

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยผลของการสอนการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนที่มีต่อความรู้และความสามารถของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. กระบวนการพยาบาล
2. การประเมินผู้ป่วย
3. แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
4. การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
5. การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์
6. ทฤษฎีการเรียนรู้
7. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. กระบวนการพยาบาล

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล

ในการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลนั้น เครื่องมือที่สำคัญยิ่งคือกระบวนการพยาบาล (nursing process) ซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มิใช่การหยั่งรู้ (intuition) โดยความเป็นมาแล้วกระบวนการพยาบาลเกิดขึ้นมาจากความพยายามที่จะแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพของพยาบาล ซึ่งจะต้องมีเอกลักษณ์ของตนเองโดยจะต้องใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการแสวงหาความรู้และปฏิบัติวิชาชีพ ในปี 1961 ออแลนโดเป็นผู้ที่เสนอแนวคิดในการใช้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล อีก 5 ปี ต่อมา เคลลีได้อธิบายถึงการนำข้อมูลจากอาการและอาการแสดง ประวัติทางการรักษา การวินิจฉัยโรค ประวัติทางสังคมและวัฒนธรรม รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและจิตสังคมด้วย ในปี 1967 โนวส์ ได้เพิ่มสาระวิธีปฏิบัติแนววิทยาศาสตร์ขึ้น โดยอธิบายว่าการพยาบาลจะต้องคิดค้น (discovery) ซุด (delving) ทำจริง (doing) และแยกแยะ

เลือกหาสิ่งที่ตีที่ถูกต้อง (discrimination) ต่อมา นักการศึกษาพยาบาลได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ ในปีเดียวกันนี้จอห์นสันได้วางระบบของการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลขึ้น ในขณะที่นั้นจึงได้มีการอธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลขึ้นมาอย่างชัดเจน และในปี 1973 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจึงได้กำหนดขึ้นอย่างเป็นทางการโดยสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งเบ้าขณะเดียวกันที่สมาคมนี้เขียนมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลขึ้น นับแต่นั้นมากระบวนการพยาบาลได้เป็นที่ยอมรับของนานาชาติทั่วโลก และถือได้ว่าเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลมีดังนี้

- 1.1.1 เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ
- 1.1.2 เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการวิทยาศาสตร์
- 1.1.3 เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาล
- 1.1.4 มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติวิชาชีพ
- 1.1.5 เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายชัดเจน
- 1.1.6 เป็นกระบวนการที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 1.1.7 เป็นการวางแผนปฏิบัติการล่วงหน้า

1.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล  
กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญในวิชาชีพพยาบาลหลายด้าน ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- 1.2.1 ความสำคัญต่อผู้ป่วย (ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2535)
  - 1) มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในการร่วมวางแผนเพื่อส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข หรือฟื้นฟูสุขภาพตนเอง
  - 2) ได้รับการดูแลที่มีความเฉพาะและต่อเนื่อง เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
  - 3) ได้รับคุณภาพการพยาบาลที่ดีขึ้น เพราะกระบวนการพยาบาลจะมีการประเมินผลและหาข้อมูลใหม่

1.2.2 ความสำคัญต่อพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล (Atkinson, 1983, คีรีพร ชัมภลลิขิต, 2535)

- 1) ทำให้เกิดความเชื่อมั่น เพราะกระบวนการพยาบาลทำให้ทราบเป้าหมายที่สำคัญของผู้ป่วย และทราบถึงวิธีที่จะทำให้เป้าหมายนั้นประสบความสำเร็จ
- 2) เกิดความพอใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการวางแผนที่ดีจะทำให้ประหยัดเวลาและพลังงาน ไม่มีการลองผิดลองถูก เป็นการเพิ่มความสำเร็จในการแก้ปัญหาผู้ป่วย ทำให้ทั้งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลรู้สึกว่ามีความสามารถอย่างแท้จริง และภาคภูมิใจในวิชาชีพเมื่อปฏิบัติการพยาบาลได้บรรลุเป้าหมาย
- 3) มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และทักษะการปฏิบัติงานเป็นทีม ทำให้ผู้มีประสบการณ์น้อยได้ดูตัวอย่าง รวมทั้งมีความตื่นตัวที่จะเรียนรู้ และร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
- 4) ช่วยในการมอบหมายงานของพยาบาลหัวหน้าทีมและครูคลินิก มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลดูแลได้เหมาะสมตามความรู้ความสามารถแต่ละคน
- 5) เป็นการฝึกให้ทำงานอย่างเป็นระบบ โดยใช้ความรู้ความสามารถในการคิดเชิงวิทยาศาสตร์

1.2.3 ความสำคัญต่อวิชาชีพ (คีรีพร ชัมภลลิขิต, 2535, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533 ; เพ็ญศรี ระเบียบ, 2527)

- 1) ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น เพราะมีเครื่องมือ "กระบวนการพยาบาล" เป็นแกนกลางในการปฏิบัติ
- 2) ช่วยให้เกิดความรู้ใหม่ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการพยาบาล เพราะในขั้นตอนของการวินิจฉัยการพยาบาลนั้น เป็นผลที่เกิดจากความคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย
- 3) มีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลคิดค้นในการทำวิจัยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้ทางการพยาบาลกว้างและลึกซึ้งมากขึ้น
- 4) เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพ

(Professional Autonomy)

### 1.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบ่งแยกได้หลายรูปแบบ ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมี 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Plans) การปฏิบัติการพยาบาล (Patient Implementation) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1.3.1 การประเมินผู้ป่วย (Nursing Assessment) เป็นขั้นตอนแรก  
ของกระบวนการพยาบาล เป็นการแสวงหาและพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยการดำเนินงาน  
จะเริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็น  
ระบบและมีมาตรฐาน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องอาศัยความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น  
การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย เมื่อรวบรวมข้อมูลได้เพียงพอแล้วนำข้อมูล  
มาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่น ๆ  
และไม่มีมีความสำคัญก็ควรตัดทิ้งไป สำหรับกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อจัดเรียงเป็น  
หมวดหมู่แล้วเรียกว่าข้อมูลพื้นฐาน (Data base) การเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัย  
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาล (Conceptual Framework of Nursing)  
ที่ชัดเจน และต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวม  
ข้อมูล (Assessment tool)

1.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นการ  
ตัดสินใจหรือการสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล การ  
ดำเนินงานในขั้นตอนนี้ค่อนข้างสำคัญ ต้องอาศัยความรู้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และการ  
ตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นโดยการวิเคราะห์ข้อมูล  
ที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลจะเปรียบเทียบข้อมูล  
พื้นฐานกับกรอบแนวคิดหรือความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถ  
แปลผลได้เป็น 2 ลักษณะคือ

- 1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูลจาก  
กรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง จะแสดงถึงความปกติหรือไม่มีปัญหา และ
- 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและมีการเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด  
จะแสดงถึงความผิดปกติหรือมีปัญหา (problem) ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง  
(Actual problem) หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Potential problem) ผลการ

วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจะได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนั้นข้อวินิจฉัยการพยาบาล จะเป็นข้อสรุปเกี่ยวกับสภาพปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเฉพาะราย

1.3.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Plans) เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด การวางแผนจะเริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่มีความสำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาล (A nursing care plan) ลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

1.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ การดำเนินงานในขั้นตอนนี้อาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล และเมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาล แต่ละครั้งลงในบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ผลการปฏิบัติการพยาบาลจะบันทึกในรูปของพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาล

1.3.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย ซึ่งการประเมินผลการพยาบาลจะกระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลของพฤติกรรมผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการพยาบาล (Actual outcome) กับพฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล (Outcome criteria) การแปลผลข้อมูลจะสรุปได้เป็น 3 ลักษณะกล่าวคือ

1) พฤติกรรมของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาล แสดงออกในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการแก้ไขสมบูรณ์

2) พฤติกรรมของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาล แสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลง ไปจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการประเมินตั้งแต่ตอนแรก แสดงถึงปัญหา ยังไม่ได้รับการแก้ไข จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล

3) ในกรณีที่ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาลแสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่

#### 1.4 กรอบแนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาล หรือกรอบมโนคติทางการพยาบาล (nursing conceptual framework) ประกอบด้วย 4 มโนคติพื้นฐานที่สัมพันธ์กันคือ คน สุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับหลักการและเหตุผลในการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้เป็นอย่างดี (Yura & Walsh, 1988) เนื่องจากปรัชญาของการพยาบาลเชื่อว่ากระบวนการพยาบาลมีผลกระทบมาจากความเชื่อเกี่ยวกับ คน สุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อม (พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ, 2536)

1.4.1 คน เป็นหน่วยชีวิตจิตสังคัม (Biopsychosocial) ที่มีความซับซ้อน พฤติกรรมของคนได้รูปแบบมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และปฏิกริยาสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม คนแสดงออกและตอบโต้ต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งสู่ความสำเร็จในชีวิต (Self actualization)

1.4.2 สุขภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาวะชีวิตจิตสังคัมที่ดีไปสู่ความเจ็บป่วยมีผลมาจากพันธุกรรม ประสบการณ์ชีวิต ความสามารถ ปฏิกริยาสัมพันธ์ทางสังคัม และแรงผลักดันของสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ

1.4.3 การพยาบาล เป็นศาสตร์เฉพาะสาขา ที่ต้องใช้ทักษะทางสติปัญญา สัมพันธภาพและเทคนิคผ่านทางกระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสภาวะสุขภาพที่ดีสูงสุด พยาบาลใช้ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดเป็นแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในบทบาทอิสระ บทบาทร่วม และบทบาทที่ต้องพึ่งพากายในระบบบริการ สุขภาพ พยาบาลเป็นผู้คุ้มครองผู้ป่วย และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติให้ต่อผู้ป่วยสัมพันธภาพของพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นลักษณะของการพึ่งพาต่อกัน (interdependent) ซึ่งขึ้นอยู่กับกรรับรู้ค่านิยม และจุดมุ่งหมายของ แต่ละคน ผู้ป่วยเป็นผู้ร่วมมืออย่างแข็งขันในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยการพิจารณาตัดสินใจการพยาบาลร่วมกับพยาบาล

1.4.4 สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยทุกอย่างที่ล้อมตัวผู้ป่วย และที่เป็นองค์ประกอบภายในคนซึ่งมีผลกระทบต่อคนทั้งคนที่เป็นหน่วยชีวิตสังคม คนมีปฏิกริยาสัมพันธ์ สิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่ส่งผลต่อบุคคลทั้งในทางบวกและทางลบ พยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งของผู้ป่วย

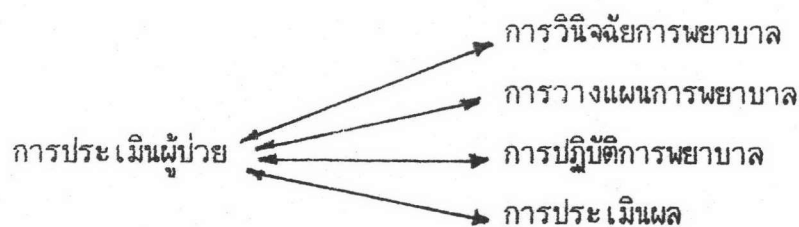
สิ่งสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาล คือ การที่พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ การพยาบาล และการประเมินผล กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ซึ่งพัฒนาโดยกอร์ดอน เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยการพยาบาลอย่างมาก เพราะประยุกต์มาจากมโนคติทางการพยาบาล

## 2. การประเมินผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล เน้นที่การรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาและคาดว่าจะมีปัญหา ขอบเขตของการรวบรวมข้อมูลขึ้นกับว่าพยาบาลต้องการประเมินผู้ป่วยในสถานะอะไร และมีความเชื่อในกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาถึงการประเมินผู้ป่วยในสถานะที่ผู้ป่วยเป็นบุคคล โดยมีความเชื่อตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพที่มาจอร์รี่ กอร์ดอน เป็นผู้พัฒนาขึ้น

### 2.1 การประเมินผู้ป่วยกับขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล

นอกจากการประเมินผู้ป่วยจะเป็นกิจกรรมอันดับแรกของกระบวนการพยาบาลแล้ว การประเมินนี้ยังเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำร่วมไปกับขั้นตอนอื่นๆ ของกระบวนการพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นสำคัญสอดคล้องกับการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผล พยาบาลควรมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผู้ป่วยกับขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 1 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผู้ป่วยกับขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล

ที่มา : Zeigler, et al., 1986

2.1.1 การประเมินผู้ป่วยกับการวินิจฉัยการพยาบาล ในการให้ได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะต้องอาศัยข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์ของผู้ป่วย ดังนั้นมีความจำเป็นที่ต้องรวบรวมข้อมูลอยู่เสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่ล่าสุด ทันสมัย สำหรับใช้ในการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยต่อไป

#### 2.1.2 การประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย และจากข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปตามข้อมูลที่ประเมินจากผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อเลือกกิจกรรมการพยาบาลและวิธีการในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

2.1.3 การประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล ในการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อทราบถึงข้อมูลปัจจุบันในวันนั้น ๆ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในบันทึกทางการพยาบาลหรือแบบบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ การประเมินผู้ป่วยในขั้นตอนนี้จะแตกต่างกับการประเมินในครั้งแรก (Initial assessment) เนื่องจากการประเมินครั้งแรกพยาบาลจะต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล แต่การประเมินในขณะปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยในการปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสม และสอดคล้องกับสถานะของผู้ป่วย



2.1.4 การประเมินผู้ป่วยและการประเมินผล ในขณะที่และหลังให้การพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ให้และบันทึกข้อมูลเหล่านี้ลงในบันทึกทางการพยาบาลนั้นว่า เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การประเมินผู้ป่วยจะต้องทำตลอดทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเพื่อสะท้อนกลับว่ามีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมหรือไม่ ข้อมูลที่เกิดขึ้นใหม่คืออะไร ทั้งนี้ เพื่อให้การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ

การประเมินผู้ป่วยเป็นกระบวนการต่อเนื่อง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แม่นยำ เพื่อคุณภาพการดูแลข้อมูลจะต้องรวบรวมทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มิได้ทำเฉพาะขั้นต้นเท่านั้น แต่ข้อมูลขั้นต้นมีความสำคัญมากที่สุด จำเป็นต้องรวบรวมให้สมบูรณ์ การประเมินผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงเสมอ ข้อมูลที่รวบรวมได้นั้นอาจทำได้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายทั่วไป รวมทั้งประวัติทางการแพทย์ และการประชุมร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ให้การดูแล แหล่งข้อมูลนี้มีอยู่มาก ตั้งแต่ตัวผู้ป่วยไปจนถึงคำสั่งการรักษา และผลการตรวจทางห้องทดลอง ความสำคัญอยู่ที่การเลือกข้อมูลสำคัญเพื่อการพยาบาลโดยเฉพาะด้วย คือประวัติการพยาบาลนั่นเอง การที่จะได้มาซึ่งสิ่งนี้พยาบาลจะต้องทราบกระบวนการประเมินผู้ป่วยเป็นอย่างดี

## 2.2 กระบวนการในการประเมินผู้ป่วย

กระบวนการในการประเมินผู้ป่วยประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอนคือ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) การจัดระบบข้อมูล (Data Organization) และการบันทึกข้อมูล (Data recording)

2.2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับความหมายของข้อมูล ความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูล ชนิดของข้อมูล แหล่งข้อมูล ลักษณะข้อมูลที่ตี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

### 1) ความหมายของข้อมูล

ข้อมูล (data) หมายถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการศึกษา ต้องการทราบ เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านใดด้านหนึ่ง

ข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล เป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นข้อมูลของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ที่พยาบาลใช้ประโยชน์ในการพยาบาล ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบุคคล ดังนั้นข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่นำมาใช้ก็คือ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก โดยถือว่าผู้ป่วยเป็นองค์รวมที่ประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ทั้ง ด้าน กาย จิตสังคม ซึ่งมิติในด้าน กาย จิตสังคม นี้ มีการจัดระบบเป็นหมวดหมู่ย่อยตาม กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ

### 2) ความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนพื้นฐานของการวางแผน การพยาบาล แต่พยาบาลก็อาจสามารถประเมินผลกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลในส่วนที่เป็นบทบาท ไม่อิสระ หรือบทบาทร่วมได้ตามแผนการรักษา สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ ตามแผนการรักษา โดยไม่มีการใช้กระบวนการพยาบาล แต่ก็จะไม่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ในอีกประการหนึ่งถ้าข้อมูลที่พยาบาลเก็บรวบรวมได้ไม่ครอบคลุมหรือขาดความตรง ก็ทำให้ การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุมทั้งบุคคล ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่ง ของการใช้กระบวนการพยาบาลในปัจจุบัน ที่พยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เฉพาะด้าน ร่างกายและแก้ไขปัญหาทางด้านร่างกาย โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลทางด้านจิตสังคมน้อยมาก

### 3) ชนิดของข้อมูล

ข้อมูลของผู้ป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายชนิด ตาม เกณฑ์การแบ่งที่กำหนด แต่ที่นิยมใช้กันคือ แบ่งตามแหล่งข้อมูล และแบ่งตามลักษณะของข้อมูล

#### ชนิดของข้อมูลแบ่งตามแหล่งข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) หมายถึง ข้อมูลที่ พยาบาลเก็บรวบรวมโดยตรงจากผู้ป่วย ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การวัดประเมินด้วยเครื่องมือชนิดต่าง ๆ

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) หมายถึง ข้อมูล ที่พยาบาลเก็บรวบรวมจากผู้อื่นหรือแหล่งอื่นที่มีใช้ผู้ป่วยโดยตรง มีผู้รวบรวมไว้แล้ว เช่น จากรายงานผู้ป่วยบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nurse's note) การ์ดเด็กซ์ (Kardex) จาก ทีมสุขภาพ เป็นต้น

### ชนิดของข้อมูลแบ่งตามลักษณะของข้อมูล

1. ข้อมูลอัตนัย (subjective data) เป็นข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก บ่น รำพัน กับพยาบาล หรือผู้ใดก็ตามที่ได้รับรู้ เช่น ผู้ป่วยอาจเปรยขึ้นว่า "น่าเบื่อจังเลย ไม่อยากอยู่โรงพยาบาลแล้ว อยากกลับบ้าน" ข้อมูลอัตนัยอาจได้จากผลการซักถามหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยก็ได้ ข้อมูลประเภทนี้คำที่ใช้เรียกโดยทั่วไปคือ "อาการแสดงของผู้ป่วย (Symptom)"

2. ข้อมูลปรนัย (objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการที่พยาบาลสังเกตได้ วัดได้ด้วยเครื่องมือ จากการตรวจร่างกาย หรือการสัมผัสด้วยประสาททั้งห้าของพยาบาลเอง เช่น พยาบาลสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยนอนกระสับกระส่าย ตั้งแต่ช่วง 21.00-24.00 น. หรือผู้ป่วยรับประทานอาหารเข้าได้เพียง 2 ช้อน หรือผู้ป่วยร้องไห้เสียง ๆ อยู่บนเตียง เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการวัด เช่น อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต ก็เป็นข้อมูลปรนัยทั้งสิ้น ข้อมูลประเภทนี้คำที่ใช้เรียกโดยทั่วไปคือ "อาการของผู้ป่วย (Sign)"

### 4) แหล่งข้อมูล

พยาบาลสามารถที่จะรวบรวมข้อมูล ได้จากหลายแหล่งด้วยกันได้แก่

1. ผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่พยาบาลควรจะเก็บข้อมูลให้ได้มากที่สุด ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยพยาบาลสามารถเก็บรวบรวมได้จากหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ จากการสังเกต ซักถาม ตรวจร่างกาย เป็นต้น

2. บิดา มารดา ญาติ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ พยาบาลจะได้แหล่งข้อมูลเหล่านี้มากในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ หรืออาจให้ข้อมูลได้ไม่ถูกต้อง เช่น เด็กที่ยังพูดไม่ได้ ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยที่หมดสติ เป็นต้น

3. ทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่าย เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ จะสามารถให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลได้

4. รายงาน บันทึกต่าง ๆ ซึ่งผู้อื่นได้เขียนบันทึกไว้ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำสั่งการรักษา บันทึกทางการแพทย์ โดยพยาบาลจะต้องพิจารณาข้อมูลที่มีความเที่ยงตรง ทันสมัย

5) ลักษณะของข้อมูลที่ดี

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ข้อมูลที่พยาบาลจะนำมาใช้จะต้องเป็นข้อมูลที่ดีสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นข้อมูลที่จำเป็นและครอบคลุม บางครั้งพยาบาลจะพบว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นไม่เกิดประโยชน์ในการนำมาใช้ เพราะไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย หรือไม่เกี่ยวข้องกับแบบแผนสุขภาพ ในขณะที่ข้อมูลที่จำเป็นในการนำมาใช้พิจารณาภาวะสุขภาพนั้น ไม่มีหรือไม่เพียงพอ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ในขอบเขตของข้อมูลที่ต้องการ ตามกรอบแนวคิดทางการแพทย์ที่ใช้ในการปฏิบัติและมีทักษะในการเก็บข้อมูลนั้น ๆ

2. ข้อมูลตรงกับความเป็นจริง ข้อมูลเป็นข้อเท็จจริง ดังนั้นข้อมูลที่จะเกิดประโยชน์ คือข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ไม่ว่าจะเก็บรวบรวมด้วยวิธีการใด เป็นข้อมูลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิก็ตาม

3. ข้อมูลต้องทันสมัยเป็นปัจจุบัน การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยนั้น จะต้องรวบรวมให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลในด้านใดหรือแบบแผนใดของสุขภาพ ข้อมูลที่ล้าสมัยจะทำให้การวินิจฉัยผิดพลาด เข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยผิดพลาดจากภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

4. ข้อมูลต้องสื่อให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ข้อมูลทุกชนิดจะต้องเป็นข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าใจได้ เพื่อที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ลักษณะของข้อมูลที่จะสื่อให้เข้าใจได้นั้นจะต้องเป็นข้อมูลที่ อ่านได้ง่าย สั้น ชัดเจน กะทัดรัด

6) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ข้อมูลของผู้ป่วยมีอยู่เป็นจำนวนมาก พยาบาลอาจเกิดความวิตกว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้อย่างไร จะมีเวลาเพียงพอหรือไม่ เพราะในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีข้อจำกัดหลายประการในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังที่กล่าวแล้วว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติในแบบแผนใดเด่นชัด การเก็บข้อมูลก็เพื่อตรวจสอบสุขภาพในแต่ละด้านหรือแต่ละแบบแผนว่าปกติจริงหรือไม่ มีปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่อาจทำให้ป่วยทั้งจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลที่เก็บจึงเป็นข้อมูลทั่วไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือเจ็บป่วยเด่นชัด พยาบาลก็ควรเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกตินั้น ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ

ในกรณีที่ผู้ป่วย ให้ความสนใจหรือกังวล (Concern) กับสุขภาพตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจไม่ตรงกับสิ่งที่พยาบาลเข้าใจว่าเป็นปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลก็ควรเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นของผู้ป่วยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนอื่น

2. วัยและเพศของผู้ป่วย บุคคลแต่ละวัยมีลักษณะเฉพาะ มีความต้องการเฉพาะตามการพัฒนาการแต่ละขั้นตอน และแต่ละเพศก็ยังมีลักษณะที่แตกต่างกัน การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ เพศหญิง และเพศชาย พยาบาลก็จำเป็นต้องพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับเพศ และวัยของแต่ละบุคคลให้เหมาะสม เช่น ในการซักประวัติของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีในเรื่องอาหารก็ควรซักรายละเอียดในเรื่องของนมซึ่งเป็นอาหารหลัก โดยการซักถามประวัติอาหารหลักในผู้ใหญ่จะเป็นเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบมาตรฐาน

3. สังคม วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ป่วย ในการซักประวัติต้องคำนึงถึงสังคม วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ป่วยด้วย เช่น ในวัฒนธรรมไทย เรื่องเพศและเพศสัมพันธ์ ถือเป็นเรื่องไม่ควรเปิดเผย พยาบาลก็ไม่ควรสอบถามในขณะที่ยังไม่คุ้นเคยกับผู้ป่วย ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือมีข้อบ่งชี้ว่าอาจเสี่ยงต่อความผิดปกติในด้านเพศสัมพันธ์

4. ลักษณะของบริการพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในหลายลักษณะในสถาบันบริการหรือหน่วยงานที่แตกต่างกัน เช่น แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ลักษณะการบริการพยาบาลจะมีความแตกต่างกันออกไปบ้าง ตามนโยบายการให้บริการของหน่วยงาน ระบบบริการสุขภาพ และบริการพยาบาล รวมทั้งระยะเวลาของความต่อเนื่องของการให้บริการ การเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกันโดยอาจเน้นในบางด้านของสุขภาพตามข้อจำกัด ซึ่งพยาบาลอาจต้องนำมาพิจารณาในการเก็บข้อมูล

5. ความรู้และทักษะของพยาบาล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ความรู้และทักษะของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณา พยาบาลที่มีพื้นฐานความรู้ที่ต่างกัน ประสบการณ์ต่างกัน มีความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน พยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา หรือนักศึกษาพยาบาล อาจจะสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้เพียงข้อมูลพื้นฐาน ไม่สามารถเก็บที่ลึกซึ้งได้ หรือไม่อาจเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ปิดบังข้อมูลได้ เพราะขาดทักษะในการซักประวัติ เป็นต้น

6. นโยบายของหน่วยงาน พยาบาลที่ปฏิบัติในสถาบันบริการใด ย่อมต้องปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงานนั้น นโยบายย่อมมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกัน เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่มีนโยบายส่งเสริมสภาวะโภชนาการมากกว่างานด้านอื่น ๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลก็จะเน้นรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัย เป็นต้น

#### 7) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องใช้วิธีการหลายประการด้วยกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลปฐมภูมิจากผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง วิธีการที่ใช้มากมีอยู่ 2 วิธีคือ การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถใช้การตรวจเฉพาะบางประการได้ เช่น การประเมินพัฒนาการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละชนิด พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะพื้นฐาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

#### 2.2.2 การจัดระบบข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลมาได้แล้ว จำเป็นต้องมีการจัดข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบ การที่จะจัดระบบข้อมูลอย่างไรนั้นขึ้นกับความเชื่อในกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) เกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งกรอบแนวคิดนี้จะถูกนำมาใช้สร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบภายใต้กรอบแนวคิดนั้น

รูปแบบของแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย อาจเป็นแบบ Structured Form คือ มีช่องไว้ให้กาเครื่องหมาย หรือเขียนข้อความเพียงเล็กน้อย ซึ่งมีข้อดีคือทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็ว ใช้เวลาน้อย แต่ก็มีข้อเสียคืออาจไม่ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดที่พบในสถานการณ์จริง ส่วนอีกแบบเป็นชนิด Unstructured Form ที่มีช่องว่าง

ให้มากมายภายใต้กรอบแนวคิดกว้าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูงและใช้เวลานาน ในระยะแรกของการใช้แบบฟอร์มชนิดนี้จำเป็นต้องมีคู่มือประกอบ แต่มีข้อดีคือได้ข้อมูลครบถ้วน ใช้ได้หลายสถานการณ์และสิ้นกระต๊อต เพราะเนื้อหาในแบบฟอร์มจะใช้บันทึก เฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลชนิด Structured Form หรือ Unstructured Form ต่างก็มีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วนใหญ่ ๆ ด้วยกันคือ

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพ สมรส การศึกษา ภูมิลำเนา เป็นต้น
- 2) ประวัติทางการแพทย์ (Nursing history) ช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีระบบ ทำให้การวินิจฉัยการพยาบาลเหมาะสมกับสภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ข้อมูลในส่วนนี้จะช่วยบ่งบอกทัศนคติ คัญภาพ ความเข้มแข็ง ความพยายามและจุดอ่อนของผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้ ต่อความเจ็บป่วย ความต้องการและความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาล ความต้องการพื้นฐานทางด้านสุขภาพอนามัย

3) การตรวจร่างกาย (Examination) ได้จากการตรวจประเมินและทดสอบที่ครอบคลุมถึงร่างกาย จิต สังคม

โดยปกติแล้วในแต่ละส่วนของแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลควรมีรายละเอียดอะไรในขึ้นกับความเชื่อในกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้

### 2.2.3 การบันทึกข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาจากการประเมินผู้ป่วยจะบันทึกลงในแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยที่สร้างขึ้น โดยแนวทางในการบันทึกข้อมูลนั้น มีดังนี้ (บุญศรี ปราบแพค์ดี และศิริพร จิรวัดน์, 2531)

- 1) ควรระบุชื่อผู้ป่วยให้ชัดเจน เช่น นาย ก. นาง ข. เพื่อป้องกันการสับสนไม่ควรเขียนสรพนามผู้ป่วยว่า "ผู้ป่วย"
- 2) กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาลมาก่อน ควรระบุวันที่ สถานที่ สถานการณ์ และสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย ควรเขียนตามคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่ควรเอาคำพูดผู้ป่วยมาแปลความหมายแล้วจึงบันทึก ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกบันทึกลงไปเป็นข้อมูลของผู้ป่วยจริง ๆ ไม่ใช่ข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วซึ่งผิดพลาดได้

4) ข้อมูลอาการสำคัญ และเหตุผลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรเขียนสั้น ๆ และเขียนตามคำพูดของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ควรแปลความหมาย

5) ข้อมูลภายใต้หัวข้อประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันควรเขียนให้กระชับรัดกุมได้ใจความ เริ่มต้นจากการเริ่มต้นของอาการ ลักษณะอาการ ความถี่ของสิ่งที่เกิดตามมา และเหตุผลที่มาโรงพยาบาล

6) ถ้ารูปแบบการบันทึกเป็นแบบฟอร์มเปิดกำหนดหัวข้อให้ควรขีดเส้นใต้หัวข้อเพื่อสะดวกต่อผู้อื่นในการติดตามข้อมูล

7) ถ้าแบบบันทึกเป็นข้อรายการ (Checklist) ให้กาเครื่องหมายหน้ารายการหรือเติมคำในช่องว่าง ควรใช้เนื้อที่ว่างที่ทำได้ให้เป็นประโยชน์สูงสุดเพื่อความประหยัด

8) ในกรณีที่เป็นบันทึกที่มีช่องว่างท้ายแบบฟอร์ม ให้เขียนข้อคิดเห็นอื่น ๆ เพิ่มเติม ควรใช้ให้เป็นประโยชน์ในการให้รายละเอียดบางประการที่เป็นปัญหาสำคัญที่มีอยู่หรือให้ข้อสังเกต

9) ข้อมูลส่วนการตรวจร่างกายแต่ละระบบไม่ควรใช้ "-ve" หรือคำว่า "negative" ควรเขียนเป็นความเรียงว่า ผู้ป่วยบอกว่าอย่างไร และสังเกตหรือตรวจแล้วว่าอวัยวะระบบนั้นเป็นอย่างไร

### 2.3 ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในการประเมินผู้ป่วย

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในการประเมินผู้ป่วย (Common error in assessment)

พอสรุปได้ดังนี้

2.3.1 ความเคยชินกับการประเมินโดยอิงรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ (Medical Model) มากกว่าการใช้รูปแบบที่เป็นแนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งรูปแบบแนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์จะบอกแนวทางในการปฏิบัติ ถ้าพยาบาลประเมินผู้ป่วยด้วยการอิงรูปแบบทางการแพทย์ จะทำให้ไม่สามารถเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้



2.3.2 การประเมินไม่ครอบคลุมและไม่เที่ยงตรง โดยเก็บข้อมูลได้ในลักษณะคลุมเครือ กำกวม ไม่ชัดเจน ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ผิดพลาด เนื่องจากการนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นมาใช้โดยขาดการทดสอบความเป็นปรนัยและความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อน

2.3.3 รวบรวมข้อมูลรวบรวมยอดในรูปร่างกว้างมากกว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง

### 3. แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดที่มาจากอริย์ กอร์ดอน (Marjory Gordon) ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางพยาบาล ที่วิทยาลัยพยาบาลบอสตัน (Boston College of Nursing) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ริเริ่มขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน โดยกอร์ดอนได้เน้นถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีการประเมินสภาพและการจัดกลุ่มของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันในวิชาชีพการพยาบาล และการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งกอร์ดอนได้กล่าวว่าการมีการวินิจฉัยที่เหมือนกันจะทำให้พยาบาลสามารถที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไข้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากขึ้น แทนที่จะใช้เวลาในการแก้ไข้ความขัดแย้งที่จะเกิดจากการใช้ข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกัน (Gordon, 1982)

กรอบแนวคิดนี้เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่า บุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความปกติ (function) หรือความผิดปกติ (dysfunction) ของแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนด้วยกัน ซึ่งนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล (Gordon, 1987)

กอร์ดอนได้เสนอกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพในหนังสือ nursing Diagnosis : Process and application ในปี ค.ศ. 1982 ปัจจุบันกรอบแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับมากขึ้น และนำไปใช้ทั้งในด้านการเรียนการสอน การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น

โดยได้มีการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งสามารถใช้ทั้งกับผู้รับบริการที่มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย และมีการนำกรอบแนวคิดนี้ไปพัฒนาให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น (ศิริพร ชัมภลสิทธิ์, 2535)

### 3.1 แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ

กอร์ดอน (Gordon, 1982) ได้ให้ความหมายของแบบแผน (pattern) ว่าเป็นลำดับของพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำอย่างต่อเนื่องกัน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (sequence of behavior across time) ส่วนแบบแผนสุขภาพหมายถึง แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ ดังนั้นการบันทึกข้อมูลเพื่อตัดสินพฤติกรรมสุขภาพจึงต้องระมัดระวังให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพราะถ้าได้ข้อมูลที่ผิวเผินไม่ต่อเนื่องจะทำให้การวินิจฉัยการพยาบาลผิดพลาดได้ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นพฤติกรรมที่มองเห็นชัดเจนหรือพฤติกรรมภายในที่ต้องวัดและตรวจสอบโดยใช้เครื่องมือ

แบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผนด้วยกัน ซึ่งในแต่ละแบบแผน คือ พฤติกรรมของคนทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนทั้งคน ที่จะทำให้คนอยู่ในภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยได้ แบบแผนสุขภาพแต่ละแบบได้แก่

- แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ  
(Health perception-health management pattern)
- แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร  
(Nutritional-metabolic pattern)
- แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย  
(Elimination pattern)
- แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย  
(Activity-exercise pattern)
- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ  
(Sleep-rest pattern)
- แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้  
(Cognitive-perceptual pattern)

- แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์  
(Self-perception-self concept pattern)
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ  
(Role-relationship pattern)
- แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์  
(Sexuality-reproductive pattern)
- แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด  
(Coping-stress tolerance pattern)
- แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ  
(Value-belief pattern)

### 3.2 ความสำคัญของแบบแผนสุขภาพ

การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลจากแบบแผนสุขภาพนั้น เป็นสิ่งจำเป็น เพราะเป็นข้อมูลที่บ่งบอกภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลที่ได้มามีความสำคัญ ดังนี้ (พรตงาม พรตงเชษฐ์ และคณะ, 2535)

3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนสุขภาพกับโรค ถ้าบุคคลมีแบบแผนทางด้านสุขภาพไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดโรคได้ เช่น แบบแผนการรับประทานอาหาร หรือแบบแผนการออกกำลังกายไม่ถูกต้อง มีการเผชิญกับความเครียดไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้ ในทำนองเดียวกันโรคหรือการเจ็บป่วยก็มีผลต่อแบบแผนสุขภาพ เช่น ความเครียดต่อโรคหรือการเจ็บป่วย จะทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปได้เช่นกัน

3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ และมีผลต่อการพัฒนาแบบแผนสุขภาพ เช่น แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพหรือแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่สร้างมาจากสิ่งแวดล้อมของบุคคล สังคม และวัฒนธรรม เป็นส่วนที่บุคคลได้เรียนรู้มาตั้งแต่เกิด นอกจากนี้ลักษณะของผลผลิตทางการเกษตร อาหาร อุณหภูมิ ก็มีผลต่อแบบแผนของโภชนาการและการรับประทานอาหารของบุคคล หรือเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตแบบแผนบทบาทของบุคคลในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย

3.2.3 พัฒนาการของบุคคล เนื่องจากพัฒนาการของบุคคลในแต่ละวัย มีผลต่อลักษณะหรือความเฉพาะของแบบแผนสุขภาพที่แตกต่างกันตามวัย เช่น มีความแตกต่างกันในแบบแผนการรับถ่าย พยาบาลก็ต้องให้ความสนใจในความแตกต่างตามพัฒนาการ หรือความเหมาะสมตามพัฒนาการของบุคคล เช่น ในผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะจะมีบรรทัดฐานของแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนของสติปัญญาและการรับรู้แตกต่างจากบุคคลในวัยอื่น

3.2.4 วิธีการปฏิบัติ วิธีการปฏิบัติมีความหมายคล้ายกับวิถีการดำเนินชีวิต (ways of living) แต่คำว่าวิถีปฏิบัติในที่นี้มีความหมายกว้างกว่า เพราะรวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

3.2.5 ประโยชน์การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากแบบประเมินผู้ป่วยที่ดีนั้นจะต้องเป็นแบบที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ และใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทั้ง 11 แบบแผน เพราะแบบแผนสุขภาพเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับพยาบาล เพียงแต่เป็นสิ่งที่จัดให้เป็นระบบขึ้น อย่างไรก็ตาม บางครั้งพยาบาลอาจมีความคิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องประเมินในบางแบบแผน เช่น ค่านิยมและความเชื่อ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องเสียเวลามาก แต่ถ้าละเลยการประเมินข้อมูลส่วนนี้ไปก็จะเป็นสิ่งที่น่าเสียดาย เพราะเราจะพบว่าบางครั้งการให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้นเป็นการสูญเปล่า ทั้งนี้เพราะค่านิยมและความเชื่อของเขาไม่ได้รับความสนใจ ดังนั้นจึงควรประเมินทุกแบบแผน เพื่อประกอบการแก้ปัญหา เพราะถ้าการแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก

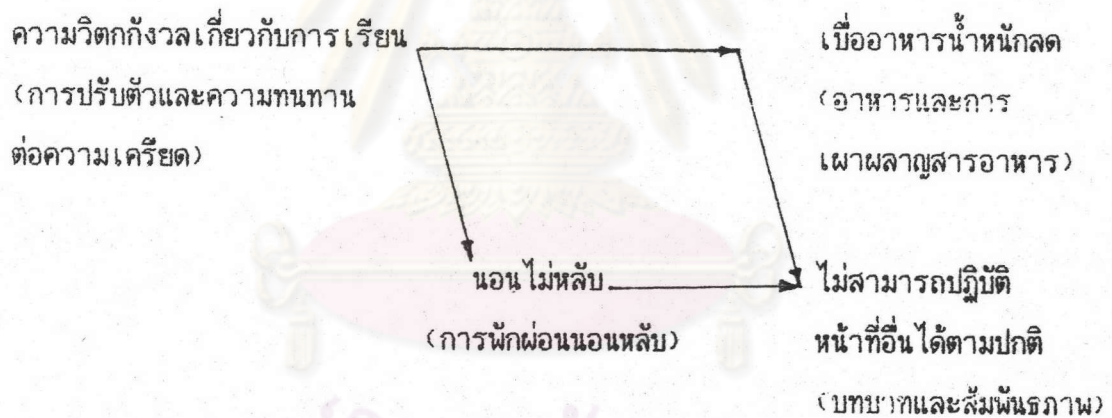
### 3.3 คุณลักษณะของแบบแผนสุขภาพ

ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง จะต้องทำความเข้าใจถึงลักษณะของข้อมูลที่ต้องการในแต่ละแบบแผนว่าต้องการบันทึกข้อมูลอะไรบ้าง และในแต่ละแบบแผนมีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันอย่างไร สิ่งเหล่านี้ก็คือคุณลักษณะของแบบแผนสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

3.3.1 แบบแผนสุขภาพ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม ทุกประเภทในแต่ละแบบแผน จะแสดงออกถึงพฤติกรรมทางด้านกาย จิต สังคม หรือทั้งบุคคล รวมทั้งการพัฒนาในแต่ละแบบแผน ตัวอย่างเช่น ในการรับประทานอาหารของคนนั้นคนจะมีนิสัยการรับประทานอาหารอย่างไรขึ้นกับสิ่งแวดล้อมส่วนหนึ่ง เช่น อาหารที่มีในท้องถิ่นและตาม

ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารของคนในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งคนจะรับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ สร้างนิสัยการรับประทานอาหารของตนขึ้น และถ่ายทอดให้กับคนในครอบครัว เป็นต้น

3.3.2 แบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน จะมีความเกี่ยวข้องกัน เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (interdependence) ความผิดปกติของแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากสาเหตุในแบบแผนอื่นได้ เช่น การที่คนมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งเป็นความผิดปกติในแบบแผนการปรับตัวและแบบแผนความทนทานต่อความเครียด อาจเป็นผลให้แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร และแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ ผิดปกติ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่นในลักษณะลูกโซ่ เช่น กระทบต่อแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ เป็นต้น ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 : แสดงความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกันของแบบแผนสุขภาพ  
ที่มา : คิริพร ชัมภลชิต, 2535

3.3.3 แบบแผนที่ผิดปกติ (dysfunctional health pattern) ที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ จะเกิดโรคและความเจ็บป่วย และแบบแผนที่ผิดปกติจะทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย เช่น ถ้าบุคคลมีแบบแผนการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม โดยรับประทานอาหารที่ไม่สะอาดก็มีโอกาสเกิดโรคท้องร่วงได้สูง ซึ่งเมื่อเกิดโรคแล้วจะมีผลกระทบต่อแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร โดยจะมีการดูดซึมของสารอาหาร น้ำและเกลือแร่ ลดลง อาจต้องงดอาหารเพื่อให้กระเพาะและลำไส้พักหรือต้องให้อาหารพิเศษ ดังแผนภูมิ

รับประทานอาหารไม่สะอาด —————> โรคอุจจาระร่วง

←—————  
 แบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ เบี่ยงเบน —————> โรคและความเจ็บป่วย

สูญเสีย น้ำ สารอาหาร <————— โรคอุจจาระร่วง  
 ต้องงดอาหารหรือจำกัดชนิด  
 ปริมาณอาหาร

แผนภูมิที่ 3 : แสดงความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างแบบแผนสุขภาพกับโรคและ  
 ความเจ็บป่วย

ที่มา : ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2535

3.3.4 การพิจารณาตัดสินว่าแบบแผนสุขภาพปกติหรือไม่ มีแนวทางพิจารณา  
 โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยกับปกติฐาน (norm) ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ปกติฐานของแต่ละบุคคล
- 2) ปกติฐานของกลุ่มอายุ
- 3) ปกติฐานของสังคม วัฒนธรรม ศาสนา

คุณลักษณะของแบบแผนสุขภาพในข้อนี้ เป็นไปตามความเชื่อพื้นฐาน  
 ที่กล่าวว่า คนมีลักษณะพื้นฐานเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างระหว่างบุคคล ในแบบแผนสุขภาพ  
 แบบแผนใดก็ตาม การตัดสินพิจารณาว่าปกติ (function) หรือผิดปกติ (dysfunction)  
 จึงต้องพิจารณาปกติฐานหลายปกติฐานด้วยกัน โดยความสำคัญของปกติฐานเหล่านี้ จะมีความ  
 สำคัญแตกต่างกันในแต่ละแบบแผน ปกติฐานของวัฒนธรรม ศาสนา สังคม จะมีผลในการ  
 ตัดสินใจพิจารณาความปกติและผิดปกติอย่างมาก ในด้านพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกทาง  
 ด้านจิตสังคม เช่น ในแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ คุณค่าและความเชื่อ เป็นต้น ในขณะที่  
 ปกติฐานของบุคคลและกลุ่มอายุจะมีอิทธิพลมากต่อความปกติและผิดปกติทางด้านพฤติกรรม

ภายในบางแบบแผน เช่น ค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งอยู่ในแบบแผนอาหาร และการเผาผลาญสารอาหาร เป็นต้น โดยคนในทูลังคม วัฒนธรรม จะมีค่าปกติสถานเดียวกัน หรือใกล้เคียง

3.3.5 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะกำหนดทั้งในแบบแผนที่ปกติ อาจผิดปกติ และแบบแผนที่ผิดปกติ กอร์ดอน (Gordon, 1987) ได้เน้นถึงการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในด้านความผิดปกติและอาจผิดปกติในแต่ละแบบแผน อย่างไรก็ตาม เมื่อได้มีผู้นำแบบแผนสุขภาพไปใช้ ก็ได้มีการขยายแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ โดยให้มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ปกติด้วย ซึ่งการกำหนดข้อวินิจฉัยที่ปกติ หรือในด้านดีของคนที่ช่วยให้พยาบาลให้การพยาบาลได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น (Houldin, Salstein & Ganley, 1987)

3.5.6 พยาบาลมีหน้าที่ในการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในแต่ละแบบแผน และส่งเสริมให้แต่ละแบบแผนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งบทบาทดังกล่าวนี้ครอบคลุม 4 บทบาท หลักของพยาบาลกล่าวคือบทบาทของการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) บทบาทป้องกัน (prevention of illness) บทบาทของการดูแลรักษา (restoration) และบทบาทของการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ซึ่งในระยะแรกกรอบแนวคิดของกอร์ดอนมุ่งเน้นแต่ด้านการป้องกันและการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ส่วนด้านการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นการขยายกรอบแนวคิดขึ้นในระยะหลัง

### 3.4 องค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน

แต่ละแบบแผนสุขภาพ จะประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

#### 3.4.1 พฤติกรรมภายใน ประกอบด้วย

- 1) กระบวนการทำงานทางกายหรือทางชีวภาพในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียน ที่จะพยายามปรับให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล
- 2) กระบวนการคิด ความรู้ ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ
- 3) เจตคติ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึก ความคิดเห็น ค่านิยม

ของบุคคล

### 3.4.2 พฤติกรรมภายนอกประกอบด้วย

- 1) พฤติกรรมที่เป็นคำพูด (verbal behavior) แสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นพฤติกรรมภายใน
- 2) พฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (non-verbal behavior) ประกอบด้วยสีหน้าท่าทางของบุคคล ซึ่งบ่งชี้พฤติกรรมภายใน

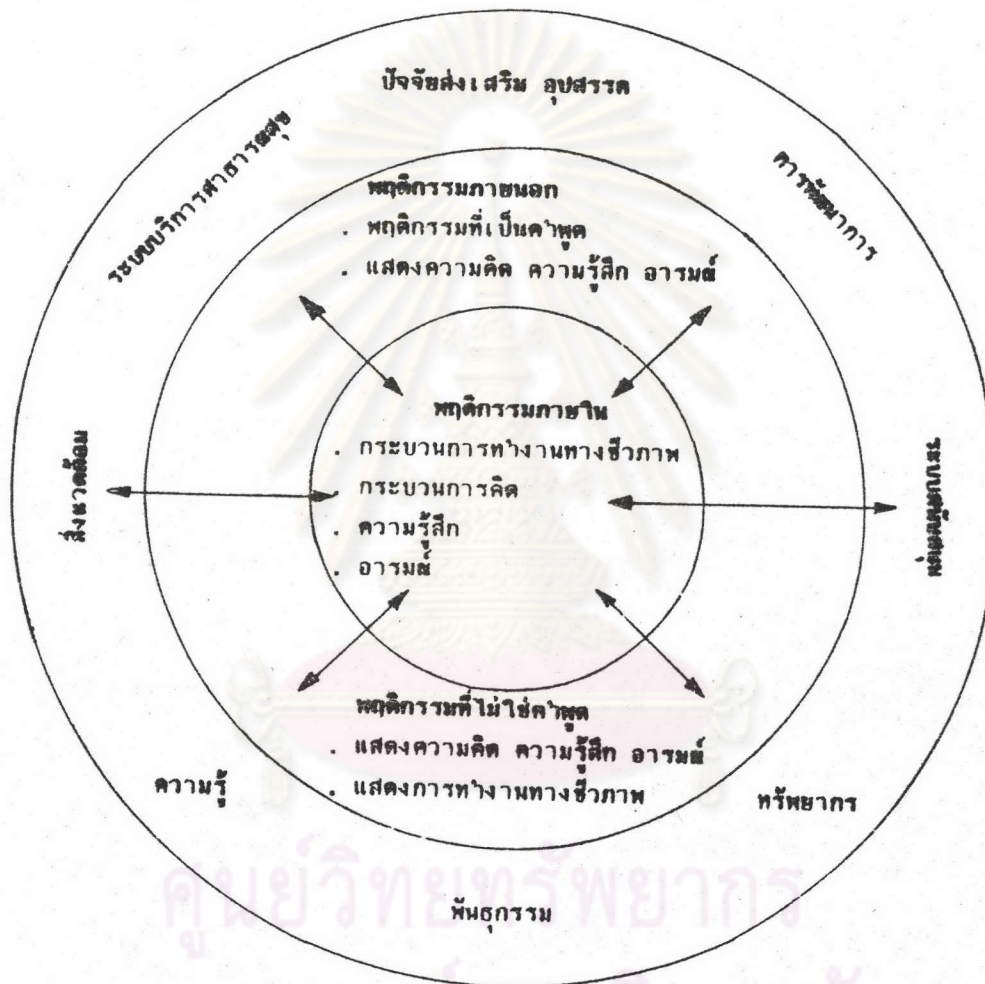
### 3.4.3 ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมหรืออุปสรรคของพฤติกรรม

- 1) พันธุกรรม
- 2) การพัฒนาการของบุคคล
- 3) ความรู้ เจตคติ
- 4) ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม
- 5) ระบบบริการสาธารณสุข

แบบแผนสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไรนั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมภายใน ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมภายนอกแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยอื่นอีกหลายประการ เช่น พันธุกรรม ความรู้ เจตคติ ระบบสนับสนุน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นตัวส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปกติ หรือเป็นอุปสรรคที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติก็ได้ ดังแผนภูมิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 4 : แสดงองค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน  
ที่มา : ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2535

### 3.5 ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ

ในแต่ละแบบแผนสุขภาพ สามารถจะกำหนดขอบเขตโดยพัฒนา และขยายขอบเขตจากแนวคิดพื้นฐานของกอร์ดอน ได้ดังนี้ (Gordon, 1994)

#### 3.5.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

หมายถึง ความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ได้รับผิดชอบ โดยขอบเขตของการดูแลสุขภาพนี้ครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย บัณฑิตและอุปสรรคต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผนแบ่งออกเป็นแบบแผนย่อย ได้ดังนี้คือ

- 1) การรับรู้สุขภาพตนเอง โดยทั่วไป
- 2) การดูแลสุขภาพตนเอง
- 3) การดูแลสุขภาพผู้ที่ตนรับผิดชอบ

#### 3.5.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

หมายถึง บริโภคนิสัย กระบวนการที่ร่างกายเผาผลาญและใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ในร่างกาย การเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย บัณฑิตส่งเสริม บัณฑิตเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การเผาผลาญ การใช้สารอาหารและน้ำ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อย ได้ดังนี้

- 1) อาหารและภาวะโภชนาการ
- 2) น้ำและอิเล็กโตรลัยท์
- 3) การเจริญเติบโต
- 4) ระบบภูมิคุ้มกัน

### 3.5.3 แบบแผนการซั้บถ่าย

หมายถึง แบบแผนและกระบวนการซั้บถ่ายของเสียทุกประเภท ออกจากร่างกาย ทั้งทางการซั้บถ่ายกากอาหาร น้ำและอิเล็กโตรลัยท์ บั้จจัยส่งเสริม บั้จจัยเสี้ง และอุปสรรคต่อแบบแผนและกระบวนการซั้บถ่ายการ เปลี่ยนแปลงของแบบแผน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) การซั้บถ่ายอุจจาระ
- 2) การซั้บถ่ายปัสสาวะ

### 3.5.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

หมายถึง แบบแผนการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (activities of daily living) การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การ ใช้เวลาว่างและนันทนาการ แบบแผนการออกกำลังกายกระบวนการทำงานของร่างกายที่ ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การพัฒนาการและการทำงาน ของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน บั้จจัยส่งเสริม บั้จจัยเสี้งและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของ แบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการดูแลที่อยู่อาศัย
- 2) การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ
- 3) การพัฒนาการและการทำงานของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ
- 4) ระบบหัวใจและไหลเวียน
- 5) ระบบหายใจ

### 3.5.5 แบบแผนการพักผ่อน นอนหลับ

หมายถึง แบบแผนการนอน กระบวนการนอนหลับ และการ ผ่อนคลาย (relax) ของบุคคล บั้จจัยส่งเสริม บั้จจัยเสี้ง และอุปสรรคต่อแบบแผนการ นอน การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย



จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) การนอนหลับ
- 2) การผ่อนคลาย

### 3.5.6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทั้งห้า ความสามารถและการพัฒนาการทางสติปัญญา เช่น ความจำ การคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา อารมณ์ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อความสามารถด้านสติปัญญาและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และการตอบสนอง
- 2) ความสามารถทางสติปัญญาและความรู้
- 3) การพัฒนาการทางสติปัญญา

### 3.5.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

หมายถึง ความคิดความเข้าใจความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อตนเอง ในภาพรวมและในแต่ละคุณลักษณะ ได้แก่ ความสวยงาม ความสามารถ ความดี ความถูกต้อง ความภูมิใจในตนเอง ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเอง การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) ภาพลักษณ์
- 2) อัตมโนทัศน์
- 3) ความภูมิใจในตนเอง

### 3.5.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

หมายถึง กิจกรรมของบุคคลตามขอบเขตและสัมพันธภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การพัฒนาการทางด้านสังคม ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท การสร้างสัมพันธภาพและการคงสัมพันธภาพ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทและสัมพันธภาพอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) บทบาท
- 2) สัมพันธภาพและการสื่อสาร
- 3) การพัฒนาการด้านสังคม

### 3.5.9 แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

หมายถึง ลักษณะการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศและเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศและเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์
- 2) เพศสัมพันธ์

### 3.5.10 แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

หมายถึง การรับรู้ความเครียดและสาเหตุ วิธีการและกระบวนการในการจัดการกับความเครียด ทั้งในระดับที่รู้ตัวและที่เป็นอัตโนมัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรคในการปรับตัวกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงของความเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) การเผชิญความเครียด
- 2) ความทนต่อความเครียด

### 3.5.11 แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

หมายถึง ภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตตนเอง เป้าหมายในการดำเนินชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อความมั่นคง เข้มแข็งทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผน แบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

- 1) คุณค่าและสิ่งยึดเหนี่ยวของบุคคล
- 2) ความเชื่อด้านสุขภาพ

### 3.6 ข้อดีและข้อจำกัดของแบบแผนสุขภาพ

กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดที่ไม่แตกต่างมาจากความเชื่อพื้นฐานเดิมในเมโนมตีของคนและการพยาบาลที่เป็นที่ทราบกันอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด

#### 3.6.1 ข้อดีของแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1) กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ สอดคล้องกับการปฏิบัติ การพยาบาล ในการปฏิบัติกรพยาบาลไม่ว่าจะยึดกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลใดก็ตาม การปฏิบัติกรพยาบาลก็ยังเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น การให้คำแนะนำให้มีบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง หรือรู้จักดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย หรือให้เลิกพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น โดยพยาบาลจะมุ่งให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมภายนอกที่ถูกต้อง โดยสร้างความรู้ความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ด้วยกลวิธีต่าง ๆ การที่ผู้รับบริการมีพฤติกรรมภายนอกที่ถูกต้อง เหมาะสม ย่อมมีผลโดยตรงต่อกลไกการทำงานด้านกายภาพและสภาพจิตให้อยู่ในภาวะปกติ ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ

2) กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพช่วยให้เห็นลักษณะของการปฏิบัติกรพยาบาลเด่นชัดขึ้น โดยพยาบาลจะมีเป้าหมายในการให้ผู้รับบริการมีศักยภาพ ในการช่วยตัวเองให้มากที่สุด และสอดคล้องกับแนวคิดของการมีสุขภาพดี ในปี 2543 ที่เป็นการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยองค์การอนามัยโลกก็ได้ส่งเสริมวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งในประเทศไทยก็เริ่มมีการจัดตั้งหน่วยงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2532

3) แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดที่กว้าง สามารถจะพัฒนา และผสมผสานรูปแบบทางการพยาบาลอื่น ๆ ได้ หรือนำหลักการของรูปแบบอื่น ๆ มาใช้ได้ เช่น นำหลักการของการปรับตัว การดูแลตนเองมาใช้ในแต่ละแบบแผนย่อย

4) แบบแผนสุขภาพ มีความยืดหยุ่นในการใช้ค่อนข้างสูง ทำให้นำไปใช้ได้ทั้งในด้านการดูแลผู้รับบริการในทุกภาวะสุขภาพ และทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย

5) การใช้แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับแล้วของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association หรือ NANDA) บรรจลงได้ทั้งหมดในแบบแผนสุขภาพ ซึ่งข้อดีในส่วนนี้คือการที่ในแต่ละข้อวินิจฉัยจะมีข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยที่ชัดเจน และจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลในแต่ละข้อวินิจฉัยต่อไปได้ ถ้าพยาบาลใช้รูปแบบหรือกรอบแนวคิดที่บรรจุข้อวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับได้น้อยมาก จะมีปัญหาที่ต้องพัฒนาข้อวินิจฉัยขึ้นเอง การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละข้อวินิจฉัยก็จะต้องใช้เวลานานมากขึ้น นอกจากนี้ในแบบแผนสุขภาพยังพัฒนาหรือเพิ่มเติมแบบแผนหรือข้อวินิจฉัยได้

6) แบบแผนสุขภาพ เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ได้มีการนำไปใช้ เป็นกรอบของการเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในการให้การพยาบาลบุคคลทั้งกับเด็กและผู้ใหญ่ รวมทั้งในสาขาเฉพาะ ทำให้กรอบแนวคิดนี้ชัดเจนยิ่งขึ้น

7) แบบแผนสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพราะแต่ละแบบแผนนั้นไม่แตกต่างจากความเชื่อพื้นฐานเดิมเกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ส่วนภาษาที่ใช้ถ้าเป็นภาษาที่ใช้ทั่วไปในการพยาบาล ไม่ได้บัญญัติศัพท์ที่แตกต่างจากเดิมที่จะทำให้สื่อสารยาก

### 3.6.2 ข้อจำกัดของแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1) แบบแผนสุขภาพ ยังเป็นกรอบแนวคิดที่เป็นเพียงแนวคิดพื้นฐาน และเน้นเฉพาะการเก็บรวบรวมข้อมูล และการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และไม่ได้ให้ความหมายของการพยาบาลที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาหรือดำรงสุขภาพ

2) ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน มีความเกี่ยวข้องกันมากในบางแบบแผน ดูคล้ายกับเป็นสิ่งเดียวกัน เช่น ในแบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ กับแบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ จึงจำเป็นต้องมีการทดลองใช้ และกำหนดขอบเขตของแบบแผนให้ชัดเจนยิ่งขึ้นในการนำไปปฏิบัติ เพื่อมิให้เกิดความสับสน

๓) แต่ละแบบแผนมีความซับซ้อนและขอบเขตมีขนาดแตกต่างกัน เช่น แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร เป็นแบบแผนขนาดใหญ่มีความเกี่ยวพันและซับซ้อนมากกว่าแบบแผนอื่น ๆ ในการนำไปใช้มีความจำเป็นที่จะต้องแยกเป็นแบบแผนย่อยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

#### 4. การประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ

ในการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพนั้น ในขั้นตอนแรกคือ การเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละแบบแผน โดยข้อมูลที่ได้จะประกอบด้วย ข้อมูลอัตนัยที่พยาบาลสอบถามได้จากแหล่งข้อมูลโดยตรง ผู้ป่วยเป็นผู้บอกและข้อมูลปรนัยที่พยาบาลเก็บได้โดยการสังเกต สัมผัส ด้วยประสาททั้งห้า การตรวจร่างกาย การทดสอบหรือวัดด้วยเครื่องมือต่าง ๆ แล้วนำข้อมูลเหล่านี้ไปจัดระบบและบันทึกลงในแบบฟอร์มเพื่อที่จะได้นำไปสู่การวินิจฉัยว่าแบบแผนใดมีความปกติหรือผิดปกติหรือไม่อย่างไร

##### 4.1 ขอบเขตการประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ

ในการประเมินผู้ป่วยแต่ละแบบแผนนั้น ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีความผิดปกติในแบบแผนใดอยู่บ้าง วัตถุประสงค์ของการประเมินก็เพื่อให้ทราบว่าแบบแผนนั้น ๆ ปกติจริงหรือไม่ มีปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่อาจทำให้เกิดผิดปกติ และปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริม สนับสนุนให้คงความปกติไว้ได้ ซึ่งในการประเมินพยาบาลอาจพบความผิดปกติได้ เมื่อพบความผิดปกติใดก็ตาม พยาบาลจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้ชัดเจนที่สุด รวมทั้งสาเหตุของความผิดปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ๆ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของแบบแผนที่ทราบอยู่แล้ว ขอบเขตจะเน้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบแผนที่ปกติโดยละเอียด เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของความผิดปกติ ความรุนแรง สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ซึ่งในบางครั้งอาจพบว่าแบบแผนที่ผู้ป่วยเข้าใจว่าผิดปกตินั้นอาจปกติก็ได้ ขอบเขตของการประเมินผู้ป่วยในแต่ละแบบแผนเป็นดังนี้



4.1.1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ มีขอบเขตในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 1) การรับรู้สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเจ็บป่วย
- 2) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ความเข้าใจการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง

- 3) การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย
- 4) การดูแลสุขภาพที่ได้รับขณะเจ็บป่วย

4.1.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีขอบเขตเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำขณะป่วย
- 2) กระบวนการเผาผลาญ ใช้สารอาหารและน้ำขณะป่วย
- 3) อุดหนุนมีร่างกายและการเปลี่ยนแปลงอูณหภูมิต่อขณะป่วย
- 4) ระบบภูมิคุ้มกันในภาวะเจ็บป่วย
- 5) การเปลี่ยนแปลงแบบแผน การเผาผลาญสารอาหารและน้ำ และการเจริญเติบโตอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

- 6) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนผิดปกติ
- 7) ปัจจัยส่งเสริมต่อการปรับสู่แบบแผนที่ปกติ

4.1.3 แบบแผนการขับถ่าย มีขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 1) พฤติกรรมการขับถ่ายในขณะป่วย
- 2) กระบวนการขับถ่ายในขณะป่วย
- 3) การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย
- 4) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนผิดปกติ
- 5) ปัจจัยส่งเสริมต่อการปรับสู่แบบแผนที่ปกติ

4.1.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขณะป่วย
- 2) กิจกรรมในงานอาชีพขณะป่วย

- 3) การออกกำลังกายขณะป่วย
- 4) การเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมและการออกกำลังกายขณะป่วย
- 5) การเปลี่ยนแปลงการพัฒนากายของกล้ามเนื้อ
- 6) การเปลี่ยนแปลงของการทำงานระบบโครงสร้างและ

กล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนขณะป่วย

- 7) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนผิดปกติ
- 8) ปัจจัยส่งเสริมการปรับรูปแบบแผนที่ปกติ

#### 4.1.5 แบบแผนการพักผ่อน นอนหลับ มีขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดังนี้

- 1) พฤติกรรมการนอนและกระบวนการนอนหลับขณะป่วย
- 2) พฤติกรรมการผ่อนคลายขณะป่วย
- 3) การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการพักผ่อน และกระบวนการ

นอนหลับอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

- 4) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนผิดปกติ
- 5) ปัจจัยส่งเสริมต่อการปรับรูปแบบแผนที่ปกติ

#### 4.1.6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ มีขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดังนี้

- 1) ความสามารถในการรับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสขณะป่วย
- 2) ความสามารถและพัฒนาการทางสติปัญญาขณะป่วย
- 3) การเปลี่ยนแปลงในความสามารถของการรับความรู้สึก

สติปัญญา ขณะป่วย

- 4) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนผิดปกติ
- 5) ปัจจัยส่งเสริมต่อการปรับรูปแบบแผนที่ปกติ

#### 4.1.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีขอบเขตการเก็บ

รวบรวมข้อมูลดังนี้

- 1) ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกต่อตนเองในด้านต่าง ๆ

ขณะป่วย

2) การเปลี่ยนแปลงความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกต่อตนเอง อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เช่น ความท้อแท้

3) บัณฑิตเสียงที่ทำให้การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ผิดปกติ

4) บัณฑิตส่งเสริมต่อการปรับตัวสู่แบบแผนที่ปกติ

4.1.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ มีขอบเขตการเก็บรวบรวม

ข้อมูลดังนี้

1) กิจกรรมตามบทบาท

2) สัมพันธภาพกับผู้อื่นในขณะป่วย

3) บัณฑิตส่งเสริมต่อการปรับตัวสู่แบบแผนที่ปกติ

4.1.9 แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ มีขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดังนี้

1) การพัฒนาการตามเพศ การเจริญพันธุ์ในภาวะเจ็บป่วย

2) พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในภาวะเจ็บป่วย

3) บัณฑิตเสียงที่ทำให้เพศและการเจริญพันธุ์ผิดปกติ

4) บัณฑิตส่งเสริมต่อการปรับตัวสู่แบบแผนที่ปกติ

4.1.10 แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด มีขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) การรับรู้ความเครียด และผลของความเครียด ความวิตกกังวล กลัว และสาเหตุในภาวะเจ็บป่วยและการจัดการ

2) การเปลี่ยนแปลงของความเครียด วิตกกังวล อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

3) บัณฑิตเสียงที่ทำให้การปรับตัวกับความเครียด วิตกกังวล กลัว ผิดปกติ

4) บัณฑิตส่งเสริมต่อการปรับตัว กับความเครียด วิตกกังวล กลัว ให้เข้าสู่ภาวะปกติ

4.1.11 แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

1) ความเข้มแข็งทางจิตใจ คุณค่า เป้าหมายของชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ในภาวะเจ็บป่วย

- 2) การเปลี่ยนแปลงคุณค่า เป้าหมาย ชีวิตอันเนื่องมาจาก  
ความเจ็บป่วย
- 3) การปฏิบัติตามความเชื่อขณะเจ็บป่วย
- 4) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการรักษา  
พยาบาล

#### 4.2 แนวทางการประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 11 แบบแผน มีวิธีที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลในแต่ละแบบแผน คือ 1) การซักประวัติ 2) การสังเกตและการตรวจร่างกาย 3) การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยอายุรกรรมที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ข้อมูลที่ประเมินจะเป็นข้อมูลทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยมีแนวทางในการประเมินในแต่ละแบบแผนดังนี้

##### 4.2.1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

- 1) การซักประวัติ
- การวินิจฉัยโรคและความเจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพตนเองก่อนและขณะเจ็บป่วย
  - ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การรักษาที่ผ่านมา เหตุผลที่มารับการรักษา
  - การดูแลที่ได้รับขณะเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการดูแลรักษา
  - พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย
  - พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ
  - พฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
  - ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
  - ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในขณะเจ็บป่วย

## 2) การสังเกตและการตรวจร่างกาย

- สังเกตลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเกี่ยวกับความแข็งแรง อ่อนเพลีย ความพิการของอวัยวะต่าง ๆ ความสะอาดของร่างกาย เลื่อนำเครื่องแต่งกาย การปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย และความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

## 4.2.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

## 1) การซักประวัติ

- ชนิดและปริมาณอาหาร และน้ำที่รับประทานระหว่างป่วย เวลาที่รับประทาน

- อาหารแสลง อาหารที่เชื่อว่าเป็นยา อาหารเฉพาะโรค
- ความเบื่ออาหาร
- โรคและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และการย่อยอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางระบบนี้ รวมถึงความผิดปกติของตับ ม้าม และโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร

- การเพิ่มหรือลดของน้ำหนักตัวจากปกติ

## 2) การสังเกตและการตรวจร่างกาย

- ชนิดของอาหารที่จัดให้ผู้ป่วย
- สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- ตรวจร่างกาย : น้ำหนัก ส่วนสูง อุณหภูมิ ผิวหนัง (สีผิว ความชื้น ความยืดหยุ่น อาการบวม) ผม (ลักษณะ ความแห้ง ความมัน) เล็บ (สี รูปร่าง ลักษณะเล็บ ความนุ่มแข็ง) ช่องปากและคอ (เยื่อปาก ฟัน เหงือก ลิ้น ต่อมทอลซิน คอ) ตับและม้าม (ขนาด ลักษณะ) ต่อมไทรอยด์และต่อมไทรอยด์ (ขนาด ลักษณะ) โดยต้องตรวจอย่างละเอียดในอวัยวะที่ผิดปกติ

## 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

- ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) ผลการตรวจไขมันในเลือด ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ ผลการตรวจพยาธิในอุจจาระ ผลการตรวจเกี่ยวกับไทรอยด์ฮอร์โมน และการตรวจพิเศษของระบบทางเดินอาหาร เช่นการใช้คลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

#### 4.2.3 แบบแผนการขับถ่าย

##### 1) การซักประวัติ

- การถ่ายอุจจาระในขณะป่วย การเปลี่ยนแปลงจากปกติ  
ลักษณะปัญหาในการขับถ่าย
- การขับถ่ายปัสสาวะในขณะป่วย การเปลี่ยนแปลงการ  
ขับถ่ายในขณะป่วย ปัญหาในการขับถ่ายและการแก้ไขปัญหา
- ถ้ามีพยาธิสภาพในระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ต้อง  
ซักประวัติให้ละเอียดในส่วนนั้น ๆ

##### 2) การสังเกตและตรวจร่างกาย

- การตรวจท้อง ลักษณะท้อง ก้อนบริเวณลำไส้ใหญ่ เสียง  
การเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound)
- ตรวจทวารหนักเพื่อดูแผล ริดสีดวง ถ้ามีประวัติบ่งชี้ถึง  
ความผิดปกติในการขับถ่าย
- ตรวจโคลอสโตมีย์ (colostomy) อีลิออสโตมีย์  
(ileostomy) สายสวนปัสสาวะ

##### 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

- ผลการตรวจอุจจาระ (stool exam) ผลการตรวจ  
ปัสสาวะ (Urine exam และ Urine culture)
- ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น การส่องกล้องดูลำไส้  
ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoidoscopy)

#### 4.2.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

##### 1) การซักประวัติ

- ซักประวัติการช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันด้านการ  
รับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การเคลื่อนไหว การขับถ่าย กิจกรรมในงานอาชีพ  
ที่เปลี่ยนไปในขณะเจ็บป่วย
- การออกกำลังกาย นันทนาการ และงานอดิเรกขณะป่วย

- ในกรณีที่มีความผิดปกติของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและไหลเวียน ระบบหายใจ ชักประวัติให้ละเอียดในส่วนนั้น
- การแก้ไขปัญหา ในกรณีที่ช่วยตนเองได้น้อย หรือ ช่วยตนเองไม่ได้เลย

#### 2) การสังเกตและตรวจร่างกาย

- ตรวจลักษณะกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวของข้อ (ROM)
- ระบบหายใจตรวจลักษณะจุก การหายใจ (ลักษณะ อัตรา จังหวะ การขยายตัวของทรวงอกและท้อง เสียงปอด)
- ระบบหัวใจและไหลเวียน ตรวจชีพจร (อัตรา จังหวะ) เสียงการเต้นของหัวใจ สีของปลายมือปลายเท้า ความดันโลหิต

#### 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

- ผลการเอ็กซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นสมอง (EEG)
- การตรวจความทนในการออกกำลังกาย (Exercise stress test)
- ผลการตรวจเพิ่มเติมในอวัยวะที่ผิดปกติเช่น การสวน หัวใจ (Cardiac catheterization)

#### 4.2.5 แบบแผนการพักผ่อน นอกหลับ

##### 1) การชักประวัติ

- พฤติกรรมการนอนในขณะป่วย การเปลี่ยนแปลงจากปกติ
- สิ่งรบกวนการนอน

- พฤติกรรมการผ่อนคลายในขณะป่วย

##### 2) การสังเกตและการตรวจร่างกาย

- สังเกตพฤติกรรมนอน ในกรณีที่สังเกตได้
- สังเกตลักษณะทั่วไป เช่น ความสดชื่นแจ่มใส ซึม หงุดหงิด

อ่อนเพลีย ช่วงความสนใจ อาการหาวนอน รอยเขียวคล้ำใต้ตาจากการพักผ่อนไม่พอ

## 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

- โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องตรวจ แต่ถ้ารายใดมีความต้องการ

นอนมากผิดปกติอาจต้องมีการตรวจเฉพาะทางระบบประสาท

## 4.2.6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

## 1) การซักประวัติ

- ความรู้สึก การรับรู้ และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า (การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การได้กลิ่น ความรู้สึกทางผิวหนัง)
- ความรู้สึกโดยทั่วไป ความสุขสบาย ไม่สุขสบาย
- สติปัญญา ซักประวัติการเปลี่ยนแปลงของความจำ การคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท และผิดปกติด้านจิตใจ

## 2) การสังเกตและการตรวจร่างกาย

- ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท (neurological signs) ปฏิกริยาสะท้อน
- ตรวจตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง โดยดูลักษณะและการรับสัมผัส
- สังเกตการโต้ตอบ การใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัย การคิด การตัดสินใจ การให้เหตุผล

## 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

- ในระยะที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว จะมี การตรวจโครงสร้างและหน้าที่ของระบบประสาท เช่น การตรวจซีที สแกน (CT Scanning) การวัดระดับสติปัญญาและการทดสอบการพัฒนากายทางสติปัญญาตามความเหมาะสม

## 4.2.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

## 1) การซักประวัติ

- ความรู้สึกต่อตนเองในรูปร่าง หน้าตา การแต่งกาย บุคลิก ภาพลักษณ์



- ความรู้สึกต่อความสามารถในงานอาชีพ ในกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคม
- ความรู้สึกในความคิด ความถูกต้อง ความผิดพลาด ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกท้อแท้

#### 2) การสังเกตและตรวจร่างกาย

- สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในตนเอง เช่น การแต่งกาย การกล่าวถึงตนเอง
- สังเกตการปิดบังอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย อาการไม่สนใจตนเอง การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น โดยเฉพาะในรายที่พยาธิสภาพความเจ็บป่วยทำให้รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป หรือ มีผลต่อความสามารถ
- อาการที่แสดงถึงความวิตกกังวล ไม่สบายใจเกี่ยวกับตนเอง การพยายามปิดบังความรู้สึกตนเอง

#### 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

- อาจมีการตรวจพิเศษ เช่น การประเมินภาพลักษณ์ (body image)

### 4.2.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

#### 1) การชักประวัติ

- บทบาท ชักประวัติบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และการช่วยเหลือของผู้อื่นในบทบาทหน้าที่ของตนเองในขณะป่วย
- สัมพันธภาพ ชักประวัติสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน เช่น สามี ภรรยา บุตร ในขณะป่วยการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เรื้อรัง หรือช่วยตนเองไม่ได้
- การพึ่งพาผู้อื่นขณะป่วย

#### 2) การสังเกตและการตรวจร่างกาย

- สังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว กับบุคลากรในทีมสุขภาพ การมาเยี่ยมของบุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ความสนใจต่ออาการเจ็บป่วย

- การกล่าวถึงบุคคลอื่นของผู้ป่วย สังกัดถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ อุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

- ผลการตรวจสอบการพัฒนาระบบการดำเนินงาน

#### 4.2.9 แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

1) การช้กประวัติ

- ในผู้ป่วยเพศชายช้กประวัติการมีความสัมพันธ์ทางเพศ การคุมกำเนิด การป้องกันความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ ความพอใจและปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่มีผลกระทบมาจากความเจ็บป่วย

- ในผู้ป่วยเพศหญิง ช้กประวัติการทำงานจากระบบสืบพันธุ์ ได้แก่ การมีประจำเดือน ช่วงห่างและปัญหาเกี่ยวกับการมีประจำเดือนรวมถึงการแก้ไข้ปัญหา ถ้าสมรสแล้วช้กประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความพอใจ และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ การมีบุตร การคุมกำเนิด

2) การสังเกตและตรวจร่างกาย

- สังเกตพฤติกรรมตามเพศจากลักษณะท่าทาง ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การใช้ภาษาและคำพูดว่าเหมาะสมกับเพศหรือไม่ รวมทั้งการแต่งกาย

- ตรวจลักษณะทุติยภูมิทางเพศ

3) ผลการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก ในเพศหญิง การตรวจเชื้อกามโรคในเพศชาย ซึ่งจะทำในกรณีที่มีข้อบ่งชี้

#### 4.2.10 แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

1) การช้กประวัติ

- สอบถามถึงอารมณ์พื้นฐาน ความกังวล กลัว ไม่สบายใจ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ความรู้สึกเหล่านี้เปลี่ยนจากเดิมอย่างไร ในด้านความรุนแรง วิธีการแก้ไข

- ผู้ที่ช่วยเหลือในการแก้ไข ลดความเครียด ความต้องการการช่วยเหลือในการปรับตัวกับความเครียด

## 2) การสังเกตและตรวจร่างกาย

- สังเกตลักษณะทั่วไป สีหน้า ท่าทาง การแต่งกาย

พฤติกรรม บ่งชี้ถึงความเครียด ความวิตกกังวล เช่น สีหน้าหมกมุ่น กระวนกระวาย ซึม ร้องไห้ แยกตัว

- ในขณะที่เครียดมากอาจมีอาการเหงื่อออก หน้าซีดหรือ หน้าแดง มือสั่น ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น

## 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

- อาจมีการวัดระดับความเครียด หรือความวิตกกังวล ด้วยเครื่องมือทดสอบเฉพาะ

## 4.2.11 แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

## 1) การชักประวัติ

- สอบถามความรู้สึกที่เปลี่ยนไปเกี่ยวกับคุณค่าของชีวิต เป้าหมายชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตขณะป่วย ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่อในขณะป่วย

- ความขัดแย้งระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของตนกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

## 2) การสังเกตและตรวจร่างกาย

- สังเกตการปฏิบัติทางศาสนาขณะป่วย การใช้เครื่องรางของขลัง และพิธีกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อถือ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 5. การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีการปฏิบัติเป็นแกนกลาง (Practice-oriented discipline) มุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้แก่คนในสังคม ดังนั้นการศึกษายาบาลจึงเป็นการเตรียมพยาบาลที่มีความสามารถ ทั้งในด้านวิชาการตามลักษณะของวิชาชีพ และต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล การเรียนการสอนจึงต้องประกอบไปด้วย 2 ส่วนสำคัญคือ ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งต้องสัมพันธ์สอดคล้องและประสมประสานกันไป จึงเป็นที่ยอมรับกันในวิชาชีพพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีการศึกษายาบาลในยุคของมิสไนติง เกลว่า ผู้ที่จะเป็นพยาบาลได้จะต้องได้รับการฝึกหัดในโรงพยาบาล การสอนจะต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติด้วย เพราะการศึกษภาคปฏิบัติสามารถช่วยให้นักศึกษานำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง ทำให้เกิดความรู้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง ดังคำกล่าวของ สมิทท์ (Smith, 1968) ที่ว่าการสอนภาคปฏิบัติเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล เพราะนักศึกษาจะได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ด้วยตนเอง ทั้งในเหตุการณ์ปกติและฉุกเฉินเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มีโอกาสปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง ทั้งยังฝึกฝนการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ประจำวัน นอกจากนี้ยังช่วยให้นักศึกษามีทัศนคติต่อวิชาชีพในทางที่ดี เจลียวฉลาด และเป็นผู้ใหญ่

การเรียนการสอนภาคปฏิบัติ หรือที่เรียกกันว่าการเรียนการสอนในคลินิกนั้น เป็นวิธีการที่แตกต่างไปจากการเรียนการสอนภาคทฤษฎีคือ เป็นการเรียนรู้จากสภาพ จากเหตุการณ์ที่เป็นจริง นักศึกษาได้เห็น ได้สังเกต ได้สัมผัส ได้ทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ดังนั้นการเรียนรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ เช่นที่กล่าวมานี้ นักศึกษาได้รับก็ต่อเมื่อนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติงานในคลินิก (หอผู้ป่วย) การเรียนการสอนในคลินิกจะใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient oriented) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดง ปัญหาและความต้องการการรักษาของแพทย์ แผนการพยาบาล หรือข้อจำกัดตลอดจนเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยตรง จำนวนนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยโดยทั่วไปประมาณ 6-10 คน ดังนั้นนักศึกษาจึงมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างเต็มที่

จุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนภาคปฏิบัติหรือการเรียนการสอนในคลินิกนี้มีดังนี้คือ (Scheveer, 1972, จินตนา ยูนิพันธ์, 2527)

1. นักศึกษาสามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพยาบาลได้

2. มุ่งให้นักศึกษามีพัฒนาการการเรียนรู้ด้านสติปัญญา ทักษะ และทัศนคติต่อวิชาชีพอพยาบาล
3. ส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น ทักษะในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น
4. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
5. สนับสนุนให้นักศึกษาเกิดความคิดอย่างอิสระ

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติจะบรรลุเป้าหมายได้นั้น จำจะต้องมีแผนการดำเนินงานเป็นขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่วิเคราะห์และกำหนดให้เด่นชัดลงไปว่าต้องการให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้หรือพัฒนาการเรื่องใด (Assess the learning situation) ในขั้นนี้อาจจำเป็นต้องรู้ถึงประสบการณ์ของนักศึกษาในช่วงเวลาที่ผ่านไป กำหนดแผนการเรียนการสอน (Learning teaching plan) ให้สอดคล้องกับความต้องการ ปฏิบัติตามแผน (Carry out plan) และขั้นสุดท้ายเป็นการประเมินแผนดำเนินงานทั้งหมด (Evaluation) เพื่อทราบว่า นักศึกษาได้เรียนรู้ในสิ่งที่คาดหวังหรือไม่ ถ้าไม่เป็นไปตามนั้นเพราะอะไร โดยสรุปแล้วการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติหรือการจัดการเรียนการสอนในคลินิกนั้น เป็นการวางแผน และการกำหนดวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อมุ่งให้นักศึกษามีโอกาสที่จะนำความรู้ที่ได้ศึกษามาจากภาคทฤษฎีไปใช้ให้เกิดพัฒนาการทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ

1. ด้านพุทธิสัย ด้านนี้จะมุ่งให้นักศึกษาได้เรียนรู้ความจริง ข้อเท็จจริง ได้ใช้ความคิด สติปัญญา ความสามารถที่จะนำความรู้ที่จะได้รับไปประยุกต์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีเหตุผล พร้อมทั้งอธิบายและทำนายผลของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้ สามารถวิเคราะห์ ให้เห็นส่วนประกอบความสัมพันธ์และหลักการปฏิบัติ ตลอดจนมีความสามารถที่จะระดมความคิด เพื่อสร้างสรรค์ความคิดใหม่ และทำการประเมินผลงานได้อย่างมีหลักเกณฑ์

2. ด้านจิตพิสัย พัฒนาการในด้านนี้จะครอบคลุมถึง ความสนใจ ทัศนคติ ค่านิยม ความนิยมชมชอบ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว และความสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบ พฤติกรรมที่แสดงออกให้ทราบถึงพัฒนาการด้านนี้อย่างแท้จริงนั้น เป็นสิ่งที่สรุปได้ค่อนข้างลำบาก เพราะเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความรู้สึกสำนึกคิดที่อยู่ในจิตใจของคน ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากระทบ เป็นพฤติกรรมที่อาจถูกบังคับให้ซ่อนเร้นอยู่ภายใน

3. ด้านทักษะนิสัย ด้านนี้จะเน้นพัฒนาการด้านทักษะในด้านการปฏิบัติโดยตรง การกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการนั้น ไม่ค่อยจะยุ่งยากซับซ้อนนัก การประเมินผลสามารถทำได้ เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามพัฒนาการด้านนี้จะสัมฤทธิ์ผลมากน้อยเพียงใดนั้น นักศึกษาจะต้องมีพัฒนาการในด้านบุคลิกนิสัย และจิตนิสัยมาเป็นอย่างดีและมั่นคงพอสมควรแล้ว จึงจะช่วยให้การเรียนเพื่อให้เกิดทักษะในด้านปฏิบัตินั้นเป็นไปโดยอัตโนมัติ ด้วยความมั่นใจ และได้รับผลสูง

### 5.1 การสอนความรู้

ชม ภูมิภาค (2523) ได้กล่าวถึงการสอนความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีการและกระบวนการต่าง ๆ หรือระลึกถึงแบบ กระสวน โครงสร้าง วัตถุประสงค์ ในด้านความรู้นี้จะย่ำในเรื่องกระบวนการของความจำ กระบวนการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่ ซึ่งประกอบไปด้วย

5.1.1 ความรู้เกี่ยวกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of Specifics) เป็นการจดจำสิ่งต่าง ๆ อย่างโดดเด่น เป็น การเชื่อมโยงสัญลักษณ์กับสิ่งที่เป็นรูปธรรม เป็นรากฐานของการสร้างความคิดที่เป็นนามธรรม

5.1.2 ความรู้เกี่ยวกับความหมายของความ (Knowledge of Terminology) เป็นความรู้เกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์ คำศัพท์ต่าง ๆ เป็นข้อความหรือศัพท์ทางเทคนิค

5.1.3 ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเฉพาะ เช่น ความรู้เกี่ยวกับชื่อบุคคล สถานที่ เหตุการณ์ เวลา

5.1.4 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางในการจัดการเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะ เช่น ความรู้ในการจัดการเรียนการสอน การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการสืบสวนหาสาเหตุ กำหนดมาตรฐานในการตัดสิน เป็นความรู้ที่อยู่กลางระหว่างสิ่งที่เป็นรูปธรรมกับนามธรรม

5.1.5 ความรู้ในระเบียบวิธีของกลุ่ม เช่น พยาบาลมีความรู้ในการเขียนรายงานทางการแพทย์ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดเอาไว้หรือเป็นข้อตกลงของกลุ่มหรือของวิชาชีพ

5.1.6 ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มหรือเหตุการณ์ตามลำดับต่อเนื่อง เช่น จากสภาพอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม มีแนวโน้มที่จะดีขึ้นหรือทรุดลง

5.1.7 ความรู้เกี่ยวกับการจัดแยกประเภท เช่น ประเภทผู้ป่วยหนัก  
ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยหนักปานกลาง เป็นต้น

5.1.8 ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ (criteria) เช่น ความรู้ในการตั้งเกณฑ์  
การประเมินอาการผู้ป่วยแต่ละประเภท

5.1.9 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ เช่น วิธีการเตรียมผู้ป่วยตรวจพิเศษต่าง ๆ  
วิธีการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ฯลฯ

5.1.10 ความรู้เกี่ยวกับนามธรรมทางด้านวิชาการต่าง ๆ ด้านใดด้านหนึ่ง  
ส่วนมากเป็นทฤษฎี กฎเกณฑ์

- 1) ความรู้เกี่ยวกับหลักการและสรุป
- 2) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง เป็นการรวมหลักการ  
หรือการสรุปเชื่อมกันอย่างเป็นระบบ

จะเห็นว่า ความรู้ที่จะต้องสอนและถ่ายทอดให้แก่ผู้เรียนนั้นมี  
มากมายหลายประเภท ซึ่งในแต่ละประเภทต่างก็มีความสำคัญและจำเป็นต่อการเรียนรู้ทั้งสิ้น  
แต่การสอนความรู้เพื่อให้ได้ผลอย่างสมบูรณ์ต่อผู้เรียน และบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้  
ของผู้สอน นับว่าเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยาก เพราะประเภทต่าง ๆ ของความรู้ที่จะศึกษาและสอน  
นั้นมีมากมาย ทั้งที่เป็นความรู้ทั่วไปและความรู้เฉพาะด้าน และในแต่ละสาขาอาชีพก็จะมี  
จุดเน้นในหลักการและวิธีการสอนที่แตกต่างกันออกไป แต่โดยหลักทั่ว ๆ ไป แล้วจะมีขั้นตอน  
ในการสอนความรู้ที่คล้ายคลึงกันดังนี้

1. ควรแจ้งให้ผู้เรียนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการสอน ซึ่งจาก  
การทดลองของ โพลท์แมน และเซนเดอร์ส (Postman and Senders อ้างถึงใน ชม  
ภูมิกานต์, 2523) พบว่า การเรียนโดยตั้งใจทำให้ผู้เรียนสอบได้คะแนนสูงกว่าการเรียน  
โดยบังเอิญ

2. ตรวจสอบความรู้เดิม ทำความเข้าใจกับแนวคิดที่เกี่ยวข้อง  
กับเรื่องที่จะสอน นำเรื่องที่จะสอนให้เหมาะสม และให้ความหมายกับผู้เรียน

3. ตรวจสอบความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสอน ต้องสอนสิ่งที่  
จะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสอนก่อน แล้วจึงเสนอความรู้ใหม่

4. จัดให้มีการฝึกฝนที่เหมาะสม โดยให้โอกาสแก่ผู้เรียน กำหนดเวลาในการฝึก และตรวจสอบความก้าวหน้าของผู้เรียนที่ได้รับ พิจารณาว่าสิ่งใดที่จะต้องเรียนรู้ใหม่ทั้งหมด หรือเพิ่มเติมเป็นบางส่วน

5. ให้ผู้เรียนได้รู้ถึงการตอบสนองที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีสิ่งบ่งชี้หรือการเสริมแรงโดยผู้สอนจัดคำตอบที่ถูกต้อง ให้หลังจากผู้เรียนทำแบบฝึกหัด

6. จัดภาวะที่จะลดสิ่งรบกวน คือ พยายามจัดภาวะที่มีผลต่อการลืม เช่น วิเคราะห์งานออกมาเป็นงานย่อย ๆ ตามลำดับ เสนองานย่อยนั้นในลักษณะที่ไม่ซ้ำซ้อนหรือใช้วิธีแสดงหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

7. จัดวิธีการวัดผลที่เหมาะสม กล่าวคือ วัตถุประสงค์ของการสอนเป็นอย่างไร จะต้องใช้วิธีการวัดผลที่ถูกต้องเหมาะสม

## 5.2 การสอนทักษะ

การเรียนรู้ทางด้านทักษะมีความสำคัญและมีความจำเป็นมาก เพราะสามารถเป็นสื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ออกมาเป็นการกระทำ เป็นพฤติกรรมที่สังเกต วัด และประเมินได้ ในการทำงานของบุคคลจำเป็นจะต้องใช้ทักษะอยู่ตลอดเวลาในการแก้ปัญหา ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และพัฒนางานให้ก้าวหน้า ยิ่งสังคมมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากขึ้น ความจำเป็นและต้องการในการเรียนทักษะยิ่งทวีขึ้นเป็นลำดับ สำหรับวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งการปฏิบัติเบื้องต้น ดังนั้นการเรียนการสอนทางการพยาบาลย่อมมุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นักศึกษาพยาบาลก็เช่นเดียวกัน การสอนแนะทางด้านทักษะย่อมจะ เสริมให้เกิดความรู้และทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

### 5.2.1 ความหมาย :

เดอเซคโก และกรอฟอร์ด (De Cecco and Grawford, 1974) ให้ความหมายของทักษะ คือ การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อที่ติดต่อกันเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน โดยอาศัยการประสานของมือ สายตา สำหรับการเรียนรู้ทางอวัยวะ และการประสานงานของลิ้นกับฟันในการเรียนรู้ทางภาษา



จินตนา ยูนิพันธ์ (2529) ได้ให้ความหมายของทักษะ หมายถึง กิจกรรมการแสดงออกในลักษณะวิชาชีพ มักเป็นกิจกรรมที่มีความลับซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่น ๆ หลายอย่าง เช่น ทักษะการสังเกต ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น

ประसार มาลากุล ณ อยุธยา (2531) ได้กล่าวถึงทักษะที่เป็น พฤติกรรมประเภท Psychomotor Domain ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม หมายถึง

1. ความสามารถเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนใหญ่ ๆ ของร่างกาย ได้ตามลักษณะงานที่ต้องการ โดยเน้นที่ความแรง ความเร็ว และความถูกต้องแม่นยำในการเคลื่อนไหว
2. ความสามารถใช้ประสาทสัมผัสและอวัยวะส่วนย่อยให้ทำงานประสานสัมพันธ์กันได้อย่างกลมกลืนคล่องแคล่ว และแม่นยำตามลักษณะงานที่ต้องการ
3. ความสามารถใช้สีหน้าท่าทางแสดงออก สื่อสารความหมายได้ตามลักษณะที่ต้องการ
4. ความสามารถใช้กลไกของร่างกายแสดงพฤติกรรมการพูดได้ตามลักษณะที่ต้องการ

ดังนั้น อาจกล่าวโดยสรุปว่า "ทักษะ" เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ประสาทสัมผัสและอวัยวะต่าง ๆ ประสานเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืนจนกลายเป็นทักษะ เฉพาะอย่างตามลักษณะงานนั้น ๆ ที่ต้องการ

#### 5.2.2 องค์ประกอบที่จำเป็นในการสร้างทักษะ

ในการสร้างทักษะให้เกิดขึ้นนั้น ตามแนวคิดของ กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2525) กล่าวว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1) วุฒิภาวะของผู้เรียนทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ร่างกายต้องสมบูรณ์พอที่จะฝึกฝนกิจกรรมต่าง ๆ และจิตใจต้องพร้อมที่จะชอบหรือทัศนคติที่ดีต่อการสร้างทักษะนั้น ๆ

- 2) ประสบการณ์เดิม
- 3) ความพร้อม
- 4) แรงจูงใจ

5) ความอดทนและการฝึกฝนเพื่อสร้างให้เกิดทักษะ

6) ประโยชน์ที่ได้รับจากการมีทักษะนั้น ๆ เช่น ถ้าพยาบาล

สำเร็จใหม่สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างคล่องแคล่วรวดเร็ว ก็จะช่วยให้มีเวลาในการทำงานอย่างอื่นได้เพิ่มมากขึ้น

### 5.2.3 ลำดับขั้นในการเกิดทักษะ

ประสาร มาลากุล ณ ออยุธยา (ม.ป.ป.) ได้เสนอลำดับขั้นของการเกิดทักษะ ดังนี้

1) ขั้นการเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive phase)

คือ ขั้นเริ่มแรกที่ผู้เรียนต้องเข้าใจ และต้องรู้ว่าการฝึกทักษะนั้นจะต้องทำอย่างไร โดยการสังเกต ฟัง อ่าน คำอธิบาย ดูการสาธิตตัวอย่าง วิเคราะห์ลักษณะที่สำคัญ ๆ ทดลองทำด้วยตนเอง และได้รับผลป้อนกลับ (feedback)

2) ขั้นฝึกหัดจนทำได้ (Practice-fixation phase)

เพิ่มขึ้นที่ผู้เรียนฝึกหัดทำงานเรียกได้ว่า "ทำได้แล้ว" คือ ทำได้ถูกต้องเป็นส่วนมาก มีผิดพลาดน้อยจนอาจไม่นับได้ ในขั้นนี้ผู้เรียนจะต้องระมัดระวัง คอยทบทวนความเข้าใจ สังเกตรายละเอียดต่าง ๆ ของการฝึกหัดเพื่อลดและขจัดข้อบกพร่องต่าง ๆ

3) ขั้นทำได้เป็นอัตโนมัติ (Autonomous phase) เป็นขั้นที่

ผู้เรียนทำได้อย่างสมบูรณ์ คล่องแคล่ว รวดเร็ว และถูกต้อง โดยไม่ต้องระมัดระวังตัวหรือตั้งใจมากเหมือนในขั้นก่อน ๆ

### 5.2.4 การสอนให้เกิดทักษะ

เดอ เซคโค และครอฟอร์ด (De Cecco and Crawford, 1974) ได้เสนอวิธีการสอนทักษะให้เกิดขึ้น เป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1) วิเคราะห์ทักษะที่จะสอน โดยแยกแยะทักษะที่จะสอนว่าประกอบด้วยสิ่งใดบ้าง เรียงลำดับก่อน-หลัง ของการฝึกให้ชัดเจน

2) ศึกษาภูมิหลังของผู้เรียนว่ามีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งที่กำลังจะฝึกหัดให้เกิดทักษะมากน้อยเพียงใด โดยมีการทดสอบเป็นขั้นตอนในระยะก่อนฝึกและตลอดเวลาที่ฝึก

3) ฝึกฝนทักษะที่ยังขาดอยู่ให้สมบูรณ์ และส่งเสริมทักษะที่มีอยู่ แล้วให้มีความชำนาญมากขึ้น

4) อธิบายและสาธิตทักษะที่จะฝึกให้เข้าใจอย่างช้าและชัดเจน ทุกขั้นตอน

5) ต้องฝึกอย่างต่อเนื่องจนครบทุกขั้นตอน โดยฝึกจากง่าย ไปสู่ยาก จากส่วนย่อยไปสู่ส่วนใหญ่ เช่น ฝึกหัดการฉีดยา จะต้องฝึกตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ที่จะฉีดยา การคำนวณขนาดยา วิธีการผสมยา ไปจนถึงวิธีการฉีดยาแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องให้ครบทุกขั้นตอนตามลำดับ

6) ปรับปรุงแก้ไขตลอดเวลาที่ฝึก เพื่อให้เกิดความคล่องแคล่ว และเหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน

7) แจ้งผลการฝึกให้ผู้เรียนทราบทันทีที่ฝึกสำเร็จในแต่ละขั้น และให้การเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้เรียนเกิดกำลังใจที่จะฝึกฝนทักษะให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น

นอกจากนี้ในการสอนให้เกิดทักษะนั้น การใช้กฎแห่งการฝึกหัด (law of exercise) ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไดค์ (Thorndike อ้างถึงใน เดโช สวานานนท์, 2518) ที่กล่าวว่าก่อนที่จะฝึกฝนหรือฝึกหัดการเรียนรู้ให้เกิดทักษะนั้น จะต้องเรียนรู้จากความเข้าใจให้แจ่มแจ้งในแต่ละขั้นตอนเสียก่อน จึงจะเกิดทักษะได้เป็นอย่างดี ด้วยเหตุนี้ในการสอนทักษะให้นักศึกษาพยาบาลในการวินิจฉัย การนำเอาแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นนี้ไปประยุกต์ใช้ผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สอนชี้แนะ ช่วยเหลือในด้านการฝึกทักษะของนักศึกษาพยาบาล ต้องเริ่มต้นจากการบอกเล่า อธิบาย สาธิต และให้โอกาสนักศึกษาพยาบาลได้ทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งผู้วิจัยจะต้องแสดงให้เห็นทั้งหมดทุกขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบ และต้องกำหนดให้มีการฝึกหัดทบทวนบ่อย ๆ จนเกิดความชำนาญคล่องแคล่ว และถูกต้องก็จะส่งผลให้เกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างดี อย่างไรก็ตามการสอนทักษะเดิมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น รวมทั้งเพื่อให้สามารถริเริ่มทักษะใหม่ ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะต้องกระทำควบคู่กันไปกับการพัฒนาทางด้านความรู้และทัศนคติ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์กันตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม เพราะการปฏิบัติทางทักษะที่ตินั้น

ย่อมจะต้องเกิดจากมีความรู้ความเข้าใจนำมาก่อน และความตั้งใจ ความรู้สึกอยากจะทำ ปฏิบัติซึ่งเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ก็จะส่งผลให้เกิดทักษะเพิ่มมากขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

## 6. ทฤษฎีการเรียนรู้

การเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่มีลักษณะถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝนแล้ว (อรันท์ หาญยุทธ, 2532) แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไคค์ (Thorndike's Theory) และแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ของ กานเย่ (Gagne')

### 6.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไคค์ (Thorndike's Theory) (Hilgard and Bower, 1975)

ทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไคค์ ได้เน้นสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า (Stimulus) กับการตอบสนอง (Response) โดยเชื่อว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ด้วยการที่มนุษย์หรือสัตว์ได้เลือกเอาปฏิกิริยาตอบสนองที่ถูกต้องนั้นมาเชื่อมโยงกับสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม (Stimulus Response Connectionism Theory) จากการทดลองตามแนวคิดของธอร์นไคค์ เกี่ยวกับการเรียนรู้ ได้สรุปเป็นกฎการเรียนรู้ที่สำคัญ 3 กฎ คือ

6.1.1 กฎแห่งความพร้อม (Law of readiness) กล่าวถึง สภาพความพร้อมของผู้เรียนไว้ว่า การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพถ้าผู้เรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้เรียนไม่พร้อมที่จะกระทำสิ่งใดแล้วถูกบังคับให้ทำ ย่อมทำให้เกิดความไม่พอใจและจะพอใจถ้าไม่ได้ทำ ดังแสดงให้เห็นชัดเจนดังนี้

พร้อม	————>	ได้กระทำ	————>	พึงพอใจ	————>	เกิดการเรียนรู้
พร้อม	————>	ไม่ได้กระทำ	————>	ไม่พึงพอใจ	————>	ไม่เกิดการเรียนรู้
ไม่พร้อม	————>	ได้กระทำ	————>	ไม่พึงพอใจ	————>	ไม่เกิดการเรียนรู้

### 6.1.2 กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise of Repetition)

เน้นการสร้างความมั่นคงของการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองที่ถูกต้อง โดยการฝึกหัดการกระทำซ้ำบ่อย ๆ ธอร์นไคค์เห็นว่า การกระทำซ้ำบ่อย ๆ จะทำให้พฤติกรรมนั้นถูกต้องสมบูรณ์เกิดการเรียนรู้นานและคงทนถาวร

6.1.3 กฎแห่งผล (Law of Effect) กล่าวว่า ผลที่ได้รับเมื่อแสดง พฤติกรรมการเรียนรู้แล้วถ้าได้รับผลที่พึงพอใจ ผู้เรียนย่อมอยากเรียนรู้ต่อไปอีก ดังนั้นถ้าจะ ทำการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า การตอบสนองที่มั่นคงถาวรต้องให้ผู้เรียนได้รับผลเป็นที่ พึงพอใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพอใจของแต่ละบุคคลและการให้รางวัลจะช่วยส่งเสริมการแสดง พฤติกรรมนั้นมากขึ้น

**ประเด็นสำคัญ** การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ที่เหมาะสม และการเรียนรู้เกิดได้จากการวางเงื่อนไข และการให้การเสริมแรงแบบต่าง ๆ

**การประยุกต์สู่การสอนทักษะปฏิบัติ** ผู้วิจัยสามารถทำให้นักศึกษาเกิดการ เรียนรู้ทักษะปฏิบัติได้โดยการจัดสถานการณ์ที่เหมาะสมโดยภายหลังการสอนการประเมินผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ทำการสาธิตการประเมินผู้ป่วยจริงบนหนอผู้ป่วยให้ดู ต่อจากนั้นให้นักศึกษาทดลองฝึก ประเมินผู้ป่วยจริง 2 สัปดาห์ ต่อจากนั้นให้ปฏิบัติการประเมินผู้ป่วย

## 6.2 แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ของกานเย่ (Gagne')

กระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนอง (อรันท์ หาญยุทธ, 2532) ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สอนดำเนินการสอนอย่างมี ประสิทธิภาพ กานเย่ (Gagne' อ้างใน อรันท์ หาญยุทธ, 2532) ได้อธิบายขั้นตอนของ กระบวนการเรียนรู้ไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

6.2.1 การรับรู้ เป็นขั้นตอนการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เข้ามาสัมผัสกับผู้เรียน ทางอวัยวะสัมผัส โดยผู้เรียนจะแสดงอาการตั้งใจที่จะรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามานั้น แต่จะ เลือกรับรู้เฉพาะบางเรื่องที่ตนเองสนใจหรือต้องการในขณะนั้น และจัดหมวดหมู่สิ่งที่รับรู้ พร้อมกับแปลความหมายออกมาโดยอาศัยสติปัญญาร่วมกับประสบการณ์เดิม

6.2.2 การรับรู้ความรู้ เมื่อผู้เรียนแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้แล้ว จะรับเอาไว้เป็นความรู้ใหม่ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความรู้ คือ รู้ เข้าใจ แต่ยังไม่แสดงพฤติกรรมการเรียนรู้ออกมาเป็นการกระทำจนกว่าจะมีโอกาส เช่น เมื่อถามจะ สามารถตอบได้

6.2.3 การเก็บสะสมความรู้ เป็นขั้นที่เก็บสะสมความรู้ที่ได้รับมาเป็น ความจำซึ่งสามารถเรียกออกมาใช้ได้ ประกอบด้วยความจำระยะสั้น คือ สามารถเก็บ ความรู้ไว้ได้นานถึง 30 นาที และความจำระยะยาว คือ สามารถเก็บความรู้ไว้ได้นาน ไม่มีเวลายากำหนดถูกเรียกออกมาใช้ได้ตลอดเวลาซึ่งความจำระยะยาวนี้เป็นปัจจัยสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

6.2.4 การนำความรู้ออกมาใช้ เป็นขั้นตอนการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ที่สุดโดย ผู้เรียนจะนำความรู้ที่เก็บสะสมไว้ออกมาปฏิบัติหรือกระทำได้อย่างถูกต้อง

นอกจากขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้สอนจะต้องศึกษาแล้ว สิ่งสำคัญที่ ผู้สอนควรตระหนักก็คือ การจัดลำดับเนื้อหาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี กานเย่ (Gagne' อ้างใน ไชยยศ เรืองสุวรรณ, 2526) ได้ให้แนวคิดในการจัดลำดับขั้นตอนการเรียนรู้จาก ระดับง่ายไปสู่ระดับความยุ่งยากซับซ้อนเป็นลำดับ 8 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเรียนรู้จากสัญญาณ (Signal Learning) เป็น การเรียนรู้โดยผู้เรียนมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไข ผู้เรียนจะตอบสนองต่อสัญญาณหรือ เงื่อนไขที่ให้โดยการกระทำซ้ำ ๆ กัน

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้ากับการ ตอบสนอง (Stimulus Response Learning) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการตอบสนอง อย่างตั้งใจจำเพาะเจาะจงโดยให้กระทำซ้ำบ่อย ๆ และการตอบสนองได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ การควบคุมสิ่งเร้าจะเพิ่มความถูกต้องของการตอบสนองได้มากขึ้น รวมทั้งมีการ เสริมแรงหรือการให้รางวัล

ขั้นที่ 3 การเรียนรู้แบบกลไกต่อเนื่อง (Motor Chain) การ เรียนรู้จะต้องมีการกระทำต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่จะเร้าให้ผู้เรียนตอบสนอง โดยผู้เรียนทราบจุดมุ่งหมายของการเรียน

ขั้นที่ 4 การเรียนรู้ความสัมพันธ์เชื่อมโยงทางภาษา (Verbal Chaining or Verbal Association) การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของ ถ้อยคำหรือภาษาที่ใช้

ขั้นที่ 5 การเรียนรู้โดยสามารถจำแนกความแตกต่างได้ (Discrimination Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ต้องมีความเข้าใจอย่างกว้างขวางลึกซึ้ง ตามลำดับขั้นต่าง ๆ ที่จะเรียนรู้ จนสามารถจำแนกแยกแยะความซับซ้อนได้ เช่น สามารถแยกชื่อต่าง ๆ ของพืชและสัตว์ได้ และเรียกได้ถูกต้อง

ขั้นที่ 6 การเรียนรู้โมเมนต์ (Concept Learning) การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งใจไว้โดยเรียนรู้ผ่านทางสถานการณ์เรียนรู้เพื่อให้เกิดการตอบสนอง สามารถสรุปหลักการและจุดมุ่งหมายจากสิ่งแวดล้อมได้

ขั้นที่ 7 การเรียนรู้กฎเกณฑ์หรือหลักการ (Rule Using or Principle Learning) การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเองอย่างมีลำดับต่อเนื่องและชัดเจน สามารถนำโมเมนต์ต่าง ๆ มาใช้ได้อย่างสัมพันธ์กัน จนสามารถกำหนดเป็นหลักการหรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ได้

ขั้นที่ 8 การแก้ปัญหา (Problem Solving) การเรียนรู้ต้องอาศัยเกณฑ์หรือหลักการเบื้องต้นต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นมา จากหลักการก็จะนำไปสู่กระบวนการคิดใหม่ ๆ เกิดการคิดและขยายแนวคิดสามารถนำหลักการนั้นไปใช้ได้อย่างสร้างสรรค์ และสามารถแก้ปัญหาได้

**ประเด็นสำคัญ** ทักษะการเคลื่อนไหวประกอบด้วยขั้นตอนเป็นลำดับต่อเนื่องกัน ในแต่ละขั้นตอนต้องใช้ทักษะย่อยเป็นจำนวนมาก การเรียนรู้ทักษะการเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นได้ง่ายและรวดเร็ว เมื่อองค์ประกอบของทักษะรวมเป็นสิ่งที่นักศึกษาได้เรียนรู้มาแล้วเป็นอย่างดี

**การประยุกต์สู่การสอนทักษะปฏิบัติ** ในการสอนทักษะปฏิบัติผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์ขั้นตอนย่อยและเรียงลำดับขั้นตอนเหล่านั้นตามลำดับ ในขณะสอนจะต้องสอนให้ขั้นตอนที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้เดิมที่นักศึกษามีอยู่ และผู้วิจัยควรตรวจสอบระดับความรู้พื้นฐานเดิมเกี่ยวกับการประเมินผู้ช่วยที่นักศึกษามีอยู่ก่อนการสอน

## 7. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### การวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

วิลลาเฟร์ต (Villafuerte, 1986 อ้างใน สำยอง รัศมีมาลา, 2534) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาล โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลปีสุดท้าย โดยสมมติฐานว่า นักศึกษาที่มีแบบฟอร์มในการประเมินผู้ป่วย จะสามารถแยกแยะปัญหาได้ถูกต้อง เหมาะสมกว่านักศึกษาที่ไม่มีแบบฟอร์มในการประเมินผู้ป่วย ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่า นักศึกษาไม่สามารถนำความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลที่เรียนในห้องเรียนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ จะต้องมีการอบและแบบฟอร์มในสถานการณ์จริงได้ จึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนสมบูรณ์

แอสพินอลล์ (Aspinall, 1976 อ้างใน สำยอง รัศมีมาลา, 2534) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพขาดการวิเคราะห์ และขาดการพิจารณาความหมายของข้อมูลก่อนที่จะกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เนื่องจากขาดความรู้พื้นฐานด้านสรีรศาสตร์และจิตศาสตร์ จึงไม่เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอาการและอาการแสดงกับปัญหาที่มีอยู่จริงของผู้ป่วย

### การวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

สำยอง รัศมีมาลา (2534) ได้ทำการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาลทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างประชากรคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 135 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบทดสอบที่ค้นคว้าและออกแบบทดสอบ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถรวบรวมข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 2-6 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถรวบรวมข้อมูลสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 1 ปี และต่ำกว่า มากกว่า 1-3 ปี และมากกว่า 6 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพยาบาลวิชาชีพสังกัดกรุงเทพมหานคร และทบวงมหาวิทยาลัย มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถรวบรวมข้อมูลสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



นิษิตา ลินะขุนางกูร (2530) ได้ทำการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ : การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี ตัวอย่างประชากรคือ แบบบันทึกกระบวนการพยาบาลที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 100 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบตรวจสอบรายการและแบบสัมภาษณ์การบันทึกกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นของกระบวนการพยาบาล มีการใช้ขั้นปฏิบัติการพยาบาลสูงที่สุด ส่วนขั้นที่ใช้ต่ำที่สุดคือขั้นประเมินปัญหาของผู้ป่วย และยังพบอีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ใช้กระบวนการพยาบาลในขั้นประเมินปัญหาผู้ป่วย ต่ำที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยนารีเวช

ลัดดา เชียงเห็น (2529) ได้ทำการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 265 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบทดสอบความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลระดับปานกลาง และเป็นส่วนน้อยที่มีความสามารถระดับสูง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานต่างกัน มีความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ มากกว่า 3-6 ปี มีความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลสูงสุด ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 1 ปี และต่ำกว่า มีความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลต่ำสุด และยังพบอีกว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ใช้การคิดแบบไม่มีหลักการในการวินิจฉัยการพยาบาล และส่วนน้อยใช้การคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ

บุษบา สมร่วง (2529) ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาสภาพการนิเทศ การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการให้ความรู้ในการปฏิบัติงานของนักศึกษาจะมี 3 ระยะ คือ (1) ให้ความรู้ก่อนการฝึกปฏิบัติ (2) ระหว่างฝึกปฏิบัติ (3) หลังฝึกปฏิบัติ ส่วนวิธีการให้ความรู้คือการสาธิต การประชุม ปรึกษาการพยาบาล การศึกษาการพยาบาลรายบุคคล และการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีวรรณ กลั่นกลิ่น (2529) ซึ่งทำการวิจัยเรื่องเดียวกันที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาสำคัญในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลอย่างหนึ่งก็คือ นักศึกษาขาดแบบอย่างที่ดีในการฝึก

ปฏิบัติ และพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ต้องการได้รับคำแนะนำก่อนลงมือปฏิบัติ ต้องการ  
ได้รับคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา และต้องการให้อาจารย์ดูแลอย่างใกล้ชิด นักศึกษาพยาบาล  
ชั้นปีที่ 3 ต้องการฝึกปฏิบัติงานเอง และต้องการคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา ส่วนนักศึกษาพยาบาล  
ชั้นปีที่ 4 ต้องการคำแนะนำก่อนลงมือปฏิบัติ จากนั้นนักศึกษาปฏิบัติงานเองโดยอาจารย์ให้  
คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2528) ได้ทำการวิจัยเรื่องการติดตามการใช้  
ระบบบันทึกแบบปัญหาทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า มีข้อบกพร่องในการ  
ประเมินภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ และวางแผนการพยาบาลไม่ค่อยสมบูรณ์ โดยพยาบาล  
อ้างเหตุผล เช่น ไม่มีเวลา เขียนปัญหาไม่เป็น และเหตุผลที่สำคัญที่สุดคือ พยาบาลไม่เห็น  
ความสำคัญและประโยชน์ของการเขียนปัญหา

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย