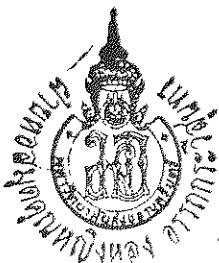


ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยพยาบาลในภาคใต้
Nursing Diagnoses in Critical Care Identified by Nurses
in Southern Thailand



นฤมล อุนมาศ
Narumon Anumas

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing
Prince of Songkla University

2542

Order Key	18420
BIB Key	156405

เลขหมู่	RC 86.4 HAA 1542
เลขทะเบียน	บ. 2
	- 8 181.01. 2542

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยพยาบาล ในภาคใต้
ผู้เขียน	นางสาวนฤมล อนุมาศ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2541

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล และข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยพยาบาลในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 229 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตไม่น้อยกว่า 1 ปี และปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 11 แห่ง โดยใช้เครื่องมือวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป (2) แบบสำรวจรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล และ (3) แบบสำรวจข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งหาความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสำรวจรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลและแบบสำรวจข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เท่ากับ .84 และ .93 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีจำนวน 7 ข้อ โดย *เสี่ยงต่อการติดเชื้อ* เป็นรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบบ่อยที่สุด รองลงมา คือ *ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย*
2. รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 7 ข้อ จำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ได้ 5 แบบแผน คือ (1) การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (2) อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (3) กิจกรรมและการออกกำลังกาย (4) บทบาทและสัมพันธภาพ และ (5) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
3. รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีจำนวน 33 ข้อ ในจำนวนนี้มีจำนวน 28 ข้อ ที่สามารถจำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพได้ 7 แบบแผน และมีจำนวน 5 ข้อ ที่ไม่สามารถจำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ จำนวนข้อของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบเป็นบางครั้งอยู่ในแบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญ

สารอาหาร มากที่สุด คือ จำนวน 9 ข้อ รองลงมาอยู่ในแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ

4. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยจำนวน 7 ข้อ มีทั้งข้อมูลสนับสนุนหลัก และข้อมูลสนับสนุนรอง โดยรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง/ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีข้อมูลสนับสนุนหลักมากที่สุด คือ 7 ข้อ ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองมากที่สุดจำนวน 7 ข้อ พบในรายการข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และรายการข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ

5. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 33 ข้อ พบว่ามี ข้อวินิจฉัย จำนวน 10 ข้อ ที่มีทั้งข้อมูลสนับสนุนหลัก และข้อมูลสนับสนุนรอง ส่วนอีกจำนวน 23 ข้อ มีเฉพาะ ข้อมูลสนับสนุนรองเท่านั้น

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนทางการพยาบาลไปใช้ประโยชน์ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยภาวะวิกฤต วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานทางการพยาบาล และภาษาของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จะเป็นที่ยอมรับจากพยาบาล โดยทั่วไป ทำให้การสื่อสารทางการพยาบาลดีขึ้น

Thesis Title	Nursing Diagnoses in Critical Care Identified by Nurses in Southern Thailand
Author	Miss Narumon Anumas
Major Program	Adult Nursing
Academic Year	1998

Abstract

The objectives of this descriptive research were to survey the diagnostic categories in critical care and the defining characteristics of those diagnostic categories identified by nurses in southern Thailand. The subjects were 229 registered nurses who worked in 4 regional hospitals and medical centers, and 11 general hospitals. They also had experienced at least one year in providing care to critically ill patients in intensive care units. The instruments developed by the researcher consisted of three parts : (1) the Demographic Data Form (2) the Nursing Diagnostic Questionnaire, and (3) the Defining Characteristics Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients of the Nursing Diagnostic and the Defining Characteristics Questionnaires were .84 and .93, respectively. The data were analysed by descriptive statistics.

The findings revealed that :

1. The high-frequency nursing diagnostic categories consisted of 7 items. The highest frequency nursing diagnostic category was *risk for infection*, followed by *anxiety of caregivers about patients' illness*.
2. The seven high-frequency nursing diagnostic categories were classified within four functional health patterns : (1) health perception-health management, (2) nutritional-metabolic, (3) activity-exercise, (4) role-relationship and,(5) self-perception-self concept patterns.
3. The moderate-frequency nursing diagnostic categories consisted of 33 items. Among these items, 28 items were classified within seven functional health patterns and five items did not fit with the functional health pattern framework. The moderate-frequency nursing diagnostic categories which mostly occurred was in "nutritional metabolic pattern" (9 items), followed by those in "activity-exercise pattern" (8 items).

4. The seven high-frequency nursing diagnostic categories included both major and minor defining characteristics. The highest number (7 items) of major defining characteristics was in *total self care deficit*. The highest number (7 items) of minor defining characteristics was in *risk for infection*, and *inability to sustain spontaneous ventilation*.

5. Ten items of the 33 moderate-frequency nursing diagnostic categories included both major and minor defining characteristics. Twenty-three items consisted of only minor defining characteristics.

The results of this study will be useful for nursing practice including guideline to diagnose the patients' problems, development of nursing care plans which are specific to the patients' nursing diagnoses, and development of nursing standards for critically ill patients. In addition, language of nursing diagnoses will be accepted by nurses to improve communication in nursing.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ซึ่งสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เขาวลิต และ ดร.วันดี สุทธรังษี คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องอย่างละเอียดถี่ถ้วน จนผู้วิจัยเกิดความกระจ่าง และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ขัมภลิจิต อาจารย์อุทัยวรรณ พุทธรัตน์ อาจารย์ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ คุณสุจินต์ สุรภักย์พงศ์ และคุณกรรณิกา รุ่งเรืองกมลกิจ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย อาจารย์ทัศนีย์ นะเสส ที่ได้คำปรึกษาเกี่ยวกับสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักใน 14 จังหวัดภาคใต้ ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 15 แห่ง ที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาเอื้อเงินทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการศึกษาและดำเนินการวิจัยครั้งนี้

คุณความดีที่ได้กระทำทั้งหมดขอน้อมแด่คุณพ่อ พันตรีประเคิม อนุมาศ ผู้ซึ่งล่วงลับไปแล้ว บุคคลสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในครั้งนี้ คือ คุณแม่พันตรีหญิงมะลิวัลย์ อนุมาศ ที่ได้ช่วยเหลือเกื้อหนุนผู้วิจัยตลอดมา ทั้งด้านกำลังใจ กำลังทรัพย์ และขอขอบคุณ ร้อยเอกหญิง พรพรรณ นื่องศิริพร นื่องประกิต อนุมาศ และเพื่อนนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท รุ่นที่ 7 ทุกคนที่เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จ

นฤมล อนุมาศ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(10)
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	5
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	8
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	19
การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	28
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต	39
การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย	58
3 วิธีดำเนินการวิจัย	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	68
การหาความตรงของเครื่องมือ	71
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ	71
การเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	74

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	75
ผลการวิจัย	75
อภิปรายผล	127
5 สรุปและข้อเสนอแนะ	146
สรุปผลการวิจัย	146
ข้อเสนอแนะ	154
บรรณานุกรม	158
ภาคผนวก	185
ภาคผนวก ก แบบสอบถามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	186
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ของแบบสอบถามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	227
ประวัติผู้เขียน	228

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน	76
2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาล จำแนกตามระยะเวลาการทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และระยะเวลาในการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของหน่วยงานปัจจุบัน	78
3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามระยะเวลาและประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในฐานะเป็นนักศึกษาพยาบาล ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ และการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของหน่วยงานปัจจุบัน	79
4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามการเรียน การสอน ในหลักสูตร การศึกษาทางการพยาบาล และการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	81
5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามการเรียนการสอน ในหลักสูตร การศึกษาทางการพยาบาลและการประชุม/อบรมระยะสั้น เกี่ยวกับการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล	83
6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	84
7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความต้องการการพัฒนาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	85
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต	87
9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	88

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต	89
11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์คอน	92
12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถจัดอยู่ในแบบแผนสุขภาพของกอร์คอน	94
13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 1 : การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	95
14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 2 : อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	96
15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 4 : กิจกรรมและการออกกำลังกาย	98
16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 7 : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	100
17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 8 : บทบาทและสัมพันธภาพ	101
18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 1 : การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	102

รายการตาราง

	หน้า
ตาราง	
19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งใน แบบแผนที่ 2 : อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	104
20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 3 : การขับถ่าย	108
21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งใน แบบแผนที่ 4 : กิจกรรมและการออกกำลังกาย	110
22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งใน แบบแผนที่ 5 : การพักผ่อนนอนหลับ	116
23 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งใน แบบแผนที่ 6 : สถิติปัญหาและการรับรู้	118
24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งใน แบบแผนที่ 7 : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	120
25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งที่ไม่สามารถจำแนกอยู่ในแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	122

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ในด้านการดูแล ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า พยาบาลจะต้องทำการวินิจฉัยโรค เหมือนกิจกรรมของ แพทย์ แต่พยาบาลจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเป็นระบบ ตามระเบียบวิธีการทาง วิทยาศาสตร์ (ประคอง, 2538) เพื่อช่วยให้พยาบาลมองเห็นปัญหาของผู้รับบริการได้ชัดเจนขึ้น และ สามารถตัดสินใจในการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยการลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล และสามารถนำปัญหาที่ได้จากการวินิจฉัยทางการพยาบาลมากำหนดเป้าหมายทางการ พยาบาลได้เด่นชัด นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความ ต้องการของผู้รับบริการ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งแก่พยาบาลและผู้รับบริการ (Gordon, 1994) นอกจากนี้การวินิจฉัยทางการพยาบาลช่วยนำไปสู่การประกันคุณภาพของวิชาชีพ โดยพยาบาล สามารถนำปัญหาที่ได้จากการวินิจฉัยทางการพยาบาลมาสร้างคู่มือให้การพยาบาล มาตรฐานการ พยาบาล เพื่อใช้ประเมินคุณภาพ ประสิทธิภาพการพยาบาล และยังช่วยในการปฏิบัติการพยาบาล ในงานประจำวัน เช่น การมอบหมายงาน การใช้เป็นแนวทางในการอภิปรายในทีมพยาบาลก่อน และหลังการปฏิบัติการพยาบาลและเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น ซึ่งมองเห็นได้ว่า การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ประโยชน์และคุณค่าแก่วิชาชีพพยาบาล และผู้รับบริการ ได้อย่างชัดเจน

ปัจจุบันในประเทศไทยมีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากขึ้น ทั้งในสถาบันการ ศึกษาพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุขตลอดจนพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน โดยนำรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แห่งอเมริกาเหนือ (The North American Nursing Diagnosis Association : NANDA) ไปทดลองใช้ ในการปฏิบัติการพยาบาล (Khampalikit & Petpichetchian, 1995) วลัยพร วิชา เจียมจิต และ ชิดชม (2538) ได้มีการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยต่อกระบวนการ พยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติทาง บวก ต่อกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยมองว่าข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลสามารถทำให้พยาบาลมองเห็นปัญหาของผู้รับบริการ ได้ชัดเจนมาก และการใช้

กระบวนการพยาบาลเป็นการฝึกให้พยาบาลคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล อย่างไรก็ตามอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาล ก็คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาลนั่นเอง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำความเข้าใจยากที่สุด และการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ใช้ภาษาที่ยุ่งยาก ทำความเข้าใจได้ลำบาก ทำให้มีความสับสนในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่นเดียวกับงานวิจัยของขัมภลิจิตและเพชรพิเชษฐเชียร (Khampalikit & Petpichetchian, 1995) ซึ่งสำรวจการนำกระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ในสถาบันการศึกษาพยาบาล และสถานบริการพยาบาลของประเทศไทย พบว่า มหาวิทยาลัยจำนวน 4 แห่ง และ วิทยาลัยพยาบาลจำนวน 33 แห่ง ได้นำกระบวนการพยาบาลมาสอนในระดับประกาศนียบัตร ปริญญาตรี และปริญญาโท โดยสถาบันการศึกษาจำนวน 30 แห่ง เห็นด้วยในการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจากสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) มาสอนในหลักสูตรโดยมีเหตุผลของการนำมาใช้ คือ สามารถนำมาประยุกต์ได้ง่าย ยอมรับในประโยชน์และคุณค่าที่ได้รับจากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถใช้ในการติดต่อสื่อสารโดยอาศัยแนวคิดทางการพยาบาลและทำให้พยาบาลมีเหตุผลในการคิดเพิ่มมากขึ้น ขณะที่สถาบันการศึกษาจำนวน 9 แห่ง ปฏิเสธการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาสอนเนื่องจาก ไม่สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ได้ และไม่เข้าใจข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนในสถานบริการพยาบาลพบว่าสถานบริการพยาบาลจำนวน 55 แห่ง มีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์ ส่วนสถานบริการพยาบาลจำนวน 19 แห่ง ไม่มีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้เนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

สำหรับในต่างประเทศ ฟราย (Fry) ได้นำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1953 (Capenito, 1995) ซึ่งพบว่า มีปัญหาและอุปสรรคมากมายตลอดระยะเวลาของการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ จากงานวิจัยของ มาร์ติน (Martin, 1995) พบว่าอุปสรรคการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ได้แก่ พยาบาลไม่มีเวลาในการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นศัพท์เฉพาะ มีความยุ่งยากไม่สามารถเข้าใจได้ทันที ระดับบริหารไม่เห็นความสำคัญ หรือไม่สนับสนุนให้มีการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จึงได้มีกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก นักวิจัยพยาบาล และนักทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกันพัฒนาและจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis classification) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภท รวมทั้งผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็วและคุกคามต่อชีวิต (Sanford & Disch,

1989) ในช่วงภาวะวิกฤตนั้นผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากพยาบาล เพื่อให้พ้นจากอันตราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตนั้นต้องใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วย เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ รวดเร็วมากยิ่งขึ้น พยาบาลจึงมุ่งใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาด้านร่างกายที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างครอบคลุม (Locsin, 1995) ดังนั้นการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้จะช่วยให้พยาบาลสามารถมองเห็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมากขึ้น

ในต่างประเทศกอร์ดอนและฮิลตุนน (Gordon & Hiltunen, 1995) ได้ศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยสำรวจจากพยาบาล จำนวน 678 คน พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย มี 20 ข้อ คือ (1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (2) เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ (3) เสี่ยงต่อการมีบาดแผลที่ผิวหนัง (4) มีภาวะน้ำเกิน (5) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง (6) เสี่ยงต่อการขาดน้ำ (7) มีภาวะขาดน้ำ (8) มีบาดแผลที่ผิวหนัง (9) การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (10) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง (11) การขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (12) รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (13) เสี่ยงต่อความทันทานในการทำกิจกรรมลดลง (14) ความทันทานในการทำกิจกรรมลดลง (15) แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ (16) ปวด (17) การรับรู้ทางประสาทสัมผัสเพิ่มขึ้น (18) ขาดความรู้ (19) วิตกกังวล และ (20) ไม่สามารถอาบน้ำและดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหล่านี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาของ แสงอรุณ (2536) เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยหายใจวาย 1 ราย จากผลการศึกษาพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยหายใจวาย ดังนี้ (1) ร่างกายมีภาวะกรด เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (2) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มขึ้น (3) มีโอกาสเกิดแผลกดทับ และ (4) ญาติผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไม่เหมาะสม

แม้ว่าจะมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต แต่เนื่องจากความแตกต่างเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งวัฒนธรรม การศึกษาดังกล่าวจึงอาจไม่สามารถนำมาใช้กับประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่มีการทดลองซ้ำ นอกจากนี้ยังไม่พบรายงานการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทาง

การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยตรง ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญที่จะศึกษา
 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
 (nursing diagnostic categories) และข้อมูลสนับสนุน (defining characteristics) ของรายการ
 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้
 รวดเร็ว และมีความถูกต้อง แม่นยำมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ
 มากขึ้น การสำรวจข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตของพยาบาลในครั้งนี้จะเป็น
 พื้นฐานสำหรับการรวบรวมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงเพื่อเป็นแนวทาง
 ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อให้เกิดการยอมรับจากพยาบาลและแสดงถึง
 ความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการบันทึก
 ทางการพยาบาล ช่วยให้ระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลลดลง ทำให้พยาบาลสามารถใช้
 เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ดังที่กอร์ดอน (Gordon, 1982) ได้เห็นว่า การใช้ข้อวินิจฉัยทางการ
 พยาบาลที่เหมือนกันและเป็นที่ยอมรับจะช่วยให้สามารถพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา
 ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnostic categories) ในการ
 ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
2. เพื่อศึกษาข้อมูลสนับสนุน (defining characteristics) ของรายการข้อวินิจฉัยทางการ
 พยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnostic categories) ของผู้ป่วยภาวะ
 วิกฤตมีอะไรบ้าง
 - 1.1 รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีอะไรบ้าง
 - 1.2 รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤตมี
 อะไรบ้าง
 - 1.3 รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤตอยู่ใน
 แบบแผนสุขภาพใดบ้าง

1.4 รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤตอยู่ในแบบแผนสุขภาพใดบ้าง

2. ข้อมูลสนับสนุน (defining characteristics) ของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีอะไรบ้าง

2.1 ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีอะไรบ้าง

2.2 ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน หรือที่เรียกว่ารูปแบบ PES (Gordon, 1982 : 122-123 ; Gordon, 1994 : 23-27) โดย

P : Problem บอกถึงปัญหาหรือรายการของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลซึ่งเป็นข้อความที่อธิบาย ปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน

E : Etiology บอกถึงสาเหตุที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจาก พยาธิสรีรภาพ การรักษา ภาวะการถ่วงดุลบุคคล และสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย

S : Signs and Symptoms หรือ defining characteristics บอกถึงอาการและอาการแสดง หรือข้อมูลสนับสนุน หรือข้อบ่งชี้ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากการสังเกต การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ ซึ่งข้อมูลสนับสนุนหรือข้อบ่งชี้ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. ข้อมูลสนับสนุนหลักหรือข้อบ่งชี้หลัก (major defining characteristics) เป็นข้อมูลที่ใช้สนับสนุนรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งมีค่าคะแนนมากกว่า 0.75 ตามวิธีของ เฟห์ริง (Fehring's method)

2. ข้อมูลสนับสนุนรอง หรือข้อบ่งชี้รอง (minor defining characteristics) เป็นข้อมูลที่ใช้สนับสนุนรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0.50 ถึง 0.75 ตามวิธีของ เฟห์ริง (Fehring's method)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ 2 องค์ประกอบ คือ ปัญหา หรือรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (problems or nursing diagnostic categories) และอาการและอาการแสดงหรือ

ข้อมูลสนับสนุน (signs and symptoms or defining characteristics) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ในการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการศึกษารังนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน คือแบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด และแบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

นิยามศัพท์

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่บ่งบอกถึงการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งที่กำลังเกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการประเมินของพยาบาลวิชาชีพ สามารถวัดได้โดยการประเมินจากแบบสำรวจรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสำรวจการบันทึกรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก

ข้อมูลสนับสนุน หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ทั้งที่ได้จากการสังเกต การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยได้จากการประเมินของพยาบาลวิชาชีพ สามารถวัดได้โดยการประเมินจากแบบสำรวจข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้รวดเร็ว และมีความถูกต้อง แม่นยำมากขึ้น
2. ได้แนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

3. ได้แนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ในผู้ป่วยภาวะวิกฤต
4. ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียน การสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยเน้นถึงการพยาบาลตามปัญหาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้
5. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยพยาบาลในภาคใต้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
2. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต
5. การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลซึ่งได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีประโยชน์ในการสื่อสารให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้เข้าใจตรงกันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หรือปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อจะได้วางแผนให้การพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้จะกล่าวถึงความหมาย วิวัฒนาการของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ความสำคัญของการวินิจฉัยทางการพยาบาล กระบวนการในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามลำดับดังนี้

1.1 ความหมายของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ความหมายของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ได้มีผู้ให้นิยามไว้หลากหลายตามพื้นฐานและประสบการณ์ของแต่ละคนซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นการกำหนดข้อความที่แสดงถึงภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (ANA, 1980 cited by Ellis & Nowlis, 1994 : 155) หรือการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้น (NANDA, 1990 cited by Charnow,

Ellis, Ginnona, Goldberg, Salmans & Wallace, 1993: 54) ซึ่งพยาบาลสามารถระบุ (Gebbie & Levin, 1975 cited by Kozier, Erb & Bufalino, 1989 : 123) และให้การพยาบาลได้ตามกฎหมายของวิชาชีพ (Grimes & Burns, 1992: 28) เพื่อรักษาสุขภาพให้คงไว้ หรือป้องกันการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (ทวงรัตน์, 2534: 22-23; ศิริพร, 2532: 1, Capenito, 1987 ; Gordon, 1976 cited by Ellis & Nowlis, 1994: 115)

จะเห็นได้ว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เน้นการพยาบาลในบทบาทอิสระ กล่าวคือ พยาบาลสามารถกระทำได้ภายใต้ขอบข่ายของกฎหมาย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่ายังมี ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ จึง ต้องมีการกำหนดบทบาททั้งอิสระ และบทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในทีมสุขภาพในการแก้ไขปัญหา โดย โรเบิร์ต (Roberts, 1987) แบ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อวินิจฉัยที่ พยาบาลเป็นผู้คิดตามการตอบสนองของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้น โดยสามารถระบุปัญหาและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างอิสระ หรือพยาบาลมีบทบาทอิสระในการ ช่วยเหลือ ซึ่งเรียกว่า "behavioral nursing diagnosis" เช่น เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากขาด สารอาหาร เสี่ยงต่อการติดเชื้อของทางเดินหายใจ เนื่องจากกรดั่งของเสมหะ เป็นต้น

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต้องอาศัยบทบาททั้งอิสระและบทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในทีมสุขภาพในการแก้ปัญหาเรียกว่า "collaborative nursing diagnosis" เป็นข้อวินิจฉัยที่มาจาก กลุ่มอาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง หรืออาจเกิดขึ้นจากโรค การได้รับ บาดเจ็บ การรักษา ซึ่งต้องให้การรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์หรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เช่น เสี่ยงต่อหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีโอกาสเพิ่มความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.2 วิวัฒนาการของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลตลอดจน แสดงถึงเอกลักษณ์ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของวิชาชีพการพยาบาล และบทบาทหน้าที่ของ พยาบาลให้เด่นชัด ในระยะแรกของการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้มีการบันทึกปัญหา ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และในปี ค.ศ. 1947 เลสนิช และแอนเดอร์สัน (Lesnich & Anderson, 1947 cited by Jacox, 1994) ได้ให้ความเห็นว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถนำมากำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานได้อย่างกว้าง ๆ

สำหรับวิวัฒนาการของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถสรุปได้ดังนี้

ปี ค.ศ. 1953 ฟราย (Fry) ได้มีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทางการพยาบาลเป็นครั้งแรก ตลอดจนมีการกล่าวถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในบทความ และวารสารต่างๆ (Capenito, 1995)

ปี ค.ศ. 1960 ได้มีการศึกษาวิจัยถึงความสามารถของพยาบาลในคลินิกเกี่ยวกับการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย พบว่า การกำหนดบทบาทของพยาบาลไม่ชัดเจน บางครั้งเกิดปัญหาในการตัดสินใจ จึงเริ่มนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ ซึ่งช่วยให้พยาบาลคิดอย่างมีระบบและสามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้ (Charnow et al., 1993)

ปี ค.ศ. 1973 กีบปี และเลวิน (Gebbie & Lavin) แห่งมหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (St. Louis) ได้จัดตั้งกลุ่มพยาบาลแห่งอเมริกา เพื่อศึกษาการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และใช้ชื่อกลุ่มว่า กลุ่มจัดประชุมแห่งชาติ (The National Conference Group หรือ NCG) เป็นครั้งแรก โดยพยายามที่จะระบุบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพและมีการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้มีความเฉพาะเจาะจงกับภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหรือความพิการของแต่ละบุคคล ในการประชุมครั้งนี้ได้รวบรวมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 100 ข้อ แต่ไม่มีการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหล่านี้ และใช้การเรียงลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหล่านี้ตามลำดับอักษร หลังจากนั้นกลุ่มจัดประชุมแห่งชาติ (NCG) ได้จัดการประชุมกันทุก 2 ปี (Gebbie & Lavin, 1975; Roy, 1984 ; Thelan, Davie, Urden & Lough, 1994)

ปี ค.ศ. 1975 มันทินเจอร์ และจอรอน (Mundinger and Jauron) ได้แยกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลออกจากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทำให้กระบวนการพยาบาลถูกกำหนดออกเป็น 5 ขั้นตอน และมีการตีพิมพ์บทความการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในวารสาร *Nursing Outlook* ในปีนี้ได้มีการประชุมครั้งที่ 2 ของกลุ่มจัดประชุมแห่งชาติ (NCG) โดยได้ยอมรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 37 ข้อ (Charnow et al., 1993; Roy, 1984)

ปี ค.ศ. 1978-1980 มีการประชุมเพื่อจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ของกลุ่มจัดประชุมแห่งชาติ (NCG) ซึ่งนักทฤษฎีทางการพยาบาล ได้แก่ กอร์ดอน (Gordon) คิง (King) นิวแมน (Newman) โอเร็ม (Orem) พาร์เซ (Parse) โรเจอร์ส (Rogers) และรอย (Roy) เป็นต้น ได้นำกรอบแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ในการจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เป็นระบบเพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการได้ และในการประชุมครั้งนี้ทางกลุ่มได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพิ่มอีก 5 ข้อ รวมเป็น 42 ข้อ โดยใช้กรอบแนวคิดของมนุษย์ในลักษณะ

องค์รวม (unitary man) มาใช้ในการจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Hurley, 1986; Gordon, 1994; Roy, 1984)

ปี ค.ศ. 1982 มีการประชุมการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 5 ที่ มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (St. Louis University) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหรัฐอเมริกา และแคนาดา และเปลี่ยนชื่อกลุ่มจัดประชุมแห่งชาติ เป็นสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North American Nursing Diagnosis Association : NANDA) ซึ่งในการประชุมครั้งนี้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพิ่ม 15 ข้อ รวมเป็น 57 ข้อ โดยมีเป้าหมายในการทำงานครั้งนี้คือ (1) ต้องการหาความตรงและชัดเจนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และหาความตรงของสาเหตุ ปัจจัยเสริม และข้อมูลสนับสนุน (2) การพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ ๆ (3) การพัฒนาการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ (4) การบรรจุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ยอมรับแล้วเข้าในการจัดหมวดหมู่โรคระหว่างประเทศ (ICD-10) (Hurley, 1986; Kim, McFarland, McLane, 1984; Thelan et al., 1994)

ปี ค.ศ. 1984 มีการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบเรียกว่า "nursing diagnosis taxonomy" ในการประชุมครั้งที่ 6 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ เพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาและทบทวนระบบการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจากสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) อย่างสม่ำเสมอในการประชุมครั้งนี้ ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 63 ข้อ (Hoskins, 1989; Hurley, 1986)

ปี ค.ศ. 1986 มีการประชุมจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 7 โดยสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ได้พัฒนาและทดสอบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพิ่ม 21 ข้อ รวมเป็น 84 ข้อ และมีการใช้กรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ (human response framework) ในการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครั้งที่ 1 (Taxonomy I) นอกจากนี้มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้เป็นข้อมูลสำคัญในกลุ่มข้อมูลที่น้อยที่สุดทางการพยาบาล (Nursing Minimum Data Set : NMDS) (Fitzpatrick, 1991 ; Jones, 1998; McLane, 1987)

ปี ค.ศ. 1988-1989 สมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ได้จัดประชุมครั้งที่ 8 และมีการพัฒนาการทบทวนการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครั้งที่ 1 (reviewed Taxonomy I) โดยมีโครงการหลัก 2 โครงการ โครงการแรก คือ การแปล (translation) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีการทบทวนครั้งที่ 1 เข้าสู่รหัสการจัดหมวดหมู่โรคระหว่างประเทศ (ICD code) ส่วนโครงการที่ 2 เป็นการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจากสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) เสนอต่อองค์การ

อนามัยโลก (WHO) และได้พิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลแห่งอเมริกา มีการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะสุขภาพดี และในการประชุมครั้งที่ 8 นี้ ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่ม 13 ข้อ รวมเป็น 97 ข้อ (Fitzpatrick, 1991; Hoskins, 1989)

ปี ค.ศ. 1990 สมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ได้จัดการประชุมครั้งที่ 9 โดยมีประเด็นหลัก 2 ประการ ประเด็นแรก เป็นการพิจารณาถึงการทำงานที่ผ่านมา โดยคณะกรรมการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 2 (Taxonomy II) และการเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อเข้าสู่ระบบการจัดหมวดหมู่โรคระหว่างประเทศ 10 (ICD-10) ประเด็นที่สอง เป็นการให้ความหมายข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และในการประชุมครั้งนี้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพิ่มอีก 2 ข้อ รวมเป็น 99 ข้อ (Carroll-Johnson, 1991; Fitzpatrick, 1991)

ปี ค.ศ. 1991 คณะกรรมการ การประกันคุณภาพ ขององค์กรสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations : JCAHO) ได้เข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และมีการทบทวนมาตรฐานสำหรับการดูแลของพยาบาล ซึ่งมาตรฐานที่ได้รับการทบทวนนี้ คณะกรรมการประกันคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (JCAHO) ต้องการให้มีการนำมาใช้ดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน โดยนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ในการระบุปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งนี้แสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ (Charnow et al., 1993)

ปี ค.ศ. 1992 มีการประชุมจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ ครั้งที่ 10 ที่เมืองซานดิเอโก (San Diego) รัฐแคลิฟอร์เนีย มีผู้ร่วมประชุมมากกว่า 300 คน ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพิ่มอีก 10 ข้อ รวมเป็น 109 ข้อ (Carroll – Johnson & Paquette, 1994)

ปี ค.ศ. 1994 มีการประชุมจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 11 สมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) มีการยอมรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มอีก 19 ข้อ รวมเป็น 128 ข้อ (Gordon, 1994; Capenito, 1995 ; North American Nursing Diagnosis Association, 1994)

ปี ค.ศ. 1996-1997 มีการประชุมจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 12 ในการประชุมครั้งนี้มีการยอมรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพิ่มอีก 27 ข้อ รวมเป็น 155 ข้อ และมีการประชุมเกี่ยวกับการจัดหมวดหมู่กิจกรรมการพยาบาลระดับชาติ (National Nursing Intervention Classification : NIC) และการจัดหมวดหมู่เกี่ยวกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยระดับชาติ (National Nursing Outcome Classification : NOC) (Gordon, 1994; Jones, 1998)

ปี ค.ศ. 1998 มีการจัดงานฉลองครบ 25 ปี ของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) และโจนส์ (Jones) ได้รับการเลือกตั้งเป็นนายกสมาคมของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือและได้มีการประชุมจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการ

พยาบาล ครั้งที่ 13 ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับเพิ่มอีก 2 ข้อ รวมเป็น 157 ข้อ (Jones, 1998)

ปัจจุบันการวินิจฉัยทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาออกมาในรูปของระบบการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัย (diagnostic classification system) ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และสามารถนำมาใช้ในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลและเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.3 ความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ในอดีตที่ผ่านมา ก่อนการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลใช้ประสบการณ์ การปฏิบัติงานของตนและความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและการรักษาของแพทย์มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Charnow et al., 1993) ทำให้พยาบาลทำกิจกรรมเกินหน้าที่ของตน หรือ กระทำกิจกรรมที่เป็นบทบาทของแพทย์ หรือมีการตัดสินใจปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยนอกเหนือขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ผลจากการกระทำเหล่านี้ ทำให้พยาบาลเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย และเมื่อมีความผิดพลาดจากการกระทำเกิดขึ้น พยาบาลจะรู้สึกผิด ความภาคภูมิใจลดลง (กอบกุล, 2538) ขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน และต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย ประมาณปี ค.ศ. 1970 เกบบีและเลวิน (Gebbie & Lavin) ได้มีโครงการเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ จึงสามารถจำแนกบทบาทของพยาบาลให้เห็นชัดเจนขึ้น โดยเน้นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยมีกฎหมายรับรอง และตัดสินใจว่า ปัญหาใดเป็นปัญหาทางคลินิกที่ควรบันทึกในคอมพิวเตอร์ (Gibbie & Lavin, 1975) โดยใช้ข้อความหรือรหัสข้อมูลที่สั้น กระชับ มีความสมบูรณ์และแตกต่างจากวิชาชีพอื่น ตลอดจนสามารถสื่อความหมายให้เข้าใจได้ทั้งวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ ในขณะนั้นพบว่า ข้อความหรือรหัสข้อมูลไม่มีการหาความตรงของข้อมูล ข้อมูลด้อยคุณภาพ (Gibbie & Lavin, 1975) จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีกลุ่มพยาบาลในต่างประเทศที่ปฏิบัติงานในคลินิก นักวิจัยพยาบาล นักทฤษฎีทางการพยาบาล พยาบาลปฏิบัติงานทางคลินิก และนักวิชาการได้ร่วมมือกันกำหนดข้อความที่สั้น กระชับ อ่านเข้าใจง่าย และบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Charnow et al., 1993) ซึ่งเรียกว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการวางแผนปฏิบัติงานรวมทั้งควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยวิธีการทดสอบวิจัยเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนมีการปรับปรุงชัดเจนการใช้ภาษา พัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (Jacox, 1994) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจึงเป็นเสมือนสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลตลอดจนการปฏิบัติงานทาง

คลินิก ซึ่งจุดมุ่งหมายสำคัญของการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้มีดังนี้ (ฟาริดา, 2526 ; Guzzetta & Dossey, 1983 ; Kozier & Erb, 1983 ; Potter & Perry, 1995)

1. ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหา สามารถค้นหาเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง

2. กำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหา และเกณฑ์ประเมินผลการแก้ปัญหา เพื่อใช้เป็นแนวทางกำหนดทิศทางของการแก้ปัญหาและการวัดผลการแก้ปัญหาจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เมื่อได้รับการแก้ปัญหาแล้ว

3. ใช้เป็นแนวทางในการอธิบายในทีมการพยาบาลก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลและเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วย

4. นำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่มีความเป็นไปได้ มีความหมาย โดยมุ่งไปสู่การแก้ปัญหาอย่างแท้จริง

5. นำไปใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลในลักษณะการแก้ปัญหา แทนที่จะเขียนในลักษณะกิจกรรม พยาบาลจะบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกต ตรวจร่างกาย หรือค้นคว้าทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย ทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ชัดเจน

6. ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ประเมินคุณภาพ และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ทั้งนี้เพราะการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเป้าหมายของการพยาบาล ถ้าผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการในการปรับตัว และช่วยเหลือตนเองให้ดำรงศักยภาพไว้ได้ การพยาบาลที่ให้อยู่หมัดว่าเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน

7. ใช้แก้ปัญหาในเรื่องการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลไม่มีหน้าที่บอกถึงการวินิจฉัยโรค หรือการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วย แต่พยาบาลต้องบอกความจริงในลักษณะการวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงการคุกคามเสถียรภาพของชีวิต

8. ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยทางคลินิก

9. ใช้ในการสื่อสารภายในกลุ่มพยาบาล ทำให้ทุกคนเห็นสภาพการณ์ของผู้ป่วยได้ไม่แตกต่างกัน และร่วมปรึกษาหารือในการหาแนวทางช่วยเหลือที่เป็นกิจลักษณะมากขึ้น

10. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะช่วยทำให้กระบวนการพยาบาลแข็งแกร่งขึ้น โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ใช้ระบุภาวะสุขภาพ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการรวบรวม

ข้อมูล และสามารถกำหนดกิจกรรมการแก้ปัญหาที่มุ่งไปสู่การพยาบาลบุคคล และบรรลุเป้าหมายของการแก้ปัญหา ให้ครอบคลุมบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและการฟื้นฟูสภาพ

11. สามารถสร้างองค์ความรู้ให้กับพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของวิชาชีพพยาบาล

12. ช่วยทำให้บทบาทอิสระของพยาบาลเด่นชัดขึ้น และขอบเขตหน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลมากขึ้น กระตุ้นให้พยาบาลแสวงหาความรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยยกระดับมาตรฐานของวิชาชีพ

จะเห็นได้ว่าการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เฉพาะเจาะจง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันก็เป็นประโยชน์ต่อพยาบาล ในด้านการติดต่อสื่อสารในทีมการพยาบาล และช่วยให้วิชาชีพก้าวหน้า มีมาตรฐานการพยาบาลสูงขึ้น นอกจากนี้ทำให้เห็นความเป็นอิสระของพยาบาลในการให้บริการ ทำให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดความรักในวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรนซ์ คาร์ลิก และคินิรี (Krenz, Karlik & Kiniry, 1989) เกี่ยวกับการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไปใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโรเบิร์ต วูด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson University Hospital) พบว่า พยาบาลสามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาใช้ตอบสนองความต้องการผู้ป่วย ทำให้มองผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม สามารถวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น นอกจากนี้การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่งเสริมความพึงพอใจให้กับพยาบาล ทำให้พยาบาลคงอยู่ในวิชาชีพของตน และส่งเสริมความก้าวหน้าให้กับวิชาชีพการพยาบาล

1.4 กระบวนการในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล ถือเป็นผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งพยาบาลต้องใช้กระบวนการคิด ทั้งการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ได้เสนอกระบวนการในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.4.1 การรวบรวมข้อมูล (collecting information) พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยสังเกตอาการและอาการแสดง การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.4.2 การแปลความหมายข้อมูล (information interpretation) หลังจากทีรวบรวมข้อมูลได้ ต้องมีการแปลความหมายข้อมูล เพื่อบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งการแปลความหมาย ข้อมูลต้องใช้เหตุผลในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาล

1.4.3 การจัดกลุ่มของข้อมูล (information clustering) ภายหลังจากแปลความหมายข้อมูล แล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การจัดกลุ่มข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่บอกถึงภาวะสุขภาพ/ปัญหาสุขภาพ เดียวกันมาจัดไว้ในกลุ่มเดียวกัน

1.4.4 การกำหนดชื่อของกลุ่มข้อมูล (naming the cue cluster) เมื่อมีการรวบรวมข้อมูล แปลความหมายข้อมูลและการจัดกลุ่มของข้อมูล จะทำให้ได้กลุ่มข้อมูลที่เหมาะสมกับรายการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งสามารถกำหนดชื่อของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จาก ลักษณะของข้อมูลในกลุ่มข้อมูลนั้น ๆ

1.5 แนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จัดว่าเป็นทักษะสำคัญสำหรับพยาบาล ต้องอาศัย ทักษะทางความคิดที่ต้องฝึกบ่อย ๆ เมื่อชำนาญขึ้น ก็จะสามารถเขียนข้อวินิจฉัยได้ง่าย จากการศึกษาของโทมัส และนิวซัม (Thomas & Newsome, 1992) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก็คือ ความสามารถของพยาบาลใน ด้านความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถิติปัญญา ไหวพริบ ประสบ การณ์ และความสามารถในการรวบรวมข้อมูล จากการศึกษาวิจัยของวอล์ทเธอร์ และคณะ (2538) พบ ว่า นักศึกษาพยาบาลที่เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรู้สึกยุ่งยากในการใช้ภาษาของข้อวินิจฉัยทาง การพยาบาล รู้สึกยากลำบากในการเข้าใจความหมายของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีความสับสน เวลาเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพราะไม่มีหลักเกณฑ์ในการเขียนที่แน่นอน เพื่อให้การเขียน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นลักษณะหรือแนวทางเดียวกัน และง่ายต่อความเข้าใจ กอร์ดอน (Gordon, 1982) ได้เสนอองค์ประกอบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็น 3 ส่วน คือ

1. ปัญหา (problem : P) เป็นข้อความที่อธิบายถึงปัญหาทางสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเป็นข้อความที่ชัดเจน กะทัดรัด มีความเฉพาะเจาะจง ที่พยาบาลสามารถ วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระ นอกจากนี้ คาร์เพนนิโต (Capenito, 1995) ได้แบ่งปัญหาเป็น 3 ระดับ (1) ปัญหาที่กำลังเป็นอยู่ในปัจจุบัน (actual) (2) ปัญหาที่กำลังจะ เกิดขึ้น (potential) ซึ่งเป็นปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างแน่นอนถ้าไม่ให้การพยาบาล และ (3) ปัญหาที่มี โอกาสจะเกิดขึ้นได้ (possible) เป็นปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ แต่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม แต่สามารถ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ได้แบ่งประเภทของปัญหา/ข้อวินิจฉัยทาง

การพยาบาล เป็น 3 ลักษณะ คือ (1) ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง (actual nursing diagnosis) (2) ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำลังจะเกิดขึ้น หรือมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเกิดขึ้น (potential or high risk nursing diagnosis) และ (3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านสุขภาพดี (wellness nursing diagnosis)

2. สาเหตุ (etiology : E) เป็นข้อความที่อธิบายสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีข้อความที่ชัดเจน กะทัดรัด และเฉพาะเจาะจง เมื่อเขียนร่วมกับปัญหา จะสามารถบอกแนวทางการวางแผนการพยาบาลได้ สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา หรือเกิดการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ อาจเกิดจากปัจจัย 4 ด้าน (Capenito, 1995) ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านพยาธิสรีรภาพ (ด้านร่างกายและจิตใจ) ได้แก่ เบื่ออาหารอย่างรุนแรง เป็นต้น (2) ปัจจัยทางการรักษา เช่น ยา การตรวจวินิจฉัย การผ่าตัด การรักษา เป็นต้น (3) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ซึ่งมีทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ชุมชน สถาบัน ประสพการณ์ชีวิต บทบาท เป็นต้น และ (4) ปัจจัยทางด้านวุฒิภาวะ ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกี่ยวกับวัย

3. ข้อมูลสนับสนุน (signs and symptoms : S) เป็นข้อความที่เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตพฤติกรรม การซักถาม การตรวจร่างกาย จากบันทึกเพิ่มประวัติผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

จะเห็นได้ว่า การนำองค์ประกอบ ปัญหา สาเหตุ และข้อมูลสนับสนุน (PES) มาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสามารถช่วยในการวางแผนการปฏิบัติงานในคลินิก และสามารถใช้ในระบบการบันทึกที่เน้นปัญหา (problem-oriented record system) และการบันทึกในคาร์ตเด็กซ์ได้อย่างชัดเจน ในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีผู้เสนอแนวทางไว้ดังต่อไปนี้ (Guzzetta & Dossey, 1983 ; Mundinger & Jauron, 1978 cited by Kozier & Erb, 1983 ; Potter & Perry, 1995 ; Murry & Atkinson, 1994)

1. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ไม่ใช่ความต้องการการรักษาพยาบาล
2. ใช้คำว่า “เนื่องจาก” เชื่อมข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของมนุษย์กับสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ไม่ควรใช้ข้อความที่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย เช่น “เสี่ยงต่อการทำลายผิวหนัง เนื่องจากไม่ค่อยได้รับการพลิกตัว “และ” ขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง เนื่องจากไม่ค่อยได้รับการดูดเสมหะ”

4. การวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีพื้นฐานจากข้อมูลปรนัยและข้อมูลอัตนัยที่รวบรวมจากผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมืออย่างดีหรือจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องเป็นข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้ นำมาเปรียบเทียบกับคุณค่าและมาตรฐานที่สอดคล้องและเหมาะสมกัน โดยไม่ใช่คุณค่าและมาตรฐานส่วนตัวของพยาบาล

5. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แทนที่จะเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่า “ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากทนต่อกิจกรรมลดลง” ควรเปลี่ยนเป็น “ทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง” เพราะการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงส่งผลให้เกิดความทนต่อกิจกรรมลดลง

6. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน

8. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ หรือส่งเสริมได้ (ในกรณีที่มีภาวะสุขภาพดี พยาบาลต้องส่งเสริมให้ดียิ่งขึ้น)

9. ควรหลีกเลี่ยงการใช้การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพราะพยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้ ภายใต้อาชีพของพยาบาล

10. ต้องเป็นข้อความที่สั้นกะทัดรัด และให้ความหมายชัดเจน เช่น มีการเปลี่ยนแปลง มีการคุกคาม ขาด มีโอกาสเกิด ไม่เพียงพอ น้อยลง ไม่สามารถ มีการรบกวน ขาดความร่วมมือ เป็นต้น และควรกำหนดลักษณะที่ชัดเจน เช่น อย่างเรื้อรัง อย่างมาก เล็กน้อย เป็นระยะ ๆ อย่างสมบูรณ์ ฯลฯ

11. ต้องมุ่งผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ต้องเฉพาะเจาะจง คือ กำหนดเป็นพฤติกรรมของผู้รับบริการต่าง ๆ ที่บอกถึงภาวะสุขภาพ ไม่พูดในลักษณะที่เป็นแนวคิดกว้าง ๆ ซึ่งไม่ช่วยให้มองเห็นแนวทางการพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของการฝึกการวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลอาจพบปัญหาว่าไม่สามารถเขียนออกมาให้ได้ข้อความที่พยาบาลสามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ ดังนั้นจึงไม่ควรจำกัดตัวเองมากนัก ค่อย ๆ ฝึกเขียนไป ปรึกษารื้อกับเพื่อนพยาบาลด้วยกัน เมื่อมีความชำนาญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความแม่นยำและลึกซึ้งในแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ก็จะสามารถเขียนได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

2. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ในระยะแรกของการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับกรอบแนวคิดที่เป็นพื้นฐานการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ต่อมานักทฤษฎีทางการพยาบาล ได้นำกรอบแนวคิดมาใช้ในการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เป็นระบบ ในที่นี้เสนอการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ (human response) ของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North American Nursing Diagnosis Association, 1994) และ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern :FHP) ของ กอร์ดอน (Gordon, 1994)

2.1 การจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)

สมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ได้ใช้กรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ (human response) ในการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ครั้งที่ 1 (Taxonomy I) โดยกรอบแนวคิดนี้เป็นการแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถอธิบายองค์รวมของการพยาบาลเกี่ยวกับมโนทัศน์หลักทางการพยาบาล (metaparadigm) ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลไว้ชัดเจน (England, 1989) และสามารถใช้อ้างอิงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้แบบองค์รวม (Krite, 1978 cited by Fitzpatrick, 1990) กรอบแนวคิดของการตอบสนองของมนุษย์ (human response) มีทั้งหมด 9 แบบแผน ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึง รายละเอียดเกี่ยวกับ ความหมาย องค์ประกอบ และตัวอย่าง จำนวนข้อและรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจาก NANDA ดังนี้ (Capenito, 1995 ; Craven & Hirule, 1992 ; Fitzpatrick, 1991 ; The North America Nursing Diagnosis Association, 1994)

1. แบบแผนที่ 1 การแลกเปลี่ยน (exchanging) หมายถึง การเปลี่ยน การสูญเสียบางสิ่งขณะเดียวกันได้รับบางสิ่งกลับคืนมา การทำหน้าที่แทนองค์ประกอบอีกอย่างหนึ่ง การแลกเปลี่ยนกิจกรรมในด้านการให้และการรับ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนการแลกเปลี่ยน ส่วนใหญ่เป็นข้อวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย สามารถจำแนกได้ 6 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (1) อาหาร มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ ภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการ เป็นต้น (2) การควบคุมหน้าที่ของร่างกาย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ / มีไข้ เป็นต้น (3) ระบบขับถ่าย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ ท้องผูก ท้องเสีย เป็นต้น (4) การ

ไหลเวียน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง มีภาวะขาดน้ำ เป็นต้น (5) การระบายอากาศ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง รูปแบบการหายใจผิดปกติ เป็นต้น และ (6) ความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อร่างกาย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ มีบาดแผลที่ผิวหนัง เชื้อบวมปากไม่สมบูรณ์ เป็นต้น

2. แบบแผนที่ 2 การติดต่อสื่อสาร (communicating) หมายถึง การสนทนา การส่งความคิด ความรู้สึก หรือข้อความที่เป็นคำพูด หรือการแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช้คำพูด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนนี้ คือ ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาลดลง

3. แบบแผนที่ 3 ความสัมพันธ์ (relating) หมายถึง การแสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล สิ่งของ หรือสถานที่ การแสดงถึงความผูกพัน (สายสัมพันธ์) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนความสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับแบบแผนย่อยๆ 3 แบบแผน คือ (1) แบบแผนสังคม มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลง แยกตัวจากสังคม เป็นต้น (2) แบบแผนครอบครัว (บิดา-มารดา) มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่บิดามารดาไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของความผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก เป็นต้น และ (3) แบบแผนเพศสัมพันธ์ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

4. แบบแผนที่ 4 คุณค่า (valuing) หมายถึง แสดงถึงความเป็นห่วง เป็นกังวล เอาใจใส่ ดูแล และให้ความสำคัญกับสิ่งนั้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนคุณค่า เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ ซึ่งยังขาดความสมบูรณ์และจำเป็นต้องมีการพัฒนาเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนนี้ ข้อวินิจฉัยในแบบแผนนี้ ได้แก่ มีความกดดันด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น

5. แบบแผนที่ 5 การเลือก (choosing) หมายถึง การตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ตนต้องการโดยอิสระ การเลือกในสิ่งที่ตนเองชอบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนการเลือก เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับ การเผชิญปัญหา การไม่ให้ความร่วมมือ ในกลุ่มบุคคลและครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ เป็นต้น

6. แบบแผนที่ 6 การเคลื่อนไหว (moving) หมายถึง การมีกิจกรรม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานที่หรือตำแหน่ง มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย หรืออวัยวะบางส่วนของร่างกาย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผน การเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ คือ (1) กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง อ่อนเพลีย เป็นต้น (2) การพักผ่อน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น (3) นันทนาการ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

กิจกรรมนั้นหนาการลดลง เป็นต้น และ (4) การทำกิจวัตรประจำวัน มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ไม่สามารถอาบน้ำและดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ ไม่สามารถแต่งกายได้ เป็นต้น

7. แบบแผนที่ 7 การรับรู้ (perceiving) หมายถึง การเข้าใจความรู้สึกด้านจิตใจ การเข้าใจบุคคลอื่นโดยไม่แสดงให้เขารู้ หรือเป็นการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นอย่างเข้าใจ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนการรับรู้ สามารถแบ่งได้ 2 ด้าน คือ (1) ด้านอัตมโนทัศน์ และการรับรู้ตนเอง มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ หมคพลัง/ท้อแท้ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เป็นต้น และ (2) ด้านการตอบสนองของระบบประสาทสำหรับความรู้สึก มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ขาดการรับรู้ส่วนที่มีอัมพาตครึ่งซีก พหาคความรู้สึก เป็นต้น

8. แบบแผนที่ 8 การรู้จัก (knowing) หมายถึง การให้ความหมายที่มีความสัมพันธ์กับข้อความ การตระหนักถึงบางสิ่งบางอย่างโดยการสังเกต การตั้งคำถาม ประสพการณ์ที่ตนเองคุ้นเคย ทั้งการกระทำ และความเข้าใจ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนการรู้จัก สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (1) ความรู้ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ขาดความรู้ เป็นต้น (2) การเรียนรู้ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การแปลความหมายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยบกพร่อง เป็นต้น และ (3) ความคิด มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ กระบวนการคิดเสื่อม สูญเสียความทรงจำ เป็นต้น

9. แบบแผนที่ 9 ความรู้สึก (feeling) หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาวะที่มีผลต่ออารมณ์ หรือมีผลทำให้รู้จักคิดพิจารณา ความรู้สึก ความเข้าใจ ประสพการณ์จากการมีสติ หรือรู้สึกคิด ในข้อมูลที่ได้รับ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ภายใต้แบบแผนความรู้สึก สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (1) ความโศกเศร้า มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ความโศกเศร้าที่ผิดปกติ คาดการณ์ว่าจะพบกับความเศร้าโศก เป็นต้น (2) ความก้าวร้าว มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และ (3) ภาวะทางจิตใจที่มีผลกระทบจากการบาดเจ็บ/ถูกทำร้ายร่างกาย มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตจากการถูกข่มขืน มีความกระทบกระเทือนทางจิตหลังการบาดเจ็บ เป็นต้น

นอกจากนี้ในการใช้กรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ทั้ง 9 แบบแผนนี้ มีการจำแนกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลตามระดับความเป็นนามธรรม (abstraction) ของการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ 4 ระดับ ดังนี้ (Capenito, 1995 ; Happ & Kerr, 1991 ; NANDA, 1994)

(1) ความเป็นนามธรรมระดับที่ 1 ใช้เป็นแนวทางกว้าง ๆ สำหรับจำแนกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลภายใต้รูปแบบการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ 9 แบบแผน และความเป็นนามธรรมระดับนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ แต่ทำให้ทราบถึง แนวทางในการติดตามกิจกรรมที่ต้องกระทำ

(2) ความเป็นนามธรรมระดับที่ 2 สามารถจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในลักษณะของการให้การพยาบาล และการรวบรวมข้อมูลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลสั้น ๆ และในเวลาที่ย้ำกัค ซึ่งแสดงถึงลักษณะความเสี่ยงที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อน และลักษณะความรุนแรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น

(3) ความเป็นนามธรรมระดับที่ 3 สามารถจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในลักษณะของการให้การพยาบาลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัว หรือสมาชิกในทีมสุขภาพมากขึ้น และสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและแหล่งประโยชน์ที่ต้องการได้ในระดับปานกลาง

(4) ความเป็นนามธรรมระดับที่ 4 สามารถจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในลักษณะของการให้การพยาบาล ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัว หรือสมาชิกในทีมสุขภาพมากขึ้น และสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและแหล่งประโยชน์ที่ต้องการได้ในระดับสูง

ปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัย การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ๆ มากขึ้น จึงทำให้ระดับความเป็นนามธรรมของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลลดลง (Gordon, 1994) และสามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาของ แฮ็ป และเคอร์ (Happ & Kerr, 1991) ซึ่งศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 50 คน โดยใช้กรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ภายใต้แบบแผนการแลกเปลี่ยน จากการศึกษาพบว่า ข้อวินิจฉัยที่พบบ่อยมีจำนวน 10 ข้อ คือ (1) มีบาดแผลที่ผิวหนัง (2) มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการ หรือขาดสารอาหาร (3) ดัดเชื้อ (4) ท้องผูก (5) การจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (6) รูปแบบการหายใจผิดปกติ (7) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง (8) เสี่ยงต่อการมีบาดแผลที่ผิวหนัง (9) เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ และ (10) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ นอกจากนี้พบว่าข้อวินิจฉัยเหล่านี้จะอยู่ในระดับนามธรรมที่ 3 และ 4

ตัวอย่าง การจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างมีระบบของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA Taxonomy) โดยใช้กรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ ในแบบแผน 9 คือ ความรู้สึก (feeling) (Gordon, 1994)

- | | | |
|------------|---------|------------------------|
| ระดับที่ 1 | 9.0 | ความรู้สึก |
| ระดับที่ 2 | 9.1 | การเปลี่ยนแปลงความสบาย |
| ระดับที่ 3 | 9.1.1 | ความเจ็บปวด |
| ระดับที่ 4 | 9.1.1.1 | เจ็บปวดเรื้อรัง |
| ระดับที่ 2 | 9.2 | การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ |
| ระดับที่ 3 | 9.2.1 | เศร้าโศก |

ระดับที่ 4	9.2.1.1 ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ
	9.2.1.2 คาดการณ์ว่าจะพบกับความเศร้าโศก
ระดับที่ 3	9.2.2 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง / ผู้อื่น
ระดับที่ 4	9.2.2.1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองพิจารณา
ระดับที่ 3	9.2.3 มีความกระทบกระเทือนทางจิตหลังการบาดเจ็บ
ระดับที่ 4	9.2.3.1 ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจจากการถูก ข่มขืน
ระดับที่ 5	9.2.3.1.1 ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิต จากการถูกข่มขืน : ปฏิกริยา
	9.2.3.1.2 ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิต จากการถูกข่มขืน : ปฏิกริยาสงบ
ระดับที่ 2	9.3 การเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์
ระดับที่ 3	9.3.1 วิตกกังวล
	9.3.2 กลัว

2.2 การจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (FHP)

กอร์ดอน (Gordon, 1982) ได้เสนอกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพที่ได้ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน และสิ่งแวดล้อม และแต่ละแบบแผนมีความสัมพันธ์ และอาจเป็นเหตุหรือผลของโรค และความเจ็บป่วย การพิจารณาความปกติหรือผิดปกติของแบบแผนอยู่บนพื้นฐานของปทัสถานในเรื่องนั้น (ศิริพร, 2537) ในแต่ละแบบแผนสุขภาพจึงประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก และปัจจัยส่งเสริม อุปสรรคต่อแบบแผนนั้น ๆ และบางแบบแผนสามารถแบ่งย่อยได้อย่างชัดเจน (ศิริพร, 2537; Gordon, 1982) ในระยะแรกของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กอร์ดอนเน้นเฉพาะการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ต่อมากรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติ จึงได้ขยายขอบเขตการนำไปใช้ในผู้รับบริการที่มีภาวะสุขภาพดี และมีการนำกรอบแนวคิดนี้ไปพัฒนาให้มีความหมายครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยมีการรวบรวมข้อมูลจากบุคคล ครอบครัวและชุมชนตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน (Capenito, 1987; Houldin, Salstein & Ganley, 1987 อ้างใน ศิริพร,

2537; Gordon, 1982) ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนมีดังนี้ (Gordon, 1994; 1995; Capenito, 1987; Houldin, Salstein & Ganley, 1987 อ้างในศิริพร, 2537)

1. แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (health perception –health management pattern) หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนรับผิดชอบ การดูแลสุขภาพนี้รวมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะที่สุขภาพดี และในภาวะเจ็บป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 1 ได้แก่ การดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการป้องกันตัวไม่เหมาะสม เป็นต้น
2. แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional-metabolic pattern) หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำ ของบุคคลหรือบริโภคนิสัย กระบวนการที่ร่างกายเผาผลาญ และใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ในร่างกาย การเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 2 ได้แก่ ภาวะโภชนาการเกินความต้องการ หรือเป็นโรคอ้วน การกลืนผิดปกติ มีภาวะขาดน้ำ มีบาดแผลที่ผิวหนัง และอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติหรือมีไข้ เป็นต้น
3. แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (elimination pattern) หมายถึง แบบแผนและกระบวนการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ทั้งการขับถ่ายกากอาหาร น้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 3 ได้แก่ ท้องผูก ท้องร่วง ปัสสาวะคั่ง และ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้เลย เป็นต้น
4. แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity-exercise pattern) หมายถึง แบบแผนการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (activities of daily living) การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ และแบบแผนการออกกำลังกาย กระบวนการทำงานที่ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การพัฒนาการและการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจ และการไหลเวียน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 4 ได้แก่ อ่อนเพลีย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสี่ยงจากการไม่ได้ใช้อวัยวะ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ไม่สามารถแต่งกายเองได้ กิจกรรมนันทนาการลดลง และรูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น
5. แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (sleep-rest pattern) แบบแผนการนอนและกระบวนการนอนหลับ และการผ่อนคลาย (relax) ของบุคคล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 5 คือ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ

6. แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (cognitive-perceptual pattern) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และความสามารถและการพัฒนาทางสติปัญญา เช่น ความจำ การคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา อารมณ์ของบุคคล ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในแบบแผนที่ 6 ได้แก่ ปวด ชา การรับรู้ส่วนที่มีอัมพาตครึ่งซีก พหุความรู้สึก และ กระบวนการคิดเสื่อม เป็นต้น

7. แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (self-perceptual-self-concept pattern) หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อตนเองในภาพรวม และในแต่ละคุณลักษณะ ได้แก่ ความสวยงาม ความสามารถ ความดี ไม่ดี ความถูกต้อง ความภูมิใจในตนเอง ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในแบบแผนที่ 7 ได้แก่ กลัว หดหู่/ท้อแท้ ความรู้สึกภูมิใจในตนเองลดลง วิตกกังวล และ ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น

8. แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (role-relationship pattern) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลตามบทบาท และสัมพันธ์ภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การพัฒนาการทางด้านสังคม ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในแบบแผนที่ 8 ได้แก่ ความโศกเศร้าผิดปกติ แยกตัวจากสังคม กระบวนการครอบครัวเปลี่ยนแปลง และ เลี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เป็นต้น

9. แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (sexuality-reproductive pattern) หมายถึง ลักษณะการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์ ซึ่งการพัฒนาการตามเพศจะครอบคลุมถึงการพัฒนาการทางด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงออกทางลักษณะพฤติกรรมทางเพศ การพัฒนาการของพฤติกรรมตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมากทั้งการพัฒนาการของร่างกาย และอิทธิพลของสังคม ถึงแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลี้ยงดู ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในแบบแผนที่ 9 ได้แก่ มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนเพศสัมพันธ์ และ ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจจากการถูกข่มขืน เป็นต้น

10. แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด (coping-stress-tolerance pattern) หมายถึง การรับรู้ความเครียด และสาเหตุ วิธีการและกระบวนการในการจัดการกับความเครียด ทั้งในระดับที่รู้ตัว เป็นอัตโนมัติ บังคับเสียดังที่ทำให้เกิดความเครียด ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในแบบแผนที่ 10 ได้แก่ ปฏิเสธ การปรับตัวผิดปกติ ขาดระบบสนับสนุน และ ครอบครัวไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ เป็นต้น

11. แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (value-belief pattern) หมายถึง ภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตของตนเอง

เป้าหมายในการดำเนินชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในแบบแผนที่ 11 ได้แก่ มีความกดดันด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจะช่วยให้เห็นลักษณะของการปฏิบัติทางการแพทย์เด่นชัดขึ้น โดยที่พยาบาลมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้รับบริการมีศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และสอดคล้องกับแนวคิดของการมีสุขภาพดีในปัจจุบันที่เน้นการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ สามารถพัฒนาและผสมผสานกับรูปแบบทางการแพทย์อื่น ๆ ได้ มีความยืดหยุ่นในการใช้ค่อนข้างสูง ทำให้นำไปใช้ ในการดูแลผู้รับบริการได้ทุกภาวะสุขภาพ ใช้เป็นกรอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลในพยาบาลบุคคลทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ตลอดจนเป็นแบบแผนที่ง่ายต่อการเข้าใจ ไม่แตกต่างจากความเชื่อพื้นฐานเดิมเกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ภาษาที่ใช้ เป็นภาษาทั่วไปในการพยาบาล โดยไม่ได้มีกรณีบัญญัติศัพท์ที่แตกต่างจากเดิม นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ยอมรับแล้วจากสมาคมพยาบาลข้อวินิจฉัยทางการแพทย์แห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) บรรจงได้ทั้งหมดในแต่ละแบบแผนสุขภาพทำให้ข้อวินิจฉัยแต่ละข้อมีข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยได้ชัดเจนและจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลในแต่ละข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (ศิริพร, 2532)

ในประเทศไทยมีการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ โดยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อมุ่งสร้างข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยวิไลณี แสงอรุณอุบลวรรณ และรุ่งฤดี (2541) เรื่องแบบแผนสุขภาพ : การพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคเลือดพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหารมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.24 รองลงมาคือ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนการนอนหลับ และแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 73.17 40.78 9.76 4.88 2.44 และ 2.44 ตามลำดับ

วูดลี และ ออร์ท (Woodtli & Ort, 1993) ได้มีการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และแบบแผนสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งของระบบย่อยอาหารที่ได้รับการรักษา โดยรังสีรักษา จำนวน 15 คน พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์จำนวน 17 ข้อ ภายใต้แบบแผนสุขภาพ 8 แบบแผน กล่าวคือแบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์จำนวน 4 ข้อ คือ (1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (2) มีบาดแผลที่ผิวหนัง (3) มีแผลที่เนื้อเยื่อ และ (4) ภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการ หรือขาดสารอาหาร แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

พยาบาลจำนวน 3 ข้อ คือ (1) ท้องผูก (2) ท้องเสีย และ (3) มีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย แบบแผน
 ที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 2 ข้อ คือ
 (1) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เสีย และ (2) ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง แบบแผนที่
 5 การพักผ่อนนอนหลับ พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 1 ข้อ คือ แบบแผนการนอน
 หลับผิดปกติ แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
 จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง และ (2) ความภาคภูมิใจลดลง แบบแผนที่ 8 บท
 บาทและสัมพันธภาพ พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 2 ข้อ คือ (1) แยกตัวจากสังคม
 และ (2) การเปลี่ยนแปลงบทบาทการกระทำ แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ พบว่ามี
 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 1 ข้อ คือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนเพศสัมพันธ์ และแบบแผนที่
 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 2 ข้อ คือ
 (1) การเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ และ (2) การปรับตัวผิดปกติ

จากการนำกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพมาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ
 พยาบาล จะทำให้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทั้งทางด้าน
 ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และสามารถใช้ได้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และช่วย
 เอื้ออำนวยประโยชน์ให้กับผู้ที่เริ่มใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ๆ ให้เกิดความสะดวก และง่าย
 ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของการตอบสนองของ
 มนุษย์ ของ NANDA จะเป็นที่ยอมรับในการประชุมจัดหมวดหมู่ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
 ก็ตาม ยังพบว่า มีความยากลำบากในการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหล่านี้ ใน
 ภาพรวมทั้งหมด เนื่องจากการนำกรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ไปใช้นั้น ผู้ใช้ต้องทำตาม
 ความเข้าใจความหมายของแต่ละกลุ่มให้ชัดเจนก่อนนำไปใช้ ทำให้ผู้ใช้กรอบแนวคิดนี้รู้สึกยุ่งยาก
 และไม่สะดวก งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่นำการตอบสนองของมนุษย์มาเป็นกรอบแนวคิด แต่จะเป็นการ
 เลือกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับภายใต้กรอบแนวคิดนี้ของ NANDA มาศึกษา
 โดยตรง ซึ่งอาจทำให้ขาดการมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม ดังนั้นจึงมีการนำเสนอ
 กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีอื่น ๆ เช่น กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการปรับตัว
 ของรอย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เป็นต้น มาใช้ในการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วม
 ด้วยเพื่อให้เกิดความง่าย และสะดวกในการรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะจะเห็นได้ว่าในประเทศไทยมี
 การนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพไปใช้ในสถานการศึกษาหลายแห่งและโรงพยาบาลเนื่อง
 จากภายใต้กรอบแนวคิดมีการจัดกลุ่มและให้ความหมายที่ชัดเจนในลักษณะร่างกาย จิตใจ อารมณ์
 และสังคม ซึ่งง่ายต่อการนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูลในทางปฏิบัติ

3. การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานวิชาชีพพยาบาลที่จะช่วยให้พยาบาลคิดอย่างมีระบบและแสดงถึงความ เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ การพัฒนาการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยให้การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นระบบและช่วยให้การให้ความหมายของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความชัดเจนเข้าใจง่าย สามารถใช้ในการติดต่อสื่อสารในวิชาชีพพยาบาล และระหว่างบุคคลอื่นในทีมสุขภาพได้ ตลอดจนมีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับของวิชาชีพพยาบาล และทีมสุขภาพ ในการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล อาจใช้การทดสอบทางคลินิก ตลอดจนการศึกษาวิจัย โดยอาศัยกระบวนการทั้งศาสตร์และศิลป์ในการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Avant, 1990) โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ซึ่งจะเป็นการพิจารณาถึงความสามารถของเครื่องมือที่จะวัดสถานการณ์ซึ่งเป็นตัวแทนของเนื้อเรื่องในขอบเขตที่ต้องการจะวัดได้ (Waltz, Strickland & Lenz, 1991; Phillips, 1986; เยาวดี, 2527 อ้างใน เพชรน้อย และวัฒนา, 2536) และการหาความตรงของเนื้อหานี้จะรวมถึงการจัดกลุ่มของข้อมูลสนับสนุนที่เกิดขึ้นจริงทางคลินิก (Gordon, 1982) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่มีการทดสอบทางคลินิก เพื่อหาความตรง ทั้งนี้จากการศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในการประชุมของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ครั้งที่ 11 พบว่าในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 128 ข้อ มีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพียงจำนวน 64 ข้อ เท่านั้นที่นำไปทดสอบทางคลินิก (Jankin, 1994)

3.1 วิธีการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการหาความตรง 3 รูปแบบ ของกอร์ดอน และสวีเนี่ มาตรฐานของวิธีการหาความตรงของ เฟห์ริง รูปแบบ 3 ขั้นตอน ของ โล และคิม และ ฮอสกิน เทคนิคเดลฟาย เทคนิคมาตราส่วนประมาณค่าสำคัญ และวิธีการหาความตรงโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 รูปแบบการหาความตรง 3 รูปแบบ (three validation models) ของกอร์ดอน และสวีเนี่ (Gordon & Sweeney, 1979) ประกอบด้วยรูปแบบที่ 1 การค้นหาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective identification model) เป็นการระบุและหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยอาศัยประสบการณ์ทางการพยาบาลและความรู้ของพยาบาล รูปแบบที่ 2 รูปแบบทางคลินิก (clinical model) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกกำหนดและหาความตรงโดยพยาบาลสังเกตพฤติกรรม

ของผู้ป่วย และรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง รูปแบบที่ 3 รูปแบบการหาความตรงโดยพยาบาล (nurse validation model) เป็นวิธีระบุและหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้ประสบการณ์ทางคลินิก และความรู้ของพยาบาลเป็นตัวตัดสิน ซึ่งมีการระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไว้ก่อน และให้พยาบาลเป็นผู้พิจารณาว่า ข้อวินิจฉัยนั้นเกิดขึ้นจริงหรือไม่ รูปแบบการหาความตรงรูปแบบที่ 1 การค้นหาข้อมูลย้อนหลัง และรูปแบบที่ 2 การหาความตรงทางคลินิกเป็นรูปแบบที่ใช้ในการระบุและหาความตรงของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนรูปแบบที่ 3 ซึ่งเป็นการหาความตรงโดยพยาบาลใช้ในการหาความตรงของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน ซึ่งข้อดีของการหาความตรง 3 รูปแบบ ของกอร์ดอนและสวินนี่ คือ ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานมากยิ่งขึ้น ส่วนข้อเสีย คือ การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขาดรายละเอียดวิธีการวิจัย สำหรับนักวิจัยใหม่ และขาดข้อมูลจำเป็นที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติที่ซับซ้อน

การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่นิยมใช้รูปแบบที่ 3 คือ รูปแบบการหาความตรงโดยพยาบาล เช่น วินเซนต์ (Vincent, 1985 ; 1986) ได้หาความตรงของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : การเผชิญปัญหาของบุคคลไม่มีประสิทธิภาพ โดยใช้รูปแบบการหาความตรงโดยพยาบาล ซึ่งให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 513 คน กำหนดความถี่ของข้อมูลสนับสนุนของผู้ป่วยที่มีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดน้ำหนักคะแนน เป็น 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อมูลที่ไม่พบเลยเมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 หมายถึง ข้อมูลที่พบน้อยเมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 หมายถึง ข้อมูลที่พบเป็นบางครั้งเมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 หมายถึง ข้อมูลที่พบได้บ่อยเมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ 5 หมายถึง ข้อมูลที่พบเกือบทุกครั้งเมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งพบว่า รายการข้อวินิจฉัยดังกล่าวมีข้อมูลสนับสนุน จำนวน 11 ข้อ จากรายการของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) และเพิ่มอีก 2 ข้อ โดยวินเซนต์ (Vincent) ซึ่งข้อมูลสนับสนุนใหม่ทั้ง 2 ข้อนี้ เป็นข้อมูลสนับสนุนที่มีความถี่สูง

3.1.2 มาตรฐานของการหาความตรง (standardization of validation methods) ของเฟห์ริง (Fehring, 1986; 1987; 1994) เฟห์ริงได้ปรับปรุงวิธีการหาความตรงของกอร์ดอนและสวินนี่ เป็น 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 การหาความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (The Diagnostic Content Validity : DCV) โดยให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญกำหนดน้ำหนักคะแนนของข้อมูลสนับสนุนในแต่ละรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเครื่องมือที่ใช้วัดแบ่งเป็น 5 ระดับคือ 1 (ไม่พบ

ข้อมูลสนับสนุนเลข) ถึง 5 (พบข้อมูลสนับสนุนเกือบทุกครั้งหรือทุกครั้ง) จากนั้นก็นำมาแปลงน้ำหนักใหม่เป็น 0-1 โดย 1=0.00 2=0.25 3=0.50 4=0.75 และ 5=1.00 และมีการแบ่งระดับคะแนนเป็นสองส่วน คือ ข้อมูลสนับสนุนหลัก และข้อมูลสนับสนุนรอง โดยน้ำหนักคะแนนที่มากกว่า 0.75 ขึ้นไปถือว่าเป็นข้อมูลสนับสนุนหลัก และถ้าค่าคะแนนระหว่าง 0.50 ถึง 0.75 ถือว่าเป็นข้อมูลสนับสนุนรอง ส่วนค่าคะแนนที่น้อยกว่า 0.50 ให้ตัดทิ้ง (Fehring, 1986)

วิธีที่ 2 การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทางคลินิก (The Clinical Diagnostic Validity : CDV) วิธีนี้จะมีการกำหนดรายการข้อวินิจฉัยไว้ก่อน แล้วผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกสังเกตความถี่ของอาการและอาการแสดงหรือข้อมูลสนับสนุนที่เกิดจากผู้ป่วย จากนั้นนำข้อมูลสนับสนุนที่ได้มากำหนดน้ำหนักคะแนน โดยใช้วิธีกำหนดน้ำหนักคะแนนเหมือนวิธีการหาความตรงของเนื้อหา (DCV)

วิธีที่ 3 การหาความสัมพันธ์กับสาเหตุ (The Etiologic Correlation Rating : ECR) เป็นการหาคะแนนของ ECR จากสถิติการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกับสาเหตุ

ข้อเสียของมาตรฐานการหาความตรงของเฟห์ริง มีดังนี้ (1) ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และมีการศึกษาระดับปริญญาโท (2) ต้องมีการรวบรวมความคิดเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนนำรูปแบบนี้มาใช้ และ (3) การใช้รูปแบบการหาความตรงทางคลินิก (CDV) ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญสังเกตและจดบันทึกข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ตนศึกษาในคลินิก ทำให้จึงต้องใช้ระยะเวลาในการสังเกตและจดบันทึก เพื่อให้ได้รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้อง (Fehring, 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การหาความตรงส่วนใหญ่ใช้การหาความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (DCV) มากที่สุดดังเช่น เม็ทซ์เกอร์ และฮิลทูแนน (Metzger & Hiltunan, 1987) ได้ศึกษาวิจัยเพื่อหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยจำนวน 10 ข้อ โดยการสุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 76 คน มาพิจารณาคำหนดน้ำหนักคะแนนของข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับ (1) มีการเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย (2) มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย (3) ปวด (4) มีความบกพร่องในการอาบน้ำด้วยตนเอง (5) มีบาดแผลที่ผิวหนัง (6) ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง (7) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (8) เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนัง (9) วิตกกังวล และ (10) มีการเปลี่ยนแปลงสารอาหารได้รับ ปริมาณที่น้อยกว่าความต้องการ

การศึกษาของ เลวิน คาลิโนวิช บาเฮนเบิร์ก และมิทเชล (Levin, Krainovitch, Bahrenburg & Mitchell, 1989) เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการนำรูปแบบของการหาความตรงตาม

เนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (DCV) มาศึกษาหาความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยสุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 148 คน ในรัฐนิวยอร์ก (New York State) ใช้มาตราส่วนประมาณค่าการหาความตรงตามเนื้อหา (DCV rating scale) ของเฟห์ริง ในการหาความตรงตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 6 ข้อ คือ (1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (2) ปวด (3) มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง (การอาบน้ำ แต่งตัว ไปห้องน้ำ รับประทานอาหาร) (4) มีบาดแผลที่ผิวหนัง (5) วิตกกังวล และ (6) ขาดความรู้

นอกจากนี้การหาความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (DCV) ก็สามารถพบได้ในงานวิจัยของ เลวิน และคณะ (Levin et al., 1989) ซึ่งศึกษาหาความตรงของรายการข้อวินิจฉัย : การเคลื่อนไหวผิดปกติ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การมีบาดแผลที่ผิวหนัง ความวิตกกังวล และการขาดความรู้ เป็นต้น

สำหรับรูปแบบของเฟริงห์ ที่นิยมใช้รองลงมา คือ การใช้วิธีการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทางคลินิก (CDV) เช่น งานวิจัยของ แอนเดอร์สัน และ ทอมสัน (Anderson & Tomson, 1991) ซึ่งศึกษาข้อวินิจฉัย : การมีบาดแผลที่ผิวหนัง งานวิจัยของ แอปเดิน เฟห์ริง และ เคนเดล-รอสซี่ (Fadden, Fehring & Kendel-Rossi, 1987) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับรายการข้อวินิจฉัย : ความวิตกกังวล งานวิจัยของ ไครโนวิช มิลเลอร์ (Krainovich – Miller, 1988 cited by Fehring, 1994) เรื่องความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และงานวิจัยของ นอริส และกุ่มส์-คอนเนล (Norris & Kumes-Connele, 1987) ซึ่งศึกษาหาความตรงของข้อวินิจฉัย : ความภาคภูมิใจลดลง ส่วนรูปแบบที่พบได้น้อย คือ การใช้วิธีการหาความสัมพันธ์กับสาเหตุ (ECR) ซึ่งได้แก่ งานวิจัยของ ครีซัน (Creason, 1994) ซึ่งศึกษาการพัฒนาเครื่องมือหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยศึกษาถึงสาเหตุของปัญหาในผู้ป่วยกระดูก และข้อมูลสนับสนุนที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือ

3.1.3 รูปแบบการหาความตรง 3 ขั้นตอน (three phase method) ของโล และคิม (Lo & Kim, 1986) และฮอสกินส์ (Hoskins, 1989) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ในการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลสนับสนุนและรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ ขั้นตอนแรก การวิเคราะห์แนวคิด (concept analysis) เป็นการวิเคราะห์แนวคิดของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งรวมถึงการทบทวนวรรณกรรม ความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อมูลสนับสนุนที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การหาความตรงโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (nurse expert validation) เป็นการนำรายการข้อมูลสนับสนุนที่ได้มาหาความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญอาจเห็นด้วยกับรายการนั้น หรืออาจเพิ่มรายการข้อมูลสนับสนุนก็ได้ และขั้นตอนที่ 3 การหาความตรงของผู้ป่วย (client validation) เป็นการนำข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มาหาความตรงทางคลินิกอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบ

ว่า ข้อมูลนั้นเกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ โลและคิม (Lo & Kim, 1986) ได้นำวิธีการหาความตรง 3 ขั้นตอน (three phase method) นี้มาใช้ในการศึกษาความตรงของข้อวินิจฉัย : แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง โดยในขั้นตอนแรกมีรายการข้อมูลสนับสนุนจำนวน 33 ข้อ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนขั้นตอนที่ 2 รายการของข้อมูลสนับสนุนได้จากการประเมินของนักศึกษายาบาล และคณาจารย์ยาบาล จำนวน 31 คนที่ปฏิบัติงานในอายุรกรรม และศัลยกรรม และขั้นตอนที่ 3 รายการข้อมูลสนับสนุนจะประเมินจากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย จำนวน 25 คน ที่อยู่ในตึกอายุรกรรมและศัลยกรรม จากขั้นตอนทั้ง 3 ผู้วิจัยได้ข้อมูลสนับสนุนจำนวน 15 ข้อ ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพ ของการประเมินข้อมูลสนับสนุน โดยการกำหนดเกณฑ์ซึ่งมีความเที่ยง ค่าประสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) มากกว่า 0.80 และมีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสนับสนุนแต่ละข้อ กับข้อมูลทั้งหมด อย่างน้อย 0.30 นอกจากนี้ วิทลีย์ (Whitley, 1997) ได้นำวิธีหาความตรง 3 ขั้นตอน มาใช้ในการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ความวิตกกังวลและความกลัว โดยในขั้นตอนแรก ได้กำหนดข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ความวิตกกังวล จำนวน 29 ข้อ และข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ความกลัว จำนวน 40 ข้อ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์แนวคิดของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการทบทวนวรรณกรรม ขั้นตอนที่ 2 เป็นการระบุข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัย : ความวิตกกังวล และความกลัว โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 233 คน พบว่า ข้อมูลสนับสนุนหลักของความวิตกกังวล มีจำนวน 3 ข้อ คือ ความหวาดระแวง ตื่นตื่นง่าย และมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนข้อมูลสนับสนุนหลักของความกลัว มีจำนวน 5 ข้อ คือ ความกลัว การตกใจกลัว ตื่นตื่นง่าย ความหวาดระแวง และความตกใจ ขั้นตอนที่ 3 เป็นการหาความตรงทางคลินิกโดยผู้ป่วย จำนวน 69 คน ใช้รูปแบบ การหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnostic validity : CDV) ของเฟห์ริง โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 40 คน พบว่า มีข้อมูลสนับสนุนหลักของข้อวินิจฉัย : ความวิตกกังวล จำนวน 9 ข้อ และพบว่า ไม่มีข้อมูลสนับสนุนหลัก ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลความวิตกกังวลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม

3.1.4 เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเฟห์ริง (Fehring, 1987) ได้เสนอแนะว่าสามารถใช้เทคนิคเดลฟายในรูปแบบการหาความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (DCV) ได้ เทคนิคเดลฟายมุ่งที่การรวบรวมข้อมูลด้านความคิดเห็น และการตัดสินใจที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มคน วอยท์ (Vogt, 1993 cited by Sato, 1996) กล่าวว่า เทคนิคเดลฟาย นี้จะใช้ในการสำรวจซ้ำ และใช้กลุ่มตัวอย่างเดิม ในการตรวจสอบประเด็นเดียวกัน เพื่อหาข้อตกลงที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เทคนิคเดลฟายมักนำมาใช้ในการหาความตรงร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ เช่น การศึกษาข้อวินิจฉัย : การ

เปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ของแกรนท์ และคินนี่ (Grant & Kinney, 1990) โดยแบ่งระยะการศึกษาเป็น 3 ระยะ ในการหาความตรงของข้อวินิจฉัยดังกล่าว ซึ่งในการศึกษานี้แบ่งระดับความรู้สึกตัวเป็น 2 ระดับ คือ ระดับความรู้สึกตัวที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ (arousal altered level of consciousness : arousal ALC) และระดับความรู้สึกตัวที่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เอง (content altered level of consciousness : content ALC) ระยะแรก ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาเกี่ยวกับระบบประสาท จำนวน 26 คน เป็นผู้ตรวจสอบโดยใช้เทคนิคเคลฟาย จำนวน 4 รอบ ในระยะที่ 2 บุคลากรพยาบาลจากหอภิบาลผู้ป่วยหนัก ระบบประสาท 2 แห่ง ใช้เทคนิคมาตราส่วนประมาณค่าความสำคัญ (magnitude estimation scaling) ในการตัดสินถึงความสำคัญ และความถี่ของการเกิดข้อมูลสนับสนุนในข้อวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (ALC) ส่วนระยะที่ 3 เป็นการประเมินความถี่ของการเกิดข้อมูลสนับสนุน ของรายการข้อวินิจฉัย : การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (ALC) ในผู้ป่วยจำนวน 60 คน ที่อยู่ในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก ทั้ง 2 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ในระยะที่ 1 มีผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อมูลสนับสนุนในข้อวินิจฉัย : การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวมากกว่าร้อยละ 70 และได้ข้อมูลสนับสนุน ของ arousal ALC และ content ALC จำนวน 28 ข้อ และ 24 ข้อ ตามลำดับ ระยะที่ 2 พบว่ามีข้อมูลสนับสนุนหลักของ arousal ALC และ content ALC จำนวน 6 ข้อ และ 7 ข้อ ตามลำดับ ส่วนระยะที่ 3 พบว่า ข้อมูลสนับสนุนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ใน content ALC และ arousal ALC มีจำนวน 17 ข้อ และ 13 ข้อตามลำดับนอกจากนี้ยังพบว่า มีการนำเทคนิคเคลฟายไปศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากการใส่สายเข้าทางหลอดเลือดในผู้ป่วยภาวะช็อค (Langlois, 1987) และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ความทนทานต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการได้รับออกซิเจน (Mclane, 1989)

ดัชนี (2538) กล่าวถึงข้อดีของการนำเทคนิคเคลฟายไปใช้ ดังนี้ (1) สามารถใช้ในการรวบรวมหาความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้โดยไม่ต้องจัดให้ผู้เชี่ยวชาญพบกัน ซึ่งเป็นการสิ้นเปลือง และยากที่จะกระทำได้ เพราะผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมีภาระหน้าที่การงานมากอยู่แล้ว (2) ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน เป็นอิสระและไม่มีอิทธิพลหรือผลกระทบจากผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ทั้งยังไม่มีใครบอกรับว่ามีใครบ้าง และผู้เชี่ยวชาญจะรู้เฉพาะคำตอบของตนเองเท่านั้น (3) เนื่องจากมีการตอบแบบสอบถามหลายครั้ง คำตอบที่ได้รับจึงมีความเชื่อถือได้ของข้อมูลค่อนข้างสูง เพราะผ่านการวิเคราะห์อย่างละเอียดถี่ถ้วนมาแล้วหลายครั้ง (4) เทคนิคเคลฟายสามารถนำไปปรับปรุงใช้กับผู้เชี่ยวชาญเป็นจำนวนมาก โดยไม่มีข้อจำกัดด้านสภาพภูมิศาสตร์ และ (5) ค่าใช้จ่ายในด้านดำเนินการค่อนข้างต่ำ ส่วนข้อเสียของการนำเทคนิคเคลฟายไปใช้ มีดังนี้ (1) ความเชื่อถือได้ของการวิจัยขึ้นอยู่กับวิธีการหรือหลักเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญเป็นสำคัญ

(2) การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามหลายรอบ อาจทำให้ขาดความร่วมมือ เมื่อหน่าย ซึ่งมีผลต่อความเชื่อถือได้ของข้อมูล (3) ระยะเวลาของแบบสอบถามในแต่ละรอบ ถ้าทิ้งช่วงห่างกันมากหรือนานเกินไป อาจทำให้ข้อมูลขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญอาจลืมคำตอบในรอบแรก และ (4) เนื่องจากวิธีการนี้หากจะให้ได้ดี ต้องดำเนินการหลายรอบ ซึ่งทำให้ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะได้ผลการวิจัย และส่งผลให้มีต้นทุนสูงตามไปด้วย

3.1.5 เทคนิคมาตราส่วนประมาณค่าความสำคัญ (Magnitude Estimate Scale : MES) เป็นเทคนิคที่มีความไวสูง และมีความถูกต้อง ซึ่งใช้ในการหาความตรงของข้อมูลสนับสนุนหลักของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยให้พยาบาลเป็นผู้กำหนดคะแนนของอาการและอาการแสดง (ข้อมูลสนับสนุน) ของผู้ป่วยเป็นระดับคะแนน ซึ่งการกำหนดค่าคะแนนนั้นต้องมีการฝึกพยาบาลหรือผู้ที่ใช้เทคนิคนี้ก่อน เพื่อป้องกันความผิดพลาด และการตรวจสอบข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น ๆ จะตรวจสอบใน 3 ลักษณะ คือ ความสำคัญของข้อมูลสนับสนุน ความถี่ของข้อมูลสนับสนุน และความสามารถในการระบุข้อมูลสนับสนุน (Grant, Kinney & Guzzetta, 1990) จากการศึกษาพบว่า มีการใช้เทคนิคมาตราส่วนประมาณค่าความสำคัญ (MES) ใช้ในการหาความตรงของข้อวินิจฉัย : ความวิตกกังวล และแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง โดยคินนีและ กัสเซทตา (Kinney & Guzzetta, 1989) ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ : ความวิตกกังวล คือ การแสดงออกถึงความวิตกกังวล มีค่าเฉลี่ยเรขาคณิต 97.1 ส่วนอัตราการเดินของหัวใจเพิ่มขึ้น เป็นข้อมูลสนับสนุนด้านความถี่ของการเกิดข้อมูลสนับสนุนมีค่าเฉลี่ยเรขาคณิต 84.3 และกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายในระดับปานกลาง จนถึงรุนแรงเป็นข้อมูลสนับสนุนด้านความสามารถของพยาบาลที่สามารถระบุข้อมูลสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยเรขาคณิต 97.14 นอกจากนี้มีการใช้ เทคนิคมาตราส่วนประมาณค่าความสำคัญ (MES) โดย แกรนท์และคินนี (Grant & Kinney, 1990) เพื่อหาความตรงของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

เซนนี่ท-มิลเลอร์และคณะ (Sennott-Miller et al., 1988 cited by Grant, Kinney & Guzzetta, 1990) กล่าวถึงข้อดีของการใช้เทคนิคมาตราส่วนประมาณค่าความสำคัญ (MES) ดังนี้ (1) เครื่องมือที่ใช้วัดมีความไวสูง ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความแม่นยำมากขึ้น (2) ผู้ที่ใช้เทคนิคนี้สามารถตัดสินใจ และกำหนดน้ำหนักคะแนนโดยใช้สเกลในลักษณะซ้ำ ๆ กันได้ และทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความแน่นอนหรือมีความคงที่ และ (3) เทคนิคมาตราส่วนประมาณค่าสำคัญ เป็นเทคนิคที่ไม่ซับซ้อน และค่าใช้จ่ายราคาถูก ส่วนข้อเสียคือ ต้องมีการฝึกอบรมผู้ที่นำไปใช้ให้เข้าใจวิธีการประมาณค่าของตัวเอง (numeric estimation) หรือการประมาณค่าจากเส้น (line production) นอกจากนี้ผู้ใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และปฏิบัติงานในพื้นที่นั้น ๆ

3.1.6 วิธีการหาค่าความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ปัจจุบันมีการศึกษาโดยวิธีนี้มากขึ้น เช่นการศึกษาของ เลโมน (Lemone, 1993) ซึ่งใช้ทฤษฎีระดับล่าง เพื่อสร้างทฤษฎี (grounded theory) ในการหาค่าความตรงของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : การเปลี่ยนแปลงแบบแผนเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับอินซูลิน เลโมนได้ข้อมูลสนับสนุนอย่างกว้าง ๆ 3 ข้อ ซึ่งข้อมูลสนับสนุนนี้อยู่ในรายการข้อวินิจฉัยของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) และพบว่าข้อมูลสนับสนุนที่เฉพาะเกิดขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ และการศึกษาของโลแกนและเจเนย์ (Logan & Jenney, 1990) ได้ศึกษาการตอบสนองของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว โดยอาศัยวิจัยเชิงคุณภาพ จากการศึกษาได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ คือไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ (dysfunctional ventilatory weaning response) ซึ่งข้อดีของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ทำให้เกิดองค์ความรู้ทางการพยาบาลใหม่ ๆ ขึ้น และสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา ส่วนข้อเสียคือ ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรทั้งหมดได้

จะเห็นได้ว่า การหาค่าความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน มีหลายวิธี ซึ่งกอร์คอน และสวีนี่ ได้มีการหาค่าความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน โดยการศึกษาหาข้อมูลย้อนหลัง การศึกษาทางคลินิก และการศึกษาโดยพยาบาล ต่อมาเฟห์ริงได้นำวิธีการทางสถิติเข้ามาใช้โดยปรับปรุงวิธีการหาค่าความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนของกอร์คอนและสวีนี่ เป็นมาตรฐานการหาค่าความตรง 3 รูปแบบ คือ รูปแบบการหาค่าความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การหาค่าความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทางคลินิก และการหาค่าความสัมพันธ์กับสาเหตุ นอกจากนี้มีการศึกษาการหาค่าความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของ โล และคิม (Lo & Kim, 1986) ฮอสกิน (Hoskins, 1989) วิทลีย์ (Whitley, 1997) แกรนท์ คินนีย์และกัสเซตตา (Grant, Kinney & Guzzetta, 1990) โดยใช้เทคนิคและวิธีการหาค่าความตรงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เทคนิคเดลฟาย เทคนิคมาตราส่วนการประมาณค่าความสำคัญ (MES) ในการหาค่าความตรง และโดยการนำรูปแบบการหาค่าความตรงของกอร์คอน และสวีนี่ และมาตรฐานการหาค่าความตรงของเฟห์ริง รวมเข้ากันเป็นรูปแบบการหาค่าความตรง 3 ขั้นตอน ซึ่งทำให้ข้อมูลสนับสนุนและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความเที่ยง และความตรงมากยิ่งขึ้น ปัจจุบันได้มีการหาค่าความตรงโดยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนใหม่เพิ่มมากขึ้น

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

มีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนที่แตกต่างกัน มีดังนี้ (Carlson et al., 1982; Gordon, 1994; Kampalikit & Petpichetchian, 1995; Rodwin, 1990; Sato, 1996)

3.2.1 ข้อจำกัดด้านภาษา การพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ใช้ภาษาอังกฤษ ขณะที่หลาย ๆ ประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะทางเอเชียส่วนใหญ่ไม่ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร จึงทำให้มีข้อจำกัดในด้านความเข้าใจและความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อน หรือความผิดพลาด ในการเข้าใจความหมายของคำ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของ เวค เฟห์ริง และเฟดเดน (Wake, Fehring & Fadden, 1991) ที่ทำการศึกษาข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ใน 6 ประเทศ คือ อเมริกา เบลเยียม แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส และโคลัมเบีย โดยใช้ตัวอย่างพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต 50 คน และมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ในแต่ละประเทศนั้น ๆ และการศึกษาของมัทซูกิ และโอดานิ (Matsuki & Otani, 1995) ที่หาความตรงของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในประเด็นเช่นเดียวกันนี้ ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ข้อมูลสนับสนุนหลักของข้อวินิจฉัย : ความวิตกกังวล ที่พบในประเทศแคนาดา โคลัมเบีย อังกฤษ ฝรั่งเศส และ สหรัฐอเมริกา คือ ความกังวล (anxious) (.819 .842 .844 .839 และ .902 ตามลำดับ) ส่วนญี่ปุ่น และ เบลเยียม ไม่พบข้อมูลสนับสนุนนี้ ข้อมูลสนับสนุนหลัก “ความตระหนก” พบในประเทศแคนาดา อังกฤษ สหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น (.924 .958 .963 และ .908 ตามลำดับ) ข้อมูลสนับสนุนหลัก “ประสาทหลอน” พบในประเทศแคนาดา และสหรัฐอเมริกา (.826 และ .863 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกามีข้อมูลสนับสนุนหลักของข้อวินิจฉัย : ความวิตกกังวล ที่พบมากที่สุด จำนวน 9 ข้อ คือ (1) ความกังวล (2) ความหวาดวิตก (3) ประสาทหลอน (4) การไม่ได้รับการพักผ่อน (5) ความทุกข์ทรมาน (6) ร้องไห้ (7) มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (8) การพูดเรื่อย ๆ (9) ตื่นตระหนก (.902 .936 .863 .819 .887 .809 .819 .809 และ .843) ในประเทศญี่ปุ่น พบข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ความตระหนก (2)นอนไม่หลับ (3) การทำกิจกรรมมากเกินไป และ(4) ความทุกข์ใจ (.908 .811 .828 .823) ในขณะที่ประเทศเบลเยียม ไม่พบข้อมูลสนับสนุนหลักของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ความวิตกกังวล

3.2.2 ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม การตอบสนองของผู้ป่วยต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นมีหลายด้าน ซึ่งการตอบสนองด้านร่างกายของแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ส่วนการตอบสนองด้านจิตใจ ความเชื่อ ทัศนคติ

จิตวิญญาณ และแบบแผนพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเปิดเผยหรือซ่อนเร้น มักจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม จากงานวิจัยของมาร์ติน และเบลเชอร์ (Martin & Belcher, 1986) ซึ่งทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ของพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ปวด ระหว่างพยาบาล 3 กลุ่ม คือพยาบาลอังกฤษที่อยู่ในแอฟริกาใต้ พยาบาลชุกูในแอฟริกา และพยาบาลในอเมริกากลาง พบว่า พยาบาลใช้ข้อมูลสนับสนุนที่แสดงถึงความเจ็บปวดรุนแรงของผู้ป่วยแตกต่างกัน พยาบาลอเมริกาจะใช้ข้อมูลสนับสนุนว่า ผู้ป่วยเจ็บกรีดร้อง เมื่อปวดมาก ขณะที่พยาบาลอังกฤษที่อยู่ในแอฟริกาใต้ จะใช้ข้อมูลสนับสนุนว่า ผู้ป่วยเจ็บ

3.2.3 ระดับความรู้และทักษะของพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้มาจากการรวบรวมข้อมูล ดังนั้น พยาบาลต้องมีทักษะ ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในการรวบรวมข้อมูล ทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล ทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และการตัดสินใจ ตลอดจนความรู้ ประสบการณ์ทางคลินิก และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จากการศึกษาของ เบนเนอร์ และคณะ (Benner, 1982 ; Benner, Tanner, Chesla, 1992) ได้แบ่งระดับความสามารถของการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกออกเป็น 5 ระดับ คือ

(1) การพยาบาลผู้อ่อนหัด (novice) มักพบในนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เป็นผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในสถานการณันั้น ไม่รู้จะทำอะไร พยาบาลอ่อนหัดจะยึดถือเกณฑ์ ไม่มีการยืดหยุ่น จึงต้องอาศัยกฎระเบียบที่ชี้แนะการปฏิบัติ การปฏิบัติการพยาบาลจะทำตามตำราที่เรียนมาจากห้องเรียน นอกจากนี้สามารถพบพยาบาลอ่อนหัดในพยาบาลที่ชำนาญการที่ดูแลผู้ป่วยประเภทหนึ่ง แต่ต้องย้ายไปทำงานอีกแห่งหนึ่ง

(2) พยาบาลผู้เริ่มก้าวหน้า (advance beginner) เป็นพยาบาลที่จบใหม่จนถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานในสถานที่เดิมมา 1-2 ปี พยาบาลระดับนี้มีความสามารถมุ่งที่จะทำงานที่เป็นประจำให้เสร็จ จะทำตามกฎ หลักเกณฑ์หรือข้อกำหนดที่ระบุไว้ หรือทำตามแผนการพยาบาล พยาบาลจะมองเห็นสิ่งที่ปรากฏในผู้ป่วยเฉพาะที่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น อาการและอาการแสดงที่ตรงกับตำราบอกไว้เขาต้องอาศัยพยาบาลผู้อาวุโสหรือมีประสบการณ์มากกว่าช่วยชี้แนะ

(3) พยาบาลผู้มีความสามารถ (competent) จะเป็นพยาบาลที่ทำงานในที่เดิม มีประสบการณ์ในคลินิคนั้นมา 2-3 ปี พยาบาลระดับนี้มีความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยในคลินิกได้ คิด ตัดสินใจ วางแผนการด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนมีการพัฒนาการด้านทักษะมากขึ้น แต่จะมีความยืดหยุ่นหรือใช้เวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างจากพยาบาลผู้ด้อยแล้ว เนื่องจากพยาบาลผู้มีความสามารถยังคำนึงถึงการจัดการที่จะใช้เวลากับงานประจำให้เสร็จก่อน และเห็น

ปัญหาตรงไหนแก้ตรงนั้นก่อน ไม่ได้ดูทั้งหมดโดยรวม พยาบาลจะรู้สึกยุ่งยากใจ ถ้าต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน

(4) พยาบาลผู้คล่องแคล่ว (proficient) เป็นพยาบาลที่ทำงานมีประสิทธิภาพมา 3-5 ปี พยาบาลระดับนี้มีความสามารถในการมองปัญหา หรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปรวดเร็ว และจัดการกับปัญหาได้ มีความเข้าใจสถานการณ์โดยรวมมากกว่าทำตามหลักกฎข้อบังคับ แต่จะใช้หลักเกณฑ์เมื่อเข้าใจสถานการณ์ดีแล้ว และใช้หลักเกณฑ์เป็นตัวชี้ว่าต้องคำนึงอะไรบ้าง มีความสนใจมากขึ้น ไม่ค่อยวิตกกังวลมาก เนื่องจากมีความสามารถ มองเห็นสิ่งที่สำคัญได้ และมีทักษะในการจัดการ และให้การปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง อ่านสถานการณ์ออกและตามแพทย์มาช่วยเหลือผู้ป่วยมากกว่าที่จะรอแพทย์มาดูอาการผู้ป่วย เมื่ออาการไม่ดี

(5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (expert) เป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสูงกว่าพยาบาลผู้คล่องแคล่ว มีประสบการณ์มากมายสะสมมา ทำให้รู้สถานการณ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยล่วงหน้า มีความรู้ทางคลินิกที่บางครั้งไม่สามารถอธิบาย พูดออกมาให้คนอื่นรู้เห็นได้ แต่จะรู้และคาดการณ์ได้ แม้ยังไม่มีย้อนมูล หรืออาการปรากฏชัด ซึ่งการคาดการณ์นั้นมักจะถูกต้อง สิ่งที่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญรู้อย่างนั้นเกิดขึ้นภายในตนเอง เหมือนเป็นการสังหรณ์ใจ (intuitive) จึงทำให้คาดการณ์ สถานการณ์ได้ถูก และเข้าใจสถานการณ์โดยรวมทั้งหมดอย่างลึกซึ้ง

ระดับความสามารถของพยาบาลที่แตกต่างกันจะทำให้มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน กอร์ดอน (Gordon, 1994) กล่าวว่า พยาบาลอ่อนหัด มีการระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลสนับสนุนเดี่ยวๆ หรือ แยกเป็นส่วนๆ แล้วนำมาจัดกลุ่มโดยอาศัยพื้นฐานของกฎเกณฑ์ ส่วนพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีการคัดแปลงข้อมูลสนับสนุน นำมาจัดกลุ่มโดยมองในลักษณะองค์รวม และมีการคิดวิเคราะห์ผสมผสานกับประสบการณ์ที่ตนเองสะสมมา ตลอดจนทักษะการคิดและการตัดสินใจได้ดีกว่าพยาบาลอ่อนหัด จากการศึกษาของ โทมัส และนิวซัม (Thomas & Newsome, 1992) พบว่า พยาบาลที่มีระดับการศึกษา และประสบการณ์ที่แตกต่างกันจะมีการรวบรวมข้อมูลและทักษะการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกันด้วย และการศึกษาของ ซาโต้ (Sato, 1996) ซึ่งศึกษาหาความตรงตามเนื้อหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ในประเทศญี่ปุ่น โดยเปรียบเทียบรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 10 ข้อ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความคุ้นเคยกับแนวคิดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุ้นเคยกับแนวคิดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการศึกษาพบว่าในรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน

33 ข้อ ซึ่งได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความคุ้นเคยกับแนวคิดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความคุ้นเคยกับแนวคิดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะไม่พบข้อมูลสนับสนุนหลักเลย

3.2.4 กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล พบว่า พยาบาลมีการใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่แตกต่างกันในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้การมองผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมมีความแตกต่างกัน หรือบางสถาบัน พบว่า ไม่มีการใช้กรอบแนวคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น การจัดกลุ่มข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากคุณภาพและปริมาณของข้อมูลที่รวบรวมได้แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเฮนนิ่ง (Henning, 1991) ซึ่งเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรวบรวมข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลหนึ่ง โดยใช้กรอบแนวคิด แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กับการรวบรวมข้อมูล โดยใช้กรอบแนวคิดของระบบร่างกายและการซักประวัติสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง โดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจำนวน 50 แฟ้ม จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 51 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย คือ วิตกกังวล ความทันทานในการทำกิจกรรมลดลง และปวด ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ระบบร่างกายและการซักประวัติสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 64 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย คือ ปวด เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และการเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่าย

จะสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เป็นเหตุหรือส่งผลกระทบให้มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกัน มี 3 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านตัวพยาบาล ได้แก่ ระดับความรู้ ทักษะความสามารถ (2) ด้านวัฒนธรรมและภาษา ได้แก่ ความแตกต่างของประเทศ ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ข้อจำกัดด้านภาษา และ (3) ด้านวิธีการ ได้แก่ การใช้กรอบแนวคิด หรือทฤษฎี วิธีการหาความตรงของ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ในปี ค.ศ. 1984 สมาคมพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแห่งอเมริกา (American Association of Critical Care Nurses : AACN) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต (critical care nursing) ว่าเป็นการพยาบาลที่เฉพาะต่อการตอบสนองของบุคคล (human response) ซึ่ง รวมถึงครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคนที่แสดงออกมาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สมาคมพยาบาลและผู้ป่วยภาวะวิกฤตแห่งอเมริกา (AACN) ได้ระบุขอบเขตในการปฏิบัติงานของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็น 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านผู้ป่วยภาวะวิกฤต

องค์ประกอบด้านพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต (AACN, 1989; Hartshorn, Lamborn & Noll, 1993) ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะองค์ประกอบด้านผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งจะรวมถึงความหมายของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประเภทของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตลอดจนผลกระทบของภาวะวิกฤตต่อผู้ป่วย และครอบครัว

4.1 ความหมายของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต (critically ill patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงอาการ หรือมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต ปัญหาของผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหวิทยาการ (multidisciplinary) อย่างเร่งด่วน และต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการคงไว้ซึ่งการตอบสนองหน้าที่ของร่างกายอย่างสูงสุด (สุภารัตน์, 2537 ; Hartshorn et al., 1993)

ลักษณะผู้ป่วยภาวะวิกฤตดังกล่าวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ทั้งที่รู้สึกลัว และไม่รู้สึกตัว ต่างต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของร่างกายขั้นพื้นฐาน 5 ด้าน ตามแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow) (สุจิตรา, 2536; อัจฉราพรรณ, 2525) ดังนี้ (1) ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การมีชีวิตอยู่และรักษาไว้ซึ่งความสมดุลย์ทางสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย อากาศ อาหาร น้ำ ยา รักษาโรค โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีที่ทันสมัย และยา เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตให้รอดพ้นจากอันตราย ดังคำกล่าวของเพอร์สัน (Person, 1987) ที่ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์จะช่วยรักษาชีวิตและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (2) ความต้องการด้านความปลอดภัยต่อชีวิต เช่น การใช้ เครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) การเฝ้าระวังอาการผิดปกติตลอด 24 ชั่วโมง หรือมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เป็นต้น (3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยในการเข้าเยี่ยม เพื่อเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจ ส่งเสริมสัมพันธภาพของครอบครัวผู้ป่วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกแยกจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของวิลลิตซ์ (2535) ในการสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 100 คน พบว่า ญาติผู้ป่วยต้องการการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการลดความวิตกกังวล และต้องการข้อมูล และพบว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด (4) ความต้องการด้านความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นความต้องการที่ผู้ป่วยจะได้รับจากพยาบาลที่ให้การดูแล โดยพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและทำกิจกรรมในการรักษาพยาบาล และ (5) ความ

ต้องการการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งในผู้ป่วยภาวะวิกฤตนั้น ความต้องการด้านนี้เป็นไปได้ยาก เนื่องจากยังไม่สามารถที่จะพัฒนาได้ในขณะที่ชีวิตกำลังถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในระยะแรก คือ การทำหน้าที่ของร่างกายคืนสู่ภาวะปกติ ดังนั้นการตอบสนองความต้องการที่สำคัญอันดับแรก คือ การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ความปลอดภัย และความรัก ความเป็นเจ้าของ ซึ่งพยาบาลต้องร่วมมือในการรักษาและแก้ไขปัญหาคือปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง กิจกรรมการพยาบาลจึงเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ทำให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ ส่วนความต้องการด้านความภาคภูมิใจ และการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองนั้น ก็เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพยาบาลต้องเป็นผู้รักษาสิทธิของผู้ป่วย รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษา หรือความตายของผู้ป่วย

4.2 ประเภทของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

การจำแนกประเภทของผู้ป่วยและชนิดของโรคที่สมควรได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เนื่องจาก หน่วยผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มักมีลักษณะเป็นห้องแยกผู้ป่วยซึ่งมีทั้งอาคารหนัก สามารถช่วยเหลือได้ อาคารหนักรอเวลาถึงแก่กรรม รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยกับอัตราพยาบาลไม่ได้สัดส่วน ที่จะให้การพยาบาลสมบูรณ์แบบ พยาบาล 1 คน ต้องดูแลผู้ป่วย 3 – 8 คน ทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่สมบูรณ์ ขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์ และพยาบาลหัวหน้าเวร ในการพิจารณาเลือกผู้ป่วยจากความรุนแรงของโรค การพยากรณ์โรคและความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเกณฑ์ ประเภทของโรคที่สมควรพิจารณาคัดเลือกเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ 6 ประเภท คือ (อัจฉรวรรณ, 2524)

1. อุบัติเหตุ บาดเจ็บรุนแรง (severe trauma) ได้แก่ การบาดเจ็บช่องท้อง เป็นต้น
2. การผ่าตัดใหญ่ (major surgery) ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจและทรวงอก เป็นต้น
3. โรคระบบทางเดินหายใจ (respiratory diseases) ได้แก่ ความพร่องของการหายใจ การแลกเปลี่ยนแก๊สผิดปกติ เป็นต้น
4. โรคระบบไต (renal diseases) ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น
5. ภาวะช็อค (shock) ได้แก่ ช็อคจากการสูญเสียเลือด เป็นต้น
6. ภาวะไม่รู้สึกรู้ชาที่ไม่ใช่ระยะสุดท้ายของโรค (coma) ได้แก่ การบาดเจ็บต่อสมอง เป็นต้น

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (กฎีกา, 2539) ได้แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 4 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยหนักมาก ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยหนัก ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยปานกลางและประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเบา การพิจารณาจำแนกผู้ป่วยในลักษณะนี้ต้องอาศัยข้อบ่งชี้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้หลัก ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง

2. ตัวบ่งชี้รอง ประกอบด้วย ภาวะการรับรู้ ความสามารถในการเคลื่อนไหว และสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

ในที่นี้จะกล่าวถึงตัวบ่งชี้หลัก และตัวบ่งชี้รอง ของผู้ป่วยประเภทที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยหนักมาก ซึ่งผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (กฎีกา, 2539)

1. ตัวบ่งชี้หลักของผู้ป่วยอาการหนักมาก จะมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และอาการและอาการแสดง ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วบ่อยครั้งของ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมากกว่า 1 อย่าง ในลักษณะที่บ่งบอกถึงภาวะผิดปกติรุนแรงตลอดเวลา ดังนี้

(1) อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่า 39.5 องศาเซลเซียส โดยมีระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ทั้งนี้ อาจมีอาการซึม หมดสติ หรือมีพยาธิสภาพในสมองร่วมด้วย

(2) ชีพจร มีอัตราการเต้นของชีพจรมากกว่าค่าปกติหรือน้อยกว่าปกติ และมีการเต้นของชีพจรผิดปกติร่วม ได้แก่ จังหวะการเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอ ชีพจรเต้นเบา หรือชีพจรหยุดเต้น หรืออาจจะประเมินความผิดปกติได้จากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

(3) การหายใจ มีอัตราการหายใจมากกว่าค่าปกติ หรือน้อยกว่าปกติ และมีอัตราการหายใจผิดปกติร่วม ได้แก่ หายใจลึก หน้าอกกระแทกหรือหายใจตื้น ทรวงอกเคลื่อนไหวน้อย หรือหายใจหอบ ปีกจมูกบาน หรือหยุดหายใจเป็นพัก ๆ และอาจมีเหงื่อออก ตัวเย็น เล็บมือ เล็บเท้า และริมฝีปากเขียว

(4) ความดันโลหิตมีค่าความดันเลือดซิสโตลิกและค่าความดันเลือดไดแอสโตลิกสูงกว่าค่าปกติ หรือต่ำกว่าค่าปกติ หรือวัดค่าความดันเลือดไดแอสโตลิกไม่ได้เลย วัดค่าความดันเลือดไดแอสโตลิกได้แคบกว่าค่าปกติ หรือวัดไม่ได้

1.2 อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดง ซึ่งบ่งบอกถึงความเจ็บป่วยว่าอยู่ในระดับรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้และคุกคามต่อกลไกการทำงานของอวัยวะสำคัญ ต้อง

เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องหรือป้องกันการรุกรานต่อชีวิต สามารถประเมินได้จากข้อใด ข้อหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อ ดังนี้

(1) ระดับความรุนแรง แสดงถึงภาวะผิดปกติรุนแรงมาก ระดับความรุนแรงไม่คงที่ และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงตลอดเวลา

(2) ลักษณะการเกิดของอาการและอาการแสดงนั้นเกิดขึ้นแบบฉุกเฉินมาก ต้องการการตรวจและรักษาทันที มิฉะนั้นจะตายหรือพิการอย่างถาวร เช่น หัวใจหยุดเต้น หยุดการหายใจ ทางเดินหายใจอุดตัน

(3) มีข้อมูลที่ยังชี้ถึงความน่าจะเป็นที่จะเกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงได้ จากผลการตรวจต่าง ๆ เช่น ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจเอ็กซเรย์ เป็นต้น ซึ่งมีตัวอย่างแสดงถึงสภาวะดังกล่าว ดังนี้ (1) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่า มีเวกทริเคิลเต้นก่อนจังหวะ (premature ventricular contraction) 6 ตัว ขึ้นไป ในกรณีผู้ป่วยไม่เคยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) (2) สูญเสียเลือดมากกว่า ร้อยละ 40 ของปริมาณเลือดทั้งหมด และ (3) จำนวนน้ำเข้า-ออกร่างกายไม่สมดุลย์ ปัสสาวะไม่ออก เป็นต้น

2. ตัวบ่งชี้ของผู้ป่วยอาการหนัก สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ภาวะการรับรู้ ความสามารถในการเคลื่อนไหว และสภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ภาวะการรับรู้ พบว่า ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก หรือผู้ป่วยใกล้หมดสติ หลับตลอดเวลา ไม่ทำตามคำสั่ง ยังคงมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่รับรู้กาลเวลา บุคคล สถานที่ หรือได้ตอบสนองสิ่งเร้าไม่ถูกต้อง

2.2 ความสามารถในการเคลื่อนไหว พบว่า ผู้ป่วยหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยตนเองได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค หรือภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก หรือสามารถเคลื่อนไหวได้ แต่ไม่มีเป้าหมาย อาจเกิดอุบัติเหตุ และ/หรือแผลกดทับได้ ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือในการออกกำลังกายทั้งหมด

2.3 สภาวะด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยหนักไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และ/หรือไม่ยอมรับข้อมูลใด ๆ เกี่ยวกับการรักษา หรือผู้ป่วยไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม อยู่ในสภาพสิ้นหวัง มีความคิดอยากตาย หรือผู้ป่วยรับรู้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิตอาจรักษาหายหรือไม่หาย เป็นความเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความพิการ สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ สูญเสียสภาพลักษณะ มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย

4.3 ผลกระทบของภาวะวิกฤตต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ เพราะสภาพร่างกายของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน (สรนิต และ อนันต์, 2541) และจากความต้องการของผู้ป่วยภาวะวิกฤตดังกล่าวข้างต้น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้อง และเพียงพอแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ (สรนิต และ อนันต์, 2541; Hudak, Gallo & Morton, 1998)

4.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ในระบบทางเดินหายใจ โรคระบบการไหลเวียนเลือดและหัวใจ ภาวะช็อก โรคระบบไต และ การเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บอย่างรุนแรง การผ่าตัดใหญ่ ไม่รู้สึกตัว ต้องนอนกึ่งที่นาน ๆ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ปอดบวม แผลกดทับ เป็นต้น นอกจากนี้อาจเกิดจากการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพซึ่งผลกระทบจากด้านร่างกายดังกล่าวส่งผลทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยดังนี้ (พุทธิพรณี, 2536 ; สันต์, 2531 ; ชาญวิทย์, 2536 ; ลิวรรณ และคณะ, 2538)

4.3.1.1 ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืดรุนแรง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีพยาธิสภาพที่ปอด พบว่า มีเสมหะในหลอดลม ผนังของหลอดลมบวม การหายใจ ในถุงลมไม่เท่ากัน ถุงลมบางส่วนโป่งพอง บางส่วนแฟบ การขยายตัวของทรวงอกลดลง จากการอุดกั้นที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีการทำลายของเนื้อปอด ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ผู้ป่วยหายใจลำบากมากขึ้น ต้องออกแรงหายใจ ทำให้อ่อนเพลีย ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไทด์ หน้าท้อง การระบายอากาศในถุงลมของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมาก และเป็นอย่างถาวร เกิดมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ขาดออกซิเจน และร่างกายมีภาวะกรดจากการหายใจ เมื่อภาวะผู้ป่วยลดลงเรื่อย ๆ การขาดออกซิเจนทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงลง การทำงานของไตผิดปกติ เพิ่มการซึมผ่านของสารน้ำ (permeability) ออกจากหลอดเลือดฝอย และทำให้เกิดเม็ดเลือดขึ้นมากขึ้น (polycythemia) เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลง ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเผชิญกับภาวะเครียดต่าง ๆ ลดลง เกิดการติดเชื้อของทางเดินหายใจบ่อย เช่น หลอดลมอักเสบอย่างเฉียบพลัน ปอดบวม อาจมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคปอด ภาวะการหายใจล้มเหลวได้ (สมจิต, 2536; ลิวรรณ และคณะ, 2538 ; สันต์, 2531)

อาการและอาการแสดงขณะที่ผู้ป่วยหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็ว หอบ อ้าปากหายใจ ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (accessory muscle) ต่าง ๆ นอกจากนี้มีอาการ กระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก หายใจมีเสียงวี๊ด (wheeze)

นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่ออย่างเพียงพอ โดยเฉพาะหัวใจและสมอง เพื่อลดอาการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะขาดออกซิเจน เช่น การหายใจเร็ว ซึ่งผู้ป่วยที่พิจารณาในการใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการขาดออกซิเจนเฉียบพลัน เช่น หัวใจวาย การหายใจล้มเหลว เป็นต้น ผู้ป่วย หลังจากการผ่าตัดใหญ่ เช่น ผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดทรวงอก เป็นต้น ผู้ป่วยช็อค เสียเลือดมาก ๆ และมีการอุดตันของเลือด (พูนทรัพย์, 2531) จากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเหล่านี้ มีผลกระทบ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังต่อไปนี้ (พูนทรัพย์, 2531 ; สุจินต์, 2537 ; สันต์, 2531 ; สุหัตตรา, 2536)

(1) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การที่มีปริมาณ เลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ความดันในช่วงอกเพิ่มขึ้น ขณะหายใจเข้า เลือดที่ไหลเข้าสู่หัวใจจึงลดลง มีผลทำให้เลือดออกจากหัวใจลดลง และมีความดันเลือดต่ำลง นอกจากนี้ความดันที่เพิ่มขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอาจทำให้มีการแตก ของถุงลม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ใช้ความดันมากเกินไป ทำให้ลมรั่วไปถึงชั้นหังฝืด เกิดลมใต้ผิวหนัง หรือรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดมีลมในช่องเยื่อหุ้ม ปอด นอกจากนี้การปรับเครื่องช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสม จะทำให้มีการระบายอากาศมากหรือน้อยเกินไป และมีการบาดเจ็บต่ออวัยวะช่วงปากและคอ บาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อบริเวณคอ จากการใส่ เครื่องช่วยหายใจ

(2) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีผลทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ลดลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ทำให้กระตุ้นการตอบสนองของระบบเรนิน-แองจิโอเทน ซิน และ อัลโดสเตอโรน (renin angiotensin aldosterone system) ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และมีการหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เพิ่มการดูดกลับ โซเดียมและน้ำที่ไตมากขึ้นนอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะน้ำเกินจากการเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนด้านการขับปัสสาวะ (antidiuretic) ทำให้การดูดน้ำกลับมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสมมูลย์น้ำและอิเล็กโตรลัยท์

(3) การติดเชื้อ เชื้อมักจะเข้าสู่ปอดโดยผ่านทางเครื่องมือ หรือโดยการสำลัก น้ำลายหรือสิ่งที่อาเจียนออก และการใส่ท่อทางเดินหายใจทำให้กลไกการป้องกันตัวและกำจัดเชื้อ ของทางเดินหายใจส่วนบนถูกรบกวน ปฏิบัติการไอเสียไป การทำงานของขนกวัดในทางเดิน หายใจลดลง ทำให้เสมหะค้างค้ำ (กรองไค, 2530) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ขาดสารอาหารผู้ป่วยที่มีความ ต้านทานต่ำ นอนบนเตียงนาน ๆ และมีการเคลื่อนไหวน้อย จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้มากขึ้น

ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อทางเดินหายใจ เช่น ความเจ็บปวดจากการใส่ท่อทางเดินหายใจ การสื่อสารกับผู้อื่นลดลง เป็นต้น (3) อื่น ๆ ได้แก่ ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เป็นต้น

4.3.1.2 ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพในระบบการไหลเวียนเลือดและหัวใจ ซึ่งสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อค เป็นต้น

ภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลทำให้ปริมาณเลือดที่บีบตัวออกจากหัวใจลดลง และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง ร่างกายจะมีรีเฟล็กซ์ของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว มีผลทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น เลือดไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น ขณะเดียวกันจะมีกลไกการทำงานของระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน และฮอว์โมนจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง และฮอว์โมนจากต่อมหมวกไต ทำให้การดูดกลับของน้ำและโซเดียมมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะนั้นเกิดขึ้นได้นอกจากนี้ภาวะหัวใจข้างซ้ายล้มเหลวจะมีอาการและอาการแสดงที่พบได้แก่ เหนื่อยออก เมื่อยตัว และอ่อนแรง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ซีด จุกเสียด จุกเสียด จุกเสียด และเป็นลม และผลที่ตามมาจะมีภาวะคั่งของเลือดที่ปอด ทำให้ความดันที่ปอดสูงขึ้น มีการกรองของของเหลวเข้าสู่ช่องว่างระหว่างถุงลม หรืออยู่ในถุงลม ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง ออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลงด้วย และมีอาการ ได้แก่ หายใจลำบาก มีภาวะขาดออกซิเจน ตัวเขียว ไอเป็นฟอง ปนเลือด หายใจเร็วและตื้น ส่วนหัวใจข้างขวาล้มเหลว จะมีผลทำให้มีการคั่งของเลือดในระบบหลอดเลือดดำ ทำให้เพิ่มการกรองของของเหลวจากหลอดเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ อาการและอาการแสดงที่พบได้แก่ บวมตามร่างกาย หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง มีน้ำในช่องท้อง ซึ่งภาวะบวมตามร่างกายจะส่งผลให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เกิดแผลได้ง่าย หรือเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง

ภาวะช็อคเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นสภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับเลือดหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนและอาหาร และมีการสะสมสารจากเมตาบอลิซึม สาเหตุของการเกิดจากภาวะช็อค เกิดขึ้นได้หลายประการ ดังนี้ ภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดและน้ำ ภาวะช็อคจากหัวใจ ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ภาวะช็อคจากระบบประสาท ซึ่งภาวะช็อคเหล่านี้เกิดขึ้นจะมีผลทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน พลังงานที่ได้จากกลูโคสจะลดลงมาก เพราะปฏิกิริยาทางเคมีเป็นแบบไม่ใช้ออกซิเจน เนื้อเยื่อยังสะสมสารจากเมตาบอลิซึม รวมทั้งกรดแลคติก จนเกิดภาวะกรด (acidosis) การขาดพลังงานทำให้เมตาบอลิซึมต่าง ๆ ของเซลล์เสื่อม รวมทั้งระบบการเคลื่อนย้ายโซเดียม (sodium pump) โซเดียมจึงซึมเข้าเซลล์และโปแตสเซียมซึมออกนอกเซลล์ จนเกิดสภาวะผิดปกติของอิเล็กโทรลิตส์ นอกจากนี้ถ้าภาวะช็อคยังคงอยู่นานเซลล์จะถูกทำลาย รวมทั้งไต หัวใจ และสมองจะขาดเลือด จึงเกิดมีการสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของอวัยวะ

หลายระบบ (multiple system organ failure) (Matuschak, 1998; McFadden & Sartorius, 1992) ถ้าไม่ได้รับการรักษาในระยะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตได้ (decompensated) จะทำให้เส้นเลือดฝอยสูญเสียการซึมผ่านของสารน้ำ (permeability) ทำให้น้ำและโปรตีนจะเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ (interstitial space) ทำให้เนื้อเยื่อบวมและขาดเลือดมากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการไหลเวียนเลือดและหัวใจผิดปกติ และภาวะช็อกมีดังนี้

(1) ปริมาณเลือดที่บีบตัวออกจากหัวใจลดลง และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง โดยเฉพาะไต หัวใจ และสมองจะขาดเลือด จึงเกิดการสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของอวัยวะหลายระบบ (multiple system organ failure)

(2) มีการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ มีภาวะน้ำขาด มีภาวะน้ำเกิน มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม

(3) ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง

(4) คิวหนังที่บวม จะขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย

4.3.1.3 ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดจากระบบไตผิดปกติ ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพ 3 ระยะ คือ ระยะปัสสาวะน้อย ระยะปัสสาวะมาก และระยะฟื้นตัว ซึ่งผลกระทบของไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะอยู่ในระยะปัสสาวะน้อย และระยะปัสสาวะมาก มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะปัสสาวะน้อย

(1) ผู้ป่วยจะมีการเสียสมดุลของน้ำและโซเดียม เนื่องจากในระยะปัสสาวะน้อย ไตไม่สามารถปรับระดับน้ำและโซเดียมให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย จึงทำให้มีการลดลงของพลาสมาในร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีความดันเลือดต่ำ ซึ่งจรรยาเร็ว ความดันเลือดต่ำส่วนกลางลดลง คิวหนังเขียว ถ้าผู้ป่วยได้รับน้ำมากจะทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน (water intoxication) จากการที่ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้ ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ซึม กล้ามเนื้ออ่อน หรือชักได้ และหากได้รับทั้งน้ำและโซเดียมเข้าสู่ร่างกายมากจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือน้ำท่วมปอดได้

(2) การเสียสมดุลของกรด-ด่าง (acid-base imbalance) จากการที่หลอดฝอย ไตเสียหายที่ในการดูดกลับของไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) เข้ากระแสเลือด และขับของไฮโดรเจนไอออน (H^+) ออกจากปัสสาวะผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจเร็วกล้ามเนื้อกระตุกจนถึงชักได้

(3) การเสียสมดุลโปแตสเซียม (potassium imbalance) โปแตสเซียมเกิดจากหลาย ๆ กลไกในร่างกาย เช่น การสลายโปรตีน เม็ดเลือดแดงแตก ฯลฯ แต่การ

ขับโปแตสเซียม ออกจากร่างกายส่วนใหญ่ออกที่ไต ดังนั้นในภาวะปัสสาวะน้อยนี้จะเกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ได้ ผู้ป่วยจะเริ่มจากมีอาการอ่อนแรง หายใจลำบาก พูดลำบาก จากการรบกวนระบบประสาทและกล้ามเนื้อ และตามมาด้วยอาการคลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องเสีย หัวใจเต้นผิดปกติจนถึงหัวใจหยุดเต้นในท่าไดแอสโตล (diastole)

(4) การคั่งของยูเรีย ในกระแสเลือด (uremia)

(5) คิดเชื่อซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบได้บ่อยในภาวะปัสสาวะน้อย

ภาวะปัสสาวะมาก

(1) อาการขาดน้ำ (dehydration) ผิวหนังแห้ง เยื่อบุตาแห้ง ปากแห้ง ลิ้นแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี ร่วมกับอาการความดันเลือดต่ำ

(2) อาการจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) มักเกิดร่วมกับภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วยมีอาการซีดจางเร็ว เวียนศีรษะ ความดันเลือดต่ำ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension) ผิวหนังแห้งเหี่ยว เกิดตะคริว (muscle cramp) ได้ง่าย

(3) อาการจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) คือ ภาวะที่มีโปแตสเซียมต่ำกว่า 3 มิลลิกรัมต่อลิตร มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด อาเจียนหายใจลำบาก และที่ต่างกับภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง คือ กล้ามเนื้อหัวใจเร็วได้ง่าย

4.3.1.4 ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรงอย่างเฉียบพลันจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเมตาบอลิซึม โดยที่มีเมตาบอลิซึมเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกันจะมีการขับไนโตรเจนออกมากเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำ และอิเล็กโตรลัยต์ด้วย ภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ หากมีการเสียเลือดหรือเสียน้ำไปเป็นจำนวนมาก จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปสู่กระเพาะลำไส้ลดน้อยลง ผลคือ เกิดการทำลายของเยื่อบุเซลล์ (จอมจักร, 2536) ซึ่งการตอบสนองทางเมตาบอลิซึมต่อการบาดเจ็บ ที่เกิดจากบาดแผล หรือกระดูกหักจากอุบัติเหตุ แผลจากการผ่าตัด และแผลจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สามารถแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ (ชาอุวิทช์, 2536 ; ทิวรรณ และคณะ, 2538 ; Fitzsimmons & Hadde, 1991)

(1) ระยะซ็อก หรือระยะเอ็บ (ebb phase) เป็นระยะที่เกิดขึ้นทันทีที่มีการบาดเจ็บ ซึ่งจะมีการตอบสนองของระบบประสาทและฮอร์โมน ระยะนี้จะมีระบบไหลเวียนเลือดลดลง ซึ่งจะเกิดจากการเสียเลือดหรือสูญเสียร่างกายนอกเซลล์ (extracellular fluid) อาจเป็นการสูญเสียร่างกายในหลอดเลือด หรือน้ำระหว่างเซลล์ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ก็จะเป็นการกระตุ้นการทำงาน

ของระบบ เรนิน-แองจิโอเทนซิน (renin angiotensin system) ซึ่งโดยบทบาทของเรนิน (renin) จะทำให้มีแองจิโอเทนซิน ทู (angiotensin II) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดตีบตัว เป็นการเพิ่มความต้านทานส่วนปลาย และช่วยให้ความดันเลือดสูงขึ้นอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีผลให้เพิ่มการหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมและน้ำที่ไต เป็นการดึงน้ำไว้ ผลจากปริมาณเลือดในร่างกายลดลง ทำให้ตัวรับปริมาณน้ำ (volume receptor) ในหลอดเลือดแดงใหญ่ถูกกระตุ้นลดน้อยลง จะมีผลทำให้ต่อมใต้สมองส่วนหลังฮอร์โมนด้านการขับปัสสาวะ (antidiuretic hormone) ซึ่งจะออกฤทธิ์ที่ท่อไตส่วนปลาย (distal tubule) ทำให้เพิ่มการดูดกลับของน้ำที่ไต และการขับถ่ายปัสสาวะจะลดลง เป็นการรักษาน้ำไว้ในร่างกาย เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้สูงขึ้น

(2) ระยะเวลาเผาผลาญสารอาหาร (catabolic phase) เป็นการตอบสนองต่อระยะเอ็บระยะนี้ถือว่าร่างกายที่อาการสาหัส เพราะยังมีบาดแผลและเคลื่อนไหวไม่ได้เต็มที่ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย อยากนอนพัก เบื่ออาหาร และไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ในระยะแรกของการเผาผลาญร่างกายจะยังพยายามกักตุนน้ำและโซเดียมจากฤทธิ์ของฮอร์โมนด้านการขับปัสสาวะ (antidiuretic) และ อัลโดสเตอโรน (aldosterone) ที่ตกค้างจากระยะเอ็บ (ebb phase) แต่เมื่อระบบไหลเวียนและระดับฮอร์โมนกลับสู่ปกติร่างกายจะเข้าสู่ระยะที่ปัสสาวะออกมาก (diuretic phase) ซึ่งจะมีการขับน้ำและโซเดียมออกทางปัสสาวะ ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะขาดน้ำ จากการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ หรือมีภาวะน้ำเกินจากการได้รับสารน้ำชดเชยมากเกินไป ระยะนี้ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยใช้พลังงานจากไขมัน และกรดอะมิโนที่ได้จากโปรตีน แทนกลูโคส และจะมีอัตราการเผาผลาญอาหารสูงกว่าปกติ ประมาณร้อยละ 10 ถึง 100 ความสมดุลของไนโตรเจนเป็นลบประมาณ 10-25 กรัมต่อวัน และน้ำหนักตัวลดลง 200-800 กรัมต่อวัน ร่างกายจะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อไปค่อนข้างเร็ว มีการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อลาย เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และลำไส้ เพื่อนำโปรตีนมาใช้ในด้านการหายของบาดแผล การตอบสนองการอักเสบ

(3) ระยะเปลี่ยนแปลงการเสริมสร้างพลังงาน (anabolic phase) เป็นระยะของการตอบสนองต่อจากระยะการเผาผลาญสารอาหาร เมื่อฮอร์โมนต่าง ๆ กลับสู่ระดับปกติ ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอ ร่างกายจะหันกลับมาใช้กลูโคสเป็นพลังงาน และเริ่มสร้างโปรตีนและสะสมไขมันเพื่อชดเชยส่วนที่เสียไป ซึ่งถือว่าระยะนี้เป็นระยะพักฟื้น ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น เริ่มสนใจในสิ่งแวดล้อม และเจริญอาหารขึ้น ความสมดุลของไนโตรเจนจะเริ่มเป็นบวกและน้ำหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกแข็งแรงขึ้นตามระยะเวลา และเคลื่อนไหวได้มากขึ้น

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยหนัก ที่มีการบาดเจ็บของร่างกายอย่างรุนแรง จะมีการตอบสนองของเมตาบอลิซึมอยู่ในระยะช็อก และระยะเวลาการเผาผลาญสารอาหาร ซึ่ง

พบว่าผลทำให้ผู้ป่วยมีเมตาบอลิซึมเพิ่มสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำหรือมีภาวะขาดน้ำ หรือมีภาวะน้ำเกิน และมีการขาดสารอาหารประเภท โปรตีน และแอลบูมิน ในระยะที่ 2 ของการตอบสนองทางเมตาบอลิซึม สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษนภา (2536) พบว่า ผู้ป่วยหนักจะมีสภาวะการเผาผลาญสารอาหารสูง มักจะแสดงอาการภาวะขาดสารอาหารประเภทโปรตีน (kwashiorkor) ระดับซีรัมแอลบูมิน และโปรตีน มักจะต่ำ ซึ่งถ้าระดับแอลบูมินต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร และมีระดับลิพโไลทต่ำกว่า 1,500 ตัวต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร จะพบอัตราโรคแทรกซ้อนสูงถึง 4 เท่า และอัตราการตายสูงถึง 20 เท่า

4.3.1.5 ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากการผ่าตัด มีดังนี้ (พุทธรณี, 2536)

(1) ภาวะหายใจล้มเหลวภายหลังผ่าตัด

การผ่าตัดจะมีผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวมากขึ้น เนื่องจากร่างกายมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น และมีการสร้างคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มเมตาบอลิซึมเพื่อซ่อมแซมส่วนที่ผิดปกติ นอกจากนี้พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว เนื่องจากร่างกายถูกรบกวนให้หายใจเข้า-ออกได้น้อยลง จากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด การขาดสารอาหาร หรือทรวงอกขยายเข้าออกได้ยากขึ้น เพราะมีการรบกวนการทำงานของกระบังลมและกล้ามเนื้อช่วยหายใจอื่น ๆ โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน

(2) มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด โดยเฉพาะระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งมีการทำงานมากขึ้น เนื่องจากร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น หรือมีการสูญเสียเลือดและน้ำ ขณะผ่าตัด ทำให้สารน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ผิดปกติ มีระบบย่อยอาหารผิดปกติ เนื่องจากเซลล์บุลำไส้มีความไวต่อภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง โดยเฉพาะเมื่อมีการขาดออกซิเจน และสารอาหาร การทำลายของเซลล์บุลำไส้ จะเกิดขึ้น และการทำหน้าที่ของกระเพาะลำไส้ลดลง นั่นคือ การทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบน้อยลง ทำให้มีภาวะท้องอืด (จอมจักร, 2536) รับประทานอาหารไม่ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ขาดสารอาหาร

(3) ภายหลังการผ่าตัด อาจพบภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ ร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและอาจเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 25-75 ภายหลังผ่าตัดช่องท้อง (พุทธรณี, 2536) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยหลังผ่าตัด คือ ถุงลมปอดแฟบ (atelectasis) การสำลักเศษอาหาร/น้ำย่อยเข้าปอด กลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (ARDS) และการติดเชื้อ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(3.1) ถุงลมปอดแฟบ เกิดจากการรบกวนการทำงานของกระบังลม และกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ร่วมกับการเพิ่มเมตาบอลิซึมและเสมหะคั่ง ภาวะนี้จะหายไปถ้า

ผู้ป่วยหายใจเองได้ลึกและแข็งแรงพอที่จะไอได้ดี แต่ถ้าปอดไม่ขยายภายในเวลา 3 วัน อาจพบการติดเชื้อร่วมด้วย อาการและอาการแสดงของภาวะถุงลมปอดแฟบ มีดังนี้ พบว่า มีลักษณะของเลือดขาดออกซิเจน หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น แต่จะหายใจตื้น ร่วมกับมีไข้ ถ้าปอดแฟบจะตรวจพบว่าเสียงหายใจเบาลง ปอดส่วนแฟบจะดึงให้หลอดลมเอนไปค้ำนั้นๆ

(3.2) การสำลักเศษอาหาร/น้ำย่อยเข้าปอด เมื่อมีการสูญเสียหรือลดลงของกลไกการป้องกันของทางเดินหายใจ (รีเฟล็กซ์ของกล่องเสียง การไอ และการกลืน) ร่วมกับมีภาวะส่งเสริมให้น้ำย่อยในกระเพาะอาหารเอ่อท้นขึ้นมา จะทำให้เสี่ยงต่อการสำลักน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเข้าสู่ปอด ซึ่งพบว่าร้อยละ 36 ของผู้ป่วย ภายหลังจากสำลักน้ำย่อยเข้าปอดจะมีอาการรุนแรงจนเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (ARDS) และมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30-50 (พุทธรักษา, 2536) อาการและอาการแสดงของการสำลักอาหาร/น้ำย่อยเข้าปอด ขึ้นอยู่กับชนิดของสิ่งสำลัก ถ้าเป็นอาหาร ก้อนหรือชิ้น จะอุดกั้นทางหายใจ ทำให้หายใจลำบาก ถ้ามีการปิดกั้นช่องสายเสียง (glottis) ทั้งหมดจะหายใจไม่ออกและพูดไม่ได้เลย ถ้าเศษอาหารเล็ดลอดลงสู่ทางหายใจส่วนล่าง ก็จะมีอาการระคาย ไอรุนแรง หายใจเร็ว และติดเชื้อ ถ้าไม่ได้เอาออก หรือจะพบหลอดลมบีบเกร็งในระยะแรก เมื่อสำลักน้ำย่อยที่เป็นกรด และอีก 2-3 ชั่วโมงต่อมา จะมีอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก ปอดบวม น้ำ ความดันเลือดต่ำ และชีพจรเร็ว

(3.3) กลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (ARDS) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ทำให้ระบบหายใจล้มเหลว ชนิดขาดออกซิเจน ที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพในปอดโดยตรง หรือมีสาเหตุจากพยาธิสภาพที่อื่น แต่ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ซึ่งกลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่จะมีการทำลายหรือการเสื่อมของแผ่นเยื่อหุ้มถุงลมและหลอดเลือดฝอย ทำให้มีสารน้ำรั่วจากหลอดเลือดฝอยเข้าไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์และภายในถุงลม ทำให้สารตั้งตัวถูกเจือจางเสื่อมสมรรถภาพไป ทำให้ถุงลมแฟบตัวลง เกิดผลต่อเนื่องให้สภาพความยืดหยุ่นของปอดและความจุคงค้างที่ใช้งานได้ (functional residual capacity : FRC) ลดลง มีการไหลกลับทางของเลือดจากขวาไปซ้าย โดยไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง (พุทธรักษา, 2536 ; Hammer, 1995 ; Mcclander, 1996)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เช่น เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว มีภาวะถุงลมปอดแฟบ การสำลักเศษอาหาร/น้ำย่อยเข้าปอด กลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ เป็นต้น ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด เป็นต้น มีความผิดปกติของสารน้ำและอิเล็กโทรลิต ระบบการย่อยอาหารผิดปกติ มีภาวะท้องอืด รับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้ขาดสารอาหาร เป็นต้น

4.3.1.6 ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยอุบัติเหตุกระดูกหัก เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในช่วง 6 ถึง 12 ชั่วโมงแรก ต้องนอนพักเพื่อลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องนอนพักเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยที่กระดูกหักใส่เหล็กความกระดูกภายนอก ผู้ป่วยกระดูกหักใส่เครื่องดักน้ำหนักร เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จะทำให้สมรรถภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ผลเสียที่เกิดขึ้นกับระบบของร่างกาย ดังต่อไปนี้

(1) ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก แม้ว่าการไม่เคลื่อนไหวจะช่วยให้เสริมกลไกการสมานแผลได้ แต่ขณะเดียวกันการไม่เคลื่อนไหวก็มีผลให้เกิดความเสื่อมของกระดูก พบว่าเซลล์สร้างกระดูกจะทำงานลดลง ขณะที่เซลล์สลายกระดูกทำงานเพิ่มขึ้น ผลคือความหนาแน่นของกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกพรุน กระดูกเปราะหักง่าย ส่วนกล้ามเนื้อจะมีความแข็งแรงและความทนทานลดลง เนื่องจากการไม่เคลื่อนไหว ทำให้กล้ามเนื้อไม่หดตัวจึงเกิดการสลายโปรตีน กล้ามเนื้อจึงลีบและอ่อนแรง และข้อต่าง ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวจะมีผลทำให้เกิดการเพิ่มของคอลลาเจน บริเวณเอ็น ทำให้เอ็นแข็งตัวและหดสั้นเข้า ร่วมกับการเกิดไฟโบรซิส (fibrosis) ตรงบริเวณนั้น จึงเพิ่มการคั่งรังของข้อเข้าหากัน และทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด และไม่ยอมเคลื่อนไหวข้อที่ปวด

(2) ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ผู้ป่วยที่นอนก้นที่ตลอดเวลา มีผลต่อการปรับการกระจายของของเหลวในร่างกายและลดสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และร่างกายเกิดภาวะความดันเลือดต่ำ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ และเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำได้ เนื่องจากการไม่เคลื่อนไหวจะทำให้การไหลเวียนของเลือดช้า โดยเฉพาะหลอดเลือดส่วนปลายเท้า ร่วมกับการปรับกระจายของของเหลวในร่างกายโดยลดการทำงานของฮอร์โมนด้านการขับปัสสาวะ (ADH) ลง ทำให้เสียน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น เลือดเข้มข้นจึงส่งเสริมให้การไหลเวียนช้าขึ้นอีก

(3) ผลต่อผิวหนัง การนอนอยู่กับที่เฉยวันๆ จะมีผลทำให้หลอดเลือดบริเวณที่มีปุ่มกระดูกยื่นออกมาถูกแรงกดจากภายนอก การไหลเวียนเลือดบริเวณนั้นจึงไม่สะดวก ร่วมกับเมื่อลดการไหลเวียนเลือดมีผลให้การนำออกซิเจนและอาหารมายังกล้ามเนื้อและผิวหนังลดลง นอกจากนี้การไหลเวียนของเลือดที่ช้าลงมีผลให้มีการซึมของพลาสมาออกจากหลอดเลือดทำให้น้ำระหว่างเซลล์เพิ่มขึ้น จึงเกิดการบวม ทั้งสามสาเหตุนี้ ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย

(4) ผลต่อการเผาผลาญสารอาหารและระบบต่อมไร้ท่อ ผู้ป่วยที่นอนกับที่นาน ๆ ทำให้มีการเสียสมดุลของไนโตรเจน เกิดภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ ทำให้เกิดการบวมขาดแคลนน้ำ และน้ำหนักตัวลดลง นอกจากนี้พบว่าการเสียสมดุลของแร่ธาตุอื่น ๆ เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้กลไกการหลั่งฮอร์โมนด้านการขับปัสสาวะ (ADH) ถูกยับยั้ง มีผลทำให้ปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมมากกว่าปกติ และมีการสูญเสียโปแตสเซียมทางปัสสาวะ

(5) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร การไม่เคลื่อนไหวนาน ๆ มีผลให้ระบบประสาทซิมพาธิกทำงานมากขึ้น ลดการบีบตัวของลำไส้ และเพิ่มการหดตัวของหูรูดต่าง ๆ ของทางเดินอาหาร ซึ่งมีผลลดการดูดซึมของอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ และมีภาวะท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก

(6) ผลต่อระบบหัวใจ ทำให้การหดตัวของกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงทำงานลดลง ลดการขยายของทรวงอกขณะหายใจเข้า ผู้ป่วยที่นอนกับที่นาน ๆ มีการคั่งของสารคัดหลั่งตรงส่วนข้อปอด และมีโอกาสได้รับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ระบบหายใจง่ายขึ้น กล้ามเนื้อช่วยการหายใจและกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอลง ทำให้ประสิทธิภาพการไอลดลง จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และปอดบวม ปอดแฟบได้

(7) ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ การนอนพักบนเตียงมีผลให้ปริมาณเลือดไปสู่ไตเพิ่มขึ้น ไตจึงขับเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซียม แคลเซียม และฟอสฟอรัสออกทางปัสสาวะได้มากขึ้น พบว่า การนอนพักบนเตียงเพียง 2 สัปดาห์ ระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัสในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริม ทำให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะได้มาก นอกจากนี้ พบว่า แรงดันจากกล้ามเนื้อ หน้าท้องที่ช่วยการขับปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ปัสสาวะคั่งในกรวยไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย นอนกับที่นาน ๆ จะส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ผิวหนัง ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบการเผาผลาญสารอาหารและระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

4.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอย่างรุนแรง จะเกิดผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ เป็นอย่างมาก ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สามารถแบ่งได้ 2 ประการ คือ (1) สาเหตุภายในร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความกลัวและความวิตกกังวล การมีไข้สูง ความไม่สบายต่าง ๆ การนอนในท่าที่ไม่สบาย เป็นต้น และ (2) สาเหตุภายนอกในร่างกาย ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การถูกรบกวนจากเสียง แสงไฟ และ

กิจกรรมการรักษาพยาบาล หรือการหุคคยของแพทย์และพยาบาล เป็นต้น ซึ่งพอสรุปผลกระทบต่างๆ ได้ ดังนี้

4.3.2.1 ความเครียด ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักได้รับสิ่งก่อความเครียดจากภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงอยู่ตลอดเวลา เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย จากการศึกษาของ ทิชี่ บราม เมเยอร์ และรัตตัน (Tichy, Bram, Meyer & Rattan, 1988) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย คิดเป็นร้อยละ 44 ของปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งหมด ปัจจัยสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 26 ปัจจัยทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 16 และปัจจัยทางด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 13 ซึ่งภาวะเครียดส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของร่างกาย ทำให้มีการหลั่งสารต่าง ๆ เช่น สารอิพิเนพรีน ส่งผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดลมขยาย มีการแข็งตัวของเลือดเร็วขึ้น การเผาผลาญสูงขึ้น ผลิตกลูโคคอร์ติคอยด์ ทำให้มีการสร้างกลูโคสเพิ่มขึ้น มีการสลายตัวของโปรตีนมากขึ้น อาจเกิดแผลเยื่อทางเดินอาหาร เซลล์จะปล่อยฮิสตามีน ทำให้ผนังหลอดเลือดและผนังเซลล์เสียหายที่ ทำให้น้ำคั่งนอกเซลล์และโปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้น

4.3.2.2 การนอนไม่หลับ เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายในร่างกายของผู้ป่วยเอง ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความกลัว และวิตกกังวล ความไม่รู้สึกสบายต่าง ๆ เป็นต้น และปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งกิจกรรมการรักษาพยาบาล เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชู (2536) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 70 คน จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย คือ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ความกลัว และความวิตกกังวล ลักษณะสถานที่และเสียงรบกวน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดน้อยลง ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีผลทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะในวงจรชีวภาพเกิดความแปรปรวน ซึ่งอาจแสดงอาการในหลายด้าน เช่น ความผิดปกติในการรับรู้ ความคิดและความจำ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย กระวนกระวาย และสมาธิไม่ดี เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา และดวงใจ (2541) ซึ่งมีการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 ราย ก่อนที่จะมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการสังเกตอาการแปรปรวนการนอนหลับ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 93.6 อาการอึดโรย คิดเป็นร้อยละ 71.0 และหงุดหงิด กระวนกระวาย คิดเป็นร้อยละ 16.2 ถ้าปัญหานี้ยังคงดำเนินต่อไปจะเกิดการขาดสมดุลของระบบสารชีวเคมีในร่างกาย อันจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย และจิตของผู้ป่วย ทำให้กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่ดำเนิน

อยู่ในขณะที่มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ มีการหยุดทำหน้าทีไป (บุญชู, 2536) เช่น การสังเคราะห์ โพรตีน และการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง ทำให้้อตราการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอลดลง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น เป็นต้น

4.3.2.3 อาการทางจิต (psychosis) เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เช่น อาการสับสน ะอะโวยวาย หรือมีอาการประสาทหลอน จนทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น เป็นอาการเฉพาะที่มักเกิดกับผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นเวลานาน บริกส์ (Briggs, 1991) พบว่า ร้อยละ 70 จะมีอาการทางจิต เมื่อผู้ป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนาน 3 – 5 วัน ซึ่งสาเหตุของการเกิดอาการทางจิตอาจเกิดจากพยาธิสรีรภาพของโรค เช่น ภาวะความดันเลือดต่ำ ภาวะการขาดออกซิเจน นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมอาจเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตผิดปกติได้ เช่น เสียงรบกวนคังรบกวนการนอนหลับ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดอาการทางจิตและอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุได้

4.3.2.4 ประสาทรับรู้สึกผิดปกติ ซึ่งมีทั้งการเพิ่มและลดของสิ่งกระตุ้นภาวะที่มีการกระตุ้นความรู้สึกที่มากเกินไป เป็นภาวะที่ผู้ป่วยถูกรบกวน โดยสิ่งกระตุ้นประสาทความรู้สึกเป็นจำนวนมาก ความสนใจของผู้ป่วยจะกระโดดจากสิ่งกระตุ้นหนึ่งไปยังสิ่งกระตุ้นอีกอย่างหนึ่ง เช่น การใส่ท่อหายใจ การดูดเสมหะ การได้ยินเสียงจากเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจเกิดความแปรปรวนของอารมณ์ มีการสับสนด้านความคิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมสภาพจิตใจให้ปฏิบัติกิจกรรมตามปกติได้ การรับสัมผัสที่มากมาย เช่น การคิดตรึงของพลาสติกปิดแผล การถูกแทงด้วยเข็มให้สารน้ำ การใส่ท่อระบายทรวงอก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจ รู้สึกเจ็บปวดของบาดแผลในอวัยวะภายในและปวดแผลภายนอกทุกครั้งที่เกิดเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยได้เห็นภาพที่น่ากลัว จากการผู้ป่วยข้างเคียงมีอาการเจ็บหนัก และได้ยินเสียงดังตลอดเวลา ทำให้สะดุ้งตกใจ ซึ่งจะมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น การเต้นของหัวใจ และการหายใจเพิ่มขึ้น ลดการหลั่งน้ำลาย และน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร

ส่วนภาวะพรากความรู้สึกในผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นการตอบสนองต่อการได้รับสิ่งกระตุ้นประสาทรับรู้สึกลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เช่น อัมพาต การเข้าเฝือก เป็นต้น กลุ่มที่ไม่สามารถพูดสื่อสารได้ เช่น การเจาะคอ เป็นต้น ส่งผลทำให้การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ มีระดับตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงผิดปกติชัดเจน มีอารมณ์ผิดปกติ เช่น ความกลัว ความกังวลใจ เศร้าใจ โกรธ ตื่นเต้น หวาดระแวง โดดเดี่ยว การเคลื่อนไหวเสื่อมประสิทธิภาพ เช่น มีความยากลำบากในการพูด ความผิดปกติทางความคิด เช่น ไม่มีสมาธิ ไม่มีเหตุผล ไม่สามารถรับรู้ต่อเวลา สถานที่ และมีความคิดแปลก ๆ เป็นต้น มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น มีอาการกระวนกระวาย ไม่ร่วมมือ เป็นต้น

4.3.2.5 ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าเขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ และการกระทำของตนเองไม่มีผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ภาวะสูญเสียพลังอำนาจจะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง สมรรถนะความสามารถในการตัดสินใจ และความพยายามควบคุมความเจ็บปวดของตนเองจะลดลง (ประคอง, 2533; Boeing & Mongera, 1989) จากการใช้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางกาย ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายในหลายระบบ มีปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นในรูปของพฤติกรรม และอารมณ์ ปฏิกิริยาแรกที่พบในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ คือ ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ มีอาการอ่อนเปลี้ย ไม่มีแรงช่วยเหลือตนเอง รู้สึกไร้พลัง ซึ่งจะแสดงพฤติกรรม ผู้ป่วยนอนอนเฉย ๆ และไม่คิดว่าตนต้องช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ผู้อื่นต้องช่วยเหลือตน ปฏิกิริยาต่อมาเป็นปฏิกิริยาด้านจิตใจ แสดงออกถึงความวิตกกังวล เป็นห่วงชีวิตตนเอง มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรืออาจปฏิเสธการรักษาพยาบาล แยกตัว ซึมเศร้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ดังนี้ (ช้อลดา, 2536)

- (1) ผู้ป่วยจะปฏิเสธการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือผู้ป่วยอาจพึ่งพามุคคลอื่นมากเกินไป ไม่ช่วยเหลือตนเอง
- (2) ทำให้ความรุนแรงของโรคมักขึ้น
- (3) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงตน ได้เหมาะสมกับบทบาทของตนเองได้
- (4) มีความคิดปessimistic ด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกตนเองไร้คุณค่า รู้สึกกระวนกระวายใจ และไม่สุขสบาย
- (5) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสื่อความหมายตามที่ต้องการได้

4.3.3 ผลกระทบด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความเครียดต่อเหตุการณ์ ความเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นต้น หรือ การที่ครอบครัวได้รับข่าวร้ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย กฎเกณฑ์หรือนโยบายในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องกำหนดเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นความเครียดให้กับครอบครัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัวได้รับ คือ ความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Hudak, Gallo & Morton, 1998)

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย ทั้งบทบาทต่อครอบครัว บทบาทหน้าที่การทำงาน สัมพันธภาพภายในครอบครัว สังคม ของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ความ

รับผิดชอบ กิจกรรม การทำงาน กิจวัตรประจำวันบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ตลอดจนรายได้ลดลง และภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น งานวิจัยของ วิล ไวลรัตน์ และมาลี (2536) ซึ่งศึกษาการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความผาสุก โดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตร เข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู พบว่า ใน 2 – 3 วันแรก ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แพทย์ไม่รับรองความปลอดภัย บิดามารดาเป็นห่วง วิตกกังวลต่ออาการบุตรมากที่สุด กล่าวว่าการจะไม่ได้รับการดูแลที่เพียงพอ บิดามารดาใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหามากที่สุด คือ พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดียิ่งขึ้น และความผาสุกโดยทั่วไปค่อนข้างต่ำ ระดับความทุกข์โศกของบิดามารดา พบว่าอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุด

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีสภาวะโรค อย่างรุนแรง และมีอาการเฉียบพลัน ซึ่งอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จากพยาธิสภาพของโรคที่ก้าวหน้าขึ้น หรือภายหลังการผ่าตัดต่าง ๆ เช่น การเจาะคอ การผ่าตัดหัวใจ หรือสมอง เป็นต้น ตลอดจนการใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดความดัน เป็นต้น การปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ เช่น การดูแลเสมหะ การพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เช่น เสียง แสงไฟ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ร่างกายอ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่าย ขาดรายได้ สูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัว ประเทศชาติ

5. การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตสูง มีความต้องการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน และมีคุณภาพเพื่อฟื้นภาวะอันตราย หรือพ้นจากการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น (บุปผา, 2538) ศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะมีภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ซึ่งสันต์ (2531) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียนและระบบหายใจ ซึ่งภาวะหายใจเฉียบพลัน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ ดังนั้นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ต้องมีความรู้ ความชำนาญในการแก้ปัญหาที่เกิดจาก

โรคหรือความเจ็บป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยทันทั่วทั้งที่และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความรู้ ความสามารถในการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ซึ่งในช่วงเวลานั้น พยาบาลอาจลืมคำนึงถึงภาวะจิตใจ สภาพสังคม (บุปผา, 2538) ตลอดจนการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ หรือเกิดความเครียดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Gallo & Hudak, 1994) ซึ่งการตอบสนองด้านร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่างๆ ผิดปกติไป เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เป็นต้น พยาบาลจึงต้องทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด จากการศึกษาของดวงใจ (2536) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยในหออภิบาลเกิดความเครียดในระดับสูง มีดังนี้ การคาท้อหลอกลม การถูกดูถูกเสมอ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และการถูกแยกจากครอบครัว พยาบาลต้องทราบสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด จึงสามารถจัดหรือบรรเทาความรุนแรงของสิ่งเร้าเหล่านั้นได้ และช่วยให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายหรือตอบสนองความต้องการ และแก้ไขปัญหามองผู้ป่วยได้ พยาบาลต้องมีการรับรู้ตรงกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผน กำหนดบทบาท หรือกิจกรรม ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลรับรู้ปัญหาและความต้องการได้ตรงกับผู้ป่วยก็คือ การนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ ให้พยาบาลมองเห็นปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมในลักษณะองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมนั่นเอง (อริญญา และคณะ, 2535)

ข้อวินิจฉัยพยาบาลนี้จะป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลเป็นโครงสร้างในสถานบริการสาธารณสุขได้บรรจุกระบวนการพยาบาลไว้ในมาตรฐานที่ 6 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้อง กับความต้องการ และปัญหาของผู้บริการ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ (1) กำหนดให้ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และ (2) ใช้หลักการทฤษฎีการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งแนวทางปฏิบัติ คือ ให้ฝ่ายการพยาบาลต้องกำหนดหลักการและมาตรฐานการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร และกำหนดวิธีการสนับสนุนให้ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลทุกประเภท รวมทั้งการนำหลักการและทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในทุกระดับของกระบวนการพยาบาล (พรจันทร์ และกฤษดา, 2539) จากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ พรรณวดี ขวัญตา และนงลักษณ์ (2539) เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลในประเทศไทยต่อมาตรฐานพยาบาลของสภาการพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง 321 คน ซึ่งเป็นผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ พบว่าผู้บริหารการพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความของมาตรฐาน และเกณฑ์ทุกเกณฑ์ที่เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลมีความ

เหมาะสมในระดับสูง ที่จะใช้มาตรฐานการพยาบาลระดับชาติโดยเฉพาะมาตรฐานการวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความเหมาะสมถึงร้อยละ 95.6 ส่วนข้อความที่ใช้เป็นเกณฑ์ “การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้มาจากข้อมูลที่รวบรวมได้” มีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 97.2 ส่วนข้อความ “การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้รับบริการบุคคลที่ใกล้ชิด และสอดคล้องกับแผนการรักษา” มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 94.7 และ “การวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องบ่งชี้ให้เห็นเป้าหมายและแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้” เป็นข้อความที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 96.3

จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันกระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้รับความยอมรับและสนับสนุนจากพยาบาลไทย ระดับผู้บริหารการพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น นอกจากนี้ระดับผู้นำทางการพยาบาลได้ให้ความสนใจ และมีความมุ่งมั่นที่จะนำเอากระบวนการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มที่ฝ่ายการศึกษาพยาบาลได้พยายามปรับปรุงหลักสูตรโดยเพิ่มหลักสูตรและทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลเข้าในหลักสูตรการเรียนการสอนตลอดหลักสูตร เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยทั้งในสถาบันการศึกษา และสถานบริการ ตลอดจนการศึกษาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

ขัมภลิจิต และเพชรพิเชษฐเชียร (Khampalikit & Petpichetchian, 1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในประเทศไทย พบว่า สถาบันการศึกษาพยาบาลจำนวน 45 แห่ง มีการนำกระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ แต่พบว่ามีปัญหาในการสอนเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ (1) การนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้จะเป็นการจำกัดความคิดของนักศึกษา (2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีความหมายไม่ชัดเจน ครอบคลุมเพียงพอ และ (3) ไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ส่วนในสถานบริการ จำนวน 74 แห่ง มีการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วย แต่พบว่าการนำมาใช้ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ไม่สมบูรณ์ และมีปัญหา คือ (1) ขาดความรู้และทักษะ (2) การใช้กระบวนการพยาบาลต้องใช้เวลามาก (3) พยาบาลมีทัศนคติด้านลบต่อกระบวนการพยาบาล และ (4) ระดับบริหารไม่ให้การสนับสนุน นอกจากนี้พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่นำมาใช้ส่วนใหญ่เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมากกว่า การตอบสนองด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ

การศึกษาของ วลัยพร วิภา เจริญจิต และชัชชม (2538) เกี่ยวกับทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และประกาศนียบัตรพยาบาล ศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ของสถาบันการศึกษา จำนวน 24 สถาบัน จำนวน 1,479 คน จากการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติในทางบวกต่อกระบวนการพยาบาล โดยมีทัศนคติว่า กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาและเพิ่มระดับมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการทำงานของพยาบาลที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง กระบวนการพยาบาลช่วยให้การบริการพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ และกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะขาดไม่ได้ ส่วนทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ พบว่า การการวินิจฉัยทางการแพทย์ทำให้มองเห็นปัญหาของผู้รับบริการได้ชัดเจนมาก เนื่องจากมี ข้อมูลสนับสนุนตรงกับปัญหาของผู้รับบริการ การวินิจฉัยทางการแพทย์ทำให้ได้ฝึกคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ พบว่า ปัญหา อุปสรรคในการใช้ กระบวนการพยาบาล มีดังนี้ (1) การขาดความรู้ ความเข้าใจ (2) การขาดทักษะและความสามารถในการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล (3) สถานที่ฝึกปฏิบัติงานไม่ได้ใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้ขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ (4) คำราชาภาษาไทยที่จะนำมาใช้ในการเขียนแผนการพยาบาลมีไม่เพียงพอ (5) พยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วยยังขาดความรู้เพียงพอเกี่ยวกับ กระบวนการพยาบาล ทำให้มีข้อจำกัดในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ศึกษา (6) มีความเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลระหว่างอาจารย์ผู้สอนแต่ละคนทำให้นักศึกษารู้สึกสับสน และไม่สามารถเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้

อรัญญา และคณะ (2535) ศึกษารูปแบบการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นแผนการพยาบาล จำนวน 349 ชุด ซึ่งมีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทั้งสิ้น 1,240 ข้อ และมีจำนวนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ต่อแผนการพยาบาล 1 ชุด โดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 ข้อ โดยมีจำนวนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์สูงสุด 9 ข้อ และต่ำสุด 1 ข้อ เมื่อจำแนกแผนการพยาบาลตามผลการวินิจฉัยโรคระบบต่างๆ พบว่า แผนการพยาบาลที่ศึกษา เป็นแผนการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร สูงสุดร้อยละ 13.18 รองลงมาเป็นระบบหายใจ ร้อยละ 10.16 ระบบโลหิตและน้ำเหลือง ร้อยละ 8.59 เมื่อนำข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ศึกษาได้มาจัดหมวดหมู่ตามกรอบแนวคิดแบบแผน สุขภาพ พบว่า แบบแผนที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์มากที่สุด คือ แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ร้อยละ 31.29 ซึ่งในแบบแผนนี้มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการ ติดเชื้อ การแพร่กระจายของเชื้อ และเกี่ยวกับการได้รับอาหาร รองลงมาแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 14.35 มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ คือ การหายใจ/การจัด เสมหะ/การแลกเปลี่ยนก๊าซ การสูดฉีดโลหิต กิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง และการเคลื่อนไหวและ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 11.53 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ การดูแลสุขภาพตนเอง/ครอบครัว และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ สำหรับแบบแผนที่ไม่มีการวินิจฉัยทางการพยาบาลเลย คือ แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ นอกจากนี้ พบว่า เมื่อจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามองค์ประกอบของคน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นข้อวินิจฉัยทางทางด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 70.32 รองลงมาเป็นข้อวินิจฉัยทางด้านจิตสังคม คิดเป็นร้อยละ 29.68

อรสา ประคอง พรทิพย์ และสุทธพรพรรณ (2534) ได้ศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาล โดยวิเคราะห์จากรายงานแผนการพยาบาลของนักศึกษาในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ จำนวน 107 ฉบับ ตามกรอบแนวคิดการรวบรวมข้อมูล และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกอร์คออน จากผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาวินิจฉัยปัญหาได้ทั้งหมด 548 ปัญหา ผู้ป่วยแต่ละรายถูกวินิจฉัยปัญหา 2-11 ปัญหา เฉลี่ย 5.12 ปัญหา ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบมากที่สุดอยู่ในแบบแผนที่2อาหารและการเผาผลาญอาหาร คิดเป็นร้อยละ 20.56 และแบบแผนสุขภาพที่ไม่ถูกวินิจฉัยไว้เลย ได้แก่ เพศ การเจริญพันธุ์ และค่านิยม-ความเชื่อ

ทัศนีย์ สุทธิรัตน์ ทัศนีย์ และ จิตรา (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการปฏิบัติทีมการพยาบาลและต่อการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 550 คน จากการศึกษา พบว่า ความรู้ เจตคติ และความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลที่มีต่อทีมการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กัน แสดงว่า พยาบาลที่มีความรู้ในเรื่องทีมการพยาบาลคือต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของกระบวนการพยาบาลดีตามไปด้วย พยาบาลที่มีอายุและระยะเวลาในการทำงานต่างกัน มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน และพยาบาลที่มีเจตคติดีจะสามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้ดีกว่ากลุ่มที่มีเจตคติไม่ดีต่อกระบวนการพยาบาล

พินิจ นวลลออ และอรอนงค์ (2536) ศึกษาโครงการนำร่องสร้างและพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัด ได้มีการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด ซึ่งมีแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด และตารางบันทึกแผนการพยาบาลให้ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล การพยาบาลและประเมินผลตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกๆระยะของการผ่าตัด ผลการดำเนินการสร้างและการพัฒนาแบบบันทึก พบว่า ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีทั้งในระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ การแก้ไขปรับปรุง แบบบันทึกการพยาบาล 2 ครั้ง ในครั้งแรก พบว่า ผู้ปฏิบัติการมีปัญหาในเรื่องการเขียนแผนการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจึงได้แก้ไขโดยเชิญวิทยากรมาให้ความรู้เพิ่มเติมและในครั้งต่อมาเมื่อมีการปรับปรุงแก้ไข เมื่อนำมาทดลองใช้

พบว่า ผู้ปฏิบัติสะดวกขึ้น และสามารถเขียนแผนการพยาบาลที่ถูกต้องและครบถ้วน แบบบันทึกของผู้ป่วยแต่ละรายจะมากขึ้น ซึ่งมีผลทางอ้อม คือ พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้เวลาผู้ป่วยมากขึ้น มีการพูดคุย ชักถามและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจบริการพยาบาลห้องผ่าตัดในระดับสูง

ยุพาวรรณ (2534) ศึกษาเกี่ยวกับ การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยทางการพยาบาลในคลินิก : การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิก จำนวน 70 คน และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จำนวน 30 คน จากการศึกษา พบว่า มีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากคลินิก จำนวน 22 ข้อ และข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 15 ข้อ

อภิญา (2534) ศึกษาเกี่ยวกับ การสอบถามความตรงของการวินิจฉัยทางการพยาบาลในคลินิก : การเผชิญกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพของบุคคล โดยใช้รูปแบบการหาความตรงทางคลินิกของ เฟห์ริง (Fehring, 1986) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จำนวน 90 คน จากการศึกษา พบว่า ข้อมูลสนับสนุนที่ปรากฏจริงในคลินิก และมีความถี่มากอยู่ในขอบเขตที่ยอมรับได้ มีจำนวน 7 ข้อ ส่วนข้อมูลสนับสนุนหลักมีจำนวน 3 ข้อ

อารีย์ (2535) ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสอบความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในคลินิก : การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ โดยใช้รูปแบบการศึกษาทางคลินิกตามรูปแบบของ โด และคิม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิก ที่มีความรู้ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ประสบการณ์ทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 120 ราย และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ จำนวน 350 ราย จากการศึกษา พบว่า มีข้อมูลสนับสนุนของแบบแผนการนอนหลับผิดปกติ จำนวน 39 ข้อ ส่วนข้อมูลสนับสนุนหลัก มีจำนวน 16 ข้อ

สุกัญรัตน์ (2536) ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยทางการพยาบาลในคลินิก : ความหนาทานในการทำกิจกรรมลดลง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยที่มีความหนาทานในการทำกิจกรรมลดลง และมีความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและประสาท จำนวน 50 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท หรือกำลังศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล จำนวน 50 คน จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลสนับสนุนในคลินิก มีจำนวน 32 ข้อ และข้อมูลสนับสนุนหลักมีจำนวน 19 ข้อ

นอกจากนี้มีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ในทางคลินิกในลักษณะของการศึกษาผู้ป่วยในรายบุคคล หรือกรณีตัวอย่าง เช่น การศึกษาของ มาริสา ไกรฤกษ์ (2533) ซึ่งศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง ในผู้ป่วย 1 ราย พบว่า ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยรายนี้ มีดังนี้ (1) การเกิดแผลกดทับ (2) การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (3) ปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และ (4) ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตก

กังวล ความล้มเหลวในอนาคตที่คาดหวังไว้ ความไม่แน่ใจในพยาธิสภาพที่ตนเป็นอยู่ การต้องพึ่งพาคนอื่นตลอดเวลา

กรณีศึกษาทางการพยาบาล ของ ศรีเทียน (2529) เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ จำนวน 27 ราย โดยใช้พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งจากการศึกษา พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยดังนี้ (1) มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว : ลุกนั่งไม่ได้ เนื่องจากปวดต้นขาและมีอาการความดันโลหิตต่ำ ในท่านั่ง และขาดความรู้ในการปฏิบัติตนขณะใส่เครื่องดัดกระดูก (2) แรงแค้งบริเวณกระดูกหักอาจไม่เพียงพอ เพื่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและไม่เข้าใจการรักษา (3) มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จากการใส่เครื่องดัดกระดูก และต้องนอนพักบนเตียง (4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกต้นขาหัก : การไหลเวียนเลือดไปที่ขาลดลง (5) ไม่สุขสบาย : ปวดขามาก เนื่องจากเนื้อเยื่อขาบาดเจ็บ และกล้ามเนื้อขาดเกร็งตัวจากกระดูกต้นขาหัก (6) เสี่ยงต่อการเสียสภาพผิวหนัง : เกิดบาดแผลกดทับเนื่องจากต้องนอนพักบนเตียงทำเตียงตลอดเวลาและต้องใส่เครื่องดัดกระดูก (7) ไม่สามารถยืนทรงตัวได้เนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อขาลดลง จากการไม่ได้ใช้งานมานาน (8) สูญเสียสภาพลักษณะ เนื่องจากถูกตัดขาและไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมได้ และ (9) เสี่ยงต่อการทำลายประสาทไขสันหลัง เนื่องจากวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ถูกต้อง

การศึกษาของ อัมภพร (2528) เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหา หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ (1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของทางเดินหายใจ (2) เสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บต่อหลอดเลือด และปอด (3) ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ (4) วิตกกังวล กลัว และ (5) เสี่ยงต่อการเกิดความต้องการพึ่งพาอย่างผิดปกติ

และการศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล : การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในคลินิก ของ จันทรทิพย์ (2536) พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นเขียนยาก เนื่องจากต้องมีการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธกับผู้ป่วย แต่พบว่า การระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นเป็นการสรุปปัญหาเร็วเกินไป ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ตรงกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมของมนุษย์ที่ซับซ้อน จันทรทิพย์ได้ศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม ซึ่งสามารถเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้ (1) หอบเหนื่อย เมื่อมีกิจกรรมจากภาวะหัวใจล้มเหลว (2) นอนไม่หลับ จากอาการไอและหอบเหนื่อย (3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอีก เนื่องจากแรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และ (4) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง

การศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเชิงสำรวจ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณประโยชน์ ปัญหาอุปสรรคของการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไปใช้ในสถานศึกษาและสถานบริการพยาบาล ตลอดจนทัศนคติที่มีต่อกระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ นอกจากนี้มีการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแผนการพยาบาลของนักศึกษา และมีการจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ มีการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการพยาบาล และการศึกษาดูแลสุขภาพความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งศึกษา ข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพียงหัวข้อเดียว นอกจากนี้มีการศึกษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกรณีศึกษา โดยรวบรวมข้อมูลจากกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่นทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ ในแต่ละการศึกษามีการใช้หรือกำหนดภาษาในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความแตกต่างกัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบางข้อเป็นอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย และเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ นอกจากนี้ไม่พบรายงานการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยตรง ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญที่จะศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้รวดเร็ว มีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถนำภาษาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจากพยาบาลในงานวิจัยครั้งนี้มาใช้ในลักษณะเดียวกันได้

สำหรับในต่างประเทศได้มีสมาคมของพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในประเทศสหรัฐอเมริกา(AACN)และมหาวิทยาลัยมาควีท (Marquette University) ร่วมกันจัดประชุม 3 ครั้ง เพื่อพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต การประชุมครั้งแรกในปี ค.ศ. 1979 ประชุมเกี่ยวกับการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย (physiologic nursing diagnosis) การประชุมครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ. 1983 เป็นการประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม การปฏิบัติงานและการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเน้นการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการทำให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลชัดเจนขึ้น รวมทั้งการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่ง

อเมริกาเหนือ (NANDA) และในการประชุมครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ. 1991 เน้นการรักษาพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

นอกจากนี้ได้มีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตมาใช้อย่างกว้างขวาง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังเช่น การศึกษาของกอร์ดอน (Gordon, 1994) ซึ่งศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญและความถี่สูง โดยส่งแบบสอบถามให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 678 คน การศึกษาของ กอร์ดอน (1994) ซึ่งศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่มีความสำคัญและความถี่สูง โดยส่งแบบสอบถามให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 678 คน จากการศึกษา พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 3 ข้อ โดยสามารถจำแนกในแบบแผนสุขภาพ แบบแผนที่ 2 อาหารและเผาผลาญสารอาหารมากที่สุด จำนวน 2 ข้อ คือ (1) เสี่ยงต่อการมีบาดแผลที่ผิวหนัง คิดเป็นร้อยละ 90 และ (2) เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ คิดเป็นร้อยละ 81 รองลงมาพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยเพียงข้อเดียว คือ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 92 ซึ่งอยู่ในแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหล่านี้สามารถจำแนกตามกรอบแนวคิดการตอบสนองของมนุษย์ของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) โดยจัดอยู่ในแบบแผนการแลกเปลี่ยน ส่วนการศึกษาของกอร์ดอนและฮิลตunen (Gordon & Hiltunen, 1995) ได้ศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จากการศึกษา พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 20 ข้อ สามารถจำแนกตามแบบแผนสุขภาพได้ 6 แบบแผน โดยจำนวนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยมากที่สุด 8 ข้อ อยู่ในแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย คือ (1) การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (2) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง (3) การขจัดเสมหะด้วยตนเอง ไม่มีประสิทธิภาพ (4) รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสื่อมจากการไม่ได้ใช้อวัยวะ (6) ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง (7) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อหัวใจและปอดลดลง และ (8) ไม่สามารถอาบน้ำและดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลได้ รองลงมาอยู่ในแบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ คือ (1) เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง (2) มีภาวะน้ำเกิน (3) เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ (4) มีภาวะน้ำขาด และ (5) มีบาดแผลที่ผิวหนัง แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 3 ข้อ คือ (1) ปวด (2) ประสาทสัมผัสถูกกระตุ้นมากเกินไป และ (3) ขาดความรู้ แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 2 ข้อ คือ (1) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ส่วนแบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย เพียงข้อเดียว คือ

แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ และแบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ วิตกกังวล และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาพัฒนาใช้ประโยชน์ทางคลินิกเพิ่มขึ้น สำหรับในการศึกษาสามารถใช้วางแผนในการรักษาพยาบาล และทำให้การติดตามผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น

และมีการศึกษาถึงข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อหาความตรงของรายการข้อวินิจฉัย ดังการศึกษาของ เมคไคเฮน และ เมเมิร์ท (Mckeighen & Mehmert, 1990) เกี่ยวกับข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ไม่สามารถอาบน้ำและดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลได้โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน และในผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน พบว่า ข้อมูลสนับสนุนหลัก คือ ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายได้ ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง คือ ไม่สามารถจัดหาแหล่งน้ำได้ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นบทบาทอิสระของพยาบาลได้อย่างชัดเจนมาก

ในประเทศสหรัฐอเมริกาสมาคมของพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต(the American Association of Critical-Care Nurses : AACN) ได้ทำโครงการเพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ด้วยการใช้นิยามมาตรฐานในการปฏิบัติงานและการจัดการอย่างมีส่วนร่วม ในระยะแรกของโครงการเน้นการประเมินผลลัพธ์ของการจัดระเบียบองค์การและผลลัพธ์ทางคลินิก ที่จะทำให้เป้าหมายของโครงการดีขึ้น ผลลัพธ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า บุคลากร และผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูง มีอัตราการโยกย้ายบุคลากรต่ำ อัตราการตายของผู้ป่วยหนักลดลง และภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกลดลง (Mitchell, Armstrong, Simpson & Letz, 1989) ในระยะที่ 2 ของโครงการเน้นการประเมินผลกระทบของการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน พบว่าทำให้การปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า ในต่างประเทศได้มีการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข วิจัย เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อให้สามารถกำหนดเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สำหรับประเทศไทย ซึ่งมีวัฒนธรรม ความเชื่อ ทักษะแตกต่างจากต่างประเทศ ย่อมมีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยภาวะวิกฤตของประเทศไทยแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในประเทศไทยยังขาดการดูแลที่ครอบคลุม โดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคม ดังนั้น การนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้จะช่วยให้พยาบาลมองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม สามารถกำหนดปัญหาของผู้ป่วยได้ รวดเร็ว มีความถูกต้อง แม่นยำ มากขึ้น อันจะนำไปสู่การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่กำหนดโดยพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลในภาคใต้ จำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 229 คน จาก 250 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 14 จังหวัดภาคใต้ จำนวน 11 แห่ง คือ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลภูเก็ต โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส โรงพยาบาลพัทลุง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแบบสำรวจข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ประเภทหอผู้ป่วยหนักที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน การศึกษา หรือการประชุม/อบรมเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประสบการณ์ในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในฐานะนักศึกษาพยาบาลและในฐานะพยาบาลวิชาชีพ การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการกำหนดปัญหาผู้ป่วยในปัจจุบัน ปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความต้องการการพัฒนาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจรายการของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA, 1994) รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกอร์ดอน (Gordon, 1995) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตำราวารสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ร่วมกับการสำรวจการบันทึกรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากแฟ้มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 30 ราย แบบสำรวจชุดนี้ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 0 หมายถึง รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่พบเลยในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- 1 หมายถึง รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่พบน้อยในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- 2 หมายถึง รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่พบบางครั้งในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- 3 หมายถึง รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- 4 หมายถึง รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่พบบ่อยที่สุดในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 แสดงว่าเป็นรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย (high-frequency nursing diagnostic categories) และค่าคะแนน 2-2.99 เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง (moderate-frequency nursing diagnostic categories) ซึ่งการสร้างเครื่องมือในครั้งนี้ได้รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 50 ข้อ และสามารถจำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ได้ 8 แบบแผน โดยแบบ

แผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ แผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 12 ข้อ แผนที่ 3 การขับถ่าย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ แผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 12 ข้อ แผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 1 ข้อ แผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ แผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 8 ข้อ และแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ กอร์คอน ไม่ยอมรับเข้าในแบบแผนสุขภาพ เนื่องจากเป็นข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA และกอร์คอน (Gordon) ร่วมกับการสำรวจข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากเพิ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 30 ราย แบบสำรวจชุดนี้ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อมูลที่ไม่พบเลยเมื่อกำหนดรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ
- 2 หมายถึง ข้อมูลที่พบน้อย เมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพนั้น
- 3 หมายถึง ข้อมูลที่พบเป็นบางครั้ง เมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ
- 4 หมายถึง ข้อมูลที่พบได้บ่อยเมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ
- 5 หมายถึง ข้อมูลที่พบเกือบทุกครั้งหรือทุกครั้งเมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ

ในการให้คะแนนสำหรับข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้วิจัยใช้วิธีการของเฟห์ริง (Fehring's method) ในรูปแบบของการหาค่าความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัย (diagnostic content validity : DCV) โดยการนำคะแนนที่ได้มากำหนดน้ำหนักคะแนนใหม่ ดังนี้ (Fehring, 1986)

อัตราที่เป็นจริง (actual rating)	อัตราส่วนน้ำหนัก (weighted ratio)
1	0.00
2	0.25
3	0.50
4	0.75
5	1.00

ถ้าอัตราส่วนน้ำหนักที่กำหนดใหม่นี้มากกว่า 0.75 ให้พิจารณาเป็นข้อมูลสนับสนุนหลัก อัตราส่วนน้ำหนักระหว่าง 0.50 ถึง 0.75 ให้พิจารณาเป็นข้อมูลสนับสนุนรอง ส่วนอัตราส่วนน้ำหนักที่น้อยกว่า 0.50 ให้ตัดทิ้ง (Fehring, 1986)

การหาความตรงของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านกระบวนการพยาบาล 1 ท่าน ด้านกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต 2 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของเนื้อหา ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และหาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) พบว่าแบบสอบถามรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ค่าความเที่ยง .84 และแบบสอบถามข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้ค่าความเที่ยง .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และโดยผู้ช่วยวิจัย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2541 โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือผ่านคณบดีพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์รายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

1.2 กำหนดคุณสมบัติผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1.2.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 3 คน

1.2.2 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ช่วยวิจัยด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 2 ความถี่ของปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนัก ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 ข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนของปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และติดต่อผู้ช่วยวิจัยโดยทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ ในกรณีที่ผู้ช่วยวิจัยสงสัย หรือไม่เข้าใจ หรือมีปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะเดียวกัน ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ในกรณีเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย

2.1.1 ผู้วิจัย ติดต่อกับฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลหรือหัวหน้าฝ่ายวิชาการของฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิและคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน

2.1.2 มอบแบบสอบถามให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก อธิบายรายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม และแจกแบบสอบถามให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักนั้นๆ

2.1.3 กำหนดระยะเวลาให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งแบบสอบถามคืนหัวหน้าหอภายใน 2 สัปดาห์

2.1.4 ติดต่อบริการแบบสอบถามด้วยตนเอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม ภายหลังจากพยาบาลวิชาชีพทำเสร็จแล้ว เมื่อพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ได้ขอให้พยาบาลวิชาชีพตอบให้ครบถ้วน และส่งกลับคืนทางไปรษณีย์แก่ผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์

2.2 ในกรณีเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย

2.2.1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยวิจัย และ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ทั้ง 3 ส่วน

2.2.2 ผู้ช่วยวิจัยอธิบายคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจและแจกแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักนั้น ๆ

2.2.3 กำหนดระยะเวลาให้ผู้ตอบแบบสอบถามคืนแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วแก่ผู้ช่วยวิจัย ภายใน 2 สัปดาห์

2.2.4 ผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามภายหลังจากพยาบาลวิชาชีพทำเสร็จแล้ว ในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ผู้ช่วยวิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนและกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งคืนผู้ช่วยวิจัยภายใน 1 สัปดาห์

2.2.5 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามเพื่อส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

2.2.6 เมื่อได้รับข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยมอบของที่ระลึกให้ผู้ช่วยวิจัย เพื่อแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ จำนวน 229 ฉบับ มาวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows (Statistical Package for the Social Sciences) ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย และพบเป็นบางครั้ง
3. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยและพบเป็นบางครั้ง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยพยาบาลในภาคใต้ โดยเสนอผลการวิจัย ตามลำดับ ดังนี้ คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต
3. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ
4. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต
5. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ
6. ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต
7. ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 229 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.13 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 30 ปี ($SD = 5.11$) โดย ร้อยละ 52.40 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 91.27 มีเพียงร้อยละ 2.18 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 93.89 นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักรวมคิดเป็นร้อยละ 64.19 และกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 51.09 รองลงมา ร้อยละ 48.91 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	227	99.13
ชาย	2	0.87
อายุ (ปี)		
21 – 30	120	52.40
31 – 40	100	43.67
มากกว่า 40	9	3.93
ระดับการศึกษาสูงสุด		
อนุปริญญา	1	0.44
ประกาศนียบัตร	14	6.11
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	209	91.27
ปริญญาโท	5	2.18
ศาสนา		
พุทธ	215	93.89
อิสลาม	12	5.24
คริสต์	2	0.87
ประเภทหอผู้ป่วยหนักที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยหนักอื่น (เช่น หอผู้ป่วยหนักรวม)	147	64.19
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และ ศัลยกรรม	41	17.90
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	25	10.92
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	16	6.99
โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลทั่วไป	117	51.09
โรงพยาบาลศูนย์	112	48.91

1.2 ประสิทธิภาพการทำงาน การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในฐานะพยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล และการใช้ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานที่ทำปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการทำงาน โดยเฉลี่ย 6.80 ปี (SD = 4.90) โดยร้อยละ 41.48 มีประสิทธิภาพการทำงานมากกว่า 7 ปี ส่วนระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีค่าเฉลี่ย 5.52 ปี (SD = 3.89) และ ร้อยละ 36.24 ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก เป็นเวลานานกว่า 7 ปี นอกจากนี้ พบว่า หน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันมีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยร้อยละ 78.60 โดยมีระยะเวลาในการใช้ เฉลี่ย 4.52 ปี (SD = 2.70) ซึ่งร้อยละ 58.07 มีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในช่วง 1-5 ปี และร้อยละ 88.65 มีประสิทธิภาพในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ย 4.57 ปี (SD = 3.12) โดยร้อยละ 66.38 มีประสิทธิภาพในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล อยู่ในช่วง 1-5 ปี ส่วนร้อยละ 85.15 มีประสิทธิภาพในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ย 3.02 ปี (SD = 1.11) โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.15 มีประสิทธิภาพในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในฐานะนักศึกษาพยาบาล เป็นเวลา 4 ปี (ตาราง 2 และตาราง 3)

1.3 การเรียนการสอนในหลักสูตรและการประชุม/อบรมระยะสั้น เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.51 ได้ศึกษาในหลักสูตรการศึกษาทางการแพทย์พยาบาล ที่มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.53 ไม่เคยได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ส่วนร้อยละ 36.68 ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำนวน 1 ครั้ง (ตาราง 4)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลจำแนกตามระยะเวลาการทำงานใน
 ฐานะพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาในการเขียน
 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและระยะเวลาในการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ
 หน่วยงานปัจจุบัน

ข้อมูลพื้นฐาน	\bar{X}	SD
ระยะเวลาการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ	6.80	4.90
ระยะเวลาที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก	5.52	3.89
ระยะเวลาของการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยของหน่วยงานที่ทำปัจจุบัน	4.52	2.70
ระยะเวลาของการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ	4.57	3.12
ในฐานะเป็นนักศึกษาพยาบาล	3.02	1.11

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาล จำแนกตามระยะเวลา และประสบการณ์การทำงานของ พยาบาลวิชาชีพ การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในฐานะเป็นนักศึกษาพยาบาล ใน สถานะพยาบาลวิชาชีพ และการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของหน่วยงานที่ทำปัจจุบัน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ (ปี)		
1-2	45	19.65
3-4	43	18.78
5-6	46	20.09
>7	95	41.48
ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยหนัก (ปี)		
1-2	68	29.70
3-4	39	17.03
5-6	39	17.03
>7	83	36.24
การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของหน่วยงานที่ทำงานปัจจุบัน		
ไม่มีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	49	21.40
มีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 1-5 ปี	133	58.07
มีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 6-10 ปี	42	18.34
มีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 11-15 ปี	1	.44
ไม่สามารถระบุเวลาได้แน่นอน	4	1.75

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ		
ไม่เคยมีประสบการณ์เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	26	11.35
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 1-5 ปี	152	66.38
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 6-10 ปี	42	18.34
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 11-15 ปี	7	3.06
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากกว่า 15 ปี	2	0.87
ประสบการณ์เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในฐานะเป็นนักศึกษาพยาบาล		
ไม่เคยมีประสบการณ์เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	34	14.85
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 1 ปี	23	10.04
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 2 ปี	47	20.52
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 3 ปี	31	13.54
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 4 ปี	93	40.61
ประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนาน 6 ปี	1	0.44

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามการเรียนการสอนในหลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาล และการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต		
ในหลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาล		
ไม่มี	8	3.49
มี	221	96.51
การประชุม /อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต		
ไม่เคยได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น	118	51.53
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 1 ครั้ง	84	36.68
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 2 ครั้ง	22	9.60
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 3 ครั้ง	4	1.75
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 4 ครั้ง	1	0.44

1.4 การเรียนการสอนในหลักสูตรการศึกษาทางการแพทย์ และการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ศึกษาในหลักสูตรการศึกษาทางการแพทย์ ที่มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และกระบวนการพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 92.14 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.86 ไม่เคยได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 17.46 ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เพียงครั้งเดียวเท่านั้น สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมจำนวน 5 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 0.44 (ตาราง 5)

1.5 ปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์คิดเป็นร้อยละ 28.82 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเกี่ยวกับวิธีการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะเขียนยากลำบากในการเขียน คิดเป็นร้อยละ 18.78 ปัญหาในการใช้ภาษาไม่ชัดเจนและไม่สื่อความหมายถึงความต้องการของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 12.22 ส่วนปัญหาในการรวบรวมข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 8.30 (ตาราง 6)

1.6 ความต้องการการพัฒนาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

สามารถจำแนกกลุ่มตัวอย่างได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1.6.1 กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการการพัฒนาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งต้องการด้วยเหตุผลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะต้องการมาตรฐานเดียวกัน แนวทางเดียวกัน เข้าใจตรงกัน คิดเป็น ร้อยละ 18.34 ส่วนร้อยละ 17.90 ต้องการเพื่อพัฒนารูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (ตาราง 7)

1.6.2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการพัฒนาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการพัฒนาการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ด้วยเหตุผลไม่ต้องการพัฒนาการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เนื่องจากต้องการเขียนบันทึกทางการแพทย์แบบบรรยายหรือเรียงความ คิดเป็นร้อยละ 1.30 (ตาราง 7)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามการเรียนการสอนในหลักสูตรการศึกษา
ทางการพยาบาล และการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
และกระบวนการพยาบาล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
หลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาลที่ท่านเรียนมีการเรียนการสอน เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล		
มี	211	92.14
ไม่มี	18	7.86
การประชุม / อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
ไม่เคยได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น	176	76.86
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 1 ครั้ง	40	17.46
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 2 ครั้ง	10	4.37
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 3 ครั้ง	2	0.87
ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้น 5 ครั้ง	1	0.44

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
ไม่มีปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	66	28.82
ปัญหาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
เขียนยาก สับสนในการเขียน	43	18.78
ภาษาที่ใช้ไม่ชัดเจนและไม่สื่อความหมาย		
ถึงความต้องการของผู้ป่วย	28	12.22
ขาดแนวทางในการเขียนที่เหมือนกัน	20	8.73
เขียนปัญหาซ้ำ ๆ กันทุกเวร ทำให้ไม่อยากเขียน	3	1.31
ไม่สามารถเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย		
ทางการพยาบาลได้	2	0.87
ปัญหาในการรวบรวมข้อมูล		
การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและชัดเจน	19	8.30
ปัญหาจากตัวพยาบาล		
ขาดความชำนาญ ความเข้าใจและขาดประสบการณ์	10	4.37
ไม่ได้ใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	5	2.18
ปัญหาจากฝ่ายบริหารและวิชาการ		
ได้รับการอบรมน้อย/ขาดความรู้	10	4.37
ไม่มีผู้ตรวจสอบ	3	1.31
ขาดการพัฒนาจากหน่วยงาน	1	0.44
ไม่ระบุเหตุผลของปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	19	8.30

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามความต้องการการพัฒนาเกี่ยวกับการเขียน
 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลของความต้องการพัฒนาการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
พัฒนาคุณภาพการพยาบาล		
ได้มาตรฐานเดียวกัน แนวทางเดียวกัน เข้าใจตรงกัน	42	18.34
ได้แนวทางและให้การพยาบาลที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย	28	12.23
สามารถรวบรวมปัญหา วิเคราะห์ ระบุปัญหาของผู้ป่วย ได้ชัดเจน และครอบคลุมตามความต้องการ ของผู้ป่วย	27	11.79
วางแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ	5	2.18
เพื่อความคล่องตัว และรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ใช้เวลาน้อย	3	1.31
สื่อสารได้ตรงกับความหมายของผู้ร่วมงาน ใช้ประโยชน์ในการทำเอกสารวิชาการ	3	1.31
ตรวจสอบได้	1	0.44
พัฒนารูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
เขียนให้สั้น กระชับรัด สะดวกรวดเร็วในการเขียน เขียนถูกต้อง ครอบคลุม ไม่ซับซ้อน และไม่เสียเวลาในการเขียน	41	17.90
พัฒนาวิชาชีพพยาบาล		
ให้มีเอกภาพชัดเจนยิ่งขึ้น ทันเหตุการณ์ปัจจุบัน และมีความก้าวหน้า	20	8.73

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาตนเอง		
พัฒนาทักษะความรู้ หลักการ พัฒนาการศึกษอย่างต่อเนื่อง และฝึกการใช้ เพิ่มความชำนาญ	19	8.30
ไม่ระบุเหตุผลของความต้องการพัฒนาการเขียนข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	28	12.23
เหตุผลของความไม่ต้องการพัฒนาการเขียนข้อวินิจฉัย		
ต้องการการบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยาย หรือเรียงความ	3	1.30
งานประจำที่พยาบาลทำไม่ทัน	1	0.44
มีประสบการณ์และการอ่านหนังสือเพียงพอแล้ว	1	0.44
การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเก็บรวบรวม ข้อมูลของผู้ป่วยไม่หมด ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบ เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้	1	0.44
ต้องใช้เวลาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากกว่าปกติ	1	0.44
ไม่ระบุเหตุผลของความไม่ต้องการพัฒนาการเขียน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	5	2.18

2. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีจำนวน 7 ข้อ โดยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลพบบ่อยที่สุด ($\bar{X} = 3.40$, $SD = .75$) รองลงมา คือ ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.35$, $SD = .78$) (ตาราง 8)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย	\bar{X}	SD
1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	3.41	.75
2. ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย	3.35	.78
3. มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง / ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้	3.28	.75
4. อุนหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ / มีไข้	3.19	.67
5. ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ	3.18	.79
6. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	3.08	.87
7. ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาลดลง / ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้	3.06	.99

3. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์คอน ได้ 5 แบบแผน ดังนี้ แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ และจำนวนข้อของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะอยู่ในแบบแผนที่ 4 มีจำนวนมากที่สุด คือ 3 ข้อ (ตาราง 9)

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์คอน

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย	\bar{X}	SD
แบบแผนที่ 1 : การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	3.41	.75
แบบแผนที่ 2 : อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ / มีไข้	3.19	.67
แบบแผนที่ 4 : กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง / ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันได้	3.28	.75
ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ	3.18	1.79
การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	3.09	.87
แบบแผนที่ 7 : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย	3.36	.79
แบบแผนที่ 8 : บทบาทและสัมพันธภาพ ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาลดลง / ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้	3.06	.99

4. รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

จะเห็นว่ากลุ่มรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง มีจำนวน 33 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 ในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.9 ขึ้นไป 3 ข้อ คือ (1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ($\bar{X} = 2.99$, $SD = .85$) (2) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง ($\bar{X} = 2.94$, $SD = .87$) และ (3) การจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 2.92$, $SD = .84$) สำหรับข้อวินิจฉัยที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือ (1) รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 2.89$, $SD = .92$) (2) เสี่ยงต่อภาวะช็อค ($\bar{X} = 2.87$, $SD = .77$) และ (3) มีภาวะเสียสมดุลย์ค่างจากเมตาบอลิสม หรือภาวะค่างจากการหายใจ ($\bar{X} = 2.86$, $SD = .73$) (ตาราง 10)

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
1. ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง	2.99	.85
2. การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง	2.94	.87
3. การจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ	2.92	.84
4. รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	2.89	.92
5. เสี่ยงต่อภาวะช็อค	2.87	.77
6. มีภาวะเสียสมดุลย์ค่าง (ระบุภาวะค่างจากเมตาบอลิสม หรือภาวะค่างจากการหายใจ)	2.86	.73
7. มีภาวะเสียสมดุลย์ไปแคสเซียม (ระบุต่ำหรือสูง)	2.79	.76
8. มีภาวะเสียสมดุลย์โซเดียม (ระบุต่ำหรือสูง)	2.77	.68
9. มีภาวะเสียสมดุลย์กรด (ระบุภาวะกรดจากเมตาบอลิสม หรือกรดจากการหายใจ)	2.77	.76
10. วิตกกังวล	2.77	.96
11. ปวด (ระบุตำแหน่ง)	2.73	.83
12. ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้	2.66	.81

ตาราง 10 (ต่อ)

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
13. มีแผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง)	2.56	.88
14. กลัว	2.55	1.13
15. แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ	2.54	.97
16. เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)	2.53	.87
17. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	2.52	.88
18. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย	2.52	.99
19. มีภาวะน้ำเกิน	2.46	.78
20. ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง	2.45	1.02
21. การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	2.28	.95
22. เสี่ยงต่อการขาดน้ำ	2.26	.82
23. มีบาดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)	2.24	.85
24. ไม่สามารถปรับแผนการรักษาหรือผลกระทบ จากความเจ็บป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามปกติได้	2.22	1.00
25. ภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการของร่างกาย หรือขาดสารอาหาร	2.18	.89
26. ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้	2.16	1.01
27. การรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส (ระบุลดลงหรือเพิ่มขึ้น)	2.11	1.06
28. มีภาวะขาดน้ำ	2.11	.81
29. ท้องเสีย / ท้องร่วง	2.09	.79
30. ท้องผูก	2.08	.80
31. หมดปลั่ง / รู้สึกร้อนแสบ	2.07	.98
32. เหนื่อยง่าย	2.07	1.10
33. มีบาดแผลที่เนื้อเยื่อ (ระบุตำแหน่ง)	2.00	.88

5. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ได้ 7 แบบแผน ดังนี้ แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ และแบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

จำนวนข้อของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 2 มีจำนวนมากที่สุด คือ 9 ข้อ ในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) มีแผลกดทับ ($\bar{X}= 2.56, SD = .88$) (2) เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผล ($\bar{X}= 2.53, SD = .87$) และ (3) มีภาวะน้ำเกิน ($\bar{X}= 2.46, SD = .78$) รองลงมาอยู่ในแบบแผนที่ 4 จำนวน 8 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ($\bar{X}= 2.99, SD = .85$) (2) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง ($\bar{X} = 2.94, SD = .87$) และ (3) การขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X}= 2.92, SD = .84$) (ตาราง 11)

อย่างไรก็ตาม พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ที่ไม่สามารถจัดอยู่ในแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนได้ ซึ่งในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) เสี่ยงต่อภาวะช็อค ($\bar{X} = 2.87, SD = .77$) (2) มีภาวะเสียสมดุลย์ต่างจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะต่างจากการหายใจ ($\bar{X} = 2.86, SD = .73$) และ (3) มีภาวะเสียสมดุลย์ไปแตสซียม (ระบุต่ำหรือสูง) ($\bar{X} = 2.79, SD = .76$) (ตาราง 12)

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง ของผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ค่อน

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
แบบแผนที่ 1 : การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ		
ไม่สามารถปรับแผนการรักษาหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามปกติได้	2.22	1.00
แบบแผนที่ 2 : อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร		
มีแผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง)	2.56	.88
เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผล (ระบุตำแหน่ง)	2.53	.87
มีภาวะน้ำเกิน	2.46	.78
เสี่ยงต่อการขาดน้ำ	2.26	.82
มีแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)	2.24	.85
ภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการของร่างกายหรือขาดสารอาหาร	2.18	.89
ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้	2.16	1.01
มีภาวะขาดน้ำ	2.11	.81
มีบาดแผลที่เนื้อเยื่อ (ระบุตำแหน่ง)	2.00	.88
แบบแผนที่ 3 : การขับถ่าย		
การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	2.28	.95
ท้องเสีย / ท้องร่วง	2.09	.79
ท้องผูก	2.08	.80

ตาราง 11 (ต่อ)

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
แบบแผนที่ 4 : กิจกรรมและการออกกำลังกาย		
ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง	2.99	.85
การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง	2.94	.87
การจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ	2.92	.84
รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	2.89	.92
ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้	2.66	.81
ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	2.52	.88
ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง	2.45	1.02
เหนื่อยง่าย	2.07	1.10
แบบแผนที่ 5 : การพักผ่อนนอนหลับ		
แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ	2.54	.97
แบบแผนที่ 6 : สถิติปัญญา และการรับรู้		
ปวด (ระบุตำแหน่ง)	2.73	.83
ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย	2.52	.99
การรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส (ระบุลดลง หรือเพิ่มขึ้น)	2.11	1.06
แบบแผนที่ 7 : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์		
วิตกกังวล	2.77	.96
กลัว	2.55	1.13
หมดพลัง / รู้สึกท้อแท้	2.07	.98

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่ไม่สามารถจัดอยู่ในแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
เสี่ยงต่อภาวะช็อก	2.87	.77
มีภาวะเสียสมดุลย์ค่า (ระบุภาวะค่าจากเมตาบอลิซึมหรือภาวะค่าจากการหายใจ)	2.86	.73
มีภาวะเสียสมดุลย์ไปแคสเซียม (ระบุต่ำหรือสูง)	2.79	.76
มีภาวะเสียสมดุลย์โซเดียม (ระบุต่ำหรือสูง)	2.77	.68
มีภาวะเสียสมดุลย์กรด (ระบุภาวะกรดจากเมตาบอลิซึมหรือภาวะกรดจากการหายใจ)	2.77	.76

6. ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อยตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อย จำนวน 7 ข้อ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมี 5 แบบแผน คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

6.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 1 ข้อ คือ ภาสายต่าง ๆ เข้าร่างกาย ($\bar{X} = .81, SD = .21$) และมีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) มีบาดแผลที่ผิวหนัง ($\bar{X} = .61, SD = .23$) (2) มีน้ำหรือสิ่งคัดหลั่งคั่งในร่างกาย เช่น ในปอด ในกระเพาะปัสสาวะ ไชข้อ ($\bar{X} = .59, SD = .27$) และ (3) เจ็บป่วยเรื้อรัง ($\bar{X} = .59, SD = .24$) (ตาราง 13)

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรอง ของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 1 : การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อย	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการติดเชื้อ		
ภาสายต่าง ๆ เข้าร่างกาย	.81	.21
มีบาดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)	.61	.23
มีน้ำหรือสิ่งคัดหลั่งคั่งในร่างกาย เช่น ในปอด		
ในกระเพาะปัสสาวะ ไชข้อ	.59	.27
เจ็บป่วยเรื้อรัง	.59	.24
เนื้อเยื่อถูกทำลาย	.57	.24
อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องสัมผัสกับเชื้อโรค	.51	.31
ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าปกติ	.51	.27
ได้รับยาปฏิชีวนะบางชนิดเป็นเวลานานติดต่อกัน	.50	.26

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

6.2 แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ/มีไข้ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 1 ข้อ คือ อุณหภูมิสูงมากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ทางปาก หรือ 38.8 องศาเซลเซียส ทางทวารหนัก ($\bar{X} = .84$, $SD = .18$) และมีข้อมูลสนับสนุนรอง 4 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ($\bar{X} = .70$, $SD = .22$) (2) อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ ($\bar{X} = .69$, $SD = .23$) และ (3) ผิวหนังแดง หน้าแดง/ริมฝีปากแห้งแดง ($\bar{X} = .69$, $SD = .23$) (ตาราง 14)

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลัก และข้อมูลสนับสนุนรอง ของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 2 : อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ
รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อย

\bar{X}

SD

ข้อวินิจฉัย : อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ / มีไข้

อุณหภูมิสูงมากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ทางปาก หรือ 38.8 องศาเซลเซียสทางทวารหนัก	.84	.18
หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ	.70	.22
อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ	.69	.23
ผิวหนังแดง หน้าแดง/ริมฝีปากแห้งแดง	.69	.23
ผิวหนังอุ่น	.59	.25

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

6.3 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 3 ข้อ คือ (1) มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง /ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (2) ไม่สามารถหายใจเองได้อย่างเพียงพอ และ (3) การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุนหลักส่วนใหญ่อยู่ในข้อวินิจฉัย : มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง/ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งข้อมูลสนับสนุนหลักที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) หมดสติ ($\bar{X} = .83, SD = .22$) (2) เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้เลย ($\bar{X} = .79, SD = .23$) และ (3) ไม่สามารถลุกเดินหรือลุกจากเตียงได้ ($\bar{X} = .79, SD = .22$) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง พบว่ามีจำนวน 5 ข้อ และข้อมูลสนับสนุนรองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ($\bar{X} = .75, SD = .28$) (2) ไม่สามารถใช้หม้อรองอุจจาระ/ปัสสาวะได้เอง ($\bar{X} = .70, SD = .29$) และ (3) ไม่สามารถสวมเสื้อผ้าและถอดเสื้อผ้าเองได้ ($\bar{X} = .69, SD = .29$) (ตาราง 15)

รองลงมาพบว่ามีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 4 ข้อ ที่อยู่ในข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) หึ่งปอดมีเสียงเสมหะ ($\bar{X} = .79, SD = .19$) และ (2) ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ ($\bar{X} = .79, SD = .23$) และ (3) ไม่สามารถขับเสมหะออกได้ ($\bar{X} = .78, SD = .22$) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง มีจำนวน 5 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) หายใจลำบาก ($\bar{X} = .75, SD = .21$) (2) ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูงกว่าปกติ ($\bar{X} = .71, SD = .23$) และ (3) หายใจตื้น ($\bar{X} = .70, SD = .23$) (ตาราง 15)

6.4 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 1 ข้อ คือ ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ ญาติผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมสีหน้า ดิ่งเครียด หวาดกลัว ($\bar{X} = .76, SD = .24$) สำหรับข้อมูลสนับสนุนรอง มีจำนวน 6 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ญาติบอกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\bar{X} = .74, SD = .23$) (2) ญาติบอกว่าวันแรกต่อผลที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ($\bar{X} = .72, SD = .24$) สำหรับข้อมูลสนับสนุนในอันดับที่ 3 นี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน จำนวน 3 ข้อ คือ (1) ญาติบอกว่ารู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\bar{X} = .68, SD = .24$) (2) ญาติบอกว่ารู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในอนาคต ($\bar{X} = 0.68, SD = .24$) และ (3) ญาติผู้ป่วยแสดง ท่าที กระวนกระวาย มีความรู้สึกไม่สามารถผ่อนคลายได้ ($\bar{X} = .68, SD = .25$) (ตาราง 16)

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 4 : กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง/ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้		
หมดสติ	.83	.22
เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้เลย	.79	.23
ไม่สามารถลุกเดิน หรือลุกจากเตียงได้	.79	.22
ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง	.78	.25
ทัวความสะอาดร่างกายได้บางส่วนหรือทำไม่ได้เลย		
ทั้งหมด	.77	.22
ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่	.77	.21
ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	.76	.23
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	.75	.28
ไม่สามารถใช้หม้อรองอุจจาระ/ปัสสาวะได้เอง	.70	.29
ไม่สามารถสวมเสื้อผ้าและถอดเสื้อผ้าได้เอง	.69	.29
แขน/ขา หมดความรู้สึก	.69	.26
สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอก “ขาดความสามารถในการรับประทานอาหาร อาบน้ำ ขับถ่าย แต่งกาย และหิวผมได้ด้วยตนเอง”	.65	.32



ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย	\bar{X}	S D
ข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง		
ฟังปอดมีเสียงเสมหะ	.79	.19
ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	.79	.23
ไม่สามารถขับเสมหะออกได้	.78	.22
อัตราการหายใจน้อยกว่าปกติ หรือมากกว่าปกติ	.77	.21
หายใจลำบาก	.75	.21
ค่าคาร์บอน ไดออกไซด์ในเลือดแดงสูงกว่าปกติ	.71	.23
หายใจสั้น	.70	.23
กระสับกระส่าย	.68	.23
สับสน ซึม กระวนกระวาย	.67	.24
ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหายใจได้อย่างเพียงพอ		
ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (O ₂ saturation) ต่ำกว่าปกติ	.78	.24
กระสับกระส่ายมากขึ้น	.74	.21
อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ	.71	.23
ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	.71	.24
ค่าคาร์บอน ไดออกไซด์ในเลือดแดงสูงกว่าปกติ	.71	.22
ผู้ป่วยบอกแน่นอึดอัดหายใจไม่ออก	.70	.25
ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออก ใน 1 ครั้ง (tidal volume) น้อยกว่าปกติ	.69	.26
ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด	.53	.29

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรอง
ของรายการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและ
อัตมโนทัศน์

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบบ่อย	\bar{X}	SD
ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย		
ญาติผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม สีหน้า ดิ่งเครียด หวาดกลัว	.76	.24
ญาติบอกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย	.74	.23
ญาติบอกว่าวันเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย	.72	.24
ญาติบอกว่ารู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ ต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	.68	.24
ญาติบอกว่ารู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในอนาคต	.68	.24
ญาติผู้ป่วยแสดงท่าที กระวนกระวาย มีความรู้สึก ไม่สามารถผ่อนคลายได้	.68	.25
ญาติไม่ให้ความร่วมมือในการยินยอมให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย	.54	.26

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

6.5 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ จำนวน 1 ข้อ คือ ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาลดลง/ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก 1 ข้อ คือ ค่าท้อลอคลม ($\bar{X} = .94, SD = .13$) มีข้อมูลสนับสนุนรองจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถพูดได้ ($\bar{X} = .70, SD = .34$) (ตาราง 17)

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อยในแบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อย	\bar{X}	SD
ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาลดลง/ไม่สามารถสื่อสาร ด้วยวาจาได้		
ค่าท้อลอคลม	.94	.13
ไม่สามารถพูดได้	.70	.34

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

7. ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 28 ข้อ จาก 33 ข้อ ที่สามารถจำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ได้ 7 แบบแผน คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

7.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีรายการข้อวินิจฉัยที่พบเป็นบางครั้งจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถปรับแผนการรักษาหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามปกติได้ ซึ่งมีเฉพาะข้อมูลสนับสนุนรองเพียง 1 ข้อ คือ มีอาการแสดงของโรค หรือความเจ็บป่วยมากขึ้น/รุนแรงขึ้น ($\bar{X} = .53, SD = .26$) (ตาราง 18)

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลัก และข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถปรับแผนการรักษาหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามปกติได้		
มีอาการแสดงของโรคคือ ความเจ็บป่วยมากขึ้นรุนแรงขึ้น	.53	.26

7.2 แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 9 ข้อ ซึ่งพบว่า รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีภาวะน้ำเกินเป็นเพียงรายการเดียวเท่านั้นที่มีข้อมูลสนับสนุนหลัก ซึ่งประกอบด้วย (1) ปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายมากกว่าปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกาย ($\bar{X} = .77, SD = .20$) และ (2) ลักษณะการหายใจผิดปกติ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือนอนราบไม่ได้ ($\bar{X} = .76, SD = .24$) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง ของข้อวินิจฉัยนี้มี จำนวน 7 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ปัสสาวะไม่ออก / ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง ($\bar{X} = .74, SD = .22$) (2) ผิวหนังบวม ($\bar{X} = .74, SD = .23$) และ (3) เสียงหายใจผิดปกติ เช่น มีเสียงกรอบแกรบที่ปอด ($\bar{X} = .72, SD = .24$) (ตาราง 19)

สำหรับรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: มีภาวะขาดน้ำ มีเฉพาะข้อมูลสนับสนุนรองเท่านั้น ซึ่งมีจำนวน 11 ข้อ โดยข้อมูลสนับสนุนรองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) จำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง ($\bar{X} = .75, SD = .23$) (2) ความเข้มข้นของปัสสาวะมากกว่า 1.030 (ปัสสาวะเข้มข้นมากขึ้น) ($\bar{X} = .73, SD = .24$) และ (3) ริมฝีปาก ผิวหนัง และเยื่อหูแห้ง ($\bar{X} = .71, SD = .24$) (ตาราง 19)

7.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ โดยรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีท้องเสีย/ท้องร่วง เป็นเพียงรายการข้อวินิจฉัยเดียวเท่านั้นที่มีข้อมูลสนับสนุนหลัก ซึ่งมีเพียง 1 ข้อ คือ อุจจาระเหลวเป็นน้ำ ($\bar{X} = .76, SD = .23$) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองมีจำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ถ่ายอุจจาระบ่อยมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ($\bar{X} = .74, SD = .28$) (2) อุจจาระสีขาวย สีเขียว สีคล้ำ หรือมีกลิ่นเหม็น ($\bar{X} = .64, SD = .26$) และ (3) ถ่ายเป็นมูกหรือเลือด ($\bar{X} = .59, SD = .58$)

สำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ท้องผูก มีเฉพาะข้อมูลสนับสนุนรองเท่านั้น ซึ่งมีจำนวน 4 ข้อ โดยมีข้อมูลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่าปกติ ($\bar{X} = .61, SD = .27$) (2) ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ปริมาณน้อยลงกว่าเดิม ($\bar{X} = .60, SD = .26$) และ (3) ต้องออกแรงเบ่งมากกว่าปกติขณะขับถ่าย ($\bar{X} = .56, SD = .27$) (ตาราง 20)

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรอง
ของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 2 อาหารและ
การเผาผลาญสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	S D
ข้อวินิจฉัย : มีแผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง)		
ผิวหนังแดง	.72	.24
ผิวหนังแดงเริ่มมีแผล มีการฉีกขาดของผิวหนัง แผลลึกเป็น โพรงถึงกล้ามเนื้อ กระดูกและเยื่อหุ้ม กระดูกมีเนื้อตาย	.71	.25
แผลลึก มีสารคัดหลั่ง ไม่มีเนื้อตาย	.60	.30
แผลลึก มีสารคัดหลั่ง ไม่มีเนื้อตาย	.60	.26
ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)		
มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว	.74	.23
ตรวจพบผิวหนังเป็นรอยแดง (โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก)	.74	.22
ผิวหนังบวม	.71	.23
ตรวจพบที่มีการเสียดสี ดึงรั้งหรือแรงกด เช่น บริเวณที่ถูกผูกยึดได้เพื่อ บอกว่าปวด หรือรู้สึกไม่สบายบริเวณดังกล่าว	.59	.26
	.50	.27
ข้อวินิจฉัย : มีภาวะน้ำเกิน		
ปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายมากกว่าปริมาณน้ำ ที่ออกจากร่างกาย	.77	.20
ลักษณะกรหายใจผิดปกติ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือนอนราบไม่ได้	.76	.24
ปัสสาวะไม่ออก /ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง	.74	.22
ผิวหนังบวม	.74	.23

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	S D
ข้อวินิจฉัย : มีภาวะน้ำเกิน (ต่อ)		
เสียงหายใจผิดปกติ เช่น มีเสียงกรอบแกรบที่ปอด	.72	.24
ภาพเอ็กซเรย์ปอด พบมีน้ำคั่งในปอด	.69	.24
กระสับกระส่าย	.62	.26
ระดับอิเล็กโทรลิตผิดปกติ และมียูเรียในเลือดสูงขึ้น	.62	.27
มีความดันโลหิต ความดันในหลอดเลือดดำและความดัน ในหลอดเลือดแดงพัลโมนารีเพิ่มขึ้น	.53	.30
ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการขาดน้ำ		
มีอาการท้องเสีย หรืออาเจียน	.70	.23
มีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายตามท่อระบายต่าง ๆ	.69	.24
ได้รับยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ	.66	.26
ถ่ายปัสสาวะมากกว่าปกติ	.66	.25
มีปัจจัยที่ทำให้ร่างกายมีความต้องการน้ำมากขึ้น เช่น ภาวะที่มีเมตาโบลิสมสูง มีไข้ อากาศร้อนผิดปกติ	.65	.25
ดื่มน้ำเองไม่ได้	.60	.30
มีการสูญเสียเหงื่อออกจากร่างกายมากขึ้น เหงื่อออกมากผิดปกติ	.59	.27
ผิวแห้ง	.58	.27
ข้อวินิจฉัย : มีบาดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)		
ชั้นของผิวหนังเป็นรอยถลอก ลึกขาด มีแผลตื้น หรือมีเลือดออกที่ผิวหนัง	.64	.25
เช็ดหุ้มผิวหนังส่วนบนหลุดลอกมา ลึกขาด	.61	.28

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : ภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการหรือขาดสารอาหาร		
อ่อนเพลีย กำลังกล้ามเนื้อลดลง	.62	.20
ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ	.61	.25
เยื่อตาซีด	.58	.28
กล้ามเนื้อลีบเล็ก	.56	.24
ผิวหนังแห้ง/ลิ้นลิ้นมีฝ้าขาว	.54	.24
รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปริมาณ ที่ควรจะได้รับในแต่ละวัน	.53	.26
ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้		
อุณหภูมิเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ	.62	.25
อัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ	.50	.28
ข้อวินิจฉัย : มีภาวะขาดน้ำ		
จำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง	.75	.23
ความเข้มข้นของปัสสาวะมากกว่า 1.030 (ปัสสาวะเข้มข้นมากขึ้น)	.73	.24
ริมฝีปาก ผิวหนังและเยื่อแห้ง	.71	.24
อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ/มีไข้	.70	.24
ชีพจรเร็วกว่าปกติ	.65	.24
ค่าความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ	.64	.25
ความตึงตัวของผิวหนังลดลง	.61	.25
อ่อนเพลีย	.61	.25

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : มีภาวะขาดน้ำ (ต่อ)		
ฮีมาโตคริตสูงกว่าปกติ	.60	.24
ระดับโซเดียมในเลือดมากกว่า 145 มิลลิควิวาเลนต์		
ต่อลิตร	.57	.25
กระหายน้ำ	.54	.27
ข้อวินิจฉัย : มีบาดแผลที่เนื้อเยื่อ (ระบุตำแหน่ง)		
มีรอยแดงหรือมีเลือดออก	.59	.28
ตรวจพบว่าการบาดเจ็บหรือการทำลายต่อเนื้อเยื่อ		
ต่าง ๆ (กระจกตา เยื่อหุ้มผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง)	.54	.29

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรอง
ของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 3 การข้บถ่าย

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : การข้บถ่ายปัสสาวะผิดปกติ		
ปัสสาวะลำบาก/มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ	.57	.30
ปัสสาวะบ่อย	.54	.27
ปัสสาวะกระปริกกระปรอย ไหลเป็นหยด ควบคุมไม่ได้	.50	.31
ข้อวินิจฉัย : มีท้องเสีย/ท้องร่วง		
อุจจาระเหลวเป็นน้ำ	.76	.23
ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน	.74	.22
อุจจาระสีขาวย สีเขียว สีคล้ำ หรือมีกลิ่นเหม็น	.64	.26
ถ่ายเป็นมูกหรือเลือด	.59	.58
ปวดท้องไม่สุขสบาย	.54	.26
ปวดมวนในท้อง	.52	.27
ถ่ายไส้เคลื่อนไหว่มากขึ้น	.50	.28
ข้อวินิจฉัย : ท้องผูก		
ความถี่ของการข้บถ่ายอุจจาระน้อยกว่าปกติ	.61	.27
ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ปริมาณน้อยลงกว่าเดิม	.60	.26
ต้องออกแรงเบ่งมากกว่าปกติขณะข้บถ่าย	.56	.27
บอกว่ามีความรู้สึกรู้สึกอึดในท้อง	.54	.27

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

7.4 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง 8 ข้อ โดยพบว่า ข้อวินิจฉัย : การขจัดเสมหะด้วยตนเอง ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ข้อมูลสนับสนุนหลักมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ คือ (1) เสมหะเหนียวข้น ($\bar{X} = .82, SD = .16$) (2) ได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ แต่ไอไม่ออก ($\bar{X} = .80, SD = .18$) และ (3) ไอเองไม่ได้ ($\bar{X} = .79, SD = .21$) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง มีจำนวน 8 ข้อ ในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) จากการฟังปอดพบเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียงฟืด (stridor) เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด เสียงเรล (rales) เสียงกรอบแกรบ (crepitation) ($\bar{X} = .73, SD = .21$) (2) หายใจตื้น หายใจลำบาก ($\bar{X} = .71, SD = .23$) และ ข้อมูลสนับสนุนรองในอันดับที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เท่ากัน จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ซึม/ความรู้สึกตัวลดลง ($\bar{X} = .67, SD = .25$) และ (2) ไม่มีแรงไอ ($\bar{X} = .67, SD = .23$) (ตาราง 21)

นอกจากนี้ พบว่ามีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 2 ข้อ ที่มีข้อมูลสนับสนุนหลักเท่ากัน ข้อแรก คือ รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก ดังนี้ (1) หายใจตื้น หายใจลำบาก ($\bar{X} = .80, SD = .22$) และ (2) ปีกจมูกบาน ($\bar{X} = .77, SD = .22$) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองมีเพียง 2 ข้อ เช่นกัน คือ (1) หายใจลึกเร็ว ($\bar{X} = .75, SD = .23$) และ (2) ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ ($\bar{X} = .73, SD = .25$) สำหรับรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก ดังนี้ (1) อัตราการหายใจเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม อย่างเห็นได้ชัด ($\bar{X} = .81, SD = .21$) และ (2) การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X} = .79, SD = .22$) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจเป็นระยะ ๆ ($\bar{X} = .74, SD = .19$) (2) จากการฟังเสียงปอด พบเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียง ฟืด (stridor) เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด เสียงเรล (rales) เสียงกรอบแกรบ (crepitation) ($\bar{X} = .73, SD = .21$) และข้อมูลสนับสนุนรองในอันดับที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เท่ากัน จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ (accessory muscle) ได้แก่ กล้ามเนื้อส่วนคอและหลัง เช่น sternocleidomastoid, trapezius, pectoralis เป็นต้น ช่วยในการหายใจ ($\bar{X} = .72, SD = .24$) (2) ระดับความรู้สึกตัวลดลง ($\bar{X} = .72, SD = .26$) (3) หายใจตื้น ($\bar{X} = .72, SD = .21$) และ (4) เหงื่อแตกทั่วตัว ($\bar{X} = .72, SD = .23$) (ตาราง 21)

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง		
ไม่รู้สึกร้าว/ระดับความรู้สึกตัวลดลง	.80	.25
การเคลื่อนไหวถูกจำกัด (จากแผนการรักษาหรือเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ)	.71	.24
ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปในทิศทางหรือบริเวณที่ต้องการ เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง การเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งหรือลุกจากเตียง	.65	.29
มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อ/ข้อติดแข็ง	.64	.25
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง	.63	.26
ต้องใช้เครื่องช่วยพยุง และ/หรือบุคคลอื่น	.56	.30
ขนาดของกล้ามเนื้อเล็กลง	.51	.26
ข้อวินิจฉัย : การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง		
ปลายมือปลายเท้าเย็น	.69	.24
ชีพจรเบา	.69	.25
ปลายมือปลายเท้ามีสีคล้ำ หรือซีดเมื่อยกสูงและไม่ดีขึ้นเมื่อวางลง	.66	.29
ค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ	.63	.24
ค่าความดันโลหิตส่วนปลายต่ำกว่าปกติ	.60	.29

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 21(ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	S D
ข้อวินิจฉัย : การขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ		
เสมหะเหนียวข้น	.82	.16
ได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ แต่ไอออกไม่ได้	.80	.18
ไอเองไม่ได้	.79	.21
จากการฟังปอด พบเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียงฟืด (stridor) เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงการเสียดสีของ เยื่อหุ้มปอด เสียงเรด (rales)เสียงกรอบแกรบ (crepitation)		
หายใจตื้น หายใจลำบาก	.71	.23
ซีม/ความรู้สึกตัวลดลง	.67	.25
ไม่มีแรงไอ	.67	.23
ค่าออกซิเจนในหลอดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	.66	.27
ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูงกว่าปกติ	.66	.27
ไอไม่ถูกวิธี	.64	.24
ผิวหนังเยื่อบุชื้นเขียว	.64	.28
ข้อวินิจฉัย : รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ		
หายใจตื้น หายใจลำบาก	.80	.22
ปีกจมูกบาน	.77	.22
หายใจลึกเร็ว	.75	.23
ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	.73	.25



ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)		
ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ (accessory muscle)		
ได้แก่ กล้ามเนื้อส่วนคอและหลัง เช่น		
sternocleidomastoid, trapezius, pectoralis		
เป็นคั้น ช่วยในการหายใจ	.71	.27
ค่าคาร์บอนไดออกไซด์เลือดแดงสูงกว่าปกติ	.68	.23
ผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ ชีด ๆ เขียว ๆ	.67	.25
หอบเหนื่อย ขณะพัก หรือเมื่อทำกิจกรรม	.64	.27
ผลเอกซเรย์ปอด พบว่า ปอดทำงานไม่เต็มที่	.63	.29
การเคลื่อนไหวของทรวงอกผิดปกติ	.62	.25
เสียงเคาะปอดทึบ	.55	.27
ปอดคั่งระยะ กระสับกระส่าย	.54	.24
ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจ		
อัตราการหายใจเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด	.81	.21
การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ	.79	.22
ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจเป็นระยะ ๆ	.74	.19
จากการฟังเสียงปอด พบเสียงที่ผิดปกติ เช่น		
เสียงฟืด (stridor) เสียงวี๊ด (wheezing)		
เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด เสียงเรล		
(rales) เสียงกรอบแกรบ (crepitation)	.73	.21

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)		
ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ (accessory muscle)		
ได้แก่ กล้ามเนื้อส่วนคอและหลัง เช่น		
sternocleidomastoid, trapezius, pectoralis		
เป็นคั้น ช่วยในการหายใจ	.72	.24
ระคายความรู้สึกตัวลดลง	.72	.26
หายใจตื้น	.72	.21
เหงื่อแตกหัวตัว	.72	.23
อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นกว่าเดิมเกินกว่า		
20 ครั้ง/นาที	.71	.24
ผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ ชีดคล้ำ	.70	.25
ค่าก๊าซในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	.69	.25
ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิมเกินกว่า		
20 มิลลิเมตรปรอท	.65	.26
ผู้ป่วยบอกว่าหายใจเองไม่ได้	.55	.26
ข้อวินิจฉัย : ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง		
ค่าความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ	.81	.20
ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง	.76	.24
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	.69	.23
ซีฟงรส่วนปลายเบาลง	.68	.25
หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้	.67	.26

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง (ต่อ)		
กระสับกระส่าย	.67	.25
ผิวหนังเย็นและชื้น	.66	.25
ผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ ชีด	.64	.25
ไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู (frothy sputum)	.60	.28
บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย	.58	.27
กล้ามเนื้ออ่อนล้า/อ่อนแรง	.51	.25
เป็นลม หน้ามืดวิงเวียน	.51	.27
ข้อวินิจฉัย : ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง		
ชีพจรเร็ว/ไม่สม่ำเสมอ (โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหา ในระบบหัวใจและหายใจ) เมื่อปฏิบัติกิจกรรม	.65	.24
สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอกเหนื่อยมาก/อ่อนเพลีย ขณะปฏิบัติกิจกรรม	.64	.27
กล้ามเนื้ออ่อนแรง/ไม่สุขสบาย/ปวด	.63	.23
สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอกว่า “หายใจลำบาก หายใจตื้น เมื่อปฏิบัติกิจกรรม”	.62	.23
ผู้ป่วยบอก “รู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บหน้าอก เมื่อปฏิบัติกิจกรรม”	.60	.27
หัวใจเต้นผิดจังหวะ เมื่อปฏิบัติกิจกรรม	.58	.26

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง (ต่อ)		
ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ เมื่อปฏิบัติกิจกรรม” เช่น ค่าความดัน โลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 15 มม.ปรอท เมื่อปฏิบัติกิจกรรมหรือ ความดันโลหิตไม่สูงขึ้นเมื่อปฏิบัติกิจกรรม	.52	.26
คลื่นไฟฟ้าหัวใจบ่งชี้ว่ามีหัวใจขาดเลือดเมื่อ ปฏิบัติกิจกรรม	.51	.30
หายใจลำบากขณะพัก	.52	.27
ข้อวินิจฉัย : เหนื่อยง่าย		
สังเกตว่าเหนื่อยง่าย แขนขาไม่มีแรง กำลังกล้ามเนื้อลดลง อ่อนแรง	.60	.24
ปฏิบัติกิจกรรมน้อยลง	.57	.24
บอกว่าหมดแรง หรือ ไม่มีแรง/เหนื่อย	.56	.27

7.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ มีรายการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 1 ข้อ คือ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ จากการศึกษา พบว่า มีเฉพาะข้อมูลสนับสนุนรอง เท่านั้น ซึ่งมีจำนวน 5 ข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) บอกว่าแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป หลับ ๆ ตื่น ๆ ($\bar{X} = .60, SD = .28$) (2) บอกว่านอนหลับยากหรือ่วงเวลา กลางวันไม่่วงในเวลากลางคืน ($\bar{X} = .55, SD = .29$) และข้อมูลสนับสนุนรองในอันดับที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน จำนวน 3 ข้อ คือ (1) บอกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอ ($\bar{X} = .53, SD = .27$) (2) กระสับกระส่าย ($\bar{X} = .53, SD = .27$) และ (3) บอกว่าอ่อนเพลีย ($\bar{X} = .53, SD = .29$) (ตาราง 22)

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ		
บอกว่าเป็นแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป		
หลับ ๆ ตื่น ๆ	.60	.28
บอกว่าเป็นนอนหลับยาก หรือ่วงเวลากลางวัน		
ไม่่วงในเวลากลางคืน	.55	.29
บอกว่าเป็นพักผ่อนไม่เพียงพอ	.53	.27
กระสับกระส่าย	.53	.27
บอกว่าเป็นอ่อนเพลีย	.53	.29

7.6 แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญา และการรับรู้ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ จากการศึกษาพบว่า รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 3 ข้อ มีเฉพาะข้อมูลสนับสนุนรองเท่านั้น ข้อมูลสนับสนุนรองส่วนใหญ่ อยู่ในข้อวินิจฉัย ปวด (ระบุตำแหน่ง) ซึ่งมีจำนวน 7 ข้อ โดยข้อมูลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) บอกว่าปวด ($\bar{X} = .74, SD = .24$) (2) สีหน้าแสดงความเจ็บปวด เหงือก หน้ามืดวิงเวียน ($\bar{X} = .71, SD = .25$) และ (3) แสดงอาการปกป้องบริเวณที่ปวด ($\bar{X} = .67, SD = .26$) (ตาราง 23)

สำหรับรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การรับรู้ทางประสาทสัมผัสลดลง หรือเพิ่มขึ้น มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 3 ข้อ คือ (1) การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ผิดปกติ หรือมีภาวะสับสน ($\bar{X} = .57, SD = .29$) (2) แสดงพฤติกรรมกระสับกระส่าย กังวล กลัว ก้าวร้าว ($\bar{X} = .52, SD = .27$) และ (3) สิ่งกระตุ้นลดลง หรือเพิ่มขึ้นกว่าปกติ เช่น ได้ยิน การมองเห็น การรับรู้ ($\bar{X} = .54, SD = .28$) (ตาราง 23)

7.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ จากการศึกษา พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 3 ข้อ มีเฉพาะข้อมูลสนับสนุนรองเท่านั้น ข้อมูลสนับสนุนรองส่วนใหญ่ จะอยู่ใน ข้อวินิจฉัย วิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ซึ่งข้อมูลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) นอนไม่หลับ ($\bar{X} = .66, SD = .25$) (2) สีหน้าเคร่งเครียด ($\bar{X} = .60, SD = .26$) และ (3) กระสับกระส่ายไม่สามารถผ่อนคลายได้ ($\bar{X} = .56, SD = .26$) (ตาราง 24)

สำหรับข้อวินิจฉัย หดพลัง/รู้สึกท้อแท้ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ซึมเศร้า ($\bar{X} = .55, SD = .26$) และ (2) เฉยเมยไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = .50, SD = .28$) สำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กลัว มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) กระสับกระส่าย ($\bar{X} = .53, SD = .27$) และ (2) มีความสนใจแคบ ($\bar{X} = .50, SD = .29$) (ตาราง 24)

ตาราง 23 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสับสนหลักและข้อมูลสับสนรอง
ของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 6 สถิติปัญญา
และการรับรู้

ข้อมูลสับสนหลักและข้อมูลสับสนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : ปวด (ระบุตำแหน่ง)		
บอกว่าปวด	.74	.24
สีหน้าแสดงความเจ็บปวด เหงือก หน้านี้คือขมวด	.71	.25
แสดงอาการปกป้องบริเวณที่ปวด	.67	.26
มีพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวด เช่น คร่ำครวญ ร้องไห้หาผู้อื่น และ/หรือกระสับกระส่าย	.64	.25
นอนไม่หลับ	.60	.25
อาการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ซีพอร์ เร็วขึ้น รุ่มาตาขยาย หายใจช้าลงหรือเร็วขึ้น	.60	.28
กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น เกร็ง	.54	.27
ข้อวินิจฉัย : ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย		
ตอบคำถามไม่ได้เกี่ยวกับ...	.52	.27
ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามที่ได้รับการสอน หรือทำไม่ได้ตามที่สอน	.54	.27

ตาราง 23 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : การรับรู้ทางประสาทสัมผัส (ระดับลดลงหรือเพิ่มขึ้น)		
การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ คิดปกติ หรือมีภาวะสับสน	.57	.29
แสดงพฤติกรรมกระสับกระส่าย กังวลกลัว ก้าวร้าว	.52	.27
สิ่งกระตุ้นลดลง หรือเพิ่มขึ้นกว่าปกติ เช่น ได้ยิน การมองเห็น การรับรู้	.54	.28

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสับสนหลักและข้อมูลสับสนรอง
ของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งในแบบแผนที่ 7 การรับรู้
ตนเองและอัตมโนทัศน์

ข้อมูลสับสนหลักและข้อมูลสับสนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : วิตกกังวล		
นอนไม่หลับ	.66	.25
สีหน้าเคร่งเครียด	.60	.26
กระสับกระส่ายไม่สามารถผ่อนคลายได้	.56	.26
บอกความรู้สึกโกรธวุ่นวายหวาดกลัว ตึงเครียดกังวล	.54	.30
ข้อวินิจฉัย : หมดหลัง/รู้สึกท้อแท้		
ซึมเศร้า	.55	.26
เฉยเมย ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม	.50	.28
ข้อวินิจฉัย : กลัว		
กระสับกระส่าย	.53	.27
มีความสนใจแคบ	.50	.29

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 5 ข้อ จาก 33 ข้อ ไม่สามารถจัดอยู่ในแบบแผนสุขภาพได้ คือ (1) เสี่ยงต่อภาวะช็อค (2) มีภาวะเสียสมดุลกรด (ระบุภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะกรดจากการหายใจ) (3) มีภาวะเสียสมดุลโปแตสเซียม (ระบุต่ำหรือสูง) (4) มีภาวะเสียสมดุลโซเดียม (ระบุต่ำหรือสูง) และ (5) มีภาวะเสียสมดุลต่าง (ระบุภาวะต่างจากเมตาบอลิซึมหรือภาวะต่างจากการหายใจ) ซึ่งพบว่าข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อภาวะช็อค มีข้อมูลสนับสนุนหลักมากที่สุด จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ โดยเฉพาะซิสโตลิกลดลงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (\bar{X} = .84, SD = .18) (2) ชีพจรเบาเร็ว (\bar{X} = .84, SD = .19) (3) ผู้ป่วยมีการเสียเลือดและน้ำออกจากร่างกาย (\bar{X} = .83, SD = .19) และ (4) ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง (\bar{X} = .81, SD = .21) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองมีจำนวน 5 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ลดลง (\bar{X} = .75, SD = .24) (2) หายใจไม่สม่ำเสมอ หายใจถี่ ๆ และเร็วหรือค่อนข้างเร็ว (\bar{X} = .70, SD = .23) และ (3) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-rays) พบว่ามีน้ำคั่งในปอด มีลม หรือเลือดในช่องปอดหลังการบาดเจ็บ เป็นต้น (\bar{X} = .65, SD = .24) (ตาราง 25)

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้งที่ไม่สามารถจำแนกอยู่ในแบบแผนสุขภาพของกอร์คอน

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของรายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อภาวะช็อก		
ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ โดยเฉพาะซิสโตลิกลดลงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	.84	.18
ชีพจรเบาเร็ว	.84	.19
ผู้ป่วยมีการเสียเลือดและน้ำออกจากร่างกาย	.83	.19
ปีศาจจะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง	.81	.21
ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (O ₂ saturation) ลดลง	.75	.24
หายใจไม่สม่ำเสมอ หายใจถี่ ๆ และเร็ว หรือค่อนข้างเร็ว	.70	.23
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-rays) พบว่า มีน้ำคั่งในปอด มีลมหรือเลือดในช่องปอดหลังการบาดเจ็บเป็นต้น	.65	.24
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความผิดปกติอย่างรุนแรง	.61	.27
ค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางลดลงกว่าปกติ	.58	.29

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียสมดุลกรด (ระบุภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะกรดจากการหายใจ)		
ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม ค่าก๊าซในเลือด พบว่า พีเอช ต่ำกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตต่ำกว่าปกติความดัน ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ปกติหรือต่ำกว่าปกติ	.73	.24
ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการหายใจ พบว่า การหายใจ ช้าลง หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน ฟังเสียงปอด พบว่า มีเสียงกรอบแกรบเสียงวี๊ด	.71	.24
ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม พบว่า หายใจเร็วลึก หายใจลำบาก ขณะออกแรง ลมหายใจอาจมี กลิ่นผลไม้	.70	.23
ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการหายใจ ค่าก๊าซในเลือด พบว่า พีเอชต่ำกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์สูงกว่าปกติไบคาร์บอเนตปกติหรือสูงขึ้น เล็กน้อย หรือสูงกว่าปกติ (ในกรณีที่มีการชดเชย)	.69	.24
ซีพอร์แรงหรือซีพอร์เบา	.66	.24
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ สับสน กระสับกระส่าย และหมดสติ	.65	.24
คลื่นไส้ อาเจียน บวมท้อง ท้องร่วง	.51	.26

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียสมดุขยไปแตสเซียม (ระบุต่ำหรือสูง)		
ค่าไปแตสเซียมในพลาสมา ต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ	.80	.19
ผู้ป่วยที่มีไปแตสเซียมในเลือดต่ำ พบว่า กล้ามเนื้อ อ่อนแรง ถ้ารุนแรงจะเป็นอัมพาตแบบเปลี้ย เฉื่อยชา ซึม หายใจคั้น หรือหยุดหายใจ ปัสสาวะออกมาก	.64	.25
ผู้ป่วยที่มีไปแตสเซียมในเลือดสูง พบว่า กล้ามเนื้อ จะไวต่อการเร้า ต่อมาจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ และเบา หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจหยุดเต้นปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออก	.62	.26
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ มีความผิดปกติ เช่น คลื่น T แคบ และแหลมสูง ช่วง QT สั้น ช่วง PR ยาว คลื่น P หายไป คลื่น QRS กว้าง เป็นต้น	.62	.27
เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดท้อง หรือท้องร่วง	.55	.28
ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต แบบเปลี้ย เป็นตะคริว เฉื่อยชา	.51	.28
	.53	.26

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงสมดุลโซเดียม (ระดับต่ำหรือสูง)		
ค่าโซเดียมในพลาสมาต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ	.78	.20
ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ	.69	.23
ผู้ป่วยปัสสาวะออกน้อยหรือปัสสาวะไม่ออก ซึม เลื่อยซา อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง ชักหรือหมดสติ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน	.60	.24
ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดสูง พบว่า กระจายน้ำมาก ผิวหนังแดง หน้าแดง บวม ปากแห้ง ลิ้นบวมแห้ง	.60	.28
โซเดียมในปัสสาวะต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ	.58	.30
ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดต่ำ พบว่า ความแห้งของ ผิวหนังลดลง เชื้อบุปากแห้ง ตามนุ่มและลึก	.57	.26
ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดสูง พบว่ากล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก หน้าท้องเกร็ง	.57	.25
ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดต่ำ พบว่า ซึม หากไม่มีการ กระตุ้นแต่จะไวต่อการตอบสนองหากมีการกระตุ้น	.55	.24

ข้อมูลสนับสนุนหลัก

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรองของ รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง	\bar{X}	SD
ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียสมดุลต่าง (ระบุมารต่างจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะต่างจากการหายใจ)		
ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากเมตาบอลิซึม ค่าก๊าซในเลือด พบว่าพี เอช สูงกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์ปกติ หรือสูงกว่าปกติ ไบคาร์บอเนต สูงกว่าปกติ	.69	.25
ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากการหายใจค่าก๊าซในเลือด พบว่าพี เอช สูงกว่าปกติความดันก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์ต่ำกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตต่ำกว่า ปกติหรือต่ำกว่าปกติ	.68	.24
ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากการหายใจ พบว่า หายใจเร็วลึก ในระยะแรก ต่อมาหายใจช้าลง หรือหยุดหายใจ มีน้สีระเหย เหงื่อออก ตาพร่า ระดับความรู้สึกตัวลดลง	.65	.26
ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากเมตาบอลิซึม พบว่า หายใจช้าตื้น สับสน ชัก หมคสติ	.64	.25
หัวใจเต้นเร็ว	.63	.24
คลื่นไส้ อาเจียน	.51	.25

อภิปรายผล

การอภิปรายผลแบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ (1) รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (2) รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และ (3) รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย จำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มีรายละเอียด ดังนี้

1. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย

เมื่อจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 7 ข้อ จัดอยู่ในแบบแผนสุขภาพได้ 5 แบบแผน โดยแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยที่สุดจำนวน 3 ข้อ ทั้งนี้เนื่องจากแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนที่กว้างครอบคลุมเนื้อหา มาก โดยเฉพาะการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาและการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบการหายใจ ระบบหัวใจ และการไหลเวียน (Gordon, 1994) และจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนักที่ไม่รู้สึกตัว และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น ปอด หัวใจ สมอง ไต เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กอร์ดอน และฮิลตูเนน (Gordon & Hiltunen, 1995) ศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย และพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 3 ข้อ ที่อยู่ในแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีดังนี้

(1) ข้อวินิจฉัย : มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง/ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ($\bar{X}=3.28$, $SD = .75$) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ด้วยแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เมคเคอเกน เมทเมิร์ท และดิกเคิล (McKeighen, Mehmert & Dickel, 1991) ซึ่งพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากความทันทานในการทำกิจกรรมลดลง ความเจ็บปวด ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ ความผิดปกติของสติปัญญา การรับรู้เหตุผลอีกประการหนึ่งที่พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยเนื่องจากมีข้อมูล

สนับสนุนหลักมากที่สุด จำนวน 7 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ .76 ถึง .83 คือ (1) หมดสติ (2) เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้เลย (3) ไม่สามารถลุกเดินหรือลุกจากเตียงได้ (4) ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง (5) ทำความสะอาดร่างกายได้บางส่วน หรือทำไม่ได้เลยทั้งหมด (6) ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่ และ (7) ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองมีจำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย .69 ขึ้นไป คือ (1) ไม่สามารถใช้หม้อรองอุจจาระ/ปัสสาวะได้เอง (2) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด และ (3) ไม่สามารถสวมเสื้อผ้าและถอดเสื้อผ้าได้เอง ซึ่งข้อมูลสนับสนุนดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(2) ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 3.18$, $SD = .77$) เป็นรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยเนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอกอย่างรุนแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องอกหรือหน้าท้องส่วนบน หรือผู้ป่วยที่มีภาวะกลัมนเนื้ออ่อนแรงจากพยาธิสภาพของโรค หรือจากการขาดสารอาหาร (พูนทรัพย์, 2531) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ทำให้การขยายตัวของทรวงอกลดลง ส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนและมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ความอึดตัวของออกซิเจนลดลง และส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ ระบบประสาท ผู้ป่วยจะแสดงอาการกระวนกระวาย พูดไม่รู้เรื่อง หมดสติ ผลต่อระบบไหลเวียนเลือดจะมีการกระตุ้นประสาทซิมพาธิก (sympathetic) ระยะแรกหัวใจเต้นเร็ว ต่อมาจะช้าลง และเดินผิดจังหวะ ผลต่อระบบการหายใจ ผู้ป่วยที่มีระดับความดันของออกซิเจนในเลือด (PaO_2) 40-60 มม.ปรอท จะกระตุ้น carotid body chemoreceptor ให้หายใจมากขึ้น ทำให้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออกใน 1 ครั้งน้อยกว่าปกติ แต่ถ้าระดับความดันของออกซิเจนในเลือด (PaO_2) ต่ำกว่า 30 มิลลิเมตรปรอทจะกดการหายใจทำให้ต่อมาผู้ป่วยหายใจช้าลง (พูนทรัพย์, 2536) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 1 ข้อ คือ ระดับความอึดตัวของออกซิเจนต่ำกว่าปกติ ทั้งนี้เนื่องจากในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจพยาบาลจะมีการติดตามอาการผู้ป่วย โดยติดเครื่องมือวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเพื่อตรวจสอบระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกรวดเร็ว

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1992) ซึ่งพบว่ามีข้อมูลสนับสนุนหลักของข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหายใจเองได้อย่างเพียงพอ คือ (1) หายใจลำบาก (2) อัตราเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเห็นว่าข้อมูลสนับสนุนหลักที่ได้จากการศึกษาของแอนเดอร์สันแตกต่างจากการศึกษานี้ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตของประเทศไทยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีอาการของโรคหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงไม่รู้สึกตัวและมี

เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีอาการของโรคหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงไม่รู้สึกรู้ตัวและมีการใช้เครื่องช่วยหายใจสูง ดังนั้น การประเมินภาวะหายใจไม่เพียงพอ มักเป็นระยะรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถประเมินได้จากระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำกว่าปกติได้อย่างชัดเจน และวิธีการใช้เครื่องมือวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดสามารถกระทำได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ทำให้พยาบาลสามารถตรวจสอบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนของผู้ป่วยหนักได้เป็นข้อบ่งชี้แรก

(3) ข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ($\bar{X} = 3.09$, $SD = .87$) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีภาวะการบาดเจ็บที่รุนแรง ร่วมกับภาวะการติดเชื้อ และมีไข้สูง ส่งผลทำให้ภาวะเมตาบอลิซึมสูงขึ้นเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ของไต ตับ และอวัยวะอื่น ๆ ที่สำคัญของร่างกาย และจะพัฒนาต่อไปเป็นกลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (ARDS) ซึ่งจะมีการทำลายหรือการเสื่อมของแผ่นเยื่อถุงลมและหลอดเลือดฝอย ทำให้มีสารน้ำรั่วจากหลอดเลือดฝอยเข้าไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์และภายในถุงลม ทำให้สารตั้งตัวถูกเยื่อจากเสื่อมสภาพไป ทำให้ถุงลมแฟบตัวลง เกิดผลต่อเนื่องให้สภาพความยืดหยุ่นของปอดและความจุณคั่งค้างที่ใช้งานได้ (functional residual capacity : FRC) ลดลง มีการไหลกลับทางของเลือดจากขวาไปซ้าย โดยไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Hammer, 1995 ; Mcclander, 1996) ขณะเดียวกันผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ตัวช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ต้องนอนกับที่นานๆ ประกอบกับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถไถ่เองได้ ทำให้มีเสมหะคั่งในปอด เกิดภาวะปอดแฟบ ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น หายใจลำบากมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 4 ข้อ คือ (1) ฟังปอดมีเสียงเสมหะ (2) ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ (3) ไม่สามารถขับเสมหะออกได้ (4) อัตราการหายใจน้อยกว่าปกติ หรือมากกว่าปกติทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ พยาบาลสามารถสังเกตลักษณะการหายใจและการฟังเสียงปอดซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่พยาบาลต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินลมที่ผ่านหลอดลมและส่วนต่างๆของปอดให้ทราบว่ามึน้ำหรือมีเสมหะหรือสิ่งอุดตันทางเดินหายใจหรือไม่ นอกจากนี้การเจาะหลอดเลือดแดงเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดเป็นสิ่งที่พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักสามารถกระทำตัวเอง เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีรูปแบบการหายใจผิดปกติและมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป คือ (1) หายใจลำบาก (2) ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูงกว่าปกติและ (3) หายใจตื้น

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กอร์ดอน และฮิลทูนเนน (Gordon & Hilltunen, 1995) คูห์น (Kuhn, 1991) ฟิทซ์แมริส และเซ็ทเธอร์ (Fitzmaurice, Thatcher &

Schappler, 1991) กรีนลี (Greenlee, 1991) ซึ่งพบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย คือ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และการศึกษาของ เลิฟ คอกซ์ โมลินเนตตี และมิทเชล (Love, Cox, Molinatti & Mitchell, 1991) เพื่อหาความตรงของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 67 คน พบว่าภาวะพร่องออกซิเจนเป็นข้อมูลสนับสนุนหลักของข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และการศึกษาของ คาร์ฟูลาโน ฮิทซิงและจอห์นสัน (Capulano, Hitchings & Johnson, 1990) โดยศึกษาหาความตรงของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 100 คน พบว่ามีข้อมูลสนับสนุน จำนวน 3 ข้อ คือ (1) ภาวะพร่องออกซิเจน (2) ภาวะสับสน และ (3) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ พบว่า มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ($\bar{X}=3.41$, $SD = .75$) เนื่องจากแบบแผนที่ 1 เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและความเจ็บป่วยและกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งสามารถเห็นได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการสอดใส่เครื่องมือเครื่องใช้เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์เข้าสู่ร่างกาย การให้น้ำและสารน้ำเข้าสู่หลอดเลือดดำ การผ่าตัด กิจกรรมเหล่านี้ต้องมีการทำลายชั้นผิวหนังซึ่งเป็นชั้นที่ป้องกันเชื้อโรคทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Gordon & Hiltunen, 1995) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตอยู่ในหอผู้ป่วยนาน จะทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้สูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วงเดือน (2539) ซึ่งพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยกรรม นานกว่า 3 วัน ถึง 7 วัน และมากกว่า 7 วัน มีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลที่รูเปิดเพื่อใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางได้สูง นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักส่วนหนึ่ง ต้องใช้เวลานานในการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง สอดคล้องกับการศึกษาของเดลี และคณะ (Daly et al., 1990) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 46 คน ที่ได้รับการรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่ 21 วัน ขึ้นไป จะมีผู้ป่วยติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 78.3 แต่ถ้าอยู่นานกว่า 53 วัน จะมีการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 88 ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ของ สุรพล (2536) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนานกว่า 5 วัน จะมีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 50-80 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกอร์ดอน และฮิลทูนเนน (Gordon & Hiltunen, 1995) ซึ่งได้ศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤต จากการศึกษาพบว่า เสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นข้อวินิจฉัยที่พบบ่อย ($\bar{X}=3.6$, $SD = .68$) และการศึกษาของคุห์น (Kuhn, 1991) ซึ่งพบว่า เสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นข้อวินิจฉัยที่พบบ่อย

นอกจากนี้พบว่า ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 1 ข้อ คือ คาสายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองจำนวน 7 ข้อ ซึ่งจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันแรก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ .59 ขึ้นไป คือ (1) มีบาดแผลที่ผิวหนัง (2) มีน้ำ หรือสิ่งคัดหลั่งคั่งในร่างกาย เช่น ในปอด ในกระเพาะปัสสาวะ ไชข้อ และ (3) เจ็บป่วยเรื้อรัง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีผู้ป่วยหนักทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีการบาดเจ็บของร่างกายอย่างรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักมีบาดแผลที่ผิวหนังจากการรักษาต่าง ๆ เช่น แผลผ่าตัด แผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอก เป็นต้น หรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก มีของเหลวคั่งในปอด ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบประสาทและสมอง มักเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงสมดุลย์น้ำ และอิเล็กโตรลัยท์ ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผู้ป่วยจึงอาจเกิดบาดแผลที่ผิวหนังได้ ประกอบกับผู้ป่วยเหล่านี้มีระยะเวลาในการดูแลรักษานาน โอกาสการติดเชื้อ โรคจึงสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอด หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยวิกฤติเหล่านี้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานๆ และมีแนวโน้มติดเชื้อเพิ่มขึ้น

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่า มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ/มีไข้ ($X = 3.19$, $SD = .67$) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นโรคหรือมีภาวะที่ทำให้เกิดอันตรายต่อเซลล์ร่างกาย เช่น การติดเชื้อ การอักเสบ การได้รับบาดเจ็บ หลังผ่าตัด โรคระบบภูมิคุ้มกัน โรคทางเมตาบอลิซึม เป็นต้น ทำให้เซลล์บาดเจ็บหรือตาย ส่งผลทำให้ร่างกายมีการกระตุ้นระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันของร่างกายในขั้นแรก โดยระบบประสาทจะหลั่งฮอร์โมนกระตุ้นระบบไร้ท่อ ให้ผลิตสารสื่อกลางที่จะทำให้ร่างกายมีการต่อสู้กับการบาดเจ็บ และมีการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน และการอักเสบ (inflammatory immune response : IIR) เพื่อที่จะควบคุม กด กำจัดเชื้อโรค ทำลายเนื้อเยื่อที่ตาย และสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ โดยมีการหลั่งสาร อินเตอร์ลิวคิน -1 (interleukin-1 : IL-1) และทูเมอร์ เนคโรติก แฟกเตอร์ (tumor necrotic factor : TNF) จากเม็ดเลือดขาว หรือแบคทีเรียปล่อยเอ็นโดท็อกซิน (endotoxin) มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) โดยตรงหรืออาจไปกระตุ้นให้สร้างโพรสตาแกลนดิน (prostaglandin : PGE) ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังหดตัว การระบาย ความร้อนจากร่างกายลดลง จึงเกิดไข้ขึ้น (กอบกุล, 2538 ; ราชตรี, 2535 ; Cree & Rischmiller, 1995 ; McFadden & Sartorius, 1992 ; Mclander, 1996) นอกจากนี้ การที่พยาบาลพบข้อวินิจฉัย : อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ/มีไข้บ่อย เนื่องจากพยาบาลสามารถประเมินภาวะไข้ด้วยวิธีการง่ายๆ เช่น จากการสัมผัสร่างกายของผู้ป่วยและจากการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ข้อวินิจฉัย : อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ/มีไข้ มีข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 1 ข้อคือ อุณหภูมิสูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ทางปาก หรือ 38.8 องศาเซลเซียสทางทวารหนัก มีข้อมูลสนับสนุนรองจำนวน 4 ข้อ ซึ่งจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ .59 ขึ้นไป คือ (1) หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (2) อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ (3) ผิวหนังแดงหน้าแดง/ริมฝีปากแห้งแดง โดยปกติอุณหภูมิร่างกายของบุคคลวัดได้จากความสมดุลระหว่างความร้อนที่สูญเสียและความร้อนที่ร่างกายสร้างขึ้นมา ซึ่งบุคคลจะรักษาอุณหภูมิร่างกายไว้ในช่วง 36 องศาเซลเซียส ถึง 37 องศาเซลเซียส ดังนั้นถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียส แสดงถึงภาวะไข้สูงกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ หรือการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบและภาวะภูมิคุ้มกันมีผลต่อไฮโปทาลามัสที่เป็นศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย จากการศึกษาของดูบอยส์ (Dubois, 1924 อ้างใน ไสวรินทร์, 2536) พบว่าผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศา จะต้องการพลังงานเพิ่ม 13 แคลอรี โดยเฉลี่ย ซึ่งการใช้พลังงานเพิ่มต้องมีการเผาผลาญสารอาหารโดยมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจเร็วเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีไข้สูงจะมีการสูญเสียน้ำจากการระเหยความร้อน ทำให้ผู้ป่วยมีผิวหนังแดง ริมฝีปากแห้งแดง ดังที่การศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อมูลสนับสนุนหลัก คือ อุณหภูมิสูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียสทางปาก หรือ 38.8 องศาเซลเซียสทางทวารหนัก สอดคล้องกับ NANDA (1994) และ กอร์ดอน (Gordon, 1994)

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์ พบว่า มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.36, SD = .79$) ซึ่งเป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวม (Gordon, 1994) ผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ญาติผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกว่า ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก และอาจจะสูญเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ในแต่ละโรงพยาบาล จะมีการจำกัดเวลาให้เยี่ยมและ สภาพหอผู้ป่วยหนักที่ญาติไม่คุ้นเคยซึ่งมีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย ตลอดจนได้เห็นอาการและสภาพที่รุนแรงของผู้ป่วยที่อยู่ข้างเตียงทำให้รู้สึกหดหู่ ประกอบกับอาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การที่พบข้อวินิจฉัยนี้บ่อย เนื่องจากพยาบาลมักเผชิญกับญาติผู้ป่วยในลักษณะต่างๆเป็นประจำ เช่น ร้องไห้ เศร้าโศก ญาติต้องการอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา การเฝ้ารอน้ำหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลานานๆ การแสวงหาวิธีต่างๆเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่การปิดทองที่เตียงผู้ป่วย การแขวนพวงมาลัยดอกไม้ที่เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมของญาติเหล่านี้ทำให้พยาบาลประเมินว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ

ผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของจิรภา และดวงใจ (2541) เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล และต้องการข้อมูลมากที่สุด ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในญาติผู้ป่วยมีดังนี้ (1) การไม่ได้พบแพทย์ทุกวัน (2) การไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคทุกวัน (3) การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และ (4) การไม่เข้าใจวิธีการบำบัดรักษาต่าง ๆ ส่วนการศึกษาของวิมลรัตน์ (2536) ซึ่งสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 100 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการการลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูล

ข้อวินิจฉัย : ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ ญาติผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม สีหน้าตึงเครียด หวาดกลัว ส่วนข้อมูลสนับสนุนรองมีจำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย .68 ขึ้นไป คือ (1) ญาติบอกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (2) ญาติบอกว่าหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และ (3) ญาติบอกว่ารู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นภาวะทางจิตใจที่เกิดจากผลกระทบหรือความเครียดที่มักแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางเป็นส่วนใหญ่ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ญาติผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกว่าผู้ป่วยมีอาการหนักมาก และอาจจะสูญเสียชีวิตได้ ซึ่งความคิดหรือความรู้สึกเช่นนี้เป็นความเครียดประการหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่สมดุลทางจิตใจและแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี (2522 อังโน จิรภา และดวงใจ, 2541) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดสูงสุด คือ กลัวผู้ป่วยตาย รองลงมา ได้แก่ อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นตามที่คาดหวังไว้

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ พบว่ามีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาลดลง/ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ ($X = 3.06$, $SD = .99$) เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมของบุคคลตามบทบาทและสัมพันธภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่น (Gordon, 1994) โดยเฉพาะการสื่อสารของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจ ซึ่งต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและใส่ท่อทางเดินหายใจ มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดสื่อสาร แสดงความต้องการของตนได้ ทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาการติดต่อสื่อสารหรือสังเกตเห็นความยากลำบากในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น พยาบาลจึงประเมินเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จะเห็นได้ว่าการศึกษารุ่นนี้พบว่ามีข้อมูลสนับสนุนหลักจำนวน 1 ข้อ คือ คาท่อหลอดลม ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 1 ข้อ คือ

ไม่สามารถพูดได้ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจร่วมด้วย จึงมีการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีการใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจ จะมีกระเปาะถุงลม (cuff) ซึ่งเป็นถุงลมบาง คลุมท่อช่วยหายใจในตำแหน่งที่อยู่เหนือปลายทางของท่อทางเดินหายใจ (bevel) ขึ้นมาเล็กน้อย มีความยาวประมาณ 2-5 ซม. ซึ่งกระเปาะถุงลม (cuff) นี้จะอุดกั้นระหว่างกล่องเสียง และทางเดินอากาศทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ คอนนอลลีและเชคเคิลตัน (Connolly & Shekleton, 1991) ซึ่งศึกษา วิเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดต่อสื่อสารในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมักจะมีปัญหาด้านจิตใจ และไม่สามารถพูดได้ เนื่องจากกระเปาะถุงลม (cuff) ของท่อทางเดินหายใจ (endotracheal) หรือท่อที่เจาะบริเวณคอ (tracheostomy) อุดกั้นทางเดินระหว่างกล่องเสียง และการไหลของอากาศ ส่วนการศึกษาของฟาวเลอร์ (Fowler, 1997) ซึ่งศึกษาความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาในผู้ป่วยระหว่างที่มีการใส่ท่อทางเดินหายใจระยะเวลานั้น ๆ พบว่า การใส่ท่อทางเดินหายใจทางปาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ และการศึกษาของ สุพิศตรา (2536) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ และรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ

2. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวนข้อวินิจฉัยในกลุ่มนี้ 33 ข้อ สามารถจำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 7 แบบแผนได้ 28 ข้อ โดยจำนวนข้อวินิจฉัยที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 9 ข้อ อยู่ในแบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ซึ่งเป็นแบบแผนที่กว้าง และครอบคลุมเกี่ยวกับกระบวนการที่ร่างกายเผาผลาญใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง หรือมีภาวะบาดเจ็บของร่างกายอย่างรุนแรง ทำให้เกิดภาวะเมตาบอลิซึมสูงขึ้น อย่างรุนแรงเพื่อใช้ในกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อในส่วนที่สึกหรอและมีการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อ เกิดภาวะทุพโภชนาการ มีการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโปรตีนในเลือดน้อยกว่า 3.0 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร จะทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของสารน้ำจากภายนอกเซลล์เข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ทำให้เกิดภาวะบวม (จุฬารักษ์, จอมจักร และศิริยา, 2536 ; ลีวรรณ และคณะ, 2538 ; Potter & Perry, 1995)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง 3 อันดับแรก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.46 ขึ้นไป คือ(1) ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง) (2) ข้อวินิจฉัย : มี

แผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง) และ (3) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะน้ำเกิน ซึ่งข้อวินิจฉัยเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพผิวหนัง ซึ่งสามารถพบปัญหาหรืออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาระดับชั้นขัดแย้งกับการศึกษาของ กอร์ดอนและฮิลตุนเนน (Gordon & Hiltunen, 1995) พยาบาลกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 3 ข้อเป็นข้อวินิจฉัยที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาของ กอร์ดอนและฮิลตุนเนน (Gordon & Hiltunen) มีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ในทางคลินิก เพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 82 และในหน่วยงานมีการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 68 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าในหน่วยงานปัจจุบันมีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้คิดเป็นร้อยละ 78.60 ส่วนการสนับสนุนให้ความรู้โดยการอบรม/ ประชุมระยะสั้นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 23.14 เท่านั้น นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 71.08 โดยมีสาเหตุมาจากตัวพยาบาลเอง ได้แก่ การขาดความชำนาญ ความเข้าใจและขาดประสบการณ์ ร้อยละ 4.39 ส่วนสาเหตุจากฝ่ายบริหารไม่สนับสนุน ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีอยู่ร้อยละ 4.37 เป็นต้น สำหรับการอภิปรายรายละเอียดของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง 3 อันดับแรก มีดังนี้

(1) ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง) ($\bar{X} = 2.53$, $SD = .87$) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะบวมของผิวหนังทำให้ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยง (Potter & Perry, 1995) ประกอบกับผู้ป่วยหนัก ไม่รู้สึกตัว และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นถูกกดและเริ่มแดง ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น เหงื่อออกมาก การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้จะเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยหนักเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่ายและเป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและประเมินได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา และดวงใจ (2541) พบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุดที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยภาวะวิกฤตมี 4 ข้อ คือ (1) ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว (2) ความพร้อมในการช่วยเหลือตนเอง (3) ผิวหนังมีความตึงตัว/บวม และการเสียดสีของผิวหนัง จะเห็นได้จากข้อมูลสนับสนุนในการศึกษานี้ พบว่า มีข้อมูลสนับสนุนรองจำนวน 5 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (2) ตรวจพบบริเวณผิวหนังเป็นรอยแดง และ (3) ผิวหนังบวม

(2) ข้อวินิจฉัย : มีแผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง) ($\bar{X} = 2.56$, $SD = .88$) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลที่ผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังบวม การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต ภาวะไข้สูง ความชื้น ภาวะทุพโภชนาการ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่งผลทำให้ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดไปสู่

ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยง และเซลล์ตายได้ (Potter & Perry, 1995) ซึ่งการเกิดแผลกดทับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของแผล แบ่งได้ 4 ระดับ คือ ระยะแรกผิวหนังแดงขึ้น ระยะที่ 2 ผิวหนังแดง คล้ำ และมีการฉีกขาดของชั้นผิวหนัง ทำให้ลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง ระยะที่ 3 ผิวหนังถูกทำลาย และขาดเลือดไปเลี้ยง และระยะที่ 4 แผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อและกระดูก มีการสูญเสียผิวหนังไปทั้งหมด (Lewis & Timby, 1988)

จะเห็นได้ว่า จากข้อมูลสนับสนุนในการศึกษารั้งนี้ พบว่า มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 4 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ผิวหนังแดง (2) ผิวหนังแดงเริ่มมีแผล มีการฉีกขาดของผิวหนัง และ (3) แผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูกและเยื่อหุ้มกระดูก มีเนื้อตาย ซึ่งข้อมูลสนับสนุนเหล่านี้พยาบาลสามารถสังเกตเห็นได้ง่ายจากการเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภาและดวงใจ (2541) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เกิดแผลกดทับ 9 ราย และเป็นการเกิดแผลในระยะที่ 2 คือ ผิวหนังแดง เริ่มมีแผล มีการฉีกขาดของผิวหนัง มากที่สุด 5 ราย

(3) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะน้ำเกิน ($\bar{X} = 2.46, SD = .78$) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีน้ำในร่างกายมากกว่าร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว เป็นผลจากการได้รับน้ำเพิ่มขึ้น หรือได้รับปกติ แต่สูญเสียออกจากร่างกายน้อยลง ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุกชั่วโมง และต้องควบคุมไม่ให้เกิดความขาดสมดุลระหว่างน้ำเข้า น้ำออก

จากการศึกษารั้งนี้ พบว่ามีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายมากกว่าปริมาณน้ำออกจากร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีการบันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกายทุกชั่วโมงและมีการบันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกายตลอดทั้งวันลงในแบบฟอร์มปรอททุกวันทำให้พยาบาลสามารถประเมินปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันได้สะดวกและรวดเร็ว สำหรับข้อมูลสนับสนุนหลักข้อที่ 2 : ลักษณะการหายใจผิดปกติ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือนอนราบไม่ได้ เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถประเมินได้จากการสังเกตลักษณะการหายใจ ซึ่งจะสังเกตได้ง่ายในกรณีผู้ป่วยหายใจลำบาก เพราะมีน้ำเกิน แล้วทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ประกอบกับประสบการณ์และความรู้ที่สะสมมาทำให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินได้ดี ดังจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ย 6.80 ปี โดยร้อยละ 36.24 ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก มากกว่า 7 ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นพยาบาลผู้ชำนาญการกลุ่มหนึ่ง (Benner et al., 1992) ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อ โดยในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ปัสสาวะไม่ออก / ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง (2) ผิวหนังบวม (3) เสียงหายใจผิดปกติ

เช่น มีเสียงกรอบแกรบที่ปอด และ (4) ภาพเอ็กซเรย์ที่ปอด พบมีน้ำคั่งในปอด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจจะได้รับการถ่ายภาพรังสีปอดก็ต่อเมื่อแพทย์ผู้รักษามีคำสั่งการรักษาให้ส่งผู้ป่วยเอ็กซเรย์ปอด จึงทำให้พยาบาลพบข้อมูลสนับสนุนนี้ได้รองลงมา นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีเลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง หรือภาวะไตเรื้อรัง ทำให้การกรองที่ไตลดลงมาก มีผลทำให้การขับปัสสาวะลดน้อยลงได้ ดังที่พบว่า ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง

รองลงมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง 3 อันดับแรก ซึ่งอยู่ในแบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย คือ

ข้อวินิจฉัย : ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ($\bar{X} = 2.99$, $SD = .85$) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีตั้งแต่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไปจนถึงผู้ป่วยรู้สึกตัวที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ (สุภารัตน์, 2537) ซึ่งพยาบาลเองก็รับทราบถึงภาวะของผู้ป่วย และไม่ได้คาดหวังว่า ผู้ป่วยจะต้องเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี จึงอาจทำให้ขาดการตระหนักที่จะประเมินปัญหาด้านนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปในทิศทางหรือบริเวณที่ต้องการได้ จะทำให้ข้อต่างๆ ไม่เคลื่อนไหว และตึงแข็งได้ (ลิวรรณ และคณะ, 2538) จึงทำให้พบข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ไม่รู้สีกตัว/ระดับความรู้สึกตัวลดลง และข้อมูลสนับสนุนรอง ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) การเคลื่อนไหวถูกจำกัด (จากแผนการรักษา หรือเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ) (2) ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปในทิศทางหรือบริเวณที่ต้องการ เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง การเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่ง ไปยังอีกที่หนึ่ง หรือลุกจากเตียง และ (3) มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อ / ข้อตึงแข็ง

สำหรับข้อวินิจฉัย : การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง ($\bar{X} = 2.94$, $SD = .87$) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง เนื่องจากข้อวินิจฉัยนี้เป็นข้อวินิจฉัยที่ค่อนข้างซับซ้อนและลึกซึ้ง พยาบาลจะวินิจฉัยได้ต้องมีความเข้าใจในเรื่องพยาธิสรีรภาพของร่างกายเป็นอย่างดี และการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีพยาบาลอาวุโสหรือผู้ชำนาญการซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 7 ปีขึ้นไป เพียงร้อยละ 36.24 ซึ่งพยาบาลกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ประสบการณ์มากมายที่สะสมมาทำให้รู้สถานการณ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยล่วงหน้า (Benner, 1982; Benner, Tanner, Chesla, 1992) ทำให้ประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีปัญหาเหล่านี้ได้ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ข้อวินิจฉัย : การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง มีเพียงข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ปลายมือปลายเท้าเย็น (2) ซีฟจรเบา (3) ปลายมือปลายเท้ามีสีคล้ำ หรือซีกเมื่อยกสูง และไม่ดีขึ้นเมื่อวางลง และ (4) ค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลพยาบาลมีการติดตาม

อาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย และมีการสัมผัสร่างกายของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้พยาบาลสามารถตรวจพบภาวะผู้ป่วยปลายมือปลายเท้าเย็นได้

ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกันนี้ จึงทำให้อัตราวินิจฉัย : ขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 2.92, SD = .84$) พบได้เป็นบางครั้งเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักใช้เครื่องช่วยหายใจจึงจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลม หรือใส่ท่อเจาะคอ ซึ่งเป็นเหตุทำให้ปริมาณของเสมหะเพิ่มขึ้นเนื่องจากท่อที่ใส่เข้าไปในหลอดลม นั้นไปทำให้ขนกวัด (cilia) ในทางเดินหายใจทำงานได้น้อยลงเกิดมีเสมหะคั่ง และเหนียวขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ และมีการติดเชื้อที่ปอด จะทำให้มีปริมาณเสมหะมากขึ้น และมีความเหนียวขึ้น เกิดภาวะเสมหะคั่งค้ำมากขึ้น (กรองไค, 2531; Siskind, 1989) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของปอด หัวใจ ระบบประสาทกล้ามเนื้อ และมีการใส่ท่อทางเดินหายใจ มักไม่มีแรงในการขับเสมหะ และไม่สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีเสมหะคั่งในปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบาก หายใจเร็วหรือตื้น (ลิวรรณ และคณะ, 2538) พยาบาลจึงมักจะพิจารณาอาการผู้ป่วยจากลักษณะเสมหะ และใช้การฟังปอดเป็นตัวช่วย ซึ่งข้อวินิจฉัยการขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 3 ข้อ คือ (1) เสมหะเหนียวขึ้น (2) ได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ แต่ไอออกไม่ได้ และไอเองไม่ได้ ส่วนข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 8 ข้อ ในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก จำนวน 4 ข้อ คือ (1) จากการฟังปอด พบเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียงฟืด (stridor) เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด เสียงเรล (rales) เสียงกรอบแกรบ (crepitation) (2) หายใจตื้น หายใจลำบาก (3) ซึม / ความรู้สึกตัวลดลง และ (4) ไม่มีแรงไอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ อยู่ในแบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ ซึ่งเป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองสิ่งเร้า การรับรู้ทางประสาทสัมผัสทุกส่วน (Gordon, 1994) ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักมีความสามารถในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองสิ่งเร้าลดลง การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสลดลงและไม่สามารถบอกหรือแสดงพฤติกรรมให้พยาบาลรับรู้ได้ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่รู้สึกตัวในขณะได้รับกิจกรรมและการดูแลรักษาโดยใช้เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ในการช่วยเหลือชีวิตซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้น พยาบาลจึงสามารถพบข้อวินิจฉัยในกลุ่มนี้เป็นบางครั้ง

(1) ข้อวินิจฉัย : ความเจ็บปวด (ระบุตำแหน่ง) ($\bar{X} = 2.73, SD = .83$) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากสภาวะโรค หรือการบาดเจ็บที่ได้รับ นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดจากแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ความเจ็บปวดจากการใส่ท่อระบายต่าง ๆ เช่น ท่อระบายจากทรวงอก จากแผลผ่าตัด การคาสาขสวณ ปัสสาวะ เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ข้อวินิจฉัย : ความเจ็บปวด เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กอร์ดอน และฮิลตุนเนน (Gordon & Hiltunen, 1995) ที่พบว่า ความเจ็บปวด ($\bar{X} = 3.12, SD = .89$) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย ทั้งนี้อาจ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรุนแรง มีสาเหตุจากพยาธิสภาพโรค และการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง พยาบาลจึงมุ่งเน้นให้การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะอันตราย ซึ่งในช่วงเวลานั้น พยาบาลลืมนำนึ่งถึงภาวะจิตใจ (บุปผา, 2538) โดยเฉพาะความเจ็บปวดที่ได้รับจากการรักษาพยาบาล ประกอบกับผู้ป่วยหนัก ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และมีการคาต่อทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกหรือแสดงความเจ็บปวดได้ พยาบาลจึงประเมินความเจ็บปวดได้ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวเท่านั้น ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่รับรู้ความเจ็บปวดและมีปฏิกิริยาทางจิตมักจะแสดงออกถึงความเจ็บปวดและต่อสู้ หนี หรือแก้ไข ความเจ็บปวดนั้นโดยแสดงออกทางการเคลื่อนไหว และน้ำเสียง เช่น ทำหน้านิ้ว คิ้วขมวด หลับตาแน่น ปกป้องบริเวณที่เจ็บปวด เป็นต้น (สุพร, 2528) ซึ่งบางครั้งกิริยาเหล่านี้ก็ยากแก่พยาบาลที่อ่อนประสบการณ์ ซึ่งในการศึกษานี้มีร้อยละ 29.76 จะแยกแยะได้ว่า กิริยาใด คือ วิตกกังวล เครียด ปวด หรือกลัว ซึ่งข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : ความเจ็บปวด มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) บอกว่าปวด (2) สีหน้าแสดงความเจ็บปวด เหงื่อ หน้านิ้วคิ้วขมวด และ (3) แสดงอาการปกป้องบริเวณที่ปวด

(2) ข้อวินิจฉัย : ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย ($\bar{X} = 2.54, SD = .99$) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งเนื่องจากพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่มีการบาดเจ็บรุนแรง และได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อน หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการรักษามาก่อน หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอก หรืออธิบายข้อมูลหรือแสดงถึงทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วย หรือปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยได้ทำให้พยาบาลประเมินข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้ได้บ้าง ซึ่งข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัย : ขาดความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ตอบคำถามไม่ได้เกี่ยวกับ.... และ (2) ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามที่ได้รับการสอน หรือทำไม่ได้ตามที่สอน สอดคล้องกับการศึกษาของ โปกอลนี่ (Pokomy, 1986) ได้ศึกษาข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ขาดความรู้ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 120 แฟ้ม จากการศึกษาพบว่า มีข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัย ขาดความรู้ เพียง 51 แฟ้ม คือ (1) ผู้ป่วยบอกว่า ได้รับความรู้ไม่เพียงพอ (2) ปฏิบัติตามที่ได้รับการสอนไม่ถูกต้อง

(3) **ข้อวินิจฉัย :** การรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส (ระดับลดลงหรือเพิ่มขึ้น) ($\bar{X} = 2.11$, $SD = 1.06$) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางด้านร่างกายอย่างรุนแรง หรือมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง จึงต้องให้การดูแลรักษา และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ ซึ่งกิจกรรมที่กระทำให้กับผู้ป่วยเป็นการเพิ่มความรู้สึกที่มากขึ้นไป ผู้ป่วยหนักถูกรบกวน ทำให้ความสนใจกระโดดจากสิ่งกระตุ้นหนึ่งไปยังสิ่งกระตุ้นอีกอย่างหนึ่ง เช่น การดูแลเสมหะ การใส่ท่อหายใจ การได้ยินเสียงจากเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจเกิดความแปรปรวนของอารมณ์ มีการสับสนด้านความคิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมสภาพจิตใจให้ปฏิบัติกิจกรรมตามปกติได้ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เคลื่อนไม่ได้ เนื่องจากอัมพาต หรือเข้าเฝือก จะทำให้ผู้มีการตอบสนองต่อการได้รับสิ่งกระตุ้นลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งกระตุ้นผิดปกติ มีอารมณ์ผิดปกติ เช่น ความกลัว ความกังวล หวาดระแวง ก้าวร้าว เป็นต้น ความผิดปกติทางความคิด เช่น ไม่สามารถรับรู้ต่อบุคคล เวลา สถานที่ เป็นต้น และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น มีอาการกระวนกระวาย ไม่ร่วมมือ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้พยาบาลสามารถสังเกตเห็นได้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต แต่มักจะให้ความสนใจภายหลังการดำเนินการเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้ว เพราะพยาบาลไม่ได้คิดว่าสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบรุนแรงต่อชีวิตผู้ป่วย **ข้อวินิจฉัย :** การรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส (ระดับลดลง / เพิ่มขึ้น) มีเพียงข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 3 ข้อ คือ (1) การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ผิดปกติ หรือมีภาวะสับสน (2) แสดงพฤติกรรมกระสับกระส่าย กังวล กลัว ก้าวร้าว และ (3) สิ่งกระตุ้นลดลง หรือเพิ่มขึ้นกว่าปกติ เช่น ได้ยิน การมองเห็น การรับรู้

ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ อยู่ในแบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวมและแต่ในคุณลักษณะ ได้แก่ ความสามารถ ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น (Gordon, 1994) ในแบบแผนนี้เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตสังคมซึ่งต้องมีการประเมินความรู้สึก ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตลอดจนถึงอาศัยข้อมูลอ้อมๆ ซึ่งได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นหลัก (ชอลดา, 2536) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนักไม่รู้สึกตัว ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจทำให้การสื่อความหมายกับพยาบาลเป็นไปได้ยากพยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตแสดงออกมา และต้องไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและความสามารถของพยาบาลทางด้านจิตใจ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานนาน 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.65 ซึ่งพยาบาลกลุ่มนี้มีความสามารถปฏิบัติงานประจำให้เสร็จจะมองเห็นสิ่งที่ปรากฏในผู้ป่วยเฉพาะที่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น อาการและอาการแสดงที่ตรงกับคำราบอกไว้ (Benner,

1982) ส่วนการประเมินปัญหาด้านจิตใจไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนทำให้การประเมินปัญหาสำหรับพยาบาลในกลุ่มนี้เป็นไปได้ยาก นอกจากนี้พบว่าพยาบาลในการศึกษารั้งนี้ไม่มีประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 11.35 และไม่เคยได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 76.86 ซึ่งอาจทำให้การประเมินปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนนี้พบเป็นบางครั้ง

รายละเอียดของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งจำนวน 3 ข้อ ในแบบแผนที่มีดังนี้

(1) ข้อวินิจฉัย : วิตกกังวล ($\bar{X} = 2.77$, $SD = .96$) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และรับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักที่รู้สึกตัว มักพบว่าตนเองเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ไม่คุ้นชิน ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจในความปลอดภัยในชีวิตของตน กลัวอันตรายที่เกิดขึ้นกับร่างกายมีความรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อตนเอง รู้สึกว่าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และถูกแยกจากครอบครัว ผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า วิตกกังวลเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า วิตกกังวลเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤต (Gordon & Hiltunen, 1995; Levin et al., 1989; Metzger & Hiltunen, 1987) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักไม่รู้สึกตัวต้องใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือบอกให้พยาบาลรับรู้ได้ นอกจากนี้พยาบาลมักจะคำนึงถึงสภาวะร่างกายของผู้ป่วยมากกว่าปัญหาจิตใจสอดคล้องกับงานวิจัยของซูฮายดา และคิม (Suhayda & Kim, 1984) ซึ่งศึกษาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยตรวจสอบเพิ่มประวัติผู้ป่วยจำนวน 50 แฟ้ม แบ่งเป็น แฟ้มประวัติผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 25 แฟ้ม และแฟ้มประวัติผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 25 แฟ้ม จากการศึกษา พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยเป็นปัญหาด้านร่างกาย เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ส่วนปัญหาที่พบน้อยที่สุด คือ ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 24 ซึ่งข้อวินิจฉัย : วิตกกังวล ข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 4 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) นอนไม่หลับ (2) สีหน้าเคร่งเครียด และ (3) กระสับกระส่ายไม่สามารถผ่อนคลายได้ ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลสนับสนุนเหล่านี้พยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่นอนไม่หลับได้ง่าย และผลของความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแสดงออกมาหงุดหงิด หวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล นอนไม่หลับ กระสับกระส่ายไม่สามารถผ่อนคลายได้ มีความคิดหมกมุ่น สีหน้าเคร่งเครียด เป็นต้น

(2) ข้อวินิจฉัย : กลัว ($\bar{X} = 2.55, SD = 1.13$) ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่รู้สึกตัว ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากสภาพเดิม ได้แก่ ความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา การรับรู้ข้อมูลในการรักษาที่ไม่กระจ่างชัด ตลอดจนการไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้สนองตอบความต้องการได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว สับสน ไม่แน่ใจ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลัวเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กอร์ดอน และฮิลตุนเนน (Gordon & Hiltunen, 1995) พบว่า กลัว มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 2.8 ($SD = .93$) ซึ่งผู้ป่วยที่เกิดความกลัวขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก มักแสดงปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น มีอาการกระสับกระส่าย มือสั่น มีความสนใจแคบ ร้องไห้ เป็นต้น ดังจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ข้อวินิจฉัย : กลัว มีเพียงข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) มีความสนใจแคบ และ (2) กระสับกระส่าย

(3) ข้อวินิจฉัย : หดพลัง/รู้สึกท้อแท้ ($\bar{X} = 2.07, SD = .98$) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งเนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ส่วนผู้ป่วยที่รู้สึกตัวบางคนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้การสื่อความหมายกับแพทย์และพยาบาลเป็นไปได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีพลังเหลืออยู่ในตัว รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เพราะไม่สามารถขยับเขยื้อนไปไหนมาไหนได้เลย ไม่สามารถกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ต้องพึ่งพาพยาบาลตลอดเวลา อย่างไรก็ตามการแสดงออกซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะความชำนาญในการสังเกต สัมภาษณ์ของพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานสูง ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย จะแสดงให้เห็นในรูปของพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย ปฏิกิริยาแรกที่พบในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ คือ ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงช่วยเหลือตนเอง รู้สึกไร้พลัง ซึ่งจะแสดงพฤติกรรม นอนเฉยๆ และไม่คิดว่าตนต้องช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ผู้อื่นต้องช่วยเหลือตน ปฏิกิริยาต่อมาเป็นปฏิกิริยาด้านจิตใจ แสดงออกถึงความวิตกกังวล เป็นห่วงชีวิตตนเอง มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรืออาจปฏิเสธการรักษาพยาบาล แยกตัว ซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลสนับสนุนของ ข้อวินิจฉัย : หดพลัง/ รู้สึกท้อแท้ มีเพียงข้อมูลสนับสนุนรองจำนวน 2 ข้อ คือ (1) ซึมเศร้า และ (2) เฉยเมย ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 1 ข้อ อยู่ใน แบบแผนที่ 5 การหักผ่อนนอนหลับ คือ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ($\bar{X} = 2.54, SD = .97$) อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในภาวะไร้สติทำให้พยาบาลยากที่จะประเมินว่ามีปัญหาในเรื่องการนอนหลับหรือไม่ อย่างไรก็ตามก็ยังมีบางกลุ่มที่รู้สึกดีและมีผลกระทบต่อกรนอนเนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีความ

เจ็บป่วยทางด้านร่างกายเมื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ต้องพบกับบุคคลแปลกหน้า ทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ป่วยข้างเตียง ตลอดจนไม่มีความเป็นส่วนตัวเฉพาะคนของตนเอง หรือมีเสียงรบกวนจากเครื่องมือต่าง ๆ ได้รับแผนการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การใส่ท่อระบายทรวงอก การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่ออาการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา คาร์สัน (2538) ซึ่งพบว่า สิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากที่สุด ในโรงพยาบาลรามารชิบดี คือ ความปวดแผลผ่าตัด และการศึกษาของ จิราภาและดวงใจ (2541) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งพัฒนาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ของผู้ป่วย และจากการประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย พบว่า มีปัจจัยรบกวนผู้ป่วยในระดับกลาง ได้แก่ ความเจ็บปวด กลัวพิการ ทำนอนไม่สุขสบาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา อากาศร้อนเกินไป แสงสว่าง ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และอุปกรณ์การรักษาที่ติดตัวผู้ป่วย ส่วนปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ พบว่า มีอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ ร้อยละ 93.6 มีอาการอ่อนเพลียอดิโรย ร้อยละ 71 และบ่นว่าหลับยาก ร้อยละ 61.5 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีเพียงข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก จำนวน 5 ข้อ คือ (1) บอกว่าแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปหลับๆ ตื่นๆ (2) บอกว่านอนหลับยาก หรือช่วงเวลากลางวัน ไม่ว่างในเวลากลางคืน (3) บอกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอ (4) กระสับกระส่าย และ (5) บอกว่าอ่อนเพลีย ผลการศึกษาข้างต้นขัดแย้งกับการศึกษาของกอร์ดอนและฮิลทูเนน (Gordon & Hiltunen, 1995) ที่พบว่าแบบแผนการนอนหลับผิดปกติ เป็นข้อวินิจฉัยที่พบบ่อย อาจเนื่องจากลักษณะแตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักของต่างประเทศและไทยที่ว่าในไทยมักให้ผู้ป่วยเข้าอยู่ในหอผู้ป่วยหนักก็ต่อเมื่ออาการวิกฤตอย่างรุนแรงและไม่รู้สึกตัว

อย่างไรก็ตาม พบว่า รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้งจำนวน 5 ข้อ จาก 33 ข้อที่ไม่สามารถจัดอยู่ในแบบแผนสุขภาพได้ คือ เสี่ยงต่อภาวะช็อก ($\bar{X} = 2.87, SD = .77$) ภาวะเสียสมดุลยด่าง (ระบุภาวะต่างจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะต่างจากการหายใจ) ($\bar{X} = 2.856, SD = .732$) มีภาวะเสียสมดุลยโปแตสเซียม (ระบุต่ำหรือสูง) ($\bar{X} = 2.790, SD = .761$) มีภาวะเสียสมดุลยโซเดียม (ระบุต่ำหรือสูง) ($\bar{X} = 2.773, SD = .682$) มีภาวะเสียสมดุลยกรด (ระบุภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะกรดจากการหายใจ) ($\bar{X} = 2.773, SD = .756$) ซึ่งข้อวินิจฉัยเหล่านี้พยาบาลสามารถประเมินได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งพยาบาลต้องอาศัยความรู้ประสบการณ์ และความสามารถในการปฏิบัติงานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีอาการไม่คงที่มีพยาธิสภาพหรือได้รับอันตรายที่อวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ปอด สมอง ตับ ไต ไชสันหลัง เป็นต้น

และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24-48 ชั่วโมง โดยเฉพาะเกี่ยวกับอวัยวะสำคัญ ใช้เวลาผ่าตัดนาน (ภุชิตา, 2539) ซึ่งผู้ป่วยจำนวนนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน ทำให้การไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจลดลง หัวใจทำงานไม่เต็มที่ หรือมีแรงต้านทานของหลอดเลือดดำจากการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้มีเลือดคั่งค้างอยู่ในระบบการไหลเวียนเลือดขนาดเล็ก (microcirculation) (ชาญวิทย์, 2536) เป็นผลให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับความเสียหายไปเสียไม่เพียงพอ (ลิวรรณ และคณะ, 2538) เมื่อเซลล์ในเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน พลังงานที่ได้จากกลูโคส จะลดลงมาก เพราะมีปฏิกิริยาทางเคมีเป็นแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic) เนื้อเยื่อยังสะสมสารจากเมตาบอลิซึมรวมทั้งกรดแลคติก (lactic acid) จนเกิดภาวะกรด (acidosis) การขาดพลังงานทำให้เมตาบอลิซึมต่าง ๆ ของเซลล์เสื่อม และระบบการเคลื่อนย้ายโซเดียม (sodium pump) โซเดียมจึงซึมเข้าเซลล์และโปแตสเซียมซึมออกนอกเซลล์ จนเกิดภาวะผิดปกติของเกลือแร่ (ชาญวิทย์, 2536) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามิพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการทำงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตมานานมากกว่า 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.24 ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานการพยาบาล ประสิทธิภาพที่สะสมมาทำให้รู้สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยล่วงหน้า (Benner, 1982) และพยาบาลที่ไม่ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 51.53 และมีเพียง ร้อยละ 3.49 ที่ไม่เคยได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาล ซึ่งอาจทำให้พยาบาลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกลุ่มนี้เป็นบางครั้ง นอกจากนี้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 5 ข้อนี้เป็นข้อวินิจฉัยที่เกี่ยวกับกระบวนการที่ร่างกายเผาผลาญ และใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโตรไลต์ซึ่งสามารถจัดอยู่ในแบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แต่ในความเป็นจริงไม่พบข้อวินิจฉัยเหล่านี้อยู่ในแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทั้งนี้เนื่องจากข้อวินิจฉัยทั้ง 5 ข้อ เป็นปัญหา ร่วมระหว่างแพทย์และพยาบาล (collaborative problem) ซึ่งไม่ได้รับการยอมรับจากกอร์ดอน ซึ่งเน้นถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทั้งที่กำลังเกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ที่ได้จากการประเมินสภาพของพยาบาล และต้องการความช่วยเหลือโดยเน้นบทบาทพยาบาล (Gordon, 1994)

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย มีจำนวน 10 ข้อ โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอยู่ในแบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ จำนวนมากที่สุด 4 ข้อ คือ (1) ซึมเศร้า (2) ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงในทางลบ (3) คุณค่าในตนเองลดลง และ (4) ความขัดแย้งในคุณค่า เนื่องจากแบบแผนที่ 7 เป็นความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ ของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองในภาพรวม การที่พบข้อวินิจฉัยเหล่านี้พบน้อย เป็นเพราะข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยเหล่านั้นมักมาจากการที่ผู้ป่วยบอก (subjective data) แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้นการสื่อสารระหว่าง

ผู้ป่วยกับพยาบาลจึงเป็นไปได้ยากลำบาก นอกจากนี้ข้อวินิจฉัยระดับนี้ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ที่จะตรวจสอบ หรือวัดได้อย่างแม่นยำ และข้อวินิจฉัยนี้ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านจิตสังคม พยาบาลต้องมีการฝึกปฏิบัติ ประเมินปัญหาและการไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย (ช่อลดา, 2536) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการประชุม/อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับวินิจฉัยทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76.86 ซึ่งอาจทำให้พยาบาลขาดความรู้และทักษะในการประเมินปัญหาทางด้านจิตสังคม จึงอาจทำให้พบข้อวินิจฉัยนี้ได้เป็นบางครั้ง รองลงมาอยู่ในแบบแผนที่ 2 อาหารและการ เฝ้าผลาณูสารอาหาร มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบน้อย จำนวน 2 ข้อ คือ (1) เสี่ยงต่อการสำลัก และ (2) การกลืนผิดปกติ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว เมื่อมีการให้สารอาหาร มักให้อาหารทางสายยาง ดังนั้นโอกาสที่ผู้ป่วยมีการสำลัก หรือกลืนผิดปกติ จึงเกิดขึ้นน้อย และแบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย จำนวน 2 ข้อ คือ (1) การแสดงบทบาทไม่เหมาะสม และ (2) ไม่มี/ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากประสบการณ์ของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนในกระบวนการวินิจฉัย หากพยาบาลมองผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในฐานะผู้ถูกกระทำ ผู้อยู่ใต้อาณัติปกติมากกว่าเป็นผู้ป่วยที่สิทธิในการตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นการติดต่อสื่อสารจึงเป็นไปได้ยาก และข้อมูลที่บ่งบอกถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าว มักเป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยบอก

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 229 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตไม่น้อยกว่า 1 ปี และปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลภูเก็ต โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส โรงพยาบาลพัทลุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยให้พยาบาลตอบแบบสอบถาม รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า

1. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยของผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีจำนวน 7 ข้อ จำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์คอน ได้ 5 แบบแผน ดังนี้

1.1 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 3 ข้อ คือ (1) ข้อวินิจฉัย : มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง/ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 7 ข้อ คือ (1) ไม่สามารถลุกเดินหรือลุกจากเตียงได้ (2) ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง (3) ทำความสะอาดร่างกายได้บางส่วนหรือทำไม่ได้เลยทั้งหมด (4) ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่ และ (5) ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง (6) หมดสติ และ (7) เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้เลย มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ไม่สามารถใช้หม้อรอง

อูจจาระ/ปัสสาวะได้เอง (2) ไม่สามารถสวมเสื้อผ้าและถอดเสื้อผ้าได้เอง และ(3) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

(2) ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (O_2 saturation) ต่ำกว่าปกติ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) กระสับกระส่ายมากขึ้น (2) ใช้กล้ามเนื้อส่วนคอและหลัง และกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจมากขึ้น และ (3) อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ

(3) ข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ฟังปอดมีเสียงเสมหะ (2) ไม่สามารถขับเสมหะออกได้ (3) อัตราการหายใจน้อยกว่าปกติ หรือมากกว่าปกติ และ (4) ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) หายใจลำบาก (2) ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงกว่าปกติ และ (3) หายใจตื้น

1.2 แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก 1 ข้อ คือ คลายต่างๆ เข้าวร่างกาย ข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) มีบาดแผลที่ผิวหนัง (2) มีน้ำหรือสิ่งคัดหลั่งคั่งในร่างกาย เช่น ในปอด ในกระเพาะปัสสาวะ ไชข้อ และ (3) เจ็บป่วยเรื้อรัง

1.3 แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ อุดหนุมิของร่างกายสูงกว่าปกติ/มีไข้ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ อุดหนุมิสูงมากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ทางปาก หรือ 38.8 องศาเซลเซียส ทางทวารหนัก มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 4 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (2) อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ และ (3) ผิวหนังแดง หน้าแดง/ริมฝีปากแห้งแดง

1.4 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ คือ ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ ญาติผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม สีหน้า ตึงเครียด หวาดกลัว มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ญาติบอกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (2) ญาติบอกว่าวันเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และ (3) ญาติบอกว่ารู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

1.5 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบบ่อย จำนวน 1 ข้อ ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาตกลง / ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก 1 ข้อ คือ คาท้อหลอดลม มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถพูดได้

2. รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง มีจำนวน 33 ข้อ ในจำนวนนี้ พบว่า 28 ข้อ จำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์คอน ได้ 7 แบบแผน ส่วนอีก 5 ข้อไม่สามารถจำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพได้

2.1 แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง มากที่สุด จำนวน 9 ข้อ คือ

(1) ข้อวินิจฉัย : มีแผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง) มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 4 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ผิวหนังแดง (2) ผิวหนังแดงเริ่มมีแผล มีการถลอกของผิวหนัง และ (3) แผลลึกเป็นโพรงถึงกล้ามเนื้อ กระดูกและเยื่อหุ้มกระดูกมีเนื้อตาย

(2) ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง) มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (2) ตรวจพบผิวหนังเป็นรอยแดง (โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก) และ (3) ผิวหนังบวม

(3) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะน้ำเกิน มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายมากกว่าปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกาย และ (2) ลักษณะการหายใจผิดปกติ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือนอนราบไม่ได้ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ปัสสาวะไม่ออก/ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง (2) ผิวหนังบวม และ (3) เสียงหายใจผิดปกติ เช่น มีเสียงกรอบแกรบที่ปอด

(4) ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการขาดน้ำ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) มีอาการท้องเสีย หรืออาเจียน (2) มีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายตามท่ระบายต่าง ๆ และ (3) ได้รับยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ

(5) ข้อวินิจฉัย : มีบาดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง) มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ชั้นของผิวหนังเป็นรอยดลอก ถลอก มีแผลตื้น หรือมีเลือดออกที่ผิวหนัง และ (2) เยื่อหุ้มผิวหนัง ส่วนบนหลุดออก ถลอก

(6) ข้อวินิจฉัย : ภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการหรือขาดสารอาหาร มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) อ่อนเพลีย กำลังก้ามเนื้อลดลง (2) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ และ (3) เชื้อบูตาซีด

(7) ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) อุณหภูมิเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ และ (2) อัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ

(8) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะขาดน้ำ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 11 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) จำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง (2) ความเข้มข้นของปัสสาวะมากกว่า 1.030 (ปัสสาวะเข้มข้นมากขึ้น) และ (3) ริมฝีปาก ผิวหนัง และเยื่อแห้ง

(9) ข้อวินิจฉัย : มีบาดแผลที่เนื้อเยื่อ (ระบุด้านหนึ่ง) มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) มีรอยแดงหรือมีเลือดออก และ (2) ตรวจพบว่ามีอาการบาดเจ็บหรือการทำลายต่อเนื้อเยื่อต่าง ๆ (กระดูกตา เยื่อหู ผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง)

2.2 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีจำนวนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 8 ข้อ คือ

(1) ข้อวินิจฉัย : ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ ไม่รู้สึกตัว/ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) การเคลื่อนไหวถูกจำกัด (จากแผนการรักษาหรือเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ) (2) ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปในทิศทางหรือบริเวณที่ต้องการ เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง การเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง หรือถูกจากเตียง และ (3) มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อ/ข้อคิดแข็ง

(2) ข้อวินิจฉัย : การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ปลายมือปลายเท้าเย็น (2) ซีฟจรเบา และ (3) ปลายมือปลายเท้ามีสีคล้ำ หรือซีด เมื่อยกสูง และไม่ดีขึ้นเมื่อดวางลง

(3) ข้อวินิจฉัย : การขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 3 ข้อ คือ (1) เสมหะเหนียวข้น (2) ได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ แต่ไอออกไม่ได้ และ (3) ไอเองไม่ได้ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) จากการฟังปอด พบเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียงฟืด (stridor) เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด เสียงเรล (rales) เสียงกรอมนแกรบ (crepitation) (2) หายใจตื้น หายใจลำบาก และ (3) ซึม/ความรู้สึกตัวลดลง

(4) ข้อวินิจฉัย : รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 2 ข้อ คือ (1) หายใจตื้น หายใจลำบาก และ (2) ปีกจมูกบาน มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) หายใจลึก (2) ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ และ (3) ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ (accessory muscle) ได้แก่ กล้ามเนื้อส่วนคอและหลัง เช่น sternocleidomastoid, trapezius, pectoralis เป็นต้น ช่วยในการหายใจ

(5) ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจ มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 2 ข้อ (1) อัตราการหายใจเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด และ (2) การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 11 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ (accessory muscle) ได้แก่ กล้ามเนื้อส่วนคอและหลัง เช่น sternocleidomastoid, trapezius, pectoralis เป็นต้น ช่วยในการหายใจ (2) ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจเป็นระยะ ๆ และ (3) จากการฟังเสียงปอด พบเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียงฟืด (stridor) เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด เสียงเรล (rales) เสียงกรอบแกรบ (crepitation)

(6) ข้อวินิจฉัย : ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ค่าความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ และ (2) ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง มีข้อมูลสนับสนุนรอง 10 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (2) ซีฟรส่วนปลายเบาลง และ (3) หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้

(7) ข้อวินิจฉัย : ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 9 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ซีฟรเร็ว/ไม่สม่ำเสมอ (โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาในระบบหัวใจและหายใจ) เมื่อปฏิบัติกิจกรรม (2) สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอเหนื่อยมาก/อ่อนเพลียขณะปฏิบัติกิจกรรม และ (3) กล้ามเนื้ออ่อนแรง/ไม่สุขสบาย/ปวด

(8) ข้อวินิจฉัย : เหนื่อยง่าย มีข้อมูลสนับสนุนรองจำนวน 3 ข้อ คือ (1) สังเกตว่าเหนื่อยง่าย แขนขาไม่มีแรง กำลึงกล้ามเนื้อลดลง (2) อ่อนแรง ปฏิบัติกิจกรรมน้อยลง และ (3) บอว่าหมดแรง หรือไม่มีแรง/เหนื่อย

2.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนตามรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

(1) ข้อวินิจฉัย : การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 3 ข้อ คือ (1) ปัสสาวะลำบาก/มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ (2) ปัสสาวะบ่อย และ (3) ปัสสาวะกระปริด กระปรอย ไหลเป็นหยด ควบคุมไม่ได้

(2) ข้อวินิจฉัย : มีท้องเสีย/ท้องร่วง มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ อุจจาระเหลวเป็นน้ำ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3

อันดับแรก คือ (1) ถ่ายอุจจาระบ่อยมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน (2) อุจจาระสีขาวย สีเขียว สีคล้ำ หรือมีกลิ่นเหม็น และ (3) ถ่ายเป็นมูกหรือเลือด

(3) ข้อวินิจฉัย : ท้องผูก มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 4 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่าปกติ (2) ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ปริมาณน้อยกว่าเดิม และ (3) ต้องออกแรงเบ่งมากกว่าปกติขณะขับถ่าย

2.4 แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถปรับแผนการรักษาหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามปกติได้ ซึ่งมีเฉพาะข้อมูลสนับสนุนรอง เพียง 1 ข้อ คือ มีอาการแสดงของโรคหรือ ความเจ็บป่วยมากขึ้น / รุนแรงขึ้น

2.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 1 ข้อ คือ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) บอกว่าแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป หลับๆ ตื่น ๆ (2) บอกว่าหลับยาก หรือว่างนอนเวลากลางวัน ไม่ว่างในช่วงกลางคืน และ (3) บอกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอ

2.6 แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญา และการรับรู้ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนตามรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

(1) ข้อวินิจฉัย : ปวด (ระบุตำแหน่ง) มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) บอกว่าปวด (2) สีหน้าแสดงความเจ็บปวด เหงือก หน้านิ้ว คิ้วขมวด และ (3) แสดงอาการปกป้องบริเวณที่ปวด

(2) ข้อวินิจฉัย : ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามที่ได้รับการสอน หรือทำไม่ได้ตามที่สอนและ (2) ตอบคำถามไม่ได้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย

(3) ข้อวินิจฉัย : การรับรู้ทางประสาทสัมผัส (ระบุลดลงหรือเพิ่มขึ้น) มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 3 ข้อ คือ (1) การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ผิดปกติ หรือมีภาวะสับสน (2) แสดงพฤติกรรมกระสับกระส่าย กังวล กลัว ก้าวร้าว และ (3) สิ่งกระตุ้นลดลง หรือเพิ่มขึ้นกว่าปกติ เช่น ได้ยิน การมองเห็น การรับรู้

2.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนตามรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

(1) ข้อวินิจฉัย : วิตกกังวล มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 4 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรกคือ(1)นอนไม่หลับ(2)สีหน้าเคร่งเครียดและ (3) กระสับกระส่าย ไม่สามารถผ่อนคลายได้

(2) ข้อวินิจฉัย : ก้าว มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) มีความสนใจ แลพบ และ (2) กระสับกระส่าย

(3) ข้อวินิจฉัย : หมดหลัง/รู้สึกท้อแท้ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 2 ข้อ คือ (1) ซึมเศร้า และ (2) เฉยเมย ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเป็นบางครั้ง เป็นปัญหาร่วมระหว่างแพทย์และพยาบาล ซึ่งไม่สามารถจัดอยู่ในกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มีจำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนหลักและข้อมูลสนับสนุนรอง ตามรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

(1) ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อภาวะช็อก มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ โดยเฉพาะซิสโตลิกลดลงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (2) ชีพจรเบาเร็ว (3) ผู้ป่วยมีการเสียเลือดและน้ำออกจากร่างกาย และ (4) ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ลดลง (2) หายใจไม่สม่ำเสมอ หายใจถี่ ๆ และเร็ว หรือค่อนข้างเร็ว และ (3) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-rays) พบว่า มีน้ำคั่งในปอด มีลมหรือเลือดในช่องปอด หลังการบาดเจ็บ เป็นต้น

(2) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียสมดุลต่าง (ระบุภาวะต่างจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะต่างจากการหายใจ) มีข้อมูลสนับสนุนรองจำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากเมตาบอลิซึม ค่าก๊าซในเลือด พบว่าพีเอชสูงกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ปกติ หรือสูงกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตสูงกว่าปกติ (2) ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากเมตาบอลิซึม พบว่า หายใจช้า ตื้น สับสน ชัก หมดสติ และ (3) ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากการหายใจ ค่าก๊าซในเลือด พบว่า พีเอชสูงกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่ำกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตปกติหรือต่ำกว่าปกติ

(3) ข้อวินิจฉัย : เสียสมดุลโซเดียม (ระบุต่ำหรือสูง) มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ (1) ค่าโซเดียมในพลาสมาต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดสูง พบว่า กระหายน้ำมาก ผิวหนังแดง หน้าแดง บวม ปากแห้ง ลิ้นบวมแห้ง (2) ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดสูง

พบว่ากล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระดูก หน้าท้องเกร็ง และ(3) ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดต่ำ พบว่าความต่งของผิวหนังลดลง เยื่อปากรแห้ง ตาขุ่นและลึกลง

(4) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียชีวิตโดยไปแตสเซียม (ระดับต่ำหรือสูง) มีข้อมูลสนับสนุนหลัก จำนวน 1 ข้อ คือ (1) ผู้ป่วยที่มีไปแตสเซียมในพลาสมาต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ผู้ป่วยที่มีไปแตสเซียมในเลือดต่ำกว่า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ถ้ารุนแรงจะเป็นอัมพาต แบบเปลี้ย เหนื่อยชา ซึมหายใจตื้น หรือหยุดหายใจ ปัสสาวะออกมาก (2) ผู้ป่วยที่มีไปแตสเซียมในเลือดสูง พบว่า กล้ามเนื้อจะไวต่อการเร้า ต่อมาจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ และเบา หัวใจเต้นผิดปกติ หรือหัวใจหยุดเต้น ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออก และ(3) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ มีความผิดปกติ เช่น คลื่น T แคบ และแหลมสูง ช่วง QT สั้น ช่วง PR ยาว คลื่น P หายไป คลื่น QRS กว้าง เป็นต้น

(5) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะกรด (ภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือภาวะกรดจากการหายใจ) มีข้อมูลสนับสนุนรอง จำนวน 7 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้มีข้อมูลสนับสนุนรอง 3 อันดับแรก คือ (1) ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม ค่าก๊าซในเลือด พบว่า พีเอช ต่ำกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตต่ำกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติ (2) ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม พบว่า หายใจเร็วลึก หายใจลำบาก ขณะออกแรง ลมหายใจอาจมีกลิ่นผลไม้ และ (3) ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการหายใจ พบว่า การหายใจช้าลง หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน ฟังเสียงปอด พบว่า มีเสียงกรอบแกรบ เสียงวี๊ด

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย มีจำนวน 10 ข้อ จำแนกตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ กอร์คอง ได้ 4 แบบแผน ดังนี้

3.1 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อยมากที่สุด จำนวน 4 ข้อ คือ (1) ซึมเศร้า (2) ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงในทางลบ (3) คุณค่าในตนเองลดลง และ (4) ความขัดแย้งในคุณค่า

3.2 แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย จำนวน 2 ข้อ คือ (1) เสี่ยงต่อการสำลัก และ (2) การกลืนผิดปกติ

3.3 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย จำนวน 2 ข้อ คือ (1) การแสดงบทบาทไม่เหมาะสม และ (2) ไม่มี / ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม

3.4 แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย จำนวน 1 ข้อ คือ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

3.5 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย จำนวน 1 ข้อ คือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสื่อมจากการไม่ได้ใช้อวัยวะ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาและวิชาการ การบริหารการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตควรให้ความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย 7 ข้อ โดยการประเมินสภาพและวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยดังกล่าว ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยภาวะวิกฤตและใช้ข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 7 ข้อ เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุมตามต้องการของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

1.2 นำรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย จำนวน 7 ข้อ และข้อมูลสนับสนุน ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

1.3 ตระหนักถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อย จำนวน 10 ข้อ ในการปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งการคำนึงถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปในลักษณะการดูแลแบบองค์รวม ที่ผสมผสานร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณเข้าด้วยกันมิได้แยกเป็นส่วนๆ มากขึ้น

1.4 นำรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย และพบเป็นบางครั้งมาจัดทำเป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว และถูกต้อง และใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลใช้ภาษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างเป็นระบบ ช่วยให้การติดต่อสื่อสารในทีมการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

1.5 นำรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากงานวิจัยมาจัดหมวดหมู่เพื่อเข้าสู่ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล (nursing information system)

1.6 นำรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาหมวดหมู่กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention classification) และหมวดหมู่ของผลลัพธ์ของการพยาบาล (nursing outcome classification) ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

2. การนำผลการวิจัยไปใช้ทางด้านการศึกษาและวิชาการ

2.1 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีการจัดประสบการณ์การศึกษาภาคปฏิบัติให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยให้นักศึกษาที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยจากอาการและอาการแสดง หรือข้อมูลสนับสนุนในการปฏิบัติงานจริง และใช้ข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาตระหนักและมองเห็นปัญหา ตลอดจนมีการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

2.2 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ และความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

3. การนำผลการวิจัยไปใช้ทางด้านการบริหารการพยาบาล

3.1 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฐมพยาบาลที่เจ็บใหม่ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยให้พยาบาลตระหนักและมองเห็นปัญหา มีการประเมินปัญหาได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

3.2 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเกี่ยวกับการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล

3.3 ผู้บริหารมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปทดลองใช้จริงในการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต และมีการประเมินผลการนำไปใช้ ตลอดจนมีการปรับปรุง แก้ไข เพื่อให้เหมาะสมกับสถานที่ปฏิบัติงานนั้น ๆ ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

3.4 ส่งเสริมและสนับสนุนให้นำรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้ไปใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ภาษาที่เหมือนกัน เพื่อง่ายต่อการจัดระบบข้อมูลทางการพยาบาลในการจัดสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลประมวลผลและบันทึกข้อมูลได้ง่ายขึ้น ตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมพยาบาลและกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตรวจสอบควบคุมคุณภาพการพยาบาลได้

3.5 ใช้เป็นแนวทางในการมอบหมายงาน การจัดอัตราค่าจ้าง เครื่องมือ การจัดสรรทรัพยากร เช่น อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และความต้องการของผู้ป่วย

4. การนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออก เพื่อให้ได้รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีความตรงมากยิ่งขึ้น

4.2 มีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างพยาบาลที่มีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น

4.3 ศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบประสาท เป็นต้น จะทำให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

4.4 ศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต กับผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ

4.5 ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มพยาบาลที่ได้รับและไม่ได้รับความรู้

4.6 ศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยวิธีเชิงคุณภาพ ซึ่งจะทำได้ข้อมูลสนับสนุน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

4.7 ศึกษารายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบน้อย ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้แก่ ซึมเศร้า เสี่ยงต่อการล้ม คุณค่าในตนเองลดลง เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบน้อยส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญ ดังนั้นควรมีการศึกษาเจาะลึกในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหล่านี้ โดยศึกษาหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นรายชื่อ

4.8 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิธีการหาความตรงตามเนื้อหาของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (The diagnostic content validity : DCV) ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 50 ข้อ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ระบุปัญหาสุขภาพหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งผลการศึกษาที่ได้มาจากพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อโดยวิธีการหาความตรงของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทางคลินิก (The clinical diagnostic validity : CDV) ซึ่งเป็นการสังเกตความถี่ของอาการและอาการแสดงหรือข้อมูลสนับสนุนที่เกิดจากผู้ป่วยในทางคลินิก จะทำให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้มีความตรงมากยิ่งขึ้น

4.9 การนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษาวิจัย ไปใช้ในการปฏิบัติงานทางคลินิก ในลักษณะที่เหมือนกัน จะเป็นก้าวแรกของการกำหนดเป็นกิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมือนกันได้ ซึ่งจะทำให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละโรงพยาบาลเหมือนกัน และมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เหมือนกัน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น และมีการรวมกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล ให้มีการศึกษาวิจัย ตลอดจนมีการเสนอผลงานวิจัยให้เป็นที่แพร่หลาย และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

บรรณานุกรม

กรองไค อุณหสูต. (2530). ผลของการชะล้างหลอดเลือดร่วมกับหลอดเลือดปอดต่อภาวะการติดเชื้ของทางคินหายใจส่วนล่าง และความเหนียวสั้มพัทธ์ของเสมหะในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยระบบอากศหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณัฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

กอบกุล สิทธิชัย. (พ ค.-ส ค. 2538). ความสำคัญของการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน. รวมาริบัติพยาบาลสาร. 1 (2), 4-5.

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (เม ย.-ก ย.2535).ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล:การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในคลินิก. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี, 12 (3), 25-31.

จิรภา แสงพลสิทธิ์ และดวงใจ นิยม. (2541). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตของหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลลา. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลลา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

จุฬากรณ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ จอมจักร จันทรสกุล และ ศิริยา โชควิวัฒน์นิช. (2536). ทพโภชนาการและการรักษา. กรุงเทพมหานคร : มาลลองคุณ.

จอมจักร จันทรสกุล. (2536). โภชนบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต (อุบัติเหตุ, ไฟไหม้, น้ำร้อนลวก และติดเชื้) ใน จุฬาลักษณ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. จอมจักร จันทรสกุล และศิริยา โชควิวัฒน์นิช. (บก). ทพโภชนาการและการรักษา. (156-165). กรุงเทพมหานคร : มาลลองคุณ.

ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊พ จำกัด.

- ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์. (2536). Metabolic response to injury, ใน ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และ
ชนิด วัชรพุกก์ (บก.) ตำราศัลยศาสตร์ (21-24). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณีย์ เทียมพุด. (2538). รู้ทันธุรกิจเทคนิคการจัดการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คาร์สัน โทชาร์ต. (2538). คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
ในโรงพยาบาลรามาริบัติ. หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงใจ นิยม. (2536). การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหอ
อภิบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์ สุทธิรัตน์ พิมพ์เพงศ์ ทัศนีย์ โมหิชาติ และจิตรา กำพลเชษฐ์.(ก ก-ก ย.2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ต่อการปฏิบัติที่มการพยาบาล และต่อกระบวนการ
พยาบาลในโรง พยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์,11(3),167-178.
- บุญชู อนุศาสนันท์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับ
ความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม. พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- บุปผา อิทมณฑล. (2538). รวมเอกสารประกอบการสอนสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (พค. – สค. 2533). กระบวนการพยาบาล : มองภาพรวม.
วารสารการพยาบาล, 17 (2), 17-22.

พงษ์ธารา วิจิตรเวชไพศาล.(2539). การใส่ท่อช่วยหายใจ. กรุงเทพมหานคร : ที.เอ ลีฟวิ่ง จำกัด

พิเชษฐ อุคมรัตน์. (เมษ.-มิย. 2528). ความวิตกกังวล. สงขลานครินทร์เวชสาร, 3 (2), 207-214.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ศิริพร ขัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง. (2539). วิจัยทางการพยาบาล
หลักการและกระบวนการ. สงขลา : เหมการพิมพ์.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. (2536). เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ
วิจัยทางการพยาบาล. สงขลา : บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.

เพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์ พรรณวดี พุทธวัฒนะ ขวัญตา เกิดชูชื่น และนงลักษณ์ วุฒิปรีชา.(2539).
ความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลในประเทศไทยต่อมาตรฐานการพยาบาลของสภา
การพยาบาล.รายงานการวิจัยจากสภาการพยาบาล

พุดทิพรรณี วรกิจโกคาทร. (2536). ภาวะการหายใจล้มเหลวภายหลังผ่าตัด. ใน อังคาบ
ปราการรัตน์. (บก.), เวชบำบัดวิกฤตสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม. (120-132).
กรุงเทพมหานคร : ยูนิตีพับเคชั่น.

พินิจ ปรีชานนท์ นवलลอ ศรีโพธิ์ทอง และอรอนงค์ พุมอาภรณ์.(ม ค-มี ค.2536).โครงการนำ
ร่องสร้างและพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัด.รามาศิษย์เวชสาร,16(1),
57-63.

พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2531). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์โอเคียนสโตร์.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ และกฤษดา แสงวดี. (2539). มาตรฐานเชิงโครงสร้างในสถานบริการ
สาธารณสุข สถานศึกษา และสถานประกอบการ. กรุงเทพมหานคร:เจ.เอส การพิมพ์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (ชค. 2534). สารสำคัญของกระบวนการพยาบาล.

วารสารพยาบาลศาสตร์, 3 (3), 12-28.

ฟ้าริดา อิบราฮิม. (ตค.-ชค. 2526). เรื่องของการวินิจฉัยการพยาบาล. วารสารพยาบาล, (32), 4.

362-371.

กัญญา อินทรประสงค์. (2539). คู่มือการจัดการบริหารพยาบาลหลักสูตรปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มาริสสา ไกรฤกษ์. (ก ค-ก ข.2533). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง:กรณีตัวอย่าง.

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 13(3), 13-25.

ยุพาวรรณ อักษรวงศ์. (2534). การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยทางการพยาบาลในคลินิก: การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ราตรี สุตทรวง. (2535). ประสาทศรัวีวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลิขวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ วินัส ลิพหกุล และหัตสมณท์ คุ่มทวีพร. (2538). พยาธิศรัวีวิทยาทางการพยาบาล. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.

วงเดือน งามนิล. (2539). ระยะเวลาที่เหมาะสมในการใส่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วัชรณี ฟ่องแก้ว, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุบลวรรณ ต้นสกุล และรุ่งฤดี หมาคยูไฉ้ะ. (2541).
 เรื่องแบบแผนสุขภาพ : การพัฒนาข้อวินิจฉัยพยาบาล. เอกสารบทความวิจัย เล่มที่ 6.
 โครงการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ ผู้ศตวรรษที่ 21 : เอกภาพและความ
 หลากหลายทางการพยาบาล 21-23 มกราคม 2541.
- วิมลรัตน์ ภู่วรรณพานิช. (ต.ค.-ธ.ค. 2535). การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาล
 ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 10 (4), 313-317.
- วิไล ลีสุวรรณ, วิมลรัตน์ วิโรหาร และมาลี เลิศมาลีวงศ์. (มค.-มีค. 2536). การรับรู้ถึงความไม่
 แน่นนอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดา
 ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11 (1), 6-15.
- วลัยพร นันทสุภวัฒน์. (เมย.-มิย. 2529). การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์,
 9 (2), 20-29.
- วลัยพร นันทสุภวัฒน์, วิภา นานาศิลป์, เจียมจิต แสงสุวรรณ และชัชชม สุวรรณน้อย. (2538).
รายงานการวิจัยเรื่องทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการใช้
กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเทียน อุษณาวรงค์.(พ.ค.-ส.ค. 2529). ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลใน
 ผู้ป่วยออร์โทปีดิกส์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 5(3), 1-8.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (มค.-มีค. 2532). กระบวนการพยาบาล : มิติใหม่ทางการพยาบาล.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 9 (1), 1-12.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (เมย.-มิย. 2532). การวินิจฉัยภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการ ตามรูปแบบหน้าที่
 ของบุคคล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 9 (2), 1-14.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2537). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 3 สงขลา :
 โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.

ศิริมาศ มุตตามระ, รัตนา สิงโต, สิริกุล วงศาโรจน์ และวชิรา ไกรถิน. (2536).

คู่มือการวินิจฉัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ดอกเบญจ.

สุกัญยรัตน์ ปราณีโชติรส. (2536). การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยการพยาบาลในคลินิก

: ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

แสงอรุณ สุขเกษม (ม ก-มี ค.2536).การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยหายใจวาย.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.13(1),52-64.

สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลันและเรื้อรัง. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์. (2538). กระบวนการพยาบาล ทฤษฎี และการนำไปใช้. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

สุจินต์ สุรภาคย์พงศ์. (2537). การเปรียบเทียบสภาวะด้านร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและไม่สำเร็จ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.

สันต์ หัตถ์รัตน์. (2531). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

สุพัตรา อยู่สุข. (2536). ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพร พลยานันท์. (2528). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจ็บปวด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ แม็คจำกัด.

- สุภารัตน์ ไวยชีตา. (2537). แนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในปัจจุบันและอนาคต.
ประชุมวิชาการเรื่อง พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก : มิติใหม่ทางการพยาบาล 9-11
มีนาคม 2537. 51-55.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 3. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร :
บริษัท วิศิษฐ์สิน จำกัด.
- สรนิต ศิลธรรม และอนันต์ ตัฒมุขกุล. (2541). ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรพล กอบวรรณกุล. (2536). การติดเชื้อในหออภิบาล. ใน อังกาบ ปราการรัตน์. (บก.).
เวชบำบัดวิกฤตสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม. (80-102). กรุงเทพมหานคร : ยูนิทิพับลิเคชั่น.
- ไสวรินทร์ กุลพงษ์. (2536). ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยในโรงพยาบาล. ใน จุฬากรณ์
รุ่งพิสุทธิพงษ์. จอมจักร จันทรสกุล และศิริยา โชควิวัฒนวิช. (บก). ทบทวนวิชาการ
และการรักษา. (40-72). กรุงเทพมหานคร : หจก. มาถลอกคุณ.
- สวัสดิ์ สุนทรังษี. (2517). การวัดในการจัดงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช
จำกัด.
- อังศุมา วิทยวีรศักดิ์. (กค.-กย. 2534). การป้องกันอาการทางจิตของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 11 (3), 56-57.
- อัจฉราวรรณ กาญจนัมพะ. (2524). การพยาบาลผู้ป่วยขั้นวิกฤต. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์อักษรพัฒนา.
- อรัญญา เชาวลิต. (2533). การพยาบาลผู้ป่วยเสียสมดุลย์น้ำและอิเล็กโทรลัยต์. สงขลา : มสพ.

- อรัญญา เชาวลิต และคณะ. (2535). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรสา พันธุ์ศักดิ์. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน. ในสมจิต หนูเจริญกุล. (บก.), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. (117-142). กรุงเทพมหานคร : วิชาญสุตินจำกัด.
- อรสา พันธุ์ศักดิ์, ประคอง อินทรสมบัติ, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุทธิพรธรรม ชิตดิพันธ์.
(ตค.-ชค. 2534). การวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาล, 40 (4), 291-307.
- อำภาพร พัววิไล. (กค.-กย. 2528). การพยาบาลผู้ป่วยหายใจวายเฉียบพลันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 9 (3), 27-37.
- อารีย์ กุลจุ. (2535). การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยการพยาบาลในคลินิก : การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- AACN. (1989). Standards for nursing care of the critically ill. Norwalk : Appleton & Lange.
- Anderson, B. (1992, October-December). Inability to sustain spontaneous ventilation. Nursing Diagnosis, 3 (4), 164.
- Anderson, J., & Thomson, A. (1991). Impaired skin integrity : Clinical validation of the defining characteristic. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the ninth conference (pp. 126-132). Philadelphia : Lippincott.

- Avant, K.C. (1994). The link of theory to practice. In R.M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.) , Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the tenth conference (pp. 11-16). Philadelphia, J.B. Lippincott company.
- Avant, K.C. (1990, April-June). The art and science in nursing diagnosis development. Nursing Diagnosis, 1 (2), 51-55.
- Bellack, J.P. & Edlund, B.J. (1992). Nursing assessment and diagnosis. Boston : Jones & Bartlett publishers.
- Benner, P. (1982, March). From novice to expert. American Journal Nursing, 82 (3), 402-407.
- Banner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (1992, March), From beginner to expert : Gaining a differentiated clinical world. in critical care nursing. Aduances in Nursing Science, 14 (3), 13-28.
- Berger, K.J. & Williams, M.B. (1992). Fundamental of nursing collaborating for optimal health. Norwalk : Appleton & Lange.
- Black, J.M. & Matassarini – Jacobs, E. (1993). Luckmann and Sorensen's Medical Surgical nursing a psychophysiologic approach. (4th ed). Philadelphia : W.B. saunders company.
- Boeing, M.H. & Mongera, C.C. (1989, September-October). Powerlessness in critical care patients. Dimensions of Cirtical Care Nursing, 8 (5), 274-279.
- Boggs, R.L. & Wooldridge - King, M. (1993). AACN procedure manual for critical care. Philadelphia : W.B. Saunders company.

- Borg, N., Nikas, D., Stark, J. & Williams, S. (1981). Core curriculum for critical care nursing :American association of critical care Nurses. Philadelphia : W.B. saunders company.
- Bren, C., Dracup, R. & Walden, J. (1987, November). Integration of nursing diagnoses in the critical care nursing literature Heart & Lung, 16 (6), 605-616.
- Briggs, D. (1991, May). Intensive care prevention ICU psychosis. Nursing Time, 87 (19), 30-31.
- Brill, E.L. & Kitts, D.F. (1980). Foundations for nursing Norwalk : Appleton – Century-Crofts.
- Briody, M.E., Capenito, L.J., Jones, D.A. & Fitzpatrick, J. (1992, July-September). Toward further understanding of nursing diagnosis : An interpretation. Nursing diagnosis, 3 (3), 124-128.
- Brukitzki, G., Holmgren, C., & Maibusch, R. M. (1996, April-June). Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective airway clearance. Nursing Diagnosis, 7 (2), 63-69.
- Bumann, R. & Speltz, M. (1989, January-February). Nursing diagnosis out put : A nursing diagnosis. Dimensions of Critical Care Nursing, 8(1),6-15.
- Capenito, L.J. (1987, November-December). Nursing diagnosis in critical care impact on practice and outcome. Heart & Lung,16 (6), 595-600.
- Capenito, L.J. (1995). Nursing diagnosis application to critical practice. Philadelphia : J.B. Lippincott company.

- Capulano, T.A., Hitchings, K.S. & Johson, S., (1990, October-December). Respiratory nursing diagnoses : Practicing nurses' selection of defining characteristics. Nursing diagnosis, 1 (4), 169-174.
- Carlson, J.H., Craft, C.A. & Mcguire, A.D. (1982). Nursing Diagnosis. Philadelphia : W.B. saunders company.
- Carnevali, D.L. (1983). Nursing care planning diagnosis and management. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Carnevali, D.L., Mitchell, P.H., Woods, N.F. & Tanner, C.A. (1984). Diagnostic reasoning in nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Carroll-Johnson, R.M. (1991). Classification of nursing diagnoses : Proceeding of the ninth conference. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Carroll-Johnson, R.M. & Paquette, M. (1994). Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the tenth conference. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Charnow, J.A., Ellis, R., Ginnona, T.A., Goldberg, K.E., Salmans, S. & Wallace, J. (1993). Nursing process in clinical practice. Pennsylvania : Spring house corporation.
- Chase, S. & Lenner, J.D. (1996, January-March). Do clinicians use diagnostic labels to direct intervention selection ? Nursing Diagnosis, 7 (1), 33-39.
- Christensen, P.J. & Kenney, J.W. (1995). Nursing process application of conceptual model. St. Louis : Mosby.
- Connolly, M.A. & Shekleton, M.E. (1991, March-April). Communicating with ventilator dependent patients. Dimensions of critical care nursing, 10 (20), 115-122.

- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (1992) Fundamentals of nursing human health and function. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Creason, N.S. (1994). Operational and conceptual definition tool development in nursing diagnosis validation research. In R.M. Carroll-Johnson . & M.Paquette (Eds.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the tenth conference (pp. 47-54). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Cree, L. & Rischmiller, S. (1995). Science in nursing, Sydney : Harcourt Brace company.
- Cunha, B.A. & Shea, K.W. (1996). Fever in the intensive care unit. Infection disease clinics of north America, 10 (1), 185-209.
- Daly, B.J. et al., (1990, January). Development of a special care unit for chronically critically ill patients. Heart & Lung, 20 (1), 45-51.
- Dittmann, E. E. & Gould, M.T. (1987, September-October). Refinement of nursing specialist teaching and consultation. The Journal of Continuing Education in Nursing, 18 (5), 157-159.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. & Burley, J.T. (1995). Application of nursing diagnosis an interactive text for diagnostic reasoning. Philadelphia : F.A. Davis company.
- Dougherty, C.M. (1997, January-March). Reconceptualization of the nursing diagnosis decreased cardiac output. Nursing Diagnosis, 8 (1), 29-36.
- Ellis, J.R. & Nowlis, E.A. (1994). Nursing a human need approach. Philadelphia : J.B. Lippincott company.

- England, M. (1989). Nursing diagnosis : A conceptual framework. In J.J. Fitzpatrick, (Ed.) Conceptual model of nursing : Analysis and application. (pp. 347-370). Norwalk : Appleton & Lange.
- Epstein, C.D. (1991, July-August). Fluid volume deficit for the adrenal crisis patient. Dimensions of Critical Care Nursing, 10 (4), 210-217.
- Fadden, T., Fehring, R.J., & Kenhel-Rossi, E. (1987). Clinical validation of the diagnosis anxiety. In A.M. Mclane (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the seventh conference (pp. 113-120). St Louis : Mosby.
- Fehring, R.J. (1986). Validating diagnostic label : Standardized methodology. In M. Hurley (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceeding of the sixth conference (pp. 183-190). St. Louis, MO : C.V. Mosby.
- Fehring, R.J. (1987, November). Methods to validate nursing diagnoses. Heart & Lung, 16 (6), 625-629.
- Fehring, R.J. (1994). The Fehring model. In R.M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), Classification of nursing diagnosis : proceeding of the tenth conference (pp 167-173.). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Fitzmaurice, J.B., Thatcher, J. & Schappler, N. (1991). High-Volume/High-Risk nursing diagnoses as a basis for priority setting in a tertiary hospital. In R.M. Carroll-Johnson. (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the ninth conference (pp.257-258). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Fitzpatrick, J.J. (1990, July-September). Conceptual basis for the organization and advancement of nursing knowledge : Nursing diagnosis taxonomy. Nursing Diagnosis, 1 (3), 101-105.

- Fitzpatrick, J.J. (1991). Taxonomy II : Definitions and development In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnosis : Proceedings of the ninth conference (pp 23-29.). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Fitzsimmons, L. & Hadle Y. (1991, January-February). The metabolic response to injury in the surgical/trauma patient. Dimension of Critical Care Nursing, 10 (1), 4-12.
- Fuller, J. & Schallr-Ayers, J. (1990). Health assessment a nursing approach. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Futrell, G. (1990, July-August). Decreased cardiac output : Case for a collaborative diagnosis. Dimensions of Critical Care Nursing, 9 (4), 202-209.
- Gallo, B.M. & Hudak, C.M. (1994). Critical care nursing : A holistic approach. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Garthe, K.L. (1987). Analysis of distinctions between nursing diagnosis related judgments and disease -- related nursing judgment. In A.M. McLane (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceeding of the seventh conference (pp 33-404.). Philadelphia : C.V. Mosby company .
- Gebbie, K.M., & Lavin, M.E. (Eds). (1975). Classifications of nursing diagnoses : Proceedings of the first national conference. St. Louis : Mosby.
- Gershan, J. A., Freeman, C.M., Ross, M.C., Greenlee, K., Smejkal, C., Brukwitzki, G., Schneider, K., Jiricka, M.K., Johnson, D. & Anderson, C. (1990, March). Fluid volume deficit : Validating the indicators. Heart & Lung, 19 (2), 152-156.

- Gettrust, K.V. (1992). Nursing diagnosis in clinical practice : Guides for care planning. United States of American. Delmar Publishers Inc.
- Gordon, M. (1980, January-February). Predictive strategies in diagnostic task. Nursing Research, 29 (1), 39-45.
- Gordon, M. (1982). Nursing diagnosis process and application. New York : Mcgraw – hill book company.
- Gordon, M. (1990, January-March). Toward theory – based diagnostic categories. Nursing Diagnosis, 1 (1), 5-11.
- Gordon, M. (1994). High - risk nursing diagnoses in critical care. In R.M. Carroll - Johnson & M. Paquette (Eds.), Classification of nursing diagnosis : Proceeding of the tenth conference (pp. 250-254). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis process and application. (3rd ed). St. Louis : Mosby.
- Gordon, M. & Hiltunen, E. (1995, October-December). High frequency - treatment priority nursing diagnosis in critical care. Nursing Diagnosis, 6 (4), 143-154.
- Gordon, M. & Sweeney, M.A. (1979). Methodological problem and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. Advance in Nursing Science, 2, 1-15.
- Grant, J.S. & Kinney, M.R. (1990, December). Altered level of consciousness : Validity of a nursing diagnosis Research in Nursing & Health, 13 (6), 403-410.
- Grant, J.S. & Kinney, M.R. (1991, October-December). The need for operational definition for defining characteristic. Nursing Diagnosis, 2 (4), 181-185.

- Grant, J.S. & Kinney, M.R. (1992, January-March). Using the delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis, 3 (1), 12-22.
- Grant, J.S, Kinney, M. & Guzzetta, C. (1990, March). A methodology of validating nursing diagnoses. Advance Nursing Science, 12 (3), 65-74.
- Grant, J.S, Kinney, M. & Guzzeta, C.E. (1990, April-June). Using magnitude estimation scaling to examine the validity of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis, 1 (2), 64-69.
- Greenlee, K.K. (1991). The effects of implementation of an operational definition and guidelines for the formulation of nursing diagnoses in a critical care setting in R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses : proceedings of the ninth conference (pp.260-261). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Griffith, J.W. & Christensen, P.J. (1982). Nursing process application of theories frameworks and model. St. louis : The C. V. Mosby company.
- Grimes, J. & Burns, E. (1992). Health assessment in nursing practice. Boston : Jones & Bartlett Publishers.
- Guzzetta, C.E. & Dossey, B. M. (1983, May-June). Nursing diagnosis : Framework, process, and problems. Heart & Lung, 12 (3), 281-291.
- Hale, C.A., Thomas, L.H. Bond, S & Todd, C. (1997, May). The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. Journal of Clinical Nursing, 6 (3), 207-214.
- Hammer, J. (1995, October). Challenging diagnosis : Adult respiratory distress syndrome. Critical Care Nurses, 2 (5), 46-51.

- Happ, M.B. & Kerr, M.E. (1991, October-December). Nursing effort and the exchanging human response pattern. Nursing Diagnosis, 2 (4), 155-161.
- Hartshorn, J.C., Lamborn, M. & Noll, M.L. (1993). Introduction to critical care nursing. Philadelphia : WB Saunders company.
- Henning, M. (1991). Comparison of nursing diagnostic statements using a functional health pattern and a health history/ body systems format. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the ninth conference. (pp. 278-282). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Hogston, R. (1997, September). Nursing diagnosis and classification systems : a position paper. Journal of Advance Nursing, 26 (3), 496-500.
- Hoskins, L.M. (1989). Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In R.M. Carroll – Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the eight conference (pp. 126-131). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Hubalik, K. & Kim, M.J. (1984). Nursing diagnoses associated with heart failure in critical care nursing. In M.J. Kim, G.K. McFarland & A.M. McLane. (Eds.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the fifth national conference (pp.139-160.). St. Louis : The C.V. Mosby company.
- Hudak, C.M., Gallo, B.M. & Morton, P.G. (1998). Critical care nursing a holistic approach. (7th ed). Philadelphia : Lippincott
- Hurley, M.E. (Ed.). (1986). Classification of nursing diagnoses : Proceeding of the sixth conference. St. Louis : The C.V. Mosby company.

- Jacox, A. (1994). Toward inclusiveness of scope in nursing diagnoses. In R.M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the tenth conference. (pp. 17-25). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Jankin, J. (1994, January-March). Research validation of nursing diagnoses : How much progress ? Nursing Diagnosis, 5 (1), 46.
- Johnson, C.F. (1989, January-February). Nursing diagnosis anyone ? do staff nurses use nursing diagnosis effectively ? The Journal of Continuing Education in Nursing, 20 (1), 30-35.
- Jones, D. (1998, April-June). NANDA historical highlights. Nursing Diagnosis, 9 Suppl. (2), 10-11.
- Kerr, M.E., et.al., (1992, April-June). Development Definitions for Taxonomy II. Nursing Diagnosis, 3 (2), 65-71.
- Khampalikit, S. & Petpichetchian, W. (1995). The development and prospects of nursing diagnosis in Thailand. Manuscript submitted for publication.
- Kim, M.J. (1989). Nursing diagnosis. In J.J. Fitzpatrick (ED.), Annual Review Nursing Research (Volume 7) (pp. 117-142.) New York : Springer publishing company.
- Kim, M. J., McFarland, G.K. & McLane, A.M. (1984). Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the fifth national conference. St. Louis : The C.V. Mosby company.
- Kinney, M. & Guzzetta, C.E. (1989, December). Identifying critical defining characteristics of nursing diagnoses using magnitude estimation scaling. Research in Nursing & Health, 12 (6), 373-380.

- Kinney, M.R., Packa, D.R. & Dunbar, S.B. (1988). AACN'S clinical reference for critical care nursing. New York : Mcgraw-Hill Book company.
- Kozier, B & Erb, E. (1983). Fundamentals of nursing concetps and procedures. California : Addison -- Wesley Publishing company.
- Kozier, B., Erb, E & Bufalino, P.M. (1989). Introduction to nursing. Menlo Park : Addison -- Wesley Publishing company.
- Krens, M., Karlik, B. & Kiniry, S. (1989, May). A nursing diagnosis based model : Guiding nursing practice. JONA, 19 (5), 32-36.
- Kuhn, R.C. (1991). American Association of Critical-Care Nurse. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.). Classification of nursing diagnosis : Proceeding of the ninth conference (pp.209-214). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Langlois, R.R. (1987). Potential infection related to invasive intravascular : Devices in the shock Patient. In A.M. Mcland (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the seventh conference (pp. 277). St. Loius : Mosby.
- Lemone, P. (1993, April-June). Validity of the defining characteristics of latered sexuality patterns. Nursing Diagnosis, 4 (2), 56-62.
- Levin, R.F., Krainovitch, B.C., Bahrenburg, E & Mitchell, C.A. (1989, Spring). Diagnostic Content Validity of Nursing Diagnosis. Image : Journal of Nursing Scholarship, 21 (1), 40-44.
- Lewandowski, L.A & Kositsky, A.M. (1983). Research priorities for critical care nursing : A study by the American Association of Critical - Care nurse. Heart & Lung, 2 (1), 35-44.

- Lewis, L.W. & Timby, B.K. (1988). Fundamental skill and concepts in patient care. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Lo, C. K. & Kim, J.M., (1986). Construct validity of sleep pattern disturbance : A methodological approach. In M.E. Hurley (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the sixth conference (pp. 197-206). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Locsin, R.C. (1995, Fall). Machine technologies and caring in nursing. Image : Journal of Nursing Scholarship, 27 (3). 201-203.
- Logan, J. & Jenney, J. (1990, January-March). Deriving a new nursing diagnosis through qualitative research : Dysfunction ventilatory weaning response. Nursing Diagnosis, 1 (1), 37-43.
- Loughran, S.C. (1987, November-December). High frequency ventilation : Application of nursing diagnosis. Dimensions of Critical Care Nursing, 6 (6) 328-334.
- Love, J., Cox, M., Molinatti, J. & Mitchell, C.A. (1991). Diagnostic content validity of impaired gas exchange : A construct replication. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnosis : Proceedings of the ninth conference (pp.249-250). Philadelphia : Lippincott.
- Makbust, J. (1987, June). Pressure ulcers : Etiology and prevention. Nursing Clinics of North America, 22 (2), 359-375.

- Martin, K. (1995, January-March). Nurse practitioners' use of nursing diagnosis. Nursing Diagnosis, 6 (1), 9-15.
- Martin, B.A. & Belcher, J. (1986, October). Influence of culture background on nurses attitudes and care of the oncology patient. Cancer Nursing, 9 (5), 200-237.
- Mass, M.L. (1987, December). Organization characteristics that facilitate the use of nursing diagnoses. Nursing clinics of North America, 22 (4), 881-886.
- Matuschak, G.M. (1998). Multiple organ system failure : Clinical expression, pathogenesis, and therapy. In J.B. Hall, G.A. Schmidt & L.H. Wood (Eds.), Principle of critical cared (pp.221-248.). New York : McGraw-Hill.
- Matsuki, M. & Otani, E. (1995). Diagnostic content validation for anxiety hopelessness and ineffective airway clearance in Japan. In M.J. Rantz & P. Lemone. (Eds.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the eleventh conference (pp. 275-276). Glandale : Cinahl information system.
- McFarland, G.K. & McFarlane, E.A. (1983). Nursing diagnosis and intervention planning for patient care. St. Louis : Mosby.
- McFadden, M.E. & Sartorius, S.E. (1992, June). Multiple systems organ failure in the patient with cancer part 1 : Pathophysiologic perspectives. Oncology Nursing Forum, 19 (5), 719-724.
- Mckeighen, R.J. & Mehmert, P.A. (1990, October-December). Bathing/hygiene self-care deficit : Defining characteristics and related factors across age group and diagnosis related group in an acute care setting. Nursing Diagnosis, 1 (4), 155-161.

- Mckeighen, R.J., Mehmert, P.A. & Dickel, C.A. (1991). Self care deficit, Bathing/Hygiene : Defining characteristics and related factors utilized by staff nurses in an acute care setting. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the ninth conference (pp.247-248). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Mclander, S.D. (1996). Review of critical care nursing. Philadelphia : W.B. Saunders company.
- Mclane, A.M. (1987). Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the seventh conference. St. Louis : the CV Mosby company.
- Mclane, S. (1989). Activity intolerance : Cues for diagnosis. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceeding of the eighth conference. (pp. 322-327). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Metzger, K.L. & Hiltunen, E.F. (1987). Diagnostic content validation of ten frequently reported nursing diagnoses. In A.M. Mclane (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the seventh conference (pp.144-153). St. Louis : The C.V. Mosby company.
- Mitchell, P.H., Armstrong, S., Simpson, T.F., & Letz, M. (1989, May-June). American Association of Critical Care Nurses Demonstration Project. Profile of excellence in critical care nursing. Heart & Lung, 18 (3), 219-237.
- Monahan, F.D & Neighbors, M. (1998). Medical-Surgical Nursing : Foundations for clinical practice. Philadelphia : W.B. Saunders company.
- Murray, M.E. & Atkinson, L.D. (1994). Understanding the nursing process (5th ed). New York : McGraw-Hill, Inc.

- Murphy, G.T. & Stern, P.N. (1993, January). Applying nursing diagnosis in critical care. The Canadian Nurse, 89 (1), 28-30.
- Narrow, B.W. & Boschle, K.B. (1982). Fundamentals of nursing practice. New York : John Wiley and Sons.
- Natale, P. & Beckman, H. (1985). Diarrhea and constipation. In M.M. Jacobs & W. Geels (Eds.), Signs and symptoms in nursing (pp.339-372). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Norris, J. & Kumes-Connell, M. (1987). Self esteem disturbance : A clinical validation study. In A.M. McLane (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the seventh conference (pp. 121-128, 549-550). St. Louis : Mosby.
- North American Nursing Diagnosis Association. (1994). NANDA nursing diagnoses : Definitions and classification 1995-1996. Philadelphia : Mosby.
- Person, C.B. (1987). Critical care procedures and protocols. Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Pokorny, B.E. (1986). A study to determine the defining characteristics of the nursing diagnosis of knowledge deficit. In M.E. Hurley (Ed.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the sixth conference. (pp. 484-490). Philadelphia : Lippincott.
- Poster, E.J. (1986, winter). Critical analysis of NANDA nursing diagnosis Taxonomy I. Image : Journal of Nursing Scholarship, 18 (4), 136-139.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (1995). Basic nursing theory and practice. St Louis : Mosby.

- Richardson, S.J. (1997, September-October). A comparison of tools for the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. Dimensions of Critical Care Nursing, 16 (5), 226-239.
- Roberts, S. L. (1987). Nursing diagnosis and the critically ill patient. Norwalk : Appleton & Lange.
- Roberts, B.L., Madigan, E.A., Anthony, M.K. & Pabst, S.L. (1996, July-September). The congruence of nursing diagnoses and supporting clinical evidence. Nursing Diagnosis, 7 (3), 108-115.
- Roberts, S.L. & White, B. (1992, January- February). Common nursing diagnoses for pulmonary alveolar edema patients. Dimensions of Critical Care Nursing, 11 (1), 13-27.
- Rodwin, L.E. (1990, April-June) Research on diagnostic reasoning in nursing. Nursing Diagnosis, 1 (2), 70-77.
- Roy, S.C. (1984). Framework for classification systems development : Progress and issue. In M.J. Kim, G.K. McFarland & A.M. Mclane. (Eds.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the fifth national conference (pp. 26-45). St. Louis : The C.V. Mosby company.
- Royle, J.A. & Walsh, M. (1992). Watson's medical-surgical nursing and related physiology (4th ed). London : Bailliere Tindall.
- Sanford, S.J. & Disch, J.A. (1989). AACN : American association of critical care nurse students for nursing care of the critically ill. Norwalk : Appleton & Lange.

- Sato, S. (1996). Diagnosis concept development : Content validation of North American Nursing Diagnoses in Japan. Doctoral Dissertation, Boston College School of Nursing, Massachusetts.
- Siskind, M.M. (1989, September). A standard of care for the nursing diagnosis of ineffective airway clearance. Heart & Lung, 18 (5), 477-482.
- Stacy, K.M. (1994). Diagnostic content validation of hyperthermia related to infection or inflammation. In R.M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the tenth conference Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Steele, D. & Whalen, J. (1985, September-October). A proposal for two new nursing diagnosis : Potential for organ failure and potential for tissue destruction. Heart & Lung, 14 (5), 426-430.
- Suhayda, R. & Kim, M.J. (1984). Documentation of nursing process in critical care. In M.J. Kim, G.K. McFarland & A.M. McLane. (Eds.), Classification of nursing diagnoses : Proceedings of the fifth national conference (pp.166-173). St. Louis : The C.V. Mosby company.
- Tanner, C.A. (1985, September-October). Symposium on nursing diagnosis in critical care. Heart & Lung, 14 (5), 423-426.
- Taylor, S.G. (1991). The structure of nursing diagnosis from Orem's Theory. Nursing Science Quarterly, 4, 24-32.
- Thelan, L.A., Davie, J.K., Urden, L.D. & Lough, M.E. (1994). Critical care nursing : Diagnosis and management. St. Louis : Mosby.

- Thomas, N. M. & Newsome, G.G. (1992, July-August). Factors affecting the use of nursing diagnosis. Nursing Outlook, 40 (4), 182-186.
- Tichy, A.M., Bram, C.M., Meyer, T.A. & Rattan, N.S. (1988). Stressors in pediatric intensive care units. Pediatric Nursing, 14 (1), 40-42.
- Tilton, C.N. & Maloof, M. (1982, April). Diagnosing the problems in stroke. American Journal of Nursing, 16 (6), 596-601.
- Urban, N. (1994). American Association of Critical Care Nurses. In R.M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), Classification of Nursing Diagnosis : Proceeding of the tenth conference (pp. 167-173). Philadelphia : J.B. Lippincott company.
- Vincent, K.G. (1986). The Validation of Nursing Diagnosis : A Nurse-Consensus Survey. In M.E. Hurley (Ed.), Classification of Nursing Diagnosis : Proceedings of the Sixth conference (pp. 207-214). St. Louis : Mosby.
- Vincent, K.G. (1985, December). The validation of a nursing diagnosis : A nurse consensus survey. Nursing Clinics of North America, 20 (4), 631-640.
- Vincent, M.C. & Siskind, M.M. (1994, April-June). Functional health patterns : A curricular course model for adult acute care. Nursing Diagnosis, 5 (2), 82-87.
- Wake, M. (1987, November-December). Symposium : Nursing diagnosis in critical care. Heart & Lung, 16 (6), 593-594.
- Wake, M., Fehring, R. & Fadden, T. (1991, April/June). Multinational validation of anxiety, hopelessness, and ineffective airway clearance. Nursing Diagnosis, 2 (2), 57-65.
- Warren, J.J. & Hoskins, L.M. (1990, October-December). The development of NANDA's nursing diagnosis taxonomy. Nursing Diagnosis, 1 (4), 162-168.

- White, B.S. & Roberts, S.L. (1993, May-June). Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient. Dimensions of Critical Care Nursing, 12 (3), 127-137.
- Whitley, G.G. (1997, June). Three phases of research in validating nursing diagnosis. Western Journal of Nursing Research, 19 (3), 379-399.
- Whitley, G.G. (1992, July-September). Barriers to the use of nursing diagnosis language in clinical settings. Nursing Diagnosis, 7 (1), 25-30.
- Whitley, G.G. & Gulanick, M. (1996). Barriers to the use of nursing diagnosis language in clinical settings. Nursing Diagnosis, 7 (1), 25-30.
- Wieck, K.L. (1996). Diagnostic language consistency among multicultural English-speaking nurses. Nursing Diagnosis, 7 (2), 70-78.
- Wieseke, A. (1988, December). Identification of nursing diagnoses and defining characteristics : Two research models. Research in Nursing & Health, 11 (6), 399-406.
- Wieseke, A. Bennett, S. & Schoger, J. (1994, July-August). A content validation study of five nursing diagnosis by critical care nurses. Heart & Lung, 23 (4), 345-351.
- Woodtil, M.A. & Ort, S.V. (1993, January-March). Nursing diagnoses and functional health patterns in patients receiving external radiation. therapy cancer of the digestive organs. Nursing Diagnosis, 4 (1), 15-25.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 44 หน้า ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ความถี่ของปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะ

วิกฤต

ตอนที่ 3 ข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

รหัสแบบสอบถาม □ □ □

แบบสอบถาม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ท่านเลือก และเติมข้อความคำในช่องว่างที่กำหนดให้
1. อายุ ปี
 2. เพศ
 - (0) หญิง
 - (1) ชาย
 3. ศาสนา
 - (0) พุทธ
 - (1) อิสลาม
 - (2) คริสต์
 - (3) อื่น ๆ ระบุ
 4. โรงพยาบาล
 - (0) โรงพยาบาลศูนย์
 - (1) โรงพยาบาลทั่วไป
 5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - (0) อนุปริญญา
 - (1) ประกาศนียบัตร
 - (2) ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า
 - (3) ปริญญาโท
 - (4) อื่น ๆ ระบุ
 6. ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปี
 7. ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักปี

8. ประเภทของผู้ป่วยหนักที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน
- (0) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
- (1) หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
- (2) หอผู้ป่วยหนักทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม
- (3) หอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ ระบุ
9. ในหลักสูตรการศึกษายาบาลของท่าน มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตหรือไม่
- (0) ไม่มี
- (1) มี
10. ในหลักสูตรการศึกษายาบาลของท่าน มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลหรือไม่
- (0) ไม่มี
- (1) มี
11. ท่านเคยประชุม / อบรม ระยะเวลาสั้นๆ ที่เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือไม่
- (0) ไม่เคย
- (1) เคย จำนวน ครั้ง
12. ท่านเคยประชุม / อบรมระยะเวลาสั้นๆ ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตหรือไม่
- (0) ไม่เคย
- (1) เคย จำนวน ครั้ง
13. ในฐานะเป็นนักศึกษาพยาบาล ท่านเคยมีประสบการณ์ในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือไม่
- (0) ไม่เคย
- (1) เคย ระยะเวลา ปี
14. ในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ท่านเคยมีประสบการณ์ในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือไม่
- (0) ไม่เคย
- (1) เคย ระยะเวลา ปี

15. หน่วยงานที่ท่านทำงานปัจจุบันมีการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการกำหนด
ปัญหาของผู้ป่วยหรือไม่
 (0) ไม่ใช่
 (1) ใช้ ระยะเวลา ปี
16. ท่านประสบปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือไม่
 (0) ไม่มี
 (1) มี ระบุสาเหตุ
17. ท่านต้องการพัฒนาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือไม่ ระบุ
เหตุผล
 (0) ไม่ต้องการ เพราะ
- (1) ต้องการ เพราะ

- ตอนที่ 2 คำชี้แจง ความถี่ของปัญหาสุขภาพหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โปรดพิจารณาว่า ท่านพบปัญหาสุขภาพหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีความหมายตรงกับหรือใกล้เคียงกับข้อความแต่ละข้อในแบบสอบถามชุดนี้บ่อยเพียงใด (ข้อความที่ท่านใช้อาจไม่เหมือนกับข้อความในแบบสอบถามนี้ แต่สื่อความหมายตรงหรือใกล้เคียงกับข้อความในแบบสอบถาม) โดยที่ข้อความเหล่านี้ อาจจะมีการบันทึกหรือไม่มีการบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลก็ได้ กรุณาวางกลมล้อมรอบตัวเลข 0, 1, 2, 3 หรือ 4 เพื่อระบุความถี่ของปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ท่านพบ โดยตัวเลขแต่ละตัวมีความหมายดังนี้
- 0 หมายถึง ปัญหาสุขภาพหรือรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่พบเลย ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 1 หมายถึง ปัญหาสุขภาพหรือรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พบน้อยมากในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 2 หมายถึง ปัญหาสุขภาพหรือรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พบบางครั้ง ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 3 หมายถึง ปัญหาสุขภาพหรือรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พบน้อย ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 4 หมายถึง ปัญหาสุขภาพหรือรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พบบ่อยที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

0 = ไม่พบเลย
1 = พบน้อยมาก
2 = พบเป็นบางครั้ง
3 = พบบ่อย
4 = พบบ่อยที่สุด

ตัวอย่าง

1. มีความขัดแย้งในการตัดสินใจ 0 1 2 4

ท่านเลือก 3 หมายถึง ท่านพบว่า ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในการตัดสินใจ เป็นปัญหาสุขภาพที่ท่านพบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา

0 = ไม่พบเลย
1 = พบน้อยมาก
2 = พบเป็นบางครั้ง
3 = พบบ่อย
4 = พบบ่อยที่สุด

1. มีความเสี่ยงต่อการคิดเชื้อ	0	1	2	3	4
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	0	1	2	3	4
3. การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง	0	1	2	3	4
4. รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	0	1	2	3	4
5. ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ	0	1	2	3	4
6. ไม่สามารถยกเครื่องช่วยหายใจได้	0	1	2	3	4
7. การขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ	0	1	2	3	4
8. ปริมาณเลือดออกจากร่างกายลดลง	0	1	2	3	4
9. ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง	0	1	2	3	4
10. ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง	0	1	2	3	4
11. มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง/ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้	0	1	2	3	4
12. เหนื่อยล้า	0	1	2	3	4
13. ไม่สามารถปรับแผนการรักษาหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามปกติได้	0	1	2	3	4
14. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)	0	1	2	3	4
15. มีบาดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)	0	1	2	3	4
16. มีบาดแผลที่เนื้อเยื่อ (ระบุตำแหน่ง)	0	1	2	3	4
17. มีแผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง)	0	1	2	3	4
18. ภาวะโลหิตจางหรือภาวะขาดเลือดของร่างกายหรือบุคคลดูแล	0	1	2	3	4
19. เสี่ยงต่อการสำลัก	0	1	2	3	4
20. เสี่ยงต่อการรับกลิ่น	0	1	2	3	4
21. มีภาวะขาดน้ำ	0	1	2	3	4
22. มีภาวะปัสสาวะ	0	1	2	3	4

0 = ไม่พบเลย
1 = พบน้อยมาก
2 = พบเป็นบางครั้ง
3 = พบบ่อย
4 = พบบ่อยที่สุด

23. ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้	0	1	2	3	4
24. อ่อนเพลียของร่างกายสูงกว่าปกติ/ มีไข้	0	1	2	3	4
25. ท้องเสีย/ ท้องร่วง	0	1	2	3	4
26. ท้องผูก	0	1	2	3	4
27. การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	0	1	2	3	4
28. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดจางจากการไม่ได้ใช้ออกซิเจน	0	1	2	3	4
29. การกลืนผิดปกติ	0	1	2	3	4
30. ความสามารถในการต่อสู้โรคภัยไข้เจ็บลดลง/ ไม่สมารถต่อสู้โรคภัยไข้เจ็บได้	0	1	2	3	4
31. แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ	0	1	2	3	4
32. ปวด (ระบอบเฉพาะ)	0	1	2	3	4
33. ขาดความรู้ (เกี่ยวกับ	0	1	2	3	4
34. หงุดหงิด/ วิตกกังวล	0	1	2	3	4
35. ซึมเศร้า	0	1	2	3	4
36. วิตกกังวล	0	1	2	3	4
37. กลัว	0	1	2	3	4
38. สภาพลักษณะเปลี่ยนแปลงในทางลบ	0	1	2	3	4
39. คุณค่าในตนเองลดลง	0	1	2	3	4
40. การแสดงบทบาทไม่เหมาะสม	0	1	2	3	4
41. ความขัดแย้งในคุณค่า	0	1	2	3	4
42. ไม่รู้/ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม	0	1	2	3	4
43. การรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัสเปลี่ยนแปลง (ระบุว่าลดลงหรือเพิ่มขึ้น)	0	1	2	3	4
44. มีภาวะเสียสมดุลจิตใจเดิม (ระบุต่ำ/สูง)	0	1	2	3	4

- ตอนที่ 3
คำชี้แจง
- ข้อมูลสนับสนุนของรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อไปนี้เป็นอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนของปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรุณาวางกลมล้อมรอบตัวเลข 1, 2, 3, 4 หรือ 5 เพื่อระบุว่าอาการหรืออาการแสดงแต่ละข้อ เป็นข้อมูลสนับสนุนที่ท่านพบหรือใช้มากน้อยเพียงใด ในการกำหนดปัญหาสุขภาพ หรือรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแต่ละข้อ โดยตัวเลขแต่ละตัวมีความหมายดังนี้
- 1 หมายถึง ข้อมูลที่ท่านไม่พบหรือไม่ใช้เลยเมื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ
 - 2 หมายถึง ข้อมูลที่ท่านพบหรือใช้น้อยมากเมื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ
 - 3 หมายถึง ข้อมูลที่ท่านพบหรือใช้เป็นบางครั้งเมื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ
 - 4 หมายถึง ข้อมูลที่ท่านพบหรือใช้บ่อยเมื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ
 - 5 หมายถึง ข้อมูลที่ท่านพบหรือใช้เกือบทุกครั้งเมื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

ตัวอย่าง

- 1 ข้อวินิจฉัย : มีความขัดแย้งในการตัดสินใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. การตัดสินใจช้าหรือกลับไปกลับมา	1	②	3	4	5
2. บอกถึงความรู้สึกต่อสิ่งที่เกิดขึ้น	1	2	③	4	5
3. บอกถึงความไม่แน่นอนในการเลือกที่มี	1	2	③	4	5
4. บอกถึงความกดดันที่รู้สึกได้	1	2	3	④	5

5. แสดงอาการเครียด (หัวใจเต้นเร็ว, กล้ามเนื้อตึง,

กระสับกระส่าย)

1 2 3 ④ 5

6. สนใจแต่ตัวเอง

1 2 3 4 ⑤

เมื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล “มีความขัดแย้งในการตัดสินใจ”

“การตัดสินใจช้าหรือกลับไปกลับมา” เป็นข้อมูลสนับสนุนที่ท่านพบหรือใช้น้อยมาก

“บอกถึงความไม่ต้องการผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น” และ “บอกถึงความไม่แน่นอนในการเลือกที่มี”
เป็นข้อมูลสนับสนุนที่ท่านพบหรือใช้เป็นบางครั้ง

“บอกถึงความกดดันที่ต้องตัดสินใจ” และ “แสดงอาการเครียด (หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อตึง
กระสับกระส่าย)” เป็นข้อมูลสนับสนุนที่ท่านพบหรือใช้ได้บ่อย

“สนใจแต่ตนเอง” เป็นข้อมูลสนับสนุนที่ท่านพบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

ในกรณีที่ทำไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช่เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

1. ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. เม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ

1 2 3 4 5

2. ภูมิคุ้มกันถูกกด เช่น ได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา สเตียรอยด์
เครียด

1 2 3 4 5

3. เจ็บป่วยเรื้อรัง

1 2 3 4 5

4. ค่าแอลบีมินในเลือดต่ำกว่าปกติ

1 2 3 4 5

5. ได้รับยาปฏิชีวนะบางชนิดเป็นเวลานานติดต่อกัน

1 2 3 4 5

6. มีน้ำหรือสิ่งคัดหลั่งคั่งในร่างกาย เช่น ในปอดในกระเพาะ
ปัสสาวะ ไขข้อ

1 2 3 4 5

7. เนื้อเยื่อถูกทำลาย

1 2 3 4 5

8. มีบาดแผลที่ผิวหนัง

1 2 3 4 5

9. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องสัมผัสกับเชื้อโรค

1 2 3 4 5

10. ขาดความรู้ในการป้องกันตนเองจากเชื้อโรค

1 2 3 4 5

11. ค่าน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

1 2 3 4 5

12. ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าปกติ

1 2 3 4 5

13. ปฏิกริยาของร่างกายต่อการอักเสบลดลง เช่น มีอาการปวด

1 2 3 4 5

บวม แดง ร้อน ซ้ำกว่าปกติ

14. ภาสกด่าง ๆ เข้าร่างกาย

1 2 3 4 5

15. อื่น ๆ ระบุ

1 2 3 4 5

16. อื่น ๆ ระบุ

1 2 3 4 5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

2. ข้อวินิจฉัย : การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
2. หายใจคับ	1	2	3	4	5
3. หายใจลำบาก	1	2	3	4	5
4. การบอบไตออกซิเจนในเลือดแดงสูงกว่าปกติ	1	2	3	4	5
5. กระสับกระส่าย	1	2	3	4	5
6. อัตราการหายใจน้อยกว่าปกติหรือมากกว่าปกติ	1	2	3	4	5
7. ไม่สามารถจับเสมหะออกได้	1	2	3	4	5
8. สับสน ซึม กระวนกระวาย	1	2	3	4	5
9. ฟังปอดมีเสียงเสมหะ	1	2	3	4	5
10. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
11. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

3. ข้อวินิจฉัย : การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปลายมือปลายเท้าเย็น	1	2	3	4	5
2. ปลายมือปลายเท้ามีสีคล้ำหรือซีดเมื่อยกสูงและไม่ดีขึ้นเมื่อยกสูง	1	2	3	4	5
3. ซีฟอรเบา	1	2	3	4	5
4. เนื้อตาย	1	2	3	4	5
5. เล็บงอกช้า แห้ง หนา	1	2	3	4	5
6. ปวดกล้ามเนื้อเมื่อยกแขน	1	2	3	4	5
7. ความดันโลหิตส่วนปลายต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
8. ฟังได้ยินเสียงในหลอดเลือด (bruits)	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

9. แผลหายใจ	1	2	3	4	5
10. ค่าอิมพัลส์ต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
11. การไหลเวียนกลับของเลือดส่วนปลายนานกว่า 3 วินาที	1	2	3	4	5
12. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
13. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
4. ข้อวินิจฉัย : มีการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	1	2	3	4	5
ข้อมูลสนับสนุน					
1. หายใจสั้น หายใจลำบาก	1	2	3	4	5
2. หอบเหนื่อยขณะพัก หรือเมื่อทำกิจกรรม	1	2	3	4	5
3. หายใจลึกเร็ว	1	2	3	4	5
4. ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ (accessory muscle) ได้แก่ กล้ามเนื้อส่วนคอและหลังเช่น sternocleidomastoid trapezius pectoralis เป็นต้นช่วยในการหายใจ	1	2	3	4	5
5. ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
6. ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย	1	2	3	4	5
7. คาร์บอนไดออกไซด์เลือดแดงสูงกว่าปกติ	1	2	3	4	5
8. หายใจออกห่อปาก (pursed-lip breathing)	1	2	3	4	5
9. การเคลื่อนไหวของทรวงอกผิดปกติ	1	2	3	4	5
10. ผิวหนังและเยื่อเมือกต่าง ๆ ชีว ๆ เขียว	1	2	3	4	5
11. ปีกจมูกบาน	1	2	3	4	5
12. เสียงเคาะปอดทึบ	1	2	3	4	5
13. เส้นผ่าศูนย์กลางของทรวงอกในแนวหน้า - หลังเพิ่มขึ้น	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

14. มีปกติแปลบริเวณหน้าอก	1	2	3	4	5
15. เจ็บเมื่อหายใจลึก ๆ	1	2	3	4	5
16. ผลเอ็กซเรย์พบภาวะปอดอักเสบไม่เต็มที่	1	2	3	4	5
17. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
18. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

5. ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหายใจได้อย่างเพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกแน่นอึดอัด หายใจไม่ออก	1	2	3	4	5
2. อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มสูงขึ้น	1	2	3	4	5
3. กระสับกระส่ายมากขึ้น	1	2	3	4	5
4. ดิ้นเด่น ตกใจ	1	2	3	4	5
5. ใช้กล้ามเนื้อส่วนคอ และหลัง และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ช่วยในการหายใจมากขึ้น	1	2	3	4	5
6. ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออก ในเครื่อง (tidal volume) น้อยกว่าปกติ	1	2	3	4	5
7. อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ	1	2	3	4	5
8. ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
9. ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูงกว่าปกติ	1	2	3	4	5
10. ระดับออกซิเจนอิ่มตัวในเลือดแดง (O ₂ saturation) ต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
11. ปริมาณอากาศหายใจออกสูงสุดภายหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (vital capacity) น้อยกว่าปกติ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

12. ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด	1	2	3	4	5
----------------------------	---	---	---	---	---

13. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
-----------------------	---	---	---	---	---

14. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

6. ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถหาย่าเครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตื่นตระหนก	1	2	3	4	5
---------------	---	---	---	---	---

2. ค่าก๊าซในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
---------------------------------	---	---	---	---	---

3. ความดันโลหิต สูงขึ้นกว่าเดิมเกินกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

4. อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นกว่าเดิมเกินกว่า 20 ครั้ง/นาที	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

5. อัตราการหายใจเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

6. เหนื่อยแตกอ้าตัว	1	2	3	4	5
---------------------	---	---	---	---	---

7. ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ (accessory muscle) ได้แก่	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

กล้ามเนื้อส่วนคอและหลัง เช่น sternocleidomastoid

trapezius pectoralis เป็นต้น ช่วยในการหายใจ

8. หายใจคืน	1	2	3	4	5
-------------	---	---	---	---	---

9. ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจเป็นระยะๆ	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

10. การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

11. ระดับความรู้สึกตัวลดลง	1	2	3	4	5
----------------------------	---	---	---	---	---

12. ผิดหวังและเบื่อหน่าย ฯลฯ ชัดเจน	1	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---	---

13. ผู้ป่วยบอกว่าหายใจเองไม่ได้	1	2	3	4	5
---------------------------------	---	---	---	---	---

14. จังหวะการฟังเสียงปอดแบบเสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียงฟู่ (stridor)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

เสียงครืด (rhceezing) เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด/เสียงเรอ

(rales) เสียงกรอบปึกปม (crepitation)

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

15. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

16. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

7. ข้อวินิจฉัย : การขจัดเสมหะด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการฟังเสียงปอด พบ เสียงที่ผิดปกติ เช่น เสียงวี๊ด (steridor) 1 2 3 4 5
 เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด เสียงเรล (rales) เสียงกรอบแกรบ (crepitation)

2. ได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจแต่ไอไม่ออก 1 2 3 4 5

3. ไอเองไม่ได้ 1 2 3 4 5

4. เสมหะเหนียวข้น 1 2 3 4 5

5. ไอไม่ถูกวิธี 1 2 3 4 5

6. ซึม/ความรู้สึกตัวลดลง 1 2 3 4 5

7. ไม่มีแรงไอ 1 2 3 4 5

8. หายใจตื้น หายใจลำบาก 1 2 3 4 5

9. ค่าออกซิเจนในหลอดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ 1 2 3 4 5

10. ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ 1 2 3 4 5

11. ผิวหนัง เยื่อบุซิด เขียว 1 2 3 4 5

12. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

13. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

8. ข้อวินิจฉัย : ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

	1	2	3	4	5
1. ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ					
2. หลอดเลือดคั่งจากหลอดเลือดโป่งพอง					
3. ซีพจรส่วนปลายเบาลง					
4. หัวใจเคັบผิดจังหวะ					
5. ผิวน้ำและเยื่อบุต่าง ๆ ซีด					
6. ผิวน้ำเย็นและซีด					
7. กล้ามเนื้ออ่อนล้า/อ่อนแรง					
8. ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง					
9. มีเสียงปรียะ เปรียะ (rales) ในปอด					
10. หอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้					
11. กระสับกระส่าย					
12. สภาพจิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง					
13. เป็นลมหน้ามืดเวียน					
14. ไอเสมหะเป็นฟองสีขาว (frothy sputum)					
15. บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย					
16. หัวใจเต้นเร็วแบบตึกตอก (gallop rhythm)					
17. อื่น ๆ ระบุ					
18. อื่น ๆ ระบุ					

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

9. ข้อวินิจฉัย : ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอกว่า “หายใจลำบาก หายใจตื้นเมื่อปฏิบัติกิจกรรม”	1	2	3	4	5
2. อัตราเร็ว/ไม่สม่ำเสมอ (โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาในระบบหัวใจและหายใจ)เมื่อปฏิบัติกิจกรรม	1	2	3	4	5
3. กล้ามเนื้ออ่อนแรง/ไม่สบาย/ปวด	1	2	3	4	5
4. การเต้นของหัวใจไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติภายใน 5 นาทีหลังจากปฏิบัติกิจกรรม	1	2	3	4	5
5. ผู้ป่วยบอก “รู้สึกไม่สบาย เจ็บหน้าอกเมื่อปฏิบัติกิจกรรม”	1	2	3	4	5
6. หัวใจเต้นผิดปกติขณะ (เมื่อปฏิบัติกิจกรรม)	1	2	3	4	5
7. ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ เมื่อปฏิบัติกิจกรรม เช่น ค่าความดัน ไคเอสโตลิกสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 15 มม.ปรอท เมื่อปฏิบัติกิจกรรม หรือความดันโลหิตไม่สูงขึ้นแม้ปฏิบัติกิจกรรม	1	2	3	4	5
8. คลื่นไฟฟ้าหัวใจบางช่วงมีหัวใจขาดเลือดเมื่อปฏิบัติกิจกรรม	1	2	3	4	5
9. หายใจลำบากขณะพัก	1	2	3	4	5
10. สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอกเหนื่อยมาก/อ่อนเพลียขณะปฏิบัติกิจกรรม หรือหลังปฏิบัติกิจกรรม	1	2	3	4	5
11. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
12. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

10. ข้อวินิจฉัย : ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปในทิศทางหรือบริเวณที่ต้องการ เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง การเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งหรือลุกออกจากเตียง	1	2	3	4	5
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง	1	2	3	4	5
3. ขนาดของกล้ามเนื้อลดลง	1	2	3	4	5
4. ต้องใช้เครื่องช่วยพยุงและ/หรือบุคคลอื่น	1	2	3	4	5
5. มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อ/ข้อติดแข็ง	1	2	3	4	5
6. สูญเสียหรือความผิดปกติของการประสานงานของกล้ามเนื้อ	1	2	3	4	5
7. การเคลื่อนไหวถูกจำกัด (จากแผนการรักษาหรือเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ)	1	2	3	4	5
8. ไม่รู้สึกตัว/ระดับความรู้สึกตัวลดลง	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
10. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

11. ข้อวินิจฉัย : มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง/ไม่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทำความสะอาดร่างกายได้บางส่วนหรือทั้งหมด	1	2	3	4	5
2. ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง	1	2	3	4	5
3. ไม่สามารถสวมเสื้อผ้า และถอดเสื้อผ้าได้เอง	1	2	3	4	5
4. ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง	1	2	3	4	5
5. ไม่สามารถใช้หม้อรองอุจจาระ/ปัสสาวะได้เอง	1	2	3	4	5
6. ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

	1	2	3	4	5
7. ไม่สามารถลุกเดิน หรือลุกจากเตียงได้					
8. สังเกตพบหรือผู้ไต่ถามบอก "พบความสับสนในการ รับประทานอาหาร ชอบดื่มน้ำจืดขม เคี้ยวกลืน และหิวหมีได้โดยตนเอง"	1	2	3	4	5
9. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	1	2	3	4	5
10. เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้เลย	1	2	3	4	5
11. หมดสติ	1	2	3	4	5
12. แขน/ขา หมดความรู้สึก	1	2	3	4	5
13. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
14. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
12. ข้อวินิจฉัย : เหนื่อยล้า					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. บอกว่าหมดแรงหรือไม่มีแรง/เหนื่อย	1	2	3	4	5
2. ปฏิบัติกิจกรรมน้อยลง	1	2	3	4	5
3. ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม	1	2	3	4	5
4. ผู้ไต่ถามบอกไม่ยอมยกท่าอะไร	1	2	3	4	5
5. สังเกตว่าเหนื่อยง่าย แขนขาไม่มีแรง กำดั่งกล้ามเนื้อลดลง	1	2	3	4	5
6. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
7. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

13. ข้อวินิจฉัย : ไม่สามารถปรับเปลี่ยนการรักษาหรือผลกระทบ

จากความเจ็บป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามปกติได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอกว่าการรักษา และ หรือการดำรง
ภาวะสุขภาพ ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

2. บอกว่าไม่สามารถปรับเปลี่ยนการรักษาให้เข้ากับชีวิต
ประจำวันได้

3. บอกว่าไม่สามารถปฏิบัติตามเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้
โรครุนแรงขึ้นได้

4. วัตถุประสงค์ของโรคหรือความเจ็บป่วยมากขึ้น/รุนแรงขึ้น

5. บอกว่าอยากจะทำตามแผนการรักษาและป้องกันผลกระทบ
จากความเจ็บป่วย แต่ทำได้ด้วยความลำบาก หรือทำไม่ได้

6. อื่น ๆ ระบุ

7. อื่น ๆ ระบุ

14. ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจพบผิวหนังเป็นรอยแดง (โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก)

2. บอกว่าปวด หรือรู้สึกไปสลับสับบริเวณดังกล่าว

3. ตรวจพบว่ามีอาการเสียดสี ค้างรัง หรือ แรงกด เช่น บริเวณ
ที่ถูกผูกยึด ได้เฝ้า

4. มีร่องรอยในกรณีเคลื่อนไหวนิ่ง

5. ผิวหนังบวม

6. อื่น ๆ ระบุ

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

7. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

15. ข้อวินิจฉัย : มีบาดแผลที่ผิวหนัง (ระบุตำแหน่ง)

ข้อมูลสนับสนุน

1. เยื่อหุ้มผิวหนังส่วนบนหลุดลอก ถึกขาด 1 2 3 4 5

2. ชั้นผองผิวหนังเป็นรอยคลอกลึกขนาด มีแผลตื้นหรือมีเลือดออกที่ผิวหนัง

3. มีการทำลายผิวหนังลึกถึงโครงสร้างภายใน 1 2 3 4 5

4. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

5. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

16. ข้อวินิจฉัย : มีบาดแผลที่เนื้อเยื่อ (ระบุตำแหน่ง)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจพบว่ามีอาการบาดเจ็บ หรือการทำลายต่อเนื้อเยื่อต่าง ๆ (กระดูก เยื่อ ผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง) 1 2 3 4 5

2. มีรอยแดงหรือมีเลือดออก 1 2 3 4 5

3. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

4. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

17. ข้อวินิจฉัย : มีแผลกดทับ (ระบุตำแหน่ง)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผิวหนังแดง 1 2 3 4 5

2. ผิวหนังแดงเริ่มมีแผล มีการฉีกขาดของผิวหนัง 1 2 3 4 5

3. แผลลึก มีสารคัดหลั่ง ไม่มีเนื้อตาย 1 2 3 4 5

4. แผลลึก ตื้นไปจนถึงกล้ามเนื้อ กระดูกและเยื่อหุ้มกระดูก มีเนื้อตาย

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

5. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

6. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

18. ข้อวินิจฉัย : ภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการหรือขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอกว่าน้ำหนักลดลงมากผิดปกติ
(มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน
เมื่อเทียบกับส่วนสูง)

2. รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปริมาณที่ควรจะได้
รับในแต่ละวัน

3. น้ำหนักลดลงไม่ว่าจะรับประทานอาหารครบถ้วนหรือไม่แล้วก็ตาม

4. หลอดเลือดส่วนปลายเปราะแตกง่าย

5. เยื่อตา ซีด

6. อ่อนเพลีย กำลังกล้ามเนื้อลดลง

7. ผม่วงมาก

8. ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ

9. ผิวหนังแห้ง/ลิ้นลิ้นมีฝ้าขาว

10. ไก่บินได้เล็กน้อย

11. กล้ามเนื้อลีบเล็ก

12. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

13. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

19. ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการสำลัก

ข้อมูลสนับสนุน

1. รีเฟล็กซ์การไอและการขย้อน (gag reflex) ลดลงหรือไม่มี

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

2. ระดับความรู้สึกตัวลดลง	1	2	3	4	5
3. มีอาการขย้อน นำย่อย อาหารหรือของเหลวอื่นๆ	1	2	3	4	5
4. นอนหรือนั่งตัวแข็งไม่ได้อีก	1	2	3	4	5
5. มีแผลผ่าตัดหรือมีการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า ปาก ลำคอ	1	2	3	4	5
6. ผลการตรวจพบภาวะทางเดินของหูรูดบริเวณหลอดอาหารส่วนล่างผิดปกติ	1	2	3	4	5
7. มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน	1	2	3	4	5
8. ผู้ป่วยได้รับการหย่อนกล้ามเนื้อในกล้ามเนื้อ depolarizer เช่น succinylcholine ซึ่งมีผลทำให้แรงดันในกระเพาะอาหารเพิ่มสูงขึ้น	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
10. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
20. ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการขาดน้ำ					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. คิมน้ำเองไม่ได้	1	2	3	4	5
2. มีอาการท้องเสีย	1	2	3	4	5
3. มีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายตามท่ระบายต่างๆ	1	2	3	4	5
4. ถ่ายปัสสาวะมากกว่าปกติ	1	2	3	4	5
5. พฤติกรรมการคิมน้ำน้อย	1	2	3	4	5
6. ได้รับยาบางชนิดเช่น ยาขับปัสสาวะ	1	2	3	4	5
7. มีปัจจัยที่ทำให้ร่างกายมีความต้องการน้ำมากขึ้น เช่น	1	2	3	4	5
8. อุจจาระสีขาว สีเขียว สีคล้ำ หรือมีกลิ่นเหม็น	1	2	3	4	5
9. ถ่ายเป็นมูกหรือเลือด	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

10. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

11. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

26. ข้อวินิจฉัย : ท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่าปกติ 1 2 3 4 5

2. ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ปริมาณน้อยกว่าเดิม 1 2 3 4 5

3. ต้องออกแรงเบ่งมากกว่าปกติขณะขับถ่าย 1 2 3 4 5

4. ปวดมากขณะขับถ่าย 1 2 3 4 5

5. บอกว่ามีความรู้สึกอึดอัดในท้อง 1 2 3 4 5

6. คลาได้ก่อนในท้อง 1 2 3 4 5

7. บอกว่ามีความรู้สึกเหมือนมีแรงอัดในทวารหนัก 1 2 3 4 5

8. ปวดท้อง 1 2 3 4 5

9. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

10. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

27. ข้อวินิจฉัย : การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปัสสาวะลำบาก/มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ 1 2 3 4 5

2. ปัสสาวะบ่อย 1 2 3 4 5

3. ปัสสาวะขุ่นเป็นหยด ไม่พุ่ง 1 2 3 4 5

4. ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน 1 2 3 4 5

5. ปัสสาวะเหลืองค้ำ 1 2 3 4 5

6. ปัสสาวะไหลออกทันทีเมื่อรู้สึกปวด 1 2 3 4 5

7. ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ไหลหยด ควบคุมไม่ได้ 1 2 3 4 5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

8. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
28. ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสื่อม จากการไม่ได้ใช้วิริยะ					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพทางกาย เช่น เป็นอัมพาต	1	2	3	4	5
2. มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากแต่เนิ่นๆหรือ กำลังการรุกราน	1	2	3	4	5
3. มีความเจ็บปวดรุนแรง	1	2	3	4	5
4. ระดับความรู้สึกตัวลดลง	1	2	3	4	5
5. ซึมเศร้าอย่างรุนแรง เช่น นอนนิ่ง น้ำตาลไหล ไม่เคลื่อนไหว เป็นเวลานาน ปฏิเสธการทำกิจกรรมใด ๆ	1	2	3	4	5
6. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
7. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
29. ข้อวินิจฉัย : การกลืนผิดปกติ					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. สังเกตพบหรือผู้ป่วยบอกว่า มีอาการกลืนลำบาก	1	2	3	4	5
2. ตรวจพบอาหารค้างอยู่ในช่องปาก หรือระคายเคือง	1	2	3	4	5
3. ไอหรือขย้อนเมื่อกลืนอาหาร	1	2	3	4	5
4. เคยสำลักบ่อยครั้งเมื่อกลืนอาหาร	1	2	3	4	5
5. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
6. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

30. ข้อวินิจฉัย : ความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจาลดลง/

ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่สามารถพูดได้	1	2	3	4	5
2. พูดด้วยความลำบาก	1	2	3	4	5
3. พูดติดอ่าง	1	2	3	4	5
4. พูดไม่ชัด	1	2	3	4	5
5. มีความลำบากในการพูดเป็นภาษาหรือประโยค	1	2	3	4	5
6. มีความลำบากในการพูดเพื่อแสดงความคิด	1	2	3	4	5
7. คาห่อหลอดลม	1	2	3	4	5
8. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

31. ข้อวินิจฉัย : แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. บอกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอ	1	2	3	4	5
2. บอกว่าแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป หลับ ๆ ตื่น ๆ	1	2	3	4	5
3. บอกว่านอนหลับยากหรือง่วงนอนเวลากลางวัน	1	2	3	4	5
ไม่ง่วงในช่วงกลางคืน					
4. บอกว่าอ่อนเพลีย	1	2	3	4	5
5. หงุดหงิดง่าย	1	2	3	4	5
6. กระสับกระส่าย	1	2	3	4	5
7. ตื่นนอนเชื่อกว่าปกติ	1	2	3	4	5
8. หลับบ่อย	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

9. หมวดแรง	1	2	3	4	5
10. มีวงเสียงคลอรอบคอ	1	2	3	4	5
11. มีนงง	1	2	3	4	5
12. สัมผัสไร้อารมณ์รัก/แสดงอาการเอือมระอา	1	2	3	4	5
13. พุดผิด ๆ ถูก ๆ	1	2	3	4	5
14. ทนนิ่งตาคงตาปรือ	1	2	3	4	5
15. มือสั่น	1	2	3	4	5
16. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
17. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
32. ข้อวินิจฉัย: ปวด (ระบุตำแหน่ง)					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. บอกว่าปวด	1	2	3	4	5
2. แสดงอาการปกป้องบริเวณที่ปวด	1	2	3	4	5
3. กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น/เกร็ง	1	2	3	4	5
4. ความสนใจแคบ/สนใจเฉพาะตนเอง	1	2	3	4	5
5. มีพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวด เช่น คร่ำครวญ ร้องไห้หาผู้อื่น และ/หรือกระสับกระส่าย	1	2	3	4	5
6. ลักษณะแสดงอาการเจ็บปวดแบบกลืนไม่ลง/บวม	1	2	3	4	5
7. อาการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น รูม่านตาขยาย หายใจช้าลง หรือเร็วขึ้น	1	2	3	4	5
8. นอกไปเหล่านี้	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้น้อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

10. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
-----------------------	---	---	---	---	---

33. ข้อวินิจฉัย : ขาดความรู้ (เกี่ยวกับ

ข้อมูลสนับสนุน

1. นึกไม่ออก บอกว่าไม่รู้ ความรู้ไม่เพียงพอ มีข้อมูล ไม่เพียงพอ 1 2 3 4 5
ไม่เข้าใจ

2. แปลความไม่ถูกต้อง เข้าใจผิดจากความเป็นจริง	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามที่ได้รับการสอน หรือทำไม่ได้ตามที่สอน 1 2 3 4 5

4. ตอบคำถามไม่ได้เกี่ยวกับ	1	2	3	4	5
----------------------------------	---	---	---	---	---

5. อื่น ๆ ระบุ

6. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
----------------------	---	---	---	---	---

34. ข้อวินิจฉัย : หมดพลัง/ท้อแท้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกถึงการขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ 1 2 3 4 5
ชีวิตหรือการดูแลตนเอง

2. ไม่ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพของตนเอง	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. เฉยเมย ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม 1 2 3 4 5

4. ซึมเศร้า	1	2	3	4	5
-------------	---	---	---	---	---

5. แสดงความไม่พึงพอใจ คับข้องใจที่ไม่สามารถ 1 2 3 4 5
ปฏิบัติกิจกรรมได้

6. ไม่สนใจที่ผลข้อปลงในการดูแลตนเองหรือยั้งยั้ง	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

ความถูกต้องในการดูแลตนเองที่ตนปฏิบัติอยู่

7. รู้สึกโกรธ ผิดหวัง หงุดหงิด เมื่อต้องพึ่งพาผู้อื่น	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

8. แสดงความรู้สึกไม่แน่นอนในความสามารถของตนเอง	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
10. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
35. ข้อวินิจฉัย : ซึมเศร้า					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. แสดงอาการหมดหวัง สิ้นหวัง เหม่อลอย	1	2	3	4	5
2. ตั้งสัจจะในคุณค่าของตนเองอยู่ตลอดเวลา	1	2	3	4	5
3. มองโลกในแง่ลบ	1	2	3	4	5
4. ไม่มีสมาธิกับกรอ่าน/เขียน/พูด	1	2	3	4	5
5. ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง	1	2	3	4	5
6. ผู้ป่วยบอกรู้สึกล้มเหลว	1	2	3	4	5
7. ถอนตัวจากสังคม/การตอบสนองต่อสังคมน้อยลง (ลดลง)	1	2	3	4	5
8. เพื่อยามจนอดตาย	1	2	3	4	5
9. ระวังสงสัยต่อคำพูด ท่าทางของผู้อื่น	1	2	3	4	5
10. โกรธตนเอง/ลงโทษตนเอง	1	2	3	4	5
11. หงุดหงิด	1	2	3	4	5
12. รู้สึกผิด	1	2	3	4	5
13. ฟังหาผู้อื่นมากเกินไป	1	2	3	4	5
14. ค้นเรื่อจากปกอ	1	2	3	4	5
15. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
16. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

36. ข้อวินิจฉัย : วิตกกังวล					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. บอกความรู้สึกกระวนกระวายหวาดกลัว ตั้งเครียดกังวล	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

2. บอกความรู้สึกต่อข้อมูลหรือเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น	1	2	3	4	5
3. กระสับกระส่าย ไม่สามารถผ่อนคลายได้	1	2	3	4	5
4. มือสั่น ตัวสั่น เสียงสั่น	1	2	3	4	5
5. สีหน้าเคร่งเครียด	1	2	3	4	5
6. มอนไม่หลับ	1	2	3	4	5
7. มีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ม่านตาขยาย เหงื่อออก ตื่นเต้นมากกว่าปกติ	1	2	3	4	5
8. รู้สึกกลัวทางของระดับระงับมองการณ์ไม่สมค	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
10. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
37. ข้อวินิจฉัย : กลัว					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. บอกความรู้สึกกลัว ตระหนก กังวลต่อเหตุการณ์ บุคคล สิ่งของ ซึ่งคาดคะเนว่าจะเป็นอันตรายกับตนเอง	1	2	3	4	5
2. อธิบายสิ่งรับรู้ว่าเป็นอันตราย	1	2	3	4	5
3. มีความสนใจแคบ	1	2	3	4	5
4. กระสับกระส่าย	1	2	3	4	5
5. แสวงหาข้อมูล	1	2	3	4	5
6. เสียงสั่น ระดับเสียงต่างจากเดิม	1	2	3	4	5
7. พุกมากและเร็วขึ้น	1	2	3	4	5
8. พุกน้อยลง	1	2	3	4	5
9. มือสั่น	1	2	3	4	5
10. กล้ามเนื้อตึง	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

11. เหนื่อยออกมาก	1	2	3	4	5
12. หายใจเร็วกว่าปกติ	1	2	3	4	5
13. ชีพจรเร็วขึ้นกว่าปกติ	1	2	3	4	5
14. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
15. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
38. ข้อวินิจฉัย : ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงในทางลบ					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. ผู้ป่วยบอก/พยาบาลสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงหรือรับรู้การเปลี่ยนแปลงในทางลบของโครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกาย หรือร่างกายบางส่วน	1	2	3	4	5
2. พูดถึงความรู้สึกหมดแรงหมดความสามารถทางด้านร่างกายของตนเอง	1	2	3	4	5
3. บอกถึงความกลัว การปฏิเสธจากผู้อื่น	1	2	3	4	5
4. พูดซ้ำ ๆ ถึงความเข้มแข็ง/ความสวยงามของร่างกายในอดีต	1	2	3	4	5
5. พูดซ้ำ ๆ ถึงตนเองด้านลบ	1	2	3	4	5
6. บอกถึงการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตเพราะความรู้สึกและการรับรู้ที่ไม่ดีต่อร่างกาย	1	2	3	4	5
7. ใช้สรรพนามแทนส่วนที่สูญเสียไม่เหมาะสม	1	2	3	4	5
8. ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	1	2	3	4	5
9. ให้ความสำคัญมากกับส่วนของร่างกายที่คงอยู่	1	2	3	4	5
10. ปิดบังหรือเปิดเผยส่วนของร่างกายมากกว่าปกติ	1	2	3	4	5
11. ไม่มองและไม่สัมผัสส่วนที่ของร่างกายที่สูญเสีย	1	2	3	4	5
12. ทำใจส่วนที่เสียหน้าที่ให้รับบดเจ็บ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช่เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

13. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

14. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

39. ข้อวินิจฉัย : คุณค่าในตนเองลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. กล่าวถึงตนเองในด้านลบซ้ำ ๆ 1 2 3 4 5

2. ไม่สมความหวังกับสิ่งที่ได้ 1 2 3 4 5

3. ประเมินตนเองว่าไม่สามารถจะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ 1 2 3 4 5

4. ให้เหตุผล/ปฏิเสธเมื่อได้รับข้อมูลย้อนกลับทางบวกจากผู้อื่น 1 2 3 4 5

5. แสดงอาการลังเลที่จะลองสิ่งใหม่ 1 2 3 4 5

6. แสดงความรู้สึกผิดอาย 1 2 3 4 5

7. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

8. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

40 ข้อวินิจฉัย : การแสดงบทบาทไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. พுகถึงการขาดความสามารถในการแสดงบทบาทที่เหมาะสม 1 2 3 4 5

2. ปฏิเสธบทบาทของตนเอง 1 2 3 4 5

3. แสดงความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง 1 2 3 4 5

4. ขาดความรู้เกี่ยวกับบทบาทของตนเอง 1 2 3 4 5

5. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

6. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้น้อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

41. ข้อวินิจฉัย : ความขัดแย้งในคุณค่า

ข้อมูลสนับสนุน

1. วิตกกังวล	1	2	3	4	5
2. แสดงความรู้สึกโกรธ	1	2	3	4	5
3. บอกว่าไม่สามารถกระทำตามความเชื่อของตนเอง	1	2	3	4	5
4. ไม่พอใจเมื่อผู้อื่นคัดค้านใจแทน	1	2	3	4	5
5. ไม่แน่ใจว่าควรเลือกรับการรักษาอย่างไร	1	2	3	4	5
6. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
7. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

42. ข้อวินิจฉัย : ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ขาดบุคคลคอยดูแลเอาใจใส่	1	2	3	4	5
2. เครือข่ายทางสังคมมีน้อยหรือไม่เพียงพอที่จะช่วยเหลือ ด้านพฤกษศาสตร์ของใจ	1	2	3	4	5
3. ไม่มีผู้มาเยี่ยม	1	2	3	4	5
4. บอกความรู้สึกกังวลในแง่จิตกรกับตนเองโดยลำพัง	1	2	3	4	5
5. บอกความรู้สึกซึมเศร้า	1	2	3	4	5
6. บอกถึงอาการปวดที่ไวแรงแจ้ใจ	1	2	3	4	5
7. มีอาการทางกาย (somatic complaints) บ่นไม่สุขสบาย โดยไม่มีพยาธิสภาพทางร่างกาย	1	2	3	4	5
8. หงุดหงิด/ก้าวร้าว	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
10. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

43. ข้อวินิจฉัย : การรับรู้ทางประสาทสัมผัสเปลี่ยนแปลง
(ระบุว่า ลดลง /เพิ่มขึ้น)

ข้อมูลสนับสนุน

1. สิ่งกระตุ้นลดลงหรือเพิ่มขึ้นกว่าปกติ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การรับรู้

2. การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง

3. การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ผิดปกติ หรือมีภาวะสับสน

4. มีภาวะหลอดเลือดประสาทท่อน

5. เฉยชา วิตกกังวล

6. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกแสบคัน รำคาญ หนาว

7. ผู้ป่วยบ่นปวดศีรษะ มีอาการคลื่นไส้

8. แสดงพฤติกรรมระดับกระสับกระส่าย กังวล กลัวก้าวร้าว

9. อื่น ๆ ระบุ

10. อื่น ๆ ระบุ

44. ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียสมดุลย์ไอเดียม (ระบุต่ำ/สูง)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่าไอเดียมในพลาสมาต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ

2. ความอวบอ้วนของปัสสาวะมากกว่า หรือสูงกว่าปกติ

3. ไอเดียมในเลือดสูงกว่าปกติ 1

4. ผู้ป่วยมีไอเดียมในเลือดสูงกว่าระดับปกติ

5. ผู้ป่วยที่มีไอเดียมในเลือดต่ำ พบว่า ความต่งของผิวหนัง ลดลง เยื่อปากแห้ง ตาแห้งและลึก

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

6. ผู้ป่วยมีสภาวะออกนอกรหรือมีสภาวะไม่ออก จากเกือบตลอดเวลา
 อ่อนเพลีย มีอาการลดลง หากมีอาการผิดปกติของ
 กล้ามเนื้อ อาเจียน

7. ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดสูง พบว่า กล้ามเนื้ออ่อนแรง
 กล้ามเนื้อกระตุก หน้าท้องเกร็ง

8. ผู้ป่วยที่มีโซเดียมในเลือดต่ำ พบว่า เริ่ม หากไปมีการกระตุ้น
 แตะหัวใจต่อการตอบสนอง หากมีการกระตุ้น

9. อื่น ๆ ระบุ

10. อื่น ๆ ระบุ

45. ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียชีวิตโดยไปแคสเซียม (ระบุค่า/สูง)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่าไปแคสเซียมในพลาสมา ต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ

2. ผู้ป่วยที่มีไปแคสเซียมในเลือดต่ำ พบว่า กล้ามเนื้ออ่อนแรง
 กล้ามเนื้อจะเป็นอาการแบบเปลี่ยนเฉื่อยช้า หากใจเต้น
 หรือหยุดหัวใจไปสภาวะออกมาก

3. ผู้ป่วยที่มีไปแคสเซียมในเลือดสูง พบว่า กล้ามเนื้อจะไว
 ต่อการเร็ว ต่อมาจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นช้า
 กว่าปกติและเบา หัวใจเต้นผิดปกติหวะ หรือหัวใจหยุดเต้น
 ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออก

4. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมีความผิดปกติเช่น คลื่น T แฉก
 และแหลมสูง ของ QRS คลื่น ST และ คลื่น T หายไป
 คลื่น QRS กว้าง เป็นหลัก

5. เบื่ออาหาร กล้ามเนื้อ อาเจียน ท้องอืด ปวดท้อง หรือท้องร่วง

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

6. กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต เปลี่ยนเป็นตะคริวบ่อยๆ	1	2	3	4	5
7. ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า	1	2	3	4	5
8. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
46. ข้อวินิจฉัย : เสียงต่อภาวะซ็อก					
ข้อมูลสนับสนุน					
1. ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี ต่อชั่วโมง	1	2	3	4	5
2. ผู้ป่วยมีการเสียเลือด และนำออกจากร่างกาย	1	2	3	4	5
3. ซีพจรเบาเร็ว	1	2	3	4	5
4. ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ โดยเฉพาะซิสโตลิกลดลงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	1	2	3	4	5
5. ฟังเสียงหัวใจ ได้ยินเสียงหัวใจที่ 3 เสียงหัวใจที่ 4 และ	1	2	3	4	5
เมอเมอ (murmur) ซัดเจน					
6. ตรวจพบหลอดเลือดดำที่ขาไปขหรือบนขาบวมชัดเจน	1	2	3	4	5
7. การไหลเวียนกลับของหลอดเลือดส่วนปลายนานกว่า 3 วินาที	1	2	3	4	5
8. ค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางลดลงต่ำกว่าปกติ	1	2	3	4	5
9. หายใจไม่สม่ำเสมอ หายใจลึก ๆ และเร็ว หรือค่อนข้างเร็ว	1	2	3	4	5
10. ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (O ₂ saturation) ลดลง	1	2	3	4	5
11. ตรวจทางรังสีทรวงอก (chest x-rays) พบว่า มีน้ำคั่งในปอด	1	2	3	4	5
มีลมหรือเลือดในช่องปอด หลังการบาดเจ็บ เป็นต้น					
12. ตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหัวใจมีความผิดปกติอย่างรุนแรง	1	2	3	4	5
13. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
14. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

47. ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน

1. การทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนแปลง ทำให้อัตราการเป็นลม 1 2 3 4 5
 สับสน วิงเวียนศีรษะ

2. มีการสูญเสียหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก เช่น ความมองไม่เห็น/มองเห็นไม่ชัด ไม่ได้กลิ่น ไม่ได้ยินเสียง การสัมผัสผิดปกติ เป็นต้น 1 2 3 4 5

3. ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ทรมานทรมาย 1 2 3 4 5

4. ผู้ป่วยบอกว่าอ่อนเพลีย ไม่มีแรง 1 2 3 4 5

5. ผู้ป่วยได้รับยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาขยายหลอดเลือด ยาต้านความดัน โลหิตสูง ยาโรคจิต เป็นต้น 1 2 3 4 5

6. การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในระยะเริ่มต้นอาจ ไม่ค่อย ไม้เท้า โครงสำหรับฝึกหัดเดิน เป็นต้น 1 2 3 4 5

7. ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลาานาน 1 2 3 4 5

8. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

9. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

48. ข้อวินิจฉัย : ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม สีหน้าตึงเครียด หวาดกลัว 1 2 3 4 5

2. ญาติผู้ป่วยแสดงท่าทีกระวนกระวายไม่ควบคุมสติกับ ไม่สามารถผ่อนคลายได้ 1 2 3 4 5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

3. ญาติบอกว่า รู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อการเจ็บป่วย
ของผู้ป่วย 1 2 3 4 5

4. ญาติบอกว่า ห่วงกังวลต่อผลที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับอาการ
ของผู้ป่วย 1 2 3 4 5

5. ญาติบอกว่า รู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย
ของผู้ป่วยในอนาคต 1 2 3 4 5

6. ญาติไม่ให้ความร่วมมือในการยินยอมให้ผู้ป่วยได้รับการ
รักษาหรือปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย 1 2 3 4 5

7. ญาติบอกถึงความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 1 2 3 4 5

8. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

9. อื่น ๆ ระบุ 1 2 3 4 5

49. ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียสมดุลย์กรด (ระบุภาวะกรดจาก
เมตาบอลิซึม /ภาวะกรดจากการหายใจ
ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ สับสนกระสับกระส่าย
และหมดสติ 1 2 3 4 5

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม พบค่าหายใจเร็วลึก
หายใจตื้นตื้นขณะออกแรงลมหายใจอาจมีกลิ่นผลไม้

3. ชีพจรแรงหรือชีพจรเบา 1 2 3 4 5

4. กลืนลำบาก เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องร่วง 1 2 3 4 5

5. ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม ค่าก๊าซในเลือด
พบว่า พีเอช ต่ำกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตต่ำกว่าปกติ
ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ หรือต่ำกว่าปกติ

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

6. ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากภาวะหัวใจ พบว่า ภาวะหัวใจล้มลง โดยใจล้มแบบไปลงมกจนต้องเปลี่ยนท่อลมตัวมีเสียง กรอบแบบเสียงวืด	1	2	3	4	5
7. ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการหายใจต่ำในเลือด พบว่า พีเอช ต่ำกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ สูงกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตปกติ หรือสูงขึ้นเล็กน้อย หรือสูงกว่าปกติ (ในกรณีที่มีการชดเชย)	1	2	3	4	5
8. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
9. อื่น ๆ ระบุ	1	2	3	4	5
50. ข้อวินิจฉัย : มีภาวะเสียสมดุลย์ (ระบุภาวะต่างจาก เมตาบอลิสม/ภาวะต่างจากการหายใจ) ข้อมูลสนับสนุน					
1. ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากเมตาบอลิสม พบว่า หายใจช้า ตื่น สับสน ชัก หมดสติ	1	2	3	4	5
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากเมตาบอลิสม พบว่า หายใจเร็ว พีเอช สูงกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ปกติ หรือสูงกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตสูงกว่าปกติ	1	2	3	4	5
3. หัวใจเต้นเร็ว	1	2	3	4	5
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากภาวะหัวใจ พบว่า ภาวะหัวใจล้มลง ในระยะแรกเสียงท่อกหัวใจดังหรือหยุดท่อกหัวใจกับกระษ กเสียงออกแทนพวาระดับความรับรู้ตัวลดลง	1	2	3	4	5

ในกรณีที่ท่านไม่พบข้อวินิจฉัย ไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ ลงในรายการข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยนั้น

1 = ไม่พบหรือไม่ใช้เลย
2 = พบหรือใช้น้อยมาก
3 = พบหรือใช้เป็นบางครั้ง
4 = พบหรือใช้ได้บ่อย
5 = พบหรือใช้เกือบทุกครั้ง

5. ผู้ป่วยที่มีภาวะต่างจากการหายใจ ค่าก๊าซในเลือด พบว่า
 ทีเอช สูงกว่าปกติ ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์
 ต่ำกว่าปกติ ไบคาร์บอเนตปกติ หรือต่ำกว่าปกติ

1 2 3 4 5

6. มือเท้าเย็นได้เวลาเย็น

1 2 3 4 5

7. ตรวจพบ Trousseau's sign และ Chvostek's sign
 ให้ผลบวก

1 2 3 4 5

8. อื่น ๆ ระบุ

1 2 3 4 5

9. อื่น ๆ ระบุ

1 2 3 4 5

ภาคผนวก ข.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงค้ำเนื่อหาของแบบสอบถามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร. ศิริพร ชัมภลิจิต | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 2. อาจารย์อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์ | ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. อาจารย์ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ | ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. คุณสุจินต์ สุรภาคย์หงส์ | หัวหน้าฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 5. คุณกรรณิกา รุ่งเรืองกลกิจ | หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลหาดใหญ่ |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวนฤมล อนุมาศ
วัน เดือน ปีเกิด 24 พฤศจิกายน 2512 สถานที่เกิด จังหวัดนครศรีธรรมราช

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2534
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช	2537
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2541

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2534-ปัจจุบัน