้วกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการซึมกว่าปกติ ไม่ยอมรับประทานอาหาร พยาบาลจะต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น เช่น เนื่องจากผู้ป่วยวิตกกังวลว่าญาติจะไม่มารับ จึงทำให้เกิดอาการดังกล่าว ซึ่งอาจเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ว่า "ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารเนื่องจากวิตกกังวลว่าญาติไม่มารับ"
3. พิจารณาจากข้อสรุปใหญ่ไปหาข้อสรุปย่อย เช่น ได้ข้อมูลจากเวรติกว่า ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยาบาลจะศึกษาข้อมูลย่อย ๆ เพิ่มเติมว่ามีอาการอย่างไร เมื่อไร และ

จากสาเหตุใด เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยมักได้ยินเสียงคนเรียกหาตนในตอนกลางคืน แล้วจะปลุกเพื่อนข้างเตียงลุกขึ้นมาฟังเสียงที่ตนได้ยิน ซึ่งอาจเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ว่า “ผู้ป่วยนอนไม่หลับ มีอาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงร้องเรียกในเวลากลางคืน”

ลักษณะที่ควรหลีกเลี่ยงในการเขียนการวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้แก่ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2538)

1. ข้อความที่เป็นการชี้แจงในรูปความต้องการ ข้อเรียกร้องหรือข้อปฏิเสธ
2. ข้อความที่ไม่ชัดเจน คลุมเคลือ หรืออ้างเหตุไม่สัมพันธ์กับปัญหา
3. ข้อความที่เป็นการวินิจฉัยโรค หรือเป็นผลจากการรักษา ซึ่งไม่สามารถแก้ไข

ปัญหาได้ด้วยการปฏิบัติการพยาบาล

4. ข้อความที่เกี่ยวกับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค
5. ข้อความที่บอกถึงการรักษาของแพทย์
6. ข้อความที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาล
7. ข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

- ไม่สามารถพักผ่อนได้ เนื่องจากมีความวิตกกังวลระดับสูง
- ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไป
- ขาดการรู้จักตนเองในสภาพที่เป็นจริง ทำให้ไม่ยอมรับการรักษา

2. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ

ขั้นตอนในการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นที่ 2 การกำหนดเป้าหมาย และเกณฑ์การประเมินผล

ขั้นที่ 3 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นที่ 1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ปัญหาใดที่สำคัญ และรีบด่วนควรจะได้รับแก้ไขก่อน เช่น ปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต และความปลอดภัยของบุคคล ส่วนปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นภายหลัง ก็จัดไว้เป็นลำดับหลัง ๆ

แนวทางในการพิจารณาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มี 5 ประการดังนี้ (พรนรินทร์ อุดมถาวรสุข, อัจฉรา หล่อวิจิตร และพรทิพย์ บุญพวง, 2538)

1) พิจารณาตามลักษณะของปัญหา โดยพิจารณาปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต ก่อนปัญหาอื่น อาจแบ่งความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 3 ระดับ

ลำดับที่ 1 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลทันที ถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้รับบริการ อาจเสียชีวิต เสียอวัยวะหรือพิการ อาจเป็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น อย่างมาก เช่น เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เนื่องจากการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

ลำดับที่ 2 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลรีบด่วน ถ้าทิ้งไว้นานอาจเกิดปัญหารุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากรู้สึกหมดหวังและด้อยคุณค่าในตนเอง

ลำดับที่ 3 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลแต่รอได้ การดำเนินของปัญหา เป็นไปอย่างช้า ๆ เช่น ขาดทักษะในการสื่อสารด้วยคำพูด เนื่องจากแยกตนเอง

2) พิจารณาตามลำดับความต้องการของมนุษย์ ดังที่ได้เสนอไปแล้วใน ข้อความต้องการของผู้ป่วย

3) พิจารณาตามความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการ ใช้มากในสภาพการณ์ที่ไม่มีปัญหาคุกคามต่อชีวิต โดยคำนึงความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตลอดจนความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ จะมีอิทธิพลทำให้เขาสามารถระบุ ความสำคัญของปัญหาได้ชัดเจน เหมาะสมขึ้น ถ้าผู้รับบริการมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย เช่น มีความวิตกกังวลรุนแรง มีความเครียดสูง หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ไป มักจะทำให้ กระบวนการความคิดของเขาบกพร่อง ซึ่งจะนำไปสู่การไม่สามารถตัดสินใจ และจัดการแก้ไข ปัญหาได้

4) พิจารณาตามแผนการดูแลรักษาโดยส่วนรวม การจัดลำดับความสำคัญของ ปัญหา ต้องจัดให้สอดคล้องกับบุคลากรในทีมสุขภาพคนอื่น ๆ ด้วย เช่น ผู้รับบริการที่ ต้องการได้รับการรักษาโดย Absolute bed rest ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวจะมีความ สำคัญลดลง

5) พิจารณาตามทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น กรณีที่มีพยาบาลน้อย ผู้รับบริการ มาก การให้การพยาบาลจะมุ่งแก้ปัญหาทางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ให้จัดความสำคัญ ของร่างกายก่อน

แนวทางการพิจารณาจัดลำดับของปัญหาทั้ง 5 แนวทางดังกล่าว พยาบาลควรคำนึงเสมอเมื่อนำมาวางแผนปฏิบัติ และใช้วิจักษณ์าว่าควรนำแนวทางใดมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละรายและในแต่ละสถานการณณ์ เพราะไม่อาจยึดแนวทางหนึ่งมาใช้ได้ตลอดไป ในที่นี้จะจัดระดับตามความคุกคามต่อชีวิตและความต้องการการพยาบาลของผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เร่งด่วน ระดับที่ 2 ระยะสั้น ระดับที่ 3 ระยะยาว

ขั้นที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผล

เป้าหมายทางการพยาบาล (Goals) จะบอกถึงผลที่คาดว่าจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และอาจกำหนดได้เป็นเป้าหมายระยะยาว และเป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะยาวเป็นเป้าหมายโดยทั่วไป เป็นข้อความที่สามารถเป็นจริงได้ ส่วนเป้าหมายระยะสั้นเป็นเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรือการช่วยเหลือที่ต้องการความรีบด่วน เป้าหมายเป็นข้อความที่สามารถบอกให้ทราบถึงเกณฑ์ในการประเมินผลเชิงพฤติกรรม สามารถเป็นจริงได้ และเป็นไปในทางบวกมากกว่าทางลบ (Brooking, Ritter and Thomas, 1992)

ลักษณะการเขียนเป้าหมายทางการพยาบาลทางจิตสังคม ในรูปของพฤติกรรม จะบอกให้รู้ถึงองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2535) ดังนี้

1. พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น
2. เงื่อนไขหรือสถานการณ์ภายใต้พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น
3. มาตรฐานที่แสดงถึงผลสำเร็จ ซึ่งจะรวมถึงผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด ดีขึ้นอย่างไร และใช้เวลานานเท่าใด

ตัวอย่างการเขียนเป้าหมายทางการพยาบาล

- บอกความรู้สึกของตนเองได้ ภายหลังจากการสนทนากับพยาบาลครั้งที่ 2
- รับประทานยาด้วยตนเองโดยไม่ต้องเตือนภายใน 2 สัปดาห์
- มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนผู้ป่วย ภายใน 3 สัปดาห์

การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล จะเป็นสิ่งที่บอกให้ทราบว่า ปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขให้หมดไป และอย่างน้อยเพียงใด ซึ่งพยาบาลจะทราบได้โดยดูจากเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้ในเชิงพฤติกรรม

หลักในการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลเชิงพฤติกรรม

- ที่พึงไว้
1. บอกถึงการกระทำ (Performance) ที่ผู้ป่วยต้องกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
 2. บอกถึงสภาพการณ์ (Condition) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดอะไรบ้าง
 3. บอกเกณฑ์ (Criterion) ที่เป็นที่ยอมรับกัน ซึ่งบอกได้ใน 4 ลักษณะคือ
 - 3.1 บอกกำหนดเวลา (Speed) ว่าผู้ป่วยควรกระทำตามเป้าหมายได้ภายในเวลาเท่าใด
 - 3.2 บอกความถูกต้อง (Accuracy) ว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้องในระดับใด จึงจะนับว่าเป็นระดับที่น่าพอใจ
 - 3.3 บอกคุณภาพ (Quality) ว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป
 - 3.4 บอกเกณฑ์อ้างอิง (Criterion-Reference) เป็นการกำหนดเกณฑ์โดยอ้างอิงถึงค่ามาตรฐานความถูกต้องตามทฤษฎีและตำราต่าง ๆ

ตัวอย่างของการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

เป้าหมาย	เกณฑ์
บอกความรู้สึกของตนเองได้	บอกว่ารู้สึกกังวลมากเรื่องสามีไม่มาเยี่ยม บอกว่าไม่พอใจที่เพื่อนผู้ป่วยมานั่ง- บนเตียงของตน

ขั้นที่ 3 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง คำสั่งการพยาบาล หรือวิธีการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่พยาบาลกำหนดขึ้นในแผนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีมการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยตามเป้าหมายที่พึงไว้

คำสั่งการพยาบาล ควรเขียนให้ละเอียด เฉพาะเจาะจงและกำหนดเวลา สถานที่ สภาพการณ์ต่าง ๆ เพื่อทุกคนจะได้นำไปปฏิบัติได้ตรงกัน เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติตามได้ทั้งในแง่ของของพยาบาลและผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะคำสั่งการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติที่บุคลากรในทีมการพยาบาลจะต้องปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน จึงต้องเขียนให้ชัดเจนในรายละเอียดเกี่ยวกับใคร (ถ้าผู้ทำกิจกรรมเป็นพยาบาลกระทำ อาจละไว้ได้ในฐานที่เข้าใจ) ทำอะไร เมื่อไร ที่ไหน และอย่างไรเสมอ

ตัวอย่าง

- พูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรม
- จัดให้มีปฏิทิน และนาฬิกาแขวนไว้ให้ผู้ป่วยเห็นเพื่อลดความสับสนเกี่ยวกับ

เวลา

- ให้ความจริงกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีภาพหลอน

กิจกรรมการพยาบาลควรครอบคลุมบทบาทของพยาบาลทั้งในด้านการดูแล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยพยาบาลควรจัดลำดับของ กิจกรรมต่าง ๆ ก่อน-หลัง ตามความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย

Vargocolis (1994) ให้หลักการของการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย

1. จะต้องมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
2. มีความเหมาะสม คือ จุดมุ่งหมายของผู้รักษาของผู้ป่วยเป็นไปใน แนวทางเดียวกัน และเหมาะสมกับค่านิยมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย
3. มีประสิทธิภาพ คือ เป็นไปตามหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์
4. ต้องเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้เฉพาะราย และเป็นจริงได้โดยคำนึงถึง

ความสามารถตามอายุของผู้ป่วย สภาพร่างกาย ความแข็งแรง จำนวนบุคลากรที่มีสุขภาพ ประสบการณ์และความสามารถของบุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ที่เหมาะสมและแหล่ง ทรัพยากร

3. การนำแผนการพยาบาลไปใช้

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ไปลงมือปฏิบัติ ขั้นตอน ของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนหรือคำสั่งการพยาบาลนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระยะย่อย ๆ ด้วยกันคือ ระยะเตรียมการ ระยะลงมือปฏิบัติ และระยะหลังการปฏิบัติการพยาบาล

ระยะเตรียมการ พยาบาลจะต้องทบทวนแผนหรือคำสั่งการพยาบาล เตรียม ความรู้ในด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ตระหนักถึงแง่มุมในด้านกฎหมายและจริยธรรม มีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละอย่าง

ระยะลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามแผน พยาบาลจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่ ความสุขสบาย ความปลอดภัยของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี เลิศ โดยคำนึงถึงความประหยัด ความถูกต้อง รวดเร็ว การใช้วัสดุอุปกรณ์ให้เกิดประโยชน์ สูงสุด

ระยะหลังการปฏิบัติการพยาบาล เป็นระยะของการเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วเข้าที่เดิม รายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่บุคลากรอื่นในทีมได้รับทราบโดยบันทึกลงในรายงานของผู้รับบริการ และเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการประเมินผลในขั้นตอนต่อไป

การรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาล เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพราะรูปแบบการทำงานเป็นทีม มีความต่อเนื่องกันตลอด 24 ชั่วโมง สมาชิกทีมควรได้รับทราบเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจที่ตรงกัน สามารถให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องกัน บรรลุตามเป้าหมาย อีกทั้งแบบฟอร์มการบันทึกรายงานของผู้รับบริการ อันเป็นหลักฐานทางการพยาบาลทำให้เกิดการประสานงานและความต่อเนื่องในการพยาบาลและการรักษา

4. การประเมินผล

การประเมินผลการพยาบาล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบและมีแบบแผน เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้มากน้อยเพียงใด โดยมีเกณฑ์การประเมินผลเป็นหลักในการวัดและประเมินผล พยาบาลและผู้รับบริการควรจะร่วมกันในการประเมินผล นอกจากนั้นการประเมินผลจะเป็นเครื่องวัดถึงประสิทธิภาพของแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาและควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานให้เป็นที่เชื่อถือ และไว้วางใจแก่สมาชิกอื่นในทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

การประเมินผล แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอนคือ

1. ตั้งเกณฑ์ในการประเมินผลที่จะช่วยให้พยาบาลสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่คาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้
2. รวบรวมข้อมูลของบุคคลภายหลังจากได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผน
3. เปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมได้กับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และกับข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ แล้วตัดสินว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

4. ปรับปรุงแก้ไขแผนการพยาบาลทันสมัย และเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
อยู่ตลอดเวลา

ประเภทของการประเมินผลการพยาบาลมี 2 ลักษณะคือ (จารุวรรณ ต. สกุล, 2532)

1. การประเมินผลในขณะปฏิบัติการพยาบาล (Formative evaluation) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขณะที่ปฏิบัติงานพยาบาล อาจจะต้องปรับแผนการพยาบาลเพื่อความเหมาะสม พยาบาลเป็นผู้กำหนดระยะเวลาหรือความบ่อยครั้ง

ของการประเมินผล โดยพิจารณาจากภาวะสุขภาพ และสถานการณ์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยปกติแล้วภายหลังจากการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรจะได้มีการประเมินผลและลงบันทึกผลการประเมินนั้นทันที

2. การประเมินผลภายหลังจากการพยาบาลสิ้นสุดลงแล้ว (Summative evaluation) เป็นการประเมินผลรวบยอดเมื่อเสร็จทุกกิจกรรมการพยาบาลตามแผนแล้ว เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเป้าหมายใหญ่ที่ตั้งไว้เพียงใด โดยตรวจสอบจากบันทึกของพยาบาล

แม้ว่าการประเมินผลการพยาบาลจะเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล แต่การประเมินผลนี้ มีความเกี่ยวข้องกับขั้นตอนอื่น ๆ ด้วย คือทุกขั้นตอนต้องมีการประเมินผล และดำเนินการอย่างเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติต่าง ๆ ที่ได้รับไปแล้วและมีการปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัยอยู่เสมอ

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใช้กระบวนการพยาบาล เป็นวิธีการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพตามแนววิทยาศาสตร์ โดยพยาบาลจิตเวชจะต้องใช้สาระความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชเป็นหลักในการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การจัดเรียงและวิเคราะห์ข้อมูล ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อระบุถึงปัญหา และจุดเด่นของผู้ป่วยแต่ละคน แล้ววางแผนปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดนี้ต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าว ขึ้นต่อมา คือ การนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ ๆ และเมื่อสิ้นสุดแผนเพื่อพิจารณาว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ถ้ายังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดจะต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นแหล่งรวมข้อมูลทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย แสดงผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลที่มีความสำคัญที่จะต้องทำการบันทึกให้ถูกต้องตามหลักการของการบันทึก อันจะนำมาซึ่งประโยชน์ที่ได้จากการบันทึกนั้นอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากคำกล่าวที่ว่า "ถ้าไม่ได้บันทึกอะไรไว้ ก็หมายถึงไม่ได้ทำอะไรเลย" (If it was not documented, it was not done)

คำกล่าวข้างต้นใช้เป็นข้อพิจารณาในศาล เมื่อมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น (Aiken and Catalano, 1994)

วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1. เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร

การบันทึกที่มีความชัดเจนจะสื่อสารให้สมาชิกทีมสุขภาพทราบเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วย ความก้าวหน้าของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในทีมบางคนที่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาได้มองเห็นภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล

2. เพื่อการประเมินสภาพผู้ป่วย

พยาบาลและสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน และความก้าวหน้าทางการแพทย์และการรักษา โดยอ่านจากบันทึกประวัติของผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพเมื่อแรกรับ และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวมได้เพิ่มเติมในภายหลัง

3. เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลจะเริ่มจากการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัย การพยาบาล กำหนดจุดมุ่งหมาย การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล แผนการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยแต่ละคน และเป็นส่วนของการบันทึกที่ถาวรส่วนหนึ่ง

4. เพื่อการศึกษา

เอกสารการบันทึกนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล แพทย์ และวิชาชีพอื่นของทีมสุขภาพ เพราะบันทึกจะให้ข้อมูลที่สมบูรณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งทางด้านความเจ็บป่วย การดูแลรักษาที่ให้และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย

5. เพื่อการวิจัย

โดยศึกษาข้อมูลจากบันทึก และนำมาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์พยาบาล และคุณภาพการพยาบาล

6. เพื่อการตรวจสอบ

เอกสารการบันทึกสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลและคุณภาพของผู้ปฏิบัติ เพื่อประกันคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐาน

7. เพื่อเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย

บันทึกของผู้ป่วยอาจจะถูกนำข้อมูลมาใช้อ้างอิงทางกฎหมายประกอบการพิจารณาคดีในศาลเพื่อพิสูจน์การได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุเกี่ยวเนื่องกับการดูแลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่

หลักของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ลักษณะบันทึกที่มีคุณภาพจะต้องมีการบันทึกตามหลักการของการบันทึกดังนี้ (Taylor, Lillis, and Lemone, 1989 ; Craven and Hirnle, 1992 ; Potter, 1994)

1. เนื้อหาของการบันทึก

1.1 เขียนอย่างสั้น กระชับรัด แต่ได้ใจความสำคัญ เพื่อประหยัดเวลาทั้งผู้เขียนและผู้อ่านบันทึก ง่ายต่อการทำความเข้าใจข้อมูล ตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องและคำที่ไม่จำเป็นเช่น "ผู้ป่วย" เพราะเป็นบันทึกที่เกี่ยวกับผู้ป่วยอยู่แล้ว

1.2 มีความถูกต้อง ครบถ้วน เกี่ยวกับ

1.2.1 ถูกต้องในการวัดที่เที่ยงตรง ชัดเจน ไม่ใช่เป็นการประมาณค่า ไม่ใช่คำว่า "เล็ก" "ใหญ่" "มาก" และใช้มาตราการวัดตามที่หน่วยงานกำหนด

1.2.2 ถูกต้องในการสะกดคำ เช่น ชื่อของสมาชิกในทีม ศัพท์เทคนิคต่าง ๆ

1.2.3 ถูกต้องในการใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล หรือตามที่หน่วยงานกำหนด

1.2.4 ถูกต้องในการแก้ไขคำที่เขียนผิด โดยขีดเส้นตรงคร่อมคำที่เขียนผิด 1 เส้น ให้สามารถอ่านคำที่ผิดนั้นได้ เขียนคำว่า "ผิด" ไว้เหนือคำที่เขียนผิดนั้น และลงชื่อกำกับ

1.2.5 ถูกต้องในการลงชื่อ ตำแหน่งของผู้บันทึก ซึ่งแสดงถึงว่าใครเป็นผู้ให้การพยาบาล ไม่ควรให้ใครบันทึกแทนตน และไม่ควรรักษาแทนผู้อื่น

1.3 ความเป็นจริง

ผู้บันทึกจะต้องบันทึกตามความเป็นจริง บันทึกสิ่งที่ตรวจสอบ/สังเกตได้ โดยไม่แปลความหมายตามความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้บันทึก (ข้อมูลปรนัย) และข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (ข้อมูลอัตนัย) ให้บันทึกเป็นคำพูดของผู้ป่วยโดยตรง

1.4 ความสมบูรณ์

1.4.1 มีความสมบูรณ์ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จะต้องม
เนื้อหาในเรื่องของการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการ
พยาบาล และการประเมินผล

1.4.2 มีความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยบอกข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น

อาการ (Symptom)	- ระบุลักษณะอาการ ตำแหน่งที่เกิด ความรุนแรง เวลาที่เริ่มมีอาการ ความบ่อยครั้งของการเกิดอาการ สิ่งที่ทำให้มีอาการมากขึ้น
อาการแสดง (Sign)	- ระบุตำแหน่งที่เกิด ลักษณะที่ตรวจพบ เวลาที่เริ่มมีอาการแสดง สิ่งที่ทำให้ทุเลาหรือเป็นมากขึ้น
การพยาบาลที่ต้องอาศัยเครื่องมือช่วย	- ระบุเวลาที่ให้การพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ ปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ การสังเกตของพยาบาล
พฤติกรรมผู้ป่วย	- ระบุเวลาที่เริ่มและลักษณะของพฤติกรรม สิ่งที่ทำให้เป็นมากขึ้น การให้การพยาบาล ปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วย
การบริหารการให้ยา	- ระบุเวลาที่ให้ยา การสังเกต/ตรวจสอบก่อนการให้ยา เช่น ชีพจร ความดันโลหิต ปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วย หรือผลของยา ทั้งทางบวกและทางลบ การพยาบาลเมื่อ ผลเป็นไปในทางลบ
การสอนทางสุขภาพ	- ระบุชื่อและเนื้อหาที่จะสอน วิธีการสอน เช่น สาธิต บทบาทสมมุติ อุปกรณ์ที่ใช้ เช่น วีดีโอเทป แผ่นพับ การประเมินผลว่าผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาที่สอนไป เช่น แสดงให้ดูได้ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

1.5 ชัดเจนและอ่านออก

การเขียนบันทึกจะต้องเขียนด้วยลายมือที่ชัดเจน ผู้อื่นสามารถอ่านออกได้ง่าย การอ่านลายมือที่เขียนหวัด ไม่ชัดเจน อาจเกิดความผิดพลาดในการพยาบาลและการรักษาได้ และควรใช้ปากกาหมึกสีดำ หรือสีน้ำเงินเขียน ไม่ควรใช้ดินสอเพราะไม่ถาวรลบเลือนได้ง่าย

2. รูปแบบของการบันทึก

2.1 จัดระบบหมวดหมู่ของข้อมูล (Organization) ควรใช้แบบฟอร์ม ตามที่หน่วยงานกำหนดให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อถ่ายทอดสมาชิกทีมสุขภาพในการรวบรวมข้อมูล และทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

2.2 จะต้องลงวัน เดือน ปี เวลา ก่อนที่จะบันทึกทุกครั้ง

2.3 เขียนต่อเนื่องกันไปโดยไม่เว้นบรรทัด และขีดเส้นตรง 1 เส้นคร่อมช่องว่างที่เหลืออยู่เพื่อป้องกันการต่อเติมข้อความ

2.4 เขียนชื่อ นามสกุลผู้ป่วยและข้อมูลที่สำคัญอื่น ๆ เช่น H.N A.N ในบันทึกทุกแผ่น

3. เวลาในการบันทึก

บันทึกเมื่อไหร่ และบ่อยครั้งแค่ไหนนั้น ขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และข้อกำหนดของหน่วยงานนั้น ๆ ถ้าไม่มีการบันทึกไว้ อาจเกิดข้อผิดพลาด แสดงถึงการดูแลไม่ต่อเนื่อง การรออนุเคราะห์ถึงสิ้นสุดเวรแล้วค่อยมาบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยรวมหลาย ๆ คน จะทำให้พยาบาลหลงลืมบันทึกข้อมูลสำคัญ ๆ หรือบันทึกข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

4. เอกสารที่เป็นความลับเฉพาะบุคคล

ในทางกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ พยาบาลจะต้องเก็บรักษาบันทึกของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ ยกเว้นบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยเท่านั้น และผู้ป่วยสามารถขอดูบันทึกเกี่ยวกับตนเองได้ ซึ่งถือเป็นสิทธิผู้ป่วยข้อหนึ่ง แต่ทั้งนี้จะต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของก่อน และแพทย์นั้นมีหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับศัพท์เทคนิคต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ

ลักษณะของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

กนกวรรณ พุ่มทองดี และวลัยพร นันทศุภวัฒน์ (2538) ได้อธิบายลักษณะสำคัญของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้

1. แสดงลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาลทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ ให้ปรากฏแก่ชุมชน
2. แสดงถึงบทบาทที่เป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล
3. ข้อมูลสำคัญทางการแพทย์พยาบาล จะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการ อย่างถูกต้อง ทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง
4. ข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลจะต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และต้องคงอยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างถาวร

ประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การสื่อสารทางการแพทย์พยาบาล เป็นกิจกรรมหนึ่งของพยาบาลที่มีความสำคัญ พยาบาลจะได้รับความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโดยผ่านทาง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การติดต่อสื่อสารโดยการเขียน เป็นทักษะที่จำเป็นเพื่อให้เอกสาร

การบันทึกการปฏิบัติ การพยาบาลมีความชัดเจนในการอธิบายถึงการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการบันทึกให้มีความถูกต้องครบถ้วน ตรงตามเวลา และมีความสมบูรณ์ บันทึกที่มีประสิทธิผลจะต้องประกอบด้วย (Aiken and Catalano, 1994)

1. จะต้องบันทึกตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เป็นจริงและต่อเนื่องกัน เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร
2. จะต้องบันทึกอย่างถูกต้องตามหลักการเพื่อให้เป็นเอกสารที่ถาวร
3. จะต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยให้ครบถ้วน เพื่อจะได้ระบุปัญหา ความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วยได้ครอบคลุม และนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล
4. จะต้องมีการควบคุม ตรวจสอบการบันทึกและประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย การตัดสินใจในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และผลของการให้การพยาบาล

บันทึกทางการแพทย์ เป็นการเขียนเกี่ยวกับ สภาพของผู้ป่วย และการดูแล ทั้งหมดที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในแบบฟอร์มการประเมินสภาพผู้ป่วย แบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล แบบฟอร์มการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มของบันทึกทั้ง 3 ชุดนี้ จะเป็นตัวแทนที่จะแสดงว่า การบันทึกนั้นมีความสมบูรณ์แบบและมีประสิทธิผล ซึ่งมีวิธีการบันทึกดังนี้

วิธีการบันทึกในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วย

คุณภาพของการบันทึกการประเมินผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความต่อเนื่อง ความถูกต้องของข้อมูล การประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการบันทึกข้อมูล การประเมินข้อมูลทางการแพทย์นั้นมีขอบเขตกว้างกว่าการประเมินข้อมูลของสมาชิกทีมสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งจะเน้นในขอบเขตวิชาชีพของตน แต่การประเมินทางการแพทย์จะรวบรวมข้อมูลในทุกมิติของบุคคลโดยสมบูรณ์ โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลเป็น 2 ส่วนคือ ประวัติทางการแพทย์ และการประเมินทางร่างกาย

ประวัติทางการแพทย์ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ

- ประสบการณ์ของการเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน ๆ
- ระดับของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการเจ็บป่วย การบำบัดรักษา
- อาชีพ และบทบาททางสังคม
- การศึกษา และความสามารถทางสติปัญญา
- สันทนการ การปฏิบัติเกี่ยวกับศาสนา และการดูแลสุขภาพ
- ภาษาที่ใช้
- สถานะทางเศรษฐกิจ และประวัติการทำงาน
- การเจริญเติบโต และพัฒนาการ
- กลไกการต่อสู้อุปสรรค ความเครียด ทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- รูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน
- สัมพันธภาพกับผู้อื่น บุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อชีวิตและการตัดสินใจของผู้ป่วย

การประเมินทางร่างกาย ไม่เหมือนกับการตรวจร่างกาย เพื่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แต่การประเมินทางร่างกายโดยพยาบาล เป็นการหาส่วนที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานเพื่อระบุปัญหาทางสุขภาพในปัจจุบันที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา และการประเมินตามระบบของร่างกาย และบันทึกลงในแบบบันทึกซึ่งมีใช้กันหลายรูปแบบสามารถแยกได้เป็น 3 แบบคือ

1. แบบมีโครงสร้าง มีลักษณะที่กำหนดรายการไว้ ผู้บันทึกมีหน้าที่ตรวจสอบแล้วทำเครื่องหมาย "✓" ในแต่ละข้อรายการตามที่กำหนดไว้ ไม่เว้นช่องว่างไว้เมื่อต้องการเติมข้อความอื่น ๆ

2. แบบกึ่งโครงสร้าง แบบนี้จะเหมือนแบบที่มีโครงสร้าง แต่เว้นช่องว่างเพื่อให้เติมข้อความแบบย่อ ๆ

3. แบบไม่มีโครงสร้าง เป็นแบบที่มีจุดประสงค์เพื่อให้การบันทึกมีความสมบูรณ์หรือต้องการเจาะลึกในรายละเอียด วิธีการบันทึกการประเมินคล้ายกับวิธีการบันทึกความก้าวหน้า ในหัวข้อถัดไปจากวิธีการบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาล

วิธีการบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาล

แผนการพยาบาล ที่มีความชัดเจน และปรับแผนให้เหมาะสมทันสมัยอยู่เสมอจะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกทีมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ต้องเสียเวลาคิดว่าจะต้องทำอะไรต่อไป พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรับใหม่ จะมีหน้าที่ประเมินผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลขึ้นต้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ

1. การระบุปัญหาของผู้ป่วย
2. การตั้งวัตถุประสงค์
3. การวางแผนกิจกรรมการพยาบาล
4. การประเมินผล และการปรับแผน

1. การระบุปัญหาของผู้ป่วย

พยาบาลจะประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาของผู้ป่วย รูปแบบการเขียนปัญหาของผู้ป่วย ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบดั้งเดิมที่เรียกว่า "ปัญหาทางการพยาบาล" (Nursing Problem) และรูปแบบการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

- รูปแบบปัญหาทางการพยาบาล มีลักษณะเป็นข้อความที่กล่าวถึงปัญหาโดยไม่ต้องบอกสาเหตุของปัญหานั้น ๆ ปัญหาอาจเขียนในรูปของอาการ อาการแสดง หรือพฤติกรรม เช่น มีไข้ เจ็บปวด คลื่นไส้

- รูปแบบการวินิจฉัยทางการแพทย์บาล มีลักษณะเป็นข้อความที่กล่าวถึงตัวปัญหาและสาเหตุของปัญหาโดยใช้คำว่า "เนื่องจาก" เป็นตัวเชื่อมข้อความ เช่น เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก เนื่องจากอัมพาตครึ่งซีกข้างขวา เป็นต้น

การที่จะเลือกใช้รูปแบบใดในการเขียนปัญหาของผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของหน่วยงานนั้น ๆ และขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องต่อกันหลายระบบ ไม่สามารถแยกแยะสาเหตุของโรค การเขียนปัญหาด้วยรูปแบบปัญหาทางการแพทย์บาลจึงง่ายกว่าอีกรูปแบบหนึ่ง มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้รูปแบบการวินิจฉัยทางการแพทย์บาลมากขึ้น เพราะเป็นรูปแบบมาตรฐาน ง่ายต่อการสื่อสารข้อมูล และทำให้ทราบสาเหตุของปัญหา

2. การตั้งวัตถุประสงค์

การระบุปัญหาของผู้ป่วย ช่วยชี้แนวทางแก่พยาบาล ในการตั้งวัตถุประสงค์ ควรมีอย่างน้อย 1 วัตถุประสงค์หรือมากกว่านั้นก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย อาจเป็นวัตถุประสงค์ระยะสั้น หรือ วัตถุประสงค์ระยะยาว

วัตถุประสงค์จะต้องมีความชัดเจน เฉพาะเจาะจงและเป็นจริงได้ การเขียนวัตถุประสงค์จะต้องใช้คำกริยาที่สามารถวัดได้ สังเกตพฤติกรรมได้ เช่น ใช้คำว่า บอก ระบุ ชื่อ จัดลำดับ แสดง กระทำคำนวณ วัด อธิบาย เปรียบเทียบ ให้หลีกเลี่ยงการใช้คำว่า เข้าใจ ยอมรับ จำได้ ชอบ เป็นต้น และบอกให้ผู้อ่านทราบว่า ใครทำ ทำอะไร ทำเมื่อไร (Who,What,When) วัตถุประสงค์ดังกล่าว อาจเขียนเป็นเกณฑ์การประเมินผล ซึ่งสามารถใช้แทนกันได้

3. การวางแผนกิจกรรมการพยาบาล

การเขียนแผนการพยาบาล ควรเขียนตามลำดับตามความต้องการของผู้ป่วย และเขียนโดยใช้คำกริยาที่สามารถปฏิบัติได้เช่นที่กล่าวไปแล้วในการตั้งวัตถุประสงค์ ตัวอย่างการเขียนแผนการพยาบาล

1. ประเมินปริมาณเลือดจากแผลผ่าตัด
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. ประเมินการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้
4. ช่วยให้มีความสะดวกสบายของนี้
 - 4.1 วัดและบันทึก I/O
 - 4.2 ควบคุมอัตราการให้ IV
 - 4.3 ประเมินสภาพของผิวหนัง

5. ประเมินระดับของความเจ็บปวดเมื่อจำเป็น
6. บรรเทาความเจ็บปวดโดย
 - 6.1. ให้ยาตามคำสั่งแพทย์
 - 6.2. รักษาความสะอาดของร่างกาย
 - 6.3. จัดท่าทางที่สบาย
4. การประเมินผลและการปรับแผน

การประเมินผลการพยาบาลเป็นการเปรียบเทียบผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยกับวัตถุประสงค์หรือเกณฑ์การประเมินผล ถ้าไม่บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผลพยาบาลจะต้องย้อนกลับไปพิจารณาแต่ละขั้นตอนที่ผ่านมา ในส่วนของการประเมินผลเป็นส่วนที่แสดงความก้าวหน้าของผู้ป่วยด้วย สามารถสรุปเป็นแนวทางการบันทึกแผนการพยาบาลได้ว่า พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลขั้นต้น เมื่อได้ประเมินภาวะทางสุขภาพผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ทุกรายภายใน 24 ชั่วโมง จะต้องหาปัญหาของผู้ป่วยจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ การเขียนปัญหา สามารถเขียนได้ใน 2 ลักษณะคือ ปัญหาทางการพยาบาล เขียนเป็นอาการ อาการแสดง หรือพฤติกรรมโดยไม่ต้องบอกสาเหตุและเขียนปัญหาในรูปแบบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยจะต้องระบุสาเหตุของปัญหานั้น ๆ ได้ด้วยแล้วจึงตั้งวัตถุประสงค์ระยะสั้น ระยะยาวขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย หรืออาจใช้เกณฑ์การประเมินผลแทนก็ได้ การเขียนวัตถุประสงค์จะต้องมีความชัดเจน เฉพาะเจาะจง เป็นจริงได้ บอกให้รู้ว่าใครทำ ทำอะไร

วิธีการบันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย

เป็นส่วนที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมสุขภาพ จะต้องประกอบด้วยเนื้อหาสาระทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย กิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติโดยสมาชิกทีมสุขภาพที่ให้แก่ผู้ป่วย และประสิทธิผลของกิจกรรมดังกล่าว ดังนั้นพยาบาลผู้บันทึกจะต้องรู้หลักการเขียนบันทึกในส่วนนี้ได้ถูกต้อง ดังนี้

1. บันทึกสิ่งที่พยาบาลสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส ด้วยภาษาที่ผู้อ่านรู้สึกได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยหลีกเลี่ยงการแปลความหมายข้อมูลตามความคิดของผู้เขียน เช่น ผมสีควันนุหรี หน้าเขียว ผิวหนังแห้ง ไม่ควรใช้คำว่า ดี ปกติ ใหญ่ อักเสบ เป็นต้น

2. บันทึกทันทีที่สังเกตได้ หลังจากให้การพยาบาล หรือเมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูลที่สำคัญ

3. บันทึกรายละเอียดในบางจุดที่มีความสำคัญให้ชัดเจน สมบูรณ์ เช่น ลักษณะของบาดแผล ลักษณะของสิ่งที่ขับออกจากร่างกาย เป็นต้น

4. บันทึกให้ครบตามขั้นตอนของกระบวนการแก้ปัญหา

5. บันทึกให้ครอบคลุมทั้งบุคคลแบบองค์รวม คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ

6. บันทึกตามที่ผู้ป่วยบอกเล่า

7. บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

8. ข้อมูลที่บันทึกนั้นจะต้องมีความหมายชัดเจนถูกต้อง ใช้คำที่มีความเฉพาะเจาะจง สั้นแต่ได้ ใจความ อ่านง่าย และดูสะอาดเรียบร้อย

9. ลงเวลาที่เกิดขึ้นตรงตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

10. ชีตคร่อมช่องว่างที่เหลือเมื่อเขียนจบข้อความแล้ว เพื่อป้องกันการต่อเติม

ข้อความในภายหลัง

11. ไม่ต้องเขียนคำว่า "ผู้ป่วย" เพราะบันทึกนั้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอยู่แล้ว

12. ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ ที่เป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน

13. ลงชื่อ ตำแหน่ง ที่มุมล่างด้านขวาของแบบบันทึกทุกแผ่น ไม่ใช่ตัวพิมพ์

14. ในการบันทึกจะต้องใช้ปากกา ไม่ใช่ดินสอ

15. เมื่อเขียนผิด ไม่ลบขูดขีดฆ่า ให้ขีดเส้นคร่อมคำผิด 1 เส้นและเขียนคำว่า "ผิด" ไว้เหนือคำที่เขียนผิด แล้วเขียนใหม่ให้ถูกต้องแล้วเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย

ระบบการบันทึกทางการพยาบาล (Charting System)

ระบบการบันทึกทางการพยาบาล ได้มีการพัฒนาขึ้นใช้มานานแล้วและปรับปรุงกันมาเรื่อย ๆ เพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้ และส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพตามมาตรฐานของการปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ (Iyer and Camp, 1995)

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)
2. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (PIE Charting)
3. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception)
4. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)
5. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting)

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย ใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาล โดยเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรต่างๆของแต่ละวันตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นจริง รูปแบบการบันทึกแบบบรรยายนี้มีข้อดีและข้อเสียดังนี้

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย

1. พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคยดีกับการบันทึกแบบนี้เพราะถูกสอนมาจากโรงเรียนพยาบาล

2. การบันทึกแบบบรรยายสามารถใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย เช่น ใช้ร่วมกับบันทึกย่อย (flow sheet) หรือบันทึกความก้าวหน้า (Progress note)

3. ถ้าพยาบาลบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องแล้ว เมื่ออ่านบันทึกจะได้ทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และปฏิกิริยาสนองตอบของผู้ป่วย

4. ง่ายต่อการบันทึกในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยบันทึกไปตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องพะวงถึงความถูกต้องตามกระบวนการของการบันทึก

ข้อเสียของระบบการบันทึกแบบบรรยาย

1. ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่าข้อมูลต่างๆสัมพันธ์กันอย่างไร เพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่ เรียบเรียงข้อมูล

2. เป็นการบันทึกที่มุ่งงาน (Task-oriented) ตามเวลาที่พยาบาลได้กระทำ เน้นเรื่องการประเมินผลน้อย

3. ไม่ได้เขียนปัญหาผู้ป่วยไว้ทุกเวร จึงไม่ทราบว่าสภาพและปัญหาของผู้ป่วยปัจจุบันเป็นอย่างไร ส่งผลถึงการขาดข้อมูลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้มีคุณภาพ และการประเมินประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย

4. ไม่ได้แสดงถึงการใช้ภูมิปัญญา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์ของพยาบาล

ตัวอย่าง ระบบการบันทึกแบบบรรยาย

วัน เดือน ปี	เวลา	บันทึกความก้าวหน้า
30 มี.ค.38	10.00 น.	แยกตนเองอยู่ลำพังคนเดียวในห้องไม่ออกมาข้างนอกเลย บอกว่า"ไม่อยากคุยกับใคร ใครๆก็กลัวฉัน" ไม่เข้าร่วมกลุ่ม จะนั่งอยู่ห่างๆ จะไม่เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม ได้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัว สนทนาถึงความรู้สึกต่อต้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้กระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ได้รับความร่วมมือในการบำบัด แต่ยังคงรู้สึกไม่สบายเมื่ออยู่ในกลุ่มคน <hr/> ปรารธนา มิ่งมุล RN

2. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (PIE Charting)

รูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้ถูกพัฒนาขึ้นใช้ในปี ค.ศ. 1984 ที่โรงพยาบาลคราเวน คันทรี่ (Craven Country Hospital) เมืองนิวเบิล รัฐแคโรไลนาตอนเหนือ รูปแบบการบันทึกแบบ PIE มีลักษณะคล้ายกับแบบ SOAP คือมุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วย ต่างกันที่แบบ SOAP พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทางการแพทย์ แต่รูปแบบ PIE ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ส่วนของปัญหา (Problems) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และ การประเมินผล (Evaluation) โดยมีจุดประสงค์ของการพัฒนาระบบนี้ขึ้นเพื่อให้มีความง่าย สะดวก ใช้การบันทึกอย่างสั้นๆ ในการบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวัน

ส่วนประกอบของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้แก่ แผ่นบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน และแผ่นบันทึกความก้าวหน้า

- แผ่นบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (Daily Patient Assessment Sheet) ใช้บันทึกการประเมินผู้ป่วยในส่วนที่เฉพาะเจาะจงในรอบ 24 ชั่วโมง ตามความต้องการของมนุษย์ เช่น การหายใจ ผิวหนัง อาหาร กิจกรรม เป็นต้น และงานพยาบาลที่จะต้องทำประจำวัน เช่น การดูแลการให้ยา การดูแลสุขอนามัย การทำแผล เป็นต้น

- แผ่นบันทึกความก้าวหน้า (Progress notes) หลังจากทีประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกแล้ว พยาบาลจะเขียนปัญหาของผู้ป่วยในรูปของการวินิจฉัยทางการ

พยาบาล ภายใต้อักษร "P" และใส่อันดับที่ตามการค้นพบปัญหาก่อน-หลัง และเขียนแผนการพยาบาลและการประเมินผลภายใต้อักษร "I", "E" ตามลำดับ

การประเมินแต่ละปัญหา อาจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อสิ้นสุดในแต่ละเวรหรือวันละครึ่ง ถ้าปัญหายังคงอยู่ จะต้องบันทึกต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาหมดไป ต่อมาได้มีการปรับปรุงนำส่วนของการประเมินข้อมูลมาบันทึกได้ด้วย จึงเปลี่ยนเป็นรูปแบบ APIE

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE

1. บันทึกได้ง่ายเพราะใช้แผ่นบันทึกย่อย (flowsheet) มาบันทึกในส่วนการประเมินผู้ป่วยและบันทึกกิจกรรมพยาบาลประจำวัน ช่วยจัดความซ้ำซ้อนของข้อมูล
2. บันทึกได้ง่ายเพราะรวมส่วนของการเขียนแผนการพยาบาล มาไว้ในแผ่นบันทึกความก้าวหน้า ซึ่งแต่เดิมแยกเขียนต่างหาก
3. สะท้อนให้เห็นถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และใช้การวินิจฉัยทางการพยาบาลในการเขียนปัญหาของผู้ป่วย
4. ปัญหาของผู้ป่วยถูกประเมินอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง และพยาบาลจะต้องประเมินผลการพยาบาลทุกครั้ง ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
5. เป็นระบบที่เหมาะสมต่อการพยาบาลเบื้องต้น (Primary Nursing) และการประสานงานต่อสมาชิกของทีมการพยาบาล
6. ช่วยส่งเสริมความเป็นวิชาชีพ เนื่องจากการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยมีการปรับปรุงคุณภาพอยู่เสมอ

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE

1. เนื่องจากไม่ได้เขียนแผนการพยาบาลไว้อย่างชัดเจน จึงไม่ทราบทิศทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม
2. ไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างของระดับ และความรู้ของพยาบาลตามที่เป็นจริง แต่ถือว่าพยาบาลทุกคนที่บันทึกด้วยระบบนี้ มีความสามารถเท่าเทียมกันในการวินิจฉัยการพยาบาล และเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาลได้เองอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการวางแผนการพยาบาลหรือคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดได้
3. ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง อยู่โรงพยาบาลนาน ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง
4. การกำหนดให้บันทึกและประเมินปัญหาทุก 8 หรือ 24 ชั่วโมงนั้นไม่เหมาะสม เพราะเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานเกินไป ผู้ป่วยบางรายมีหลายปัญหา

ตัวอย่าง รูปแบบการบันทึกแบบ (PIE)

วัน เดือน ปี	เวลา	ปัญหา	บันทึกความก้าวหน้า
30 มี.ค.38	10.00 น.	แยกตัวเอง จากสังคม	<p>A: "ไม่อยากจะคุยกับใคร ใครๆก็กลัวฉัน" อยู่ลำพังคนเดียวในห้องโดยไม่ออกมาข้างนอกเลย ไม่เข้ากลุ่มแต่จะฟังคนในกลุ่มสนทนากันอยู่ห่าง ๆ จะไม่เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย</p> <p>P: แยกตนเองออกจากสังคม เนื่องจากไม่ไว้วางใจ วิตกกังวลสูง และมีความคิดหลงผิด</p> <p>I: สร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย สนทนาถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยต่อต้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม</p> <p>E: ร่วมมือในการบำบัด แต่ยังคงรู้สึกไม่สบายเมื่ออยู่ในกลุ่มคน _____</p> <p>_____ ประรภณา มั่งมุล RN.</p>

3. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่ถูกพัฒนาขึ้นใช้ในปี ค.ศ.1983 โดยคณะพยาบาลผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาลเซนต์ลูคัส เมืองมิลวอกี รัฐวิสคอนซิน เพื่อจุดประสงค์ที่จะสามารถสังเกตสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยได้กว้างขึ้น ลดเวลาที่ใช้ในการเขียนบันทึกและการส่งเวร และสามารถรับรู้สุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยได้ อย่างรวดเร็ว โดยการนำเอาแบบฟอร์มย่อยต่าง ๆ มาใช้ และใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย

รูปแบบการบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วย แบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ได้แก่

1. แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (Nursing / Physician order flowsheet) ด้านหน้าใช้บันทึกการประเมินตามระบบร่างกายของผู้ป่วย คำสั่งการรักษาของแพทย์ คำสั่งพยาบาล ส่วนด้านหลังเป็นคู่มือแนะนำวิธีการบันทึก ใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนข้อความ เช่น

/ หมายถึง ได้ประเมินระบบร่างกายครบถ้วนแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติใด ๆ หรือ
ได้กระทำตามคำสั่งของแพทย์ คำสั่งพยาบาลครบถ้วน

* หมายถึง ได้ประเมินระบบร่างกาย พบสิ่งผิดปกติ หรือหลังจากให้การ
พยาบาลแก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น

- หมายถึง สภาพของผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนแปลงจากครั้งก่อน(*)

2. แบบฟอร์มมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ที่เป็นงานประจำและสามารถนำไปใช้ได้ในทุกหน่วยของโรงพยาบาล เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ การใส่สายให้อาหารเหลวทางจมูก เป็นต้น และเป็นคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพิเศษ เช่น การดูแลผู้ป่วยก่อน/หลังการผ่าตัด พยาบาลใช้สัญลักษณ์ดังกล่าวมาแล้ว ตรวจสอบเมื่อได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดนั้นแล้ว

3. แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล (Nursing data base) ใช้บันทึกประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วย

4. แบบฟอร์มความก้าวหน้า โดยใช้รูปแบบ SOAP (IE) เช่นเดียวกับแบบบันทึกที่มุ่งปัญหา

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE

1. เป็นแบบบันทึกที่เหมาะสมที่จะบันทึกและเก็บไว้ที่เตียงของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จะเป็นปัจจุบันมากที่สุด สำหรับสมาชิกทีมสุขภาพที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

2. เป็นเอกสารการบันทึกที่ถาวร และสะดวกในการบันทึก

3. มีคู่มือแนะนำวิธีการใช้แบบบันทึก ทำให้สะดวกและง่ายสำหรับผู้เริ่มบันทึกด้วยรูปแบบนี้

4. การประเมินผู้ป่วยตามระบบของร่างกาย ทำให้มองเห็นสภาพของผู้ป่วยได้ง่าย

5. ช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE

1. การเปลี่ยนระบบการบันทึกจากเดิมมาใช้ระบบนี้ จะใช้เวลาในการศึกษาใหม่ที่ยาวนาน และมีผลกระทบต่อแบบบันทึกที่ใช้อยู่เดิมเป็นส่วนใหญ่

2. มีความซับซ้อนของการบันทึกในบางจุดเช่น การวินิจฉัยทางการพยาบาลจะถูกเขียนทั้งในแผ่นรายการปัญหา (Problem List) และในแผนการพยาบาล และการค้นพบสิ่งผิดปกติของผู้ป่วยจะเขียนทั้งในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วย และแบบบันทึกความก้าวหน้า (SOAP)

3. ระบบการบันทึกนี้ยังมีปัญหาเมื่อใช้อ้างอิงในทางกฎหมาย

4. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)
 5. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting)
- ทั้ง 2 รูปแบบจะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

แนวทางการพิจารณาเลือกใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล

การเลือกใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบใดนั้นจะต้องทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว พิจารณาถึงผลอันจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย อันสืบเนื่องมาจากการบันทึกทางการพยาบาล ความต้องการของพยาบาลผู้ปฏิบัติซึ่งต้องการ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความคล่องตัวสะดวก และประหยัดเวลาที่ใช้ในการ บันทึก และเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ไอเยอร์ และแคมป์ (Iyer & Camp, 1995) ได้ให้หลักการพิจารณาการเลือกรูปแบบ บันทึกเพิ่มเติม ดังนี้

1. รูปแบบบันทึกนั้นจะต้องเหมาะสมกับที่จะนำมาใช้ในองค์กรการพยาบาลที่ ประกอบด้วยพยาบาลหลายระดับการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล รับผิดชอบร่วมกันในการบันทึกให้มีความครบถ้วน และสมบูรณ์ ซึ่งแบบบันทึกย่อยที่ บันทึกเกี่ยวกับงานประจำ เช่น การพลิกตะแคงตัว การบันทึกจำนวนน้ำเข้า/ออกจากร่างกาย เป็นต้น สามารถมอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลรับผิดชอบได้
2. พิจารณาความรู้และทักษะของพยาบาลส่วนใหญ่ขององค์กร เช่น พยาบาล ส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่า 20 ปีมาแล้ว ในหลักสูตรสมัยนั้นไม่ได้สอนเกี่ยวกับการวินิจฉัย ทางการพยาบาล การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย การใช้คอมพิวเตอร์ซึ่งแตกต่างจาก หลักสูตรปัจจุบันที่ทันสมัยและกว้างขวางกว่า ความแตกต่างนี้เป็นอุปสรรคต่อการ เปลี่ยนแปลงและเลือกระบบการบันทึกใหม่ที่ควรคำนึงถึง
3. พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องใช้เพื่อการนำรูปแบบบันทึกใหม่มาใช้ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเตรียมงาน ค่าเวลาที่เสียไป ค่าพิมพ์แบบบันทึกใหม่ และค่าใช้จ่ายในการ ศึกษาอบรม
4. พิจารณาถึงเวลาที่ใช้ในการศึกษาอบรม การใช้รูปแบบบันทึกใหม่ว่าแต่ละแบบ บันทึกต้องใช้เวลาแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด รวมเวลาที่ใช้ตั้งแต่การศึกษาอบรมขั้นต้น เวลาที่ใช้ติดตามคอยช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาอุปสรรคการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ในการใช้ รูปแบบบันทึกและเวลาที่ใช้ในการฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญต่อไป
5. พิจารณาถึงความถูกต้องในทางกฎหมายและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชในปัจจุบัน เช่น การบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา มีลักษณะการบันทึกเป็นแบบมุ่งปัญหา มีขั้นตอนของการบันทึกดังนี้ คือ เมื่อรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเทคนิคที่อยู่ในเวรนั้น ๆ จะเป็นผู้ซักประวัติผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาการสำคัญที่น่าสงสัย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ทั้งทางจิตและทางกาย ประวัติการชัก การได้รับอุบัติเหตุ / บาดแผลต่าง ๆ ประวัติการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประวัติส่วนตัวและสุขนิสัยประจำวัน ประวัติการป่วยทางจิตของญาติ และการตรวจสถานะทางจิต โดยใช้แบบบันทึกประวัติและประเมินผลภาวะสุขภาพผู้ป่วย รับใหม่ และแบบประเมินสถานะทางจิต บันทึกปัญหาที่พบในลักษณะของอาการและอาการแสดงลงในแบบบันทึกปัญหาผู้ป่วย ตามลำดับของการค้นพบปัญหา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย และระบุวัน เดือน ปีที่หมดปัญหา บันทึกอาการ อาการแสดง การพยาบาล - การรักษา ผลการพยาบาล ลงในแบบบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นประจำทุกเวรในระยะแรกรับจนกระทั่งอาการทางจิตทุเลา และบันทึกห่างออกไปเป็นสัปดาห์ ละครั้ง ทุก 15 วัน ทุกเดือน และบันทึกถี่ขึ้นเมื่ออาการทางจิตกำเริบขึ้นอีก และมีแบบบันทึกย่อยที่ใช้ประกอบกันได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณทางระบบประสาทและสมอง แบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบบันทึกสภาวะสมดุลของเหลว แบบบันทึกการใช้ยา แบบบันทึกประเมินผลการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่ม แบบบันทึกเหล่านี้รวมอยู่ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยแฟ้มเดียวกัน นอกจากนี้ยังใช้คาร์เด็กซ์เพื่อการบันทึกแผนการพยาบาล บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งการดูแลพิเศษ และใช้เพื่อการรับ - ส่งเวร ใช้ร่วมกับใบบันทึกรายงานสำหรับรับส่งเวร ใช้เขียนด้วยดินสอ มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงทุกเวร เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะบันทึกสรุปอาการก่อนการจำหน่าย แผนการ ดูแลต่อเนื่อง ยารักษา ต่อเนื่อง การนัดครั้งต่อไป และการให้สุศึกษาเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โรงพยาบาลจะบันทึกลงในแบบบันทึกก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

ส่วนการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา มีลักษณะของการบันทึกเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับซึ่งมีเนื้อหาของ การประเมินคล้ายคลึงกันกับของโรงพยาบาลศรีธัญญา ต่างกันที่ลักษณะของแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ในการเขียนเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยในรูปของการวินิจฉัยทางการแพทย์ มีการระบุข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ระบุเป้าหมายและเกณฑ์ การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ให้

กับผู้ป่วย และการประเมินผล ส่วนแผนการพยาบาลจะเขียนไว้ในคาร์เด็กซ์เช่นเดียวกับของโรงพยาบาลศรีธัญญา

และลักษณะการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา มีการใช้แบบฟอร์มประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยรับใหม่ และแบบบันทึกย่อย ๆ คล้ายคลึงกันกับของโรงพยาบาลศรีธัญญา ส่วนแบบบันทึกการพยาบาลมีการบันทึกอาการ - อาการแสดง หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยแบ่งการเขียนออกเป็นช่อง ๆ ตามหัวข้อดังกล่าว ผู้มีหน้าที่ในการบันทึกได้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคทุกคนที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ โดยที่พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าในเวรนั้น ๆ มีหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลการเขียนบันทึกของพยาบาลเทคนิค โดยเฉพาะการระบุอาการ - อาการแสดง หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล นอกจากในเวรป่วย เหวดึก และเวรนอกเวลาราชการที่พยาบาลเทคนิคเป็นหัวหน้าเวร เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ส่วนความบ่อยครั้งในการบันทึก พยาบาลจะบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยทุกเวรเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระยะเฉียบพลัน และเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลาหรือค่อนข้างคงที่ จะบันทึกห่างออกไปซึ่งบางหอผู้ป่วยกำหนดไว้อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มีการใช้คาร์เด็กซ์เพื่อการวางแผนการพยาบาลและการรับ - ส่งเวร เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจะเขียนสรุปอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายในแบบบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่มีแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายโดยเฉพาะ

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลจิตเวช (Iyer and Camp, 1995)

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล และนำมาใช้แทนระบบเดิมที่ใช้อยู่ให้ได้ผลดี จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคล มีทั้งบุคคลที่เห็นด้วยและให้ความร่วมมือ กับบุคคลที่มีความคิดเห็นในด้านตรงกันข้าม และแสดงออกในทางต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่ให้ความร่วมมือ วางเฉย เป็นต้น และแสวงหากลยุทธ์ต่าง ๆ จัดการกับการต่อต้าน และวางแผนการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คีวิน (Kutlr Lewin) เป็นนักทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง ได้แบ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ขั้นตอน คือ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534)

1. การละลายพฤติกรรมเดิม (Unfreezing)
2. การดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Moving)
3. การสร้างพฤติกรรมใหม่ (Refreezing)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ เริ่มจากสภาพเดิมก่อนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีความจำเป็นต้องรับการเปลี่ยนแปลง จากนั้นจึงมุ่งที่การละลายพฤติกรรมเดิม โดยเพิ่มแรงจูงใจ การให้รางวัลแก่บุคลากรที่มีพฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงสิ่งเดิมที่ไม่ดีไปสู่สิ่งใหม่ที่ดีกว่า และขั้นสุดท้ายเป็นการเสริมแรงให้พฤติกรรมนั้นปฏิบัติคงที่ เป็นปกติวิสัยของผู้นั้น

องค์ประกอบที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิผล ประกอบด้วย

- ผู้บริหารของหน่วยงานนั้น ให้การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกที่ใช้
อยู่เดิม

- ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ จะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการ
เปลี่ยนแปลง

- ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง จะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารอย่าง
ต่อเนื่อง

- การเปลี่ยนแปลง จะต้องค่อยเป็นค่อยไป
- มีวัตถุประสงค์ที่แน่ชัด
- มีการวางแผนที่รัดกุม สร้างเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จ
- มีผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เข้มแข็ง และมีวิสัยทัศน์
- จะต้องคำนึงถึงทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการ
เปลี่ยนแปลง ว่ามีหลายหลาก ตั้งแต่วางเฉยไม่สนใจการเปลี่ยนแปลง
ไปจนถึงผู้ที่เห็นด้วยและให้ความร่วมมืออย่างดี
- หลีกเลี่ยงการให้สัญญาที่เป็นไปไม่ได้
- ยอมรับความรู้สึกในทางลบที่จะเกิดขึ้นได้
- มีทรัพยากรที่เพียงพอ
- คำนึงถึงผลดีของระบบเก่าที่เคยใช้มาด้วย
- ใช้กลวิธีเพื่อจัดการกับแรงต่อต้าน โดยการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง การให้
ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เหมาะสมกับกาลเทศะ จะช่วยให้เกิดบรรยากาศของ
การเปิดกว้าง การยอมรับ การประคับประคอง การไว้วางใจ และความเชื่อมั่น
- หาเหตุผลของการต่อต้านให้กระจ่างชัด

กิจกรรมที่ต้องกระทำในระยะเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง

1. การจัดตั้งคณะทำงาน ควรประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล และผู้ปฏิบัติการจากแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับระบบบันทึกทางการแพทย์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของระบบบันทึกที่ใช้อยู่ และร่วมมือกันทำกลวิธีที่ดีที่สุด ในการพัฒนาระบบบันทึก

2. กำหนดวัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมายที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละองค์การ และสภาพปัญหาของระบบบันทึกที่ใช้อยู่เดิม

วัตถุประสงค์

1. สำรวจระบบบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ว่ามีจุดแข็ง และข้อจำกัดอะไรบ้าง
2. รวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ประกอบด้วยวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง จากหน่วยงานอื่น ๆ และจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการ

3. พัฒนากลวิธี ในการที่จะเปลี่ยนแปลงจากระบบเดิม

จุดมุ่งหมาย

1. ลดการซ้ำซ้อนในการบันทึก
2. ปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
3. ลดเวลาที่ใช้ในการจดบันทึก
4. ค้นหาข้อมูลได้ง่ายขึ้น
5. ผลผลิตทางการแพทย์เพิ่มขึ้น จากการลดเวลาในการบันทึก
6. เพื่อให้รูปแบบและระบบการบันทึกเป็นไปตามมาตรฐาน
ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึก

1. บันทึกใช้อ้างอิงในทางกฎหมายได้
2. บันทึกเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
3. บันทึกแสดงให้เห็นถึงสภาพของผู้ป่วยได้ในทุกเวลา
4. การออกแบบรูปแบบของบันทึก หลีกเลี่ยงการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน
5. สามารถใช้บันทึกการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับสมาชิกอื่น ๆ ของทีม

สรุปได้

6. แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่ให้แก่ผู้ป่วย
7. ระบบการบันทึกถูกออกแบบให้ง่ายต่อการตรวจสอบ การปรับปรุงคุณภาพ การพยาบาล และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ขั้นตอนของการปฏิบัติ

1. การจัดลำดับงาน
2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลง
3. ระดมสมองเพื่อกำหนดผลที่เป็นไปได้
4. พัฒนาการวางแผนปฏิบัติการ
5. การมอบหมายงาน
6. กำหนดเกณฑ์วัดความสำเร็จ
7. สื่อสารแผนและกลวิธีการปฏิบัติต่อสมาชิกให้ทราบทั่วกัน
8. เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือเพื่อให้โครงการดำเนินไปสู่ความสำเร็จ
9. ทบทวนและปรับวัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงให้ทันสมัย
10. ประเมินความสำเร็จของโครงการ

ค่าใช้จ่ายสำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบการบันทึก

1. ค่าเวลาที่ใช้ในการปรึกษา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล
ในการเปลี่ยนแปลงการบันทึก ซึ่งจะต้องใช้เวลามากในขั้นตอนแรกของการเปลี่ยนแปลง
2. ค่าใช้จ่ายสำหรับการปรึกษา แก่ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญ จากนอกและใน
องค์การ
3. ค่าพิมพ์แบบฟอร์มใหม่
4. ค่าใช้จ่ายสำหรับการอบรม เช่น ค่าตอบแทนวิทยากร อุปกรณ์ช่วยในการสอน
ห้องเรียน

กระบวนการเพื่อการพัฒนาบบบันทึกและการนำมาใช้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน
คือ (Iyer & Camp, 1995)

1. การสำรวจสภาพของปัญหา (Problem Realization)
2. การนิยามปัญหา (Problem Definition)
3. การออกแบบโครงการ (Program Design)
4. การปฏิบัติตามแผน (Action Stage)
5. การควบคุม และการประเมินผล (Monitoring and Evaluation)
6. การย้อนกลับวงจรใหม่ (Reformulation)

1. การสำรวจสภาพของปัญหา

เป็นขั้นตอนแรกที่ทำทำการเปลี่ยนแปลง จะต้องทำให้กลุ่มเกิดความเข้าใจ รับรู้ถึงปัญหา และความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ระบบการบันทึกที่ใช้อยู่ มีผลลัพธ์ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ มีความบกพร่องในทางปฏิบัติ เช่น การให้ยาซ้ำ ระบบหนึ่งระบบใดมีการเปลี่ยนแปลง มีผลต่อระบบอื่น ๆ ต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย เมื่อผู้บริหารตรวจสอบจากบันทึกทางการแพทย์พบว่า พยาบาลยังขาดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง จากผู้เข้าทำงานใหม่ นำเอาประสบการณ์ของตน แนวคิด วิธีการใหม่ๆ เข้ามาเผยแพร่ จากผู้ปฏิบัติงานในองค์การที่สนใจระบบบันทึก หรือที่ปรึกษาภายนอกองค์การซึ่งจ้างให้มาสำรวจระบบบันทึกเดิม เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และจากเอกสารงานวิจัย วิทยากรใหม่ ๆ เป็นต้น

2. การนิยามปัญหา

เป็นขั้นที่ทำความเข้าใจถึงสภาพของปัญหา โดยใช้แผนภูมิแกงปลา เป็นเครื่องมือช่วยให้เห็นสภาพที่มาหรือสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจน และครอบคลุม โดยทั่วไปแล้ว ปัญหาของระบบการบันทึกมาจาก 2 สาเหตุที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง คือ จากรูปแบบหรือระบบบันทึกทางการแพทย์ไม่เหมาะสม และถ้าระบบดีอยู่แล้ว ก็เกิดจากตัวพยาบาลผู้ทำการบันทึกขาดความรู้ ความเข้าใจในวิธีการบันทึก หรือไม่สนใจงาน ปฏิบัติต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เมื่อทราบสาเหตุของปัญหาที่แน่ชัดแล้ว จะได้หากกลยุทธ์ในการจัดการที่เฉพาะเจาะจง

3. การออกแบบโครงการ

เป็นขั้นตอนของการวางแผน เพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกใหม่ ซึ่งประกอบด้วย

1. กำหนดสถานที่ ที่จะนำโครงการลงไปปฏิบัติ ควรเป็นหอผู้ป่วยบางแห่งเพื่อง่ายต่อการจัดการ
2. รวบรวมสิ่งต่างๆที่จะมา มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงระบบครั้งนี้
3. กำหนดสภาพและข้อจำกัดต่างๆในการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกและพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการควบคุมและการประเมินเพื่อเป็นเกณฑ์วัดประสิทธิผลของการเปลี่ยนแปลง
4. จัดให้มีการติดต่อประสานงานที่คล่องตัวตลอดกระบวนการเปลี่ยนแปลง

ขั้นของการวางแผนออกแบบโครงการนี้ จะได้รับความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือและการติดต่อประสานงานระหว่างผู้บริหาร นักการศึกษา ผู้ปฏิบัติ แพทย์ มากน้อยเพียงใด

4. การปฏิบัติตามแผน

ก่อนลงมือปฏิบัติตามแผน จะต้องศึกษานำร่อง (Pilot programs) ก่อน โดยจัดประชุมสัมมนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง วิธีการของระบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่ที่นำมาใช้ ใช้เวลาการศึกษา นำร่อง 4-6 สัปดาห์ เพื่อให้พอเพียง ในการสร้างความคุ้นเคย และทราบปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน ของระบบบันทึกใหม่ นำข้อเสนอแนะ ปัญหาที่พบ มาปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับนำไปปฏิบัติจริงต่อไป

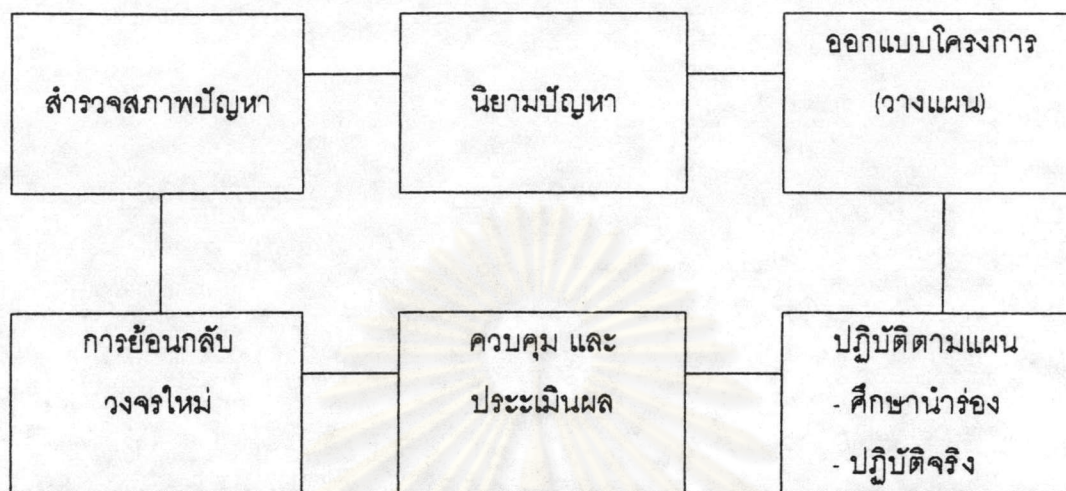
5. การควบคุม และการประเมินผล

เป็นขั้นตอนที่ผู้ทำการเปลี่ยนแปลง จะต้องควบคุมให้พยาบาลผู้บันทึกทางการแพทย์ พยาบาลด้วยระบบบันทึกใหม่ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ต่างๆ เหล่านี้ คือ ควบคุมคุณภาพในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย วัดความตระหนักถึงนโยบายของการบันทึกทางการแพทย์ ทราบจุดอ่อน จุดแข็ง ในความสามารถของแต่ละบุคคล ในการบันทึกทางการแพทย์ และเป็นขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบบันทึกที่นำมาใช้ใหม่ ประเมินความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึก

6. การย้อนกลับวงจรใหม่

เป็นขั้นของการปรับปรุงแก้ไขระบบใหม่จากข้อมูล และอุปสรรคที่พบในขั้นตอนของการควบคุมและการประเมินผล จะต้องย้อนกลับไปวิเคราะห์พิจารณาในขั้นตอนเริ่มต้น ทุกขั้นตอน ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน และเป็นวงจรที่มีการเริ่มต้นใหม่ (Re-cycle) ได้ตลอดเวลา โดยการชี้แนะของการประเมินผล และระบบข้อมูลย้อนกลับทุกขั้นตอน

แผนภูมิสรุป กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลง



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลง

ที่มา : Iyer, P.W., and Camp, N.H. Nursing Documentation : A Nursing Process Approach.
2 nd. ed. St. Louis : Mosby - Year Book, 1995.

ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช ผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงนี้มาใช้ในการวางแผนการเตรียมการและการดำเนินการทดลอง เพื่อให้สามารถนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้มาทดลองใช้ และวัดประสิทธิผลของแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่น โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 สำรวจระบบบันทึกที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชในปัจจุบัน ว่ามีจุดแข็งและข้อจำกัดอะไรบ้าง

1.2 ศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช และนำมากำหนดปัญหาว่าข้อบกพร่องของการบันทึกมีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง

1.3 ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบ ข้อดีของระบบบันทึกเดิม และข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้า นำมาสร้างเป็นรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ที่เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการ

พยาบาล แสดงให้รู้ถึงสภาพของผู้ป่วยได้ในทุกเวลา และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่ให้แก่ผู้ป่วย มีความคล่องตัวในการบันทึก และใช้อ้างอิงในทางกฎหมายได้

1.4 ที่แจ้งความจำเป็น วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล แก่ผู้บริหารของหน่วยงาน อาทิเช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อขอความร่วมมือในการทดลองครั้งนี้ และวางแผนการทดลองร่วมกันกับผู้วิจัย ทั้งนี้ประโยชน์ของความเห็นพ้องและความร่วมมือที่ได้รับจากผู้บริหาร ซึ่งมีอำนาจการบริหารงานตามตำแหน่ง จะสามารถช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องการติดต่อประสานงานระหว่างผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกทีมสุขภาพอื่น ๆ

1.5 ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบันทึกใหม่แก่พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และวางแผนการทดลองร่วมกันเพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานในภาวะปกติ และทราบความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการทดลองครั้งนี้ ว่าส่วนใหญ่มีการยอมรับ ยินดีให้ความร่วมมือ หรือมีการต่อต้านเพียงใด และเตรียมหากลวิธีจัดการกับแรงต่อต้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยจัดโครงการอบรมความรู้เรื่องวิธีการใช้รูปแบบการบันทึกแบบใหม่ ฝึกให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบันทึกได้อย่างถูกวิธี เพื่อละลายพฤติกรรมการบันทึกแบบเดิม เปลี่ยนมาใช้แบบใหม่

2.2 ให้กลุ่มตัวอย่างนำรูปแบบการบันทึกใหม่นี้ไปใช้ในสถานการณ์จริงภายในหอผู้ป่วย โดยในระยะเริ่มแรกผู้วิจัยคอยเป็นที่เลี้ยง ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ประเมินปัญหา อุปสรรคจากการใช้แบบบันทึกใหม่เป็นระยะ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อสร้างบรรยากาศของการเปิดกว้าง การยอมรับ การไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในตนเอง

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นขั้นสุดท้ายของการดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในช่วงระหว่างการดำเนินการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมใหม่ ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะทำให้มีพฤติกรรมปฏิบัติที่คงที่ เป็นปกติวิสัยของผู้นั้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้บริหารหน่วยงานนั้น ได้ติดตาม ตรวจสอบ สนับสนุน การพัฒนาต่อไป

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตกับการบันทึกทางการพยาบาล

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นมาตรฐานฉบับแรกที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างและดำรงรักษาคุณภาพของการบริการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของวิชาชีพการพยาบาล ด้วยความร่วมมือในการสร้างมาตรฐานจากคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นโดยกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชในขณะนั้น ปัจจุบันเป็นกรมสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นศูนย์รวมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ในสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตทั้งฝ่ายการศึกษาและฝ่ายการบริการพยาบาล ทั้งระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้ ได้ผ่านขั้นตอนของกระบวนการพัฒนามาตรฐานใช้เวลาระหว่าง พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2536 จนได้รับการยอมรับ และมีความทันสมัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนามาตรฐานนี้คือ กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการตามแผนซึ่งรวบรวมประเด็นสำคัญ 6 ประการ

1. การปฏิบัติตามแผน
2. การรักษาทางกาย
3. การปฏิบัติเพื่อการบำบัดทางจิต
4. การสอนทางสุขภาพ
5. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
6. การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่เกี่ยวเนื่องกับการบันทึกทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ

พยาบาลค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ และถูกต้อง เพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ญาติ ทีมสุขภาพ และรายงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ที่อยู่ เชื้อชาติ ฯลฯ

2. การรับรู้ของผู้รับบริการและครอบครัว เกี่ยวกับปัญหาและแรงจูงใจในการมารับบริการ
3. ข้อมูลทางจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพทางอารมณ์ อึดมโนทัศน์ แบบแผน การติดต่อสื่อสาร ประวัติการเจ็บป่วย
4. การประเมินทางสังคม ได้แก่ การศึกษา การทำงาน สัมพันธภาพทางสังคม ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม แบบแผนการดำรงชีวิต
5. การประเมินด้านครอบครัว
6. การประเมินภาวะสุขภาพกาย เช่น ปัญหาสุขภาพกาย ปัจจุบันและอดีต
พฤติกรรมสุขภาพ

7. การตรวจสุขภาพจิต

หลังจากนั้น พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาบันทึกลงในแบบฟอร์มการบันทึกที่ออกแบบการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการในขอบเขตของการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 2 การเขียนแผนการพยาบาล

พยาบาลเขียนแผนการพยาบาล โดยระบุ ข้อมูลสนับสนุน ข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญของปัญหา เป้าหมาย เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล ลงในแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 3 การนำแผนการพยาบาลไปใช้

พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลเป็นแนวทาง โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดการเจ็บป่วย การทำให้ภาวะสุขภาพกลับคืนสู่สภาพปกติ และการฟื้นฟูสุขภาพโดยพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวกับการนำแผนไปใช้

มาตรฐานที่ 4 การรักษาทางกาย

พยาบาลบันทึกการสังเกตและแปลความหมายการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลทางกาย

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติเพื่อการบำบัดทางจิต

พยาบาลบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา การบำบัดทางจิต และการบำบัดครอบครัวในแบบฟอร์มการบันทึกแผนการพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 การสอนทางสุขภาพ

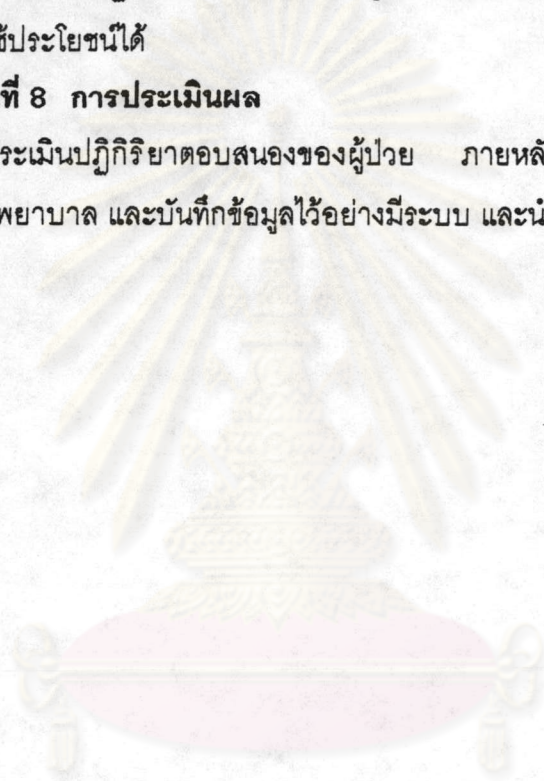
พยาบาลบันทึกแผนการสอนเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มลงในแบบฟอร์มการบันทึกแผนการพยาบาล

มาตรฐานที่ 7 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

พยาบาลบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด กิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการต่อกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบและนำไปใช้ประโยชน์ได้

มาตรฐานที่ 8 การประเมินผล

พยาบาลประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย ภายหลังจากปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการปรับแผนการพยาบาล และบันทึกข้อมูลไว้อย่างมีระบบ และนำไปใช้ประโยชน์ได้



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหาได้ถูกพัฒนาขึ้นใช้ในปี ค.ศ.1960 โดย ลอร์เรนซ์ วีต (Dr.Lawrence Weed) โดยมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAP คือ

S = Subjective data คือ ข้อมูลอัตนัย เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล

O = Objective data คือ ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้

A = Assessment คือ สิ่งที่พยาบาลคิดวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้

P = plan คือ แผนการพยาบาล

ถึงแม้ว่าระบบการบันทึกนี้จะถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ แต่พยาบาลก็ได้นำเอาระบบนี้มาใช้โดยปรับปรุงให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แต่ยังคงขาดขั้นตอนของการประเมินผลเพื่อให้เป็นตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยสมบูรณ์ ซึ่งส่วนประกอบที่เพิ่มมาคือ

I = Interventions คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย

E = Evaluation คือ การประเมินผลปฏิกิริยาตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วย

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหานี้ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 5 ส่วนคือ

1. ฐานข้อมูล เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล เพื่อทำประวัติทางการแพทย์ (Nursing History) ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และจะต้องมีการเพิ่มเติมข้อมูลเพื่อให้ทันสมัยอยู่เสมอตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

2. รายการปัญหา เป็นส่วนบันทึกปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งอาจเขียนปัญหาในรูปของอาการ อาการแสดง หรือ การวินิจฉัยทางการแพทย์ก็ได้ เรียงลำดับที่ของปัญหา ตามวันที่ที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ ไม่ใช่ลำดับตามความสำคัญของปัญหา และเนื่องจากปัญหามีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือปัญหานั้นหมดไป ก็จะไม่ติดคร่อมออก พร้อมทั้งระบุวันที่ให้ชัดเจน

3. แผนการพยาบาลขั้นต้น เป็นส่วนที่จะบันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลในครั้งแรกที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ

4. บันทึกความก้าวหน้า เป็นส่วนที่ใช้บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาลและการรักษาแล้ว รวมทั้งแผนการพยาบาล

ที่อาจจะต้องมีการปรับปรุง หรือเพิ่มเติมจากแผนการพยาบาลขั้นต้น ซึ่งเขียนในรูปแบบของ SOAP(IE)

5. การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดอย่างย่อ ๆ ปัญหาใดบ้างที่ได้รับการแก้ไข ปัญหาใดบ้างที่ยังคงเหลืออยู่ เพื่อประโยชน์ของการ ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง เช่น โรงพยาบาลอื่น, สถานสงเคราะห์, ที่บ้าน เป็นต้น

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา

1. เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างที่แน่นอน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ขั้นตอนต่อเนื่อง

2. การบันทึกเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

3. ช่วยให้การประเมินคุณภาพการพยาบาลได้ง่ายขึ้น และสามารถค้นหาส่วนที่บกพร่องได้ชัดเจนขึ้น

4. การกำหนดอันดับที่ของปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทำให้สะดวกและง่ายต่อการเขียนบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการวางแผนการพยาบาล

5. ช่วยให้มีการประสานงาน การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพได้ดี เหมาะสำหรับการใช้ในแหล่งบริ การทางสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือของวิชาชีพหลายสาขา เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหา

1. การกำหนดให้บันทึกตามรูปแบบ SOAP(IE) นั้น บางครั้งยากที่จะตัดสินใจว่า ข้อมูลนี้ควรจะอยู่ภายใต้หัวข้อใด หรือบางครั้งเมื่อพยาบาลให้การพยาบาลแล้วแต่ยังไม่สามารถประเมินผลการพยาบาลได้ในขณะนั้น ซึ่งทำให้การบันทึกขาดความสมบูรณ์ไป

2. การปรับปรุงรูปแบบ SOAP ทำได้ยากเพราะจะทำให้ขัดต่อจุดประสงค์และหลักการดั้งเดิม

3. การบันทึกซ้ำซ้อน เช่น จะต้องบันทึกปัญหาของผู้ป่วยหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งในแผ่นรายการปัญหา และแผ่นบันทึกแผนการพยาบาล ส่วนแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ก็จะต้องบันทึกไว้ในแผ่นบันทึกแผนการพยาบาล และแผ่นบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย

4. การบันทึกแบบนี้ไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิผลที่สุดสำหรับการบันทึกของพยาบาล เพราะแต่ละปัญหาแยกจากกัน ทำให้เกิดความคาบเกี่ยวกันระหว่างปัญหาอื่น ๆ และการพยาบาลที่ให้ การประเมินข้อมูลซ้ำซ้อน

ตัวอย่าง ระบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (SOAP)

แบบบันทึกรายการปัญหา

วัน เดือน ปี	ลำดับที่	ปัญหา
30 มี.ค.38	1	อารมณ์ซึมเศร้า
30 มี.ค.38	2	วิตกกังวล
30 มี.ค.38	3	แยกตัวเอง

แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้า(SOAP)

วัน เดือน ปี	เวลา	ปัญหา	ความก้าวหน้าของผู้ป่วย
30 มี.ค.38	10.00 น.	แยกตัวเอง	<p>S: "ไม่อยากจะคุยกับใคร ใครๆก็กลัวฉัน"</p> <p>O: อยู่แต่ในห้องตามลำพัง ไม่เข้ากลุ่ม ได้ตอบการซักถามต่างๆ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร</p> <p>A: ไม่ได้วางใจใคร วิตกกังวล หลงผิด</p> <p>P: สร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พูดถึงเกี่ยวกับความรู้สึกต่อด้านที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ชักจูงให้ ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม</p>

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ (Focus Charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นใช้ในปี ค.ศ.1981 โดยคณะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลไอเทล (Eitel Hospital) เมืองมินเนโซตัส ใช้การบันทึกแบบบรรยาย ภายใต้รูปแบบ DAR (Data, Action, Response) ในแต่ละความต้องการ ความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Identification of patient concerns) จะไม่ใช่คำว่า "ปัญหาของผู้ป่วย-Problem" แต่ใช้ "Focus" แทนในความหมายรวมถึงสิ่งที่เป็นความทุกข์ ความกังวล ความต้องการของผู้ป่วย (Concerns) มีความหมายกว้างกว่าคำว่า "ปัญหา" ซึ่งมีความหมายเป็นไปในทางลบอย่างเดียว รวมถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้วย การเขียน Focus ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Focus	ตัวอย่าง
- พฤติกรรม ความทุกข์ ความกังวลในปัจจุบัน	- ความวิตกกังวล - ความต้องการ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- อาการ และอาการแสดง	- มีไข้ - คลื่นไส้
- การเปลี่ยนแปลงจุดเงิน	- หัวใจหยุดเต้น - ชัก
- การรักษาพิเศษ	- ได้รับเคมีบำบัด - การผ่าตัด
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล	- เสี่ยงต่อการติดเชื้อ - ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

วิธีการบันทึกด้วยรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ จะแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนของการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย และส่วนของงานประจำของพยาบาลจะบันทึกด้วยแผ่นบันทึกย่อย (flowsheets)

2. ส่วนของแผ่นบันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วย ช่องสำหรับเขียน Focus และ DAR คือ

D: Data คือ ข้อมูลอัตนัย ข้อมูลปรนัย ที่สนับสนุน Focus

A: Action คือ การปฏิบัติการพยาบาล

R: Response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ

1. ช่วยจัดโครงสร้างการบันทึกความก้าวหน้าให้เป็นหมวดหมู่ตามรูปแบบ DAR
2. บันทึกไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งมีส่วนของการประเมินผลใน

บันทึกความก้าวหน้า

3. ง่ายต่อการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง

4. ช่วยให้ความยืดหยุ่นในการระบุถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ ไม่จำกัดแต่เฉพาะการหาปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยทางการพยาบาลเท่านั้น

5. ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการค้นหาปัญหา และแก้ไข

ปัญหาของผู้ป่วยโดยผ่านทางกรบันทึก

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ

1. ถ้าไม่มีการตรวจสอบบันทึกอย่างสม่ำเสมอแล้ว พยาบาลอาจจะเลยการเขียนประเมินผลได้

2. ในการบันทึกแบบนี้ พยาบาลถูกกำหนดให้เปลี่ยนวิธีคิดจากเดิม โดยจะต้องสามารถระบุ Focus ได้อย่างถูกต้อง และค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาเขียนในส่วนของ DAR

3. เนื่องจากพยาบาลมีหลายระดับ จึงยากที่จะควบคุมถึงความถูกต้อง ความเป็นเหตุเป็นผล และความสัมพันธ์ของเนื้อหาของการบันทึก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความรู้และควบคุม ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง จึงจะได้รับผลสำเร็จในการบันทึกแบบนี้

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ

วัน เดือน ปี	เวลา	Focus	ความก้าวหน้าของผู้ป่วย
30 มี.ค.38	10.00 น.	แยกตนเองออกจากสังคมเนื่องจากไม่ไว้วางใจและมีความวิตกกังวลสูง	<p>D: "ไม่อยากจะคุยกับใคร ใครๆก็กลัวฉัน" อยู่ลำพังคนเดียวในห้องโดยไม่ออกมาข้างนอกเลย ไม่เข้ากลุ่มแต่จะนั่งฟัง ในกลุ่มสนทนากันอยู่ห่างๆ จะไม่เข้าไป มีปฏิสัมพันธ์ด้วย</p> <p>A: สร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย สนทนาถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยต่อต้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>R: ร่วมมือในการบำบัดแต่ยังคงรู้สึกไม่สบายเมื่ออยู่ในกลุ่มคน</p> <p style="text-align: right;">ปรารธนา มั่งมุล RN.</p>

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์มาได้ดังนี้

สุชาติดา รัชชกุล (2528) เรื่อง การวิเคราะห์บันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตกรุงเทพมหานคร มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและประเมินคุณภาพของบันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งของรัฐบาลและเอกชนในกรุงเทพมหานคร โดยตรวจสอบจากบันทึกจำนวน 500 ฉบับ ผลการวิจัยสรุปว่า เนื้อหาส่วนใหญ่ที่บันทึกในบันทึกการพยาบาล ได้แก่ ด้านความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ การดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับ การได้รับอาหารเฉพาะโรค การตรวจสอบสัญญาณชีพประจำวัน ด้านการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และด้านการติดตามและประเมินผลอาการภายหลังการได้รับการรักษาจากแพทย์

ลัดดา เชียงเห็น (2529) เรื่อง การวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล ผลการวิจัยสรุปว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลระดับปานกลาง มีเพียงส่วนน้อยที่มีความสามารถสูง และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่สมบูรณ์

จิรา เต็มจิตอารีย์ (2530) เรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเทพมหานคร ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการ และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 575 คน ผลการวิจัยสรุปว่า พยาบาลประจำการจำนวนสูงสุด ร้อยละ 64.9 มีความรู้เรื่องบันทึกการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 เห็นว่าบันทึกการพยาบาลมีคุณค่า และร้อยละ 53.1 มีความสามารถในการบันทึกการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยร้อยละ 66.67 ได้สังเกตเห็นการบันทึกการพยาบาลโดยอาศัยการตรวจสอบบันทึกการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่พบมากที่สุด และเรื่องที่น่าไปใช้มากที่สุดคือ เรื่องการวางแผนการพยาบาล

นิษฐิศา ลีนะขุนนางกูร (2530) เรื่องการวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ : การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเอกสารทางการพยาบาล จำนวน 100 ฉบับ ผลการวิจัยสรุปว่า การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นของกระบวนการพยาบาล มีการใช้ขั้นปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด และใช้ขั้นประเมินปัญหาของผู้ป่วยต่ำที่สุด

อารี ชิวเกษมสุข (2534) เรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา ผลการวิจัยสรุปว่า ประสิทธิภาพด้านความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งความถูกต้องทางกฎหมายของการใช้รูปแบบการบันทึกทั้ง 2 รูปแบบไม่แตกต่างกัน การใช้รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล มีความต่อเนื่องของการบันทึกมากกว่ารูปแบบที่มุ่งปัญหา แต่รูปแบบการบันทึกที่มุ่งปัญหา มีความง่ายในการบันทึกมากกว่าการใช้รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล

พิชชุดา วิรัชพินทุ และคณะ (2536) เรื่อง การศึกษาการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยพักค้างรอดูอาการ : ศึกษาเฉพาะกรณีตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยให้มีความกระชับและสะดวกแก่การนำไปใช้ โดยคงไว้ซึ่งมาตรฐานและประสิทธิภาพสูงสุด ผลการวิจัยสรุปว่า พยาบาลเห็นด้วยกับรูปแบบใหม่ที่นำมาศึกษาทดลองนี้ว่าดีหรือเหมาะสมกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมที่ปฏิบัติอยู่ สามารถนำมาใช้ในการรับ-ส่งเวชได้ มีความกระชับรัดกุมเป็นหมวดหมู่เดียวกัน ช่วยให้การวางแผนการพยาบาลมีความสมบูรณ์ขึ้น

จารุวรรณ ต.สกุล และ ดารา ศัตร์ฐิติ (2536) เรื่อง การประเมินผลโครงการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาติดตามผลการบันทึกทางการพยาบาลจิตเวช ภายหลังจากอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องของการใช้รูปแบบการบันทึกความสามารถในการบันทึกตามคัลลของกระบวนการพยาบาล ผลการวิจัยสรุปว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการพัฒนาความสามารถเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้นระดับหนึ่ง และประเมินว่าตนเองสามารถบันทึกปัญหาทางการพยาบาลได้ แต่จากการสังเกตพบว่าความสามารถในการตั้งปัญหาเป็นไปในรูปของรายการปัญหามากกว่ารูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาล จึงเป็นเหตุต่อเนื้อที่ทำให้พยาบาลส่วนหนึ่งไม่แน่ใจในการวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลตามแผน

พินิจ ปริษานนท์ และ นवलลออ ศรีโพธิ์ทอง (2537) เรื่อง ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัดต่อความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาล พึงพอใจบริการพยาบาลที่ได้รับมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งสร้าง

ขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลมีความสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ

ศูนย์การแพทย์ เมโทดิส รัฐเทคซัส สหรัฐอเมริกา ได้พัฒนารูปแบบบันทึกการพยาบาลให้มีความคล่องตัว รวดเร็วในการบันทึกผู้ป่วยประจำวัน โดยใช้แผ่นบันทึกย่อมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Miller and Pastorino, 1990)

โรงพยาบาลสแตนวีล รัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวช ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยนำระบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการมาใช้แทนระบบเดิม และฝึกทักษะการบันทึกที่ถูกต้องให้กับบุคลากรพยาบาล เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยผ่านกระบวนการให้การศึกษาแก่บุคลากรพยาบาล และทดลองปฏิบัติจริงใช้เวลานาน 3 เดือน ผลของการพิจารณาทำให้พยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจกับผลที่ปรากฏจากการใช้รูปแบบการบันทึกไว้ (Wheeland, 1993)

โรงพยาบาลวินเนท รัฐจอร์เจีย สหรัฐอเมริกา ได้พัฒนารูปแบบบันทึกที่รวมเอาแบบฟอร์มบันทึกอื่นรวมไว้ในที่เดียวกัน เพื่อความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ได้สำเร็จ ทำให้ลดความฟุ่มเฟือยของงานการบันทึกได้น้อยลงได้สำเร็จ (Addy - Keller and McElwanly, 1993)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย