

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลการใช้โปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลต่อคุณภาพการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีสึกษา โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา เป็นการนำโปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงต่างๆ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้พยาบาลใช้แทนการบันทึกการพยาบาลแบบเดิม โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

1. การบันทึกการพยาบาลและคุณภาพการบันทึกการพยาบาล
2. โปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล
3. โรคหลอดเลือดสมองและการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

การบันทึกการพยาบาลและคุณภาพการบันทึกการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล (กุลยา, 2543) เนื่องจากเป็นสิ่งที่ใช้เป็นหลักฐานแสดงผลการปฏิบัติงาน (ศรีสุกาญจน์, 2545) เป็นรายงานที่พยาบาลเขียนขึ้นเพื่อสื่อความหมายให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้รับทราบการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ และเป็นหลักฐานที่แสดงว่าพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมใดให้แก่ผู้ป่วย และสิ่งที่สำคัญ คือ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล (กุลยา, 2543; สุรีย์, 2540) ซึ่งบันทึกการพยาบาลประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การให้สุขศึกษา/สอนแก่ผู้ป่วย และการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (Denise, 1994) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยข้อความที่บันทึกต้องกระชับรัดเป็นจริง มีเหตุมีผลถูกต้อง สะท้อนให้เห็นถึงการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทั้งในบทบาทอิสระ และบทบาทร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ (collaborative role) (จินนระรัตน์, 2541) โดยบันทึกการพยาบาลมีองค์ประกอบดังนี้

1. องค์ประกอบของบันทึกการพยาบาล (ฟาริดา, 2541)

1.1 ข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งที่เป็นจากการซักถาม และข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.2 กิจกรรมการพยาบาล เป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยตามที่พึงปรารถนา และรวมถึงกิจกรรมอิสระที่พยาบาลจะต้องกระทำ ในบทบาทให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

1.3 ข้อมูลที่ได้จากการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการรักษาพยาบาล ผลการตรวจทางห้องทดลอง อาการและพฤติกรรมที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นไปตามเป้าหมายการพยาบาลหรือไม่ เพียงใด

2. วัตถุประสงค์ของบันทึกการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (วันดี, 2541; สุรีย์, 2540)

เพื่อการสื่อสาร โดยเป็นตัวกลางในการสื่อสารความหมายให้กับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ครบถ้วน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน อันจะก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บันทึกการพยาบาลยังเป็นรายงานการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่แต่ละเวรรับทราบ

เป็นเอกสารที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการให้การพยาบาล และเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการตัดสินใจกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล และนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามประเมินผลการพยาบาล เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย บันทึกรายงานของผู้ป่วยอาจนำไปเป็นเอกสารยืนยันในศาล เพื่อพิจารณาตัดสินประสิทธิภาพการดูแลของทีมสุขภาพ และยังสามารถนำไปแสดงต่อหน่วยงานประกันสังคมในรายที่ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บหรือทุพพลภาพ

3. ประโยชน์ของบันทึกการพยาบาล

จากวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าบันทึกการพยาบาลมีวัตถุประสงค์หลักๆ คือ เป็นเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ และเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ที่สะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วย โดยการดูแลนั้นสัมพันธ์กับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Denise, 1994) ซึ่งบันทึกการพยาบาลมีประโยชน์ดังนี้ (กุลยา, 2543)

3.1 ด้านการรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลที่สอดคล้องต่อเนื่องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นสิ่งแรกของการพยาบาลที่จำเป็นมาก ซึ่งบันทึกการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสื่อที่สำคัญ และยังแสดงถึงศักยภาพทางการพยาบาล หลักฐานความใส่ใจของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย และที่สำคัญยังเป็นเอกลักษณ์ทางการพยาบาล

3.2 ด้านการประกันคุณภาพการพยาบาล บันทึกการพยาบาลทุกประเภทเป็นแหล่งข้อมูลการประเมินคุณภาพที่สำคัญ เพราะบันทึกการพยาบาลจะสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล สื่อสภาพการพยาบาลที่เสนอให้เห็นปัญหาการพยาบาล แผนการพยาบาล การติดตามประเมินผล และการตรวจสอบคุณภาพ (audit) การพยาบาลจากเอกสารบันทึกการพยาบาล

3.3 ด้านบริหาร บันทึกการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลในการบริหารอัตรากำลังการสร้างเสริมประสิทธิภาพของการบริการ

3.4 ด้านการศึกษา บันทึกการพยาบาลให้ข้อมูลที่หลากหลาย เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาทั้งทางตรง และทางอ้อม สามารถใช้เพื่อการศึกษาและการเรียนรู้ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น การศึกษาเฉพาะกรณี การประชุมปรึกษา เป็นต้น

3.5 ด้านกฎหมาย บันทึกการพยาบาลเป็นเอกสารสำคัญทางการสื่อสารทางกฎหมาย พยาบาลต้องให้ความสนใจว่าบันทึกอย่างไรจะเป็นประโยชน์สำหรับการพยาบาลและตัวพยาบาล บันทึกการพยาบาลเป็นพยานทางเอกสารที่ช่วยพยาบาลในแง่กฎหมาย และรักษาไว้ซึ่งสิทธิผู้ป่วย

3.6 ด้านจริยธรรม บันทึกการพยาบาลเป็นการแสดงถึงความตระหนักต่อวิชาชีพ และความรับผิดชอบของพยาบาลที่พึงกระทำต่อผู้ป่วยที่รับผิดชอบ การบันทึกติดตามอย่างต่อเนื่องตามเวลา ตามอาการ ตามปัญหาที่ถูกต้อง ชัดตรง แสดงถึงความเป็นผู้มีจรรยาบรรณของพยาบาล

3.7 ด้านวิจัย รายงานบันทึกการพยาบาล เป็นแหล่งข้อมูลทางการวิจัยที่หลากหลายมาก ทั้งการศึกษาการพยาบาล การศึกษากระบวนการพยาบาล การศึกษาการพยาบาลกับกฎหมาย การบริหารการพยาบาล และศึกษาคุณภาพทางการพยาบาล

4. ลักษณะสำคัญของบันทึกการพยาบาล

จะเห็นได้ว่าบันทึกการพยาบาลมีประโยชน์มากมาย แต่การที่จะทำให้นักการพยาบาลนั้นๆ มีประโยชน์ได้สูงสุด บันทึกการพยาบาลจะต้องมีลักษณะสำคัญดังนี้มีลักษณะเฉพาะของกิจกรรมพยาบาลด้านคุณภาพและปริมาณ มีความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล เช่น การบันทึกบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกบทบาทร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การซักถาม การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ฯลฯ เป็นข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล จะต้องถูกบันทึกในรายงานของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง และอาจสะท้อนถึงความเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ความรับผิดชอบใน

วิชาชีพพยาบาล ข้อมูลทางการพยาบาล ต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ และคงอยู่ในแฟ้มของผู้ป่วยอย่างถาวร (จินนะรัตน์, 2541; ฟารีดา, 2541)

5. รูปแบบการบันทึกการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาล จะสามารถบันทึกได้ครอบคลุมดังกล่าวข้างต้นได้ พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจรูปแบบ และมีทักษะในการบันทึกการพยาบาล ผู้บันทึกจะต้องเรียนรู้หลักและวิธีการบันทึก ซึ่งวิธีการบันทึกการพยาบาลที่ใช้ มีดังนี้คือ (วงจันทร์, 2537; จินนะรัตน์, 2541; วันดี, 2541) การบันทึกโดยแหล่งที่มาของข้อมูล (source-oriented records) การบันทึกโดยปัญหา (problem oriented records) การบันทึกแบบประยุกต์การเน้นปัญหา การบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ (computer oriented records) การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (narrative records) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) การบันทึกที่ระบบชี้เฉพาะ (focus charting)

5.1 การบันทึกโดยแหล่งที่มาของข้อมูล (source-oriented records)

เป็นการบันทึกขณะปฏิบัติงาน เป็นการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการจำแนกตามแหล่งที่มาของข้อมูลหรือผู้เกี่ยวข้องกับข้อมูลนั้น เช่น บันทึกของพยาบาล ของแพทย์ นักกายภาพบำบัด รวมทั้งการบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก (วันดี, 2541; จินนะรัตน์, 2541) โดยข้อมูลของการบันทึก โดยแหล่งที่มาของข้อมูลสามารถยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ให้ข้อมูลรายละเอียดได้ตามต้องการความสามารถของผู้บันทึก ข้อเสีย คือ ผู้บันทึกที่ขาดความรู้ประสบการณ์ หรือขาดความสามารถในการบันทึกหรือไม่เห็นความสำคัญของบันทึก จะทำให้ข้อมูลขาดความสมบูรณ์ ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย (วันดี, 2541)

5.2 การบันทึกโดยปัญหา (problem oriented records)

เป็นการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยวิธีหนึ่ง โดยใช้ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย (patient's problem or needs) เป็นศูนย์กลางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (พวงรัตน์, 2536) และพิจารณาตัดสินปัญหาของผู้ป่วยโดยอาศัยข้อมูลในการพยาบาล (nursing history) เป็นสำคัญ ระบบการบันทึกโดยปัญหาประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นปัญหาของผู้ป่วย (วันดี, 2541)

5.2.1 องค์ประกอบของการบันทึกโดยปัญหา

องค์ประกอบของการบันทึกโดยปัญหา ประกอบด้วย (พวงรัตน์, 2536; วันดี, 2541)

5.2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน (database) เป็นข้อมูลที่รวบรวมขึ้นตั้งแต่วินิจฉัยผู้ป่วยใหม่ ประกอบด้วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะเศรษฐกิจ สังคม สภาพสิ่งแวดล้อม จิตใจ

5.2.1.2 รายการปัญหา (problem list) เป็นปัญหาที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเรียงลำดับความรุนแรง หรือความต้องการการช่วยเหลือก่อน-หลัง ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยอาจใช้คำว่า การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

5.2.1.3 แผนขั้นต้นหรือคำสั่ง (initial plan or orders) เป็นขั้นของการวางแผนแก้ปัญหา โดยวางแผนแก้ปัญหา ตามลำดับความสำคัญของปัญหาที่วางไว้ และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหานั้น

5.2.1.4 รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วย (progress notes) เป็นผลของการพยาบาล หรือการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของปัญหา ต้องทำทุกครั้งที่ให้การพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องให้การสังเกตเป็นสำคัญ (subjective and objective observation) การเขียนรายงานความก้าวหน้ามีแนวทาง คือ “SOAP” แต่ตำราบางตำราเพิ่ม E “SOAPE”

S-Subjective data เป็นข้อมูลที่ได้รับบริการบอกเล่า

O-Objective data (Clinical findings) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ตรวจร่างกาย และ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

A-Assessment เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้

P-Planing เป็นการวางแผนแก้ไขปัญหานั้น

E-Evaluation การประเมินผลหลังการแก้ไขปัญหานั้น

ข้อดีของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา มีดังนี้คือ ทำให้ทีมสุขภาพรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว

ข้อเสียของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (สุริย์, 2540) คือ การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงจะได้รับประโยชน์เต็มที่ ถ้าการดูแลผู้รับบริการ แยกออกเป็นส่วนต่างๆและไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยแก้ไขปัญหานั้นของผู้รับบริการได้

5.3 การบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ (computer oriented records)

เป็นการนำคอมพิวเตอร์ มาใช้ในระบบข้อมูลต่างๆ ซึ่งทำให้สะดวก รวดเร็ว พยาบาลสามารถเรียกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยออกมาตรวจสอบ การปรับแผนการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์

ที่ได้พัฒนาขึ้นมาทั้งสิ้น นอกจากนี้การบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ ยังสามารถต่อเชื่อมข้อมูลจากหน่วยงานอื่นๆในทีมสุขภาพได้ ทำให้สะดวกรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร (วันดี, 2541)

5.4 การบันทึกแบบประยุกต์การเน้นปัญหา

เป็นการบันทึกการพยาบาล โดยแยกการบันทึกออกจากของแพทย์ และการบันทึกของสหสาขาอื่นๆ โดยที่พยาบาลยังคงมีแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลพื้นฐานในการประเมินสภาพผู้รับบริการครั้งแรกและมีแบบฟอร์มบันทึกรายการปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบเอส โอเอพี (SOAP)

5.5 การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (narrative records)

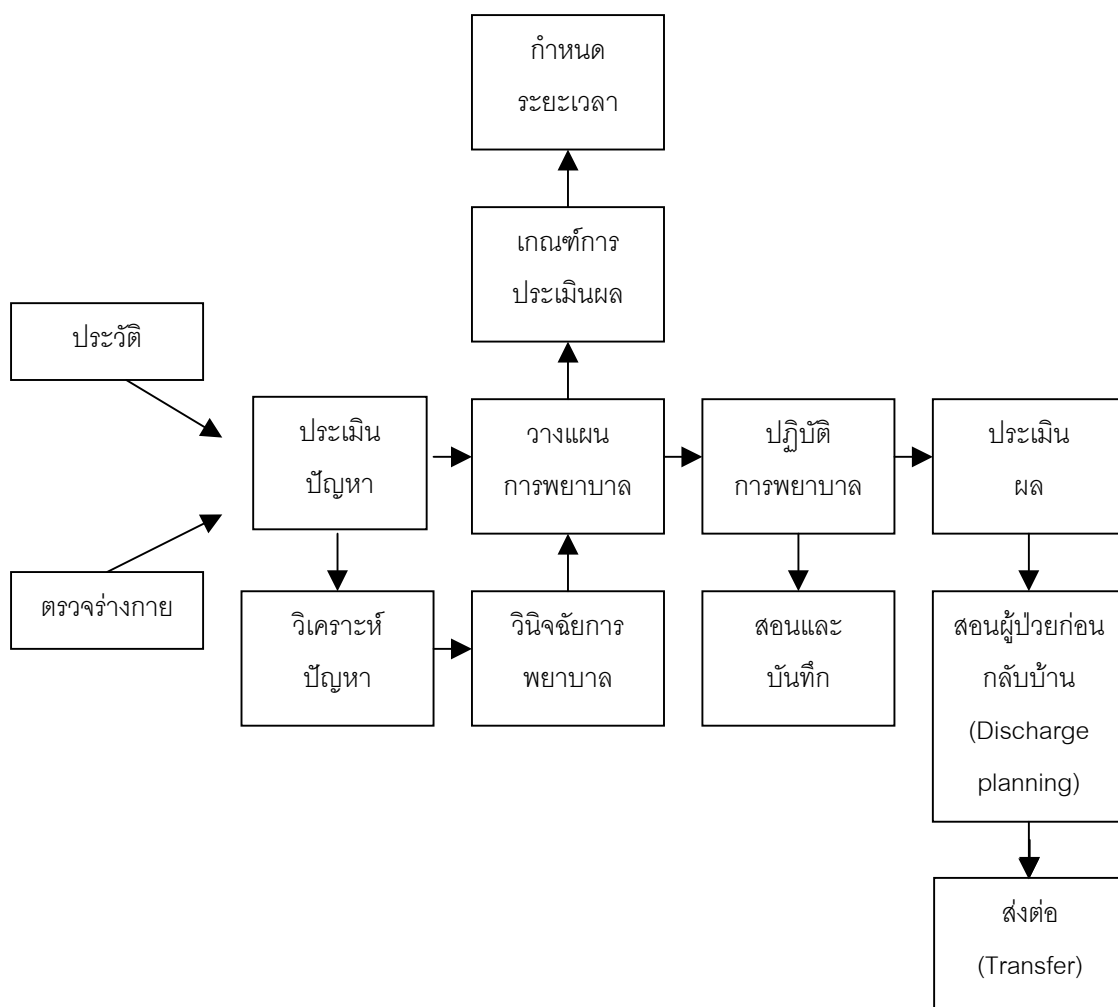
เป็นรูปแบบที่พยาบาลทุกคนรู้จัก และนิยมใช้กันมาก เป็นการบันทึกบอกเล่าเรื่องราวที่บันทึกตามสิ่งที่สังเกตได้ อาจบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ก่อน-หลัง หรือเป็นบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย (สุริย์, 2540)

ข้อดีของการบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (สุริย์, 2540) มีดังนี้ คือ เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย มีความคุ้นเคยจึงรู้สึกสะดวกในการปฏิบัติ สามารถใช้ร่วมกับบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆได้ โดยง่าย การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว ถ้าบันทึกอย่างถูกต้อง ต้องประกอบด้วย ปัญหาการดูแล และการตอบสนองของผู้ป่วย ระบบบันทึกแบบนี้เป็นระบบการบันทึกที่เขียนได้ง่าย รวดเร็วเมื่ออยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่ต้องคิดถึงกระบวนการบันทึก

ข้อเสียของการบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (สุริย์, 2540) มีดังนี้คือ เป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงาน จึงมีผลให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดูแล ไม่มีการระบุปัญหาให้ชัดเจน และขาดการวิเคราะห์ ข้อมูล ไม่สะท้อนให้เห็นความสามารถการคิดเชิงวิเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาล การบันทึกไม่มีความสม่ำเสมอในการกำหนดปัญหา เนื่องจากการกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะของพยาบาลแต่ละคน จึงทำให้ขาดความต่อเนื่อง ขาดความสมบูรณ์ไม่มีการรอบแนวคิดในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล หรืออาจขาดการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

5.6 การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process)

เป็นการบันทึกที่มีการระบุปัญหา บอกถึงการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหา และผลการปฏิบัติ นั่นคือ การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ส่วนที่บันทึก 3 ส่วน (สุริย์, 2540) คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล ดังแสดงในภาพ 1 (Denise, 1994)



ภาพ 1

แสดงขั้นตอนการบันทึกการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล 15 (Ellen Thomas Egglend, 1990 Cite by Denise, 1994 : 42)15

ซึ่งโปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลก็เป็นโปรแกรมที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล โดยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปრაกฏการณ์ทางการพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการจะบันทึกการพยาบาลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด เหมือนขั้นตอนการบันทึก ดังภาพที่ 1 เช่นเดียวกัน

ข้อดีของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีดังนี้ คือ มีการบอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาชัดเจน การจะเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้จะต้องผ่านการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลชัดเจน เป็นจริง แสดงถึงความรู้เชิงวิชาชีพการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการ

พยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินผลการทำงานชัดเจนทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมทันเวลา สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล และกระตุ้นให้มีการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อเสียของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีดังนี้ คือ ไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากข้อดีของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้มองเห็นความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน และบอกถึงศักยภาพของพยาบาล และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล สามารถติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่าย แต่ก็ไม่สามารถใช้ได้ในทุกสถานการณ์หรือในผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย

5.7 การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติการและการประเมินผล (DAR, DAE)

เป็นการบันทึกข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีจุดชี้เฉพาะ วิธีการบันทึกและวัตถุประสงค์ดังนี้ (สุรีย์, 2540) จุดชี้เฉพาะ ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญ หรือพฤติกรรมขณะนั้น อาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผลที่สำคัญของการรักษา

วิธีการบันทึกแบบชี้เฉพาะ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูล (data) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากใบรายงานต่างๆ การสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรม ส่วนที่ 2 เป็นอาการและอาการแสดง การปฏิบัติการ (action) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ ส่วนที่ 3 คือ การตอบสนอง (response) เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล การรักษา และการประเมินผล (evaluation) ใน DAE ได้แก่ การประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลในรูปแบบ DAR และ DAE มีรายละเอียดคล้ายคลึงกัน (อารี, 2537; สุรีย์, 2540) ดังภาพ 2

| รูปแบบของ DAR | รูปแบบของ DAE |
|---|--|
| 1. Data ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ป่วย สภาพของผู้ป่วย (Patient status) และการสังเกตของพยาบาล | 1. Data ได้แก่ ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) |
| 2. Action ได้แก่ แผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล | 2. Action ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย |
| 3. Response ได้แก่ การตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาพยาบาล | 3. Evaluation ได้แก่ การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการกระทำของพยาบาล |

ภาพ 2

แสดงรายละเอียดการบันทึกการพยาบาลในรูปแบบ DAR และ DAE 17

5.7.3 วัตถุประสงค์ของระบบชี้เฉพาะ

ระบบการบันทึกที่ระบบชี้เฉพาะเป็นการบันทึกข้อมูลที่แสดงถึงความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล มีวัตถุประสงค์ คือ ลดการซ้ำซ้อนในการบันทึก ทำให้ง่ายต่อการบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่าง ชัดเจน ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหาแต่อาจเป็นสิ่งที่ ผู้ป่วยสนใจ ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล และทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ

ระบบการบันทึกแต่ละแบบมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ไม่เหมือนกัน ระบบบันทึกบางแบบ พยาบาลต้องใช้ความสามารถในการบันทึกจึงจะสามารถบันทึกการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และในบางสถานการณ์ อาจต้องใช้ระบบการบันทึกหลายแบบในการบันทึกการพยาบาล จึงจะทำให้บันทึกการพยาบาลนั้นมีคุณภาพ

6. คุณภาพการบันทึกการพยาบาล

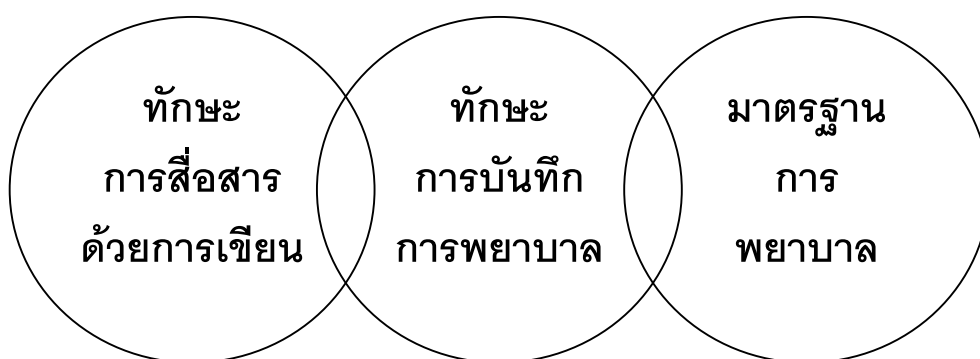
บันทึกการพยาบาลมีความสำคัญ เนื่องจากสามารถสะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งกระทำกับผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการตัดสินใจของพยาบาลได้เป็นอย่างดี (ฟาริดา, 2541) นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงอาการของผู้ป่วย ความร่วมมือของทีมสุขภาพ (Garca, 1998) และที่สำคัญที่สุดบันทึกการพยาบาลเป็นเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเกณฑ์หนึ่งอีกด้วย (Kurtz, 2003)

6.1 ปัจจัยการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ

การบันทึกที่มีคุณภาพประกอบด้วยปัจจัยการบันทึกที่สำคัญ 2 ประการคือ (กุลยา, 2543)

6.1.1 ทักษะการสื่อสารด้วยการเขียน หมายถึง พยาบาลต้องมีความสามารถในการเขียน การใช้คำศัพท์และความสามารถในการสื่อความที่สั้นและเข้าใจง่าย อ่านแล้วเข้าใจตรงกัน

6.1.2 ทักษะการบันทึกการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล สิ่งที่พยาบาลต้องรับรู้และเข้าใจคือมาตรฐานการพยาบาล โดยเฉพาะการบันทึกต้องบ่งชี้ให้เห็นว่ามีการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ประการ เชื่อมต่อกัน ดังภาพ 3 ดังนี้



ภาพ 3

แสดงการเชื่อมต่อกันของปัจจัยการบันทึกการพยาบาล 18 (กุลยา, 2543 : 33)

นอกจากปัจจัย 2 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นยังมีอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการบันทึกที่มีคุณภาพ คือประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่าการบันทึกที่มีคุณภาพนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องกระบวนการพยาบาล มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ซึ่งจะทำให้วิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยปัญหาการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มองเห็นการพยาบาลในภาพรวม สามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุม ซึ่งอาจจะมีผลให้พยาบาลสามารถบันทึกการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับแนวคิดของเบนเนออร์ ที่ได้กล่าวไว้ว่า ความเชี่ยวชาญเป็นสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในการปฏิบัติงาน โดยเบนเนออร์ได้นำรูปแบบของเดย์ฟัส (Dreyfus model) มาอธิบายกระบวนการสะสม

และพัฒนาทักษะความสามารถของพยาบาล จำแนกเป็น 5 ระดับ (กนกนุช, ศิริวัลท์ และ ดาร์สนี, 2541) ดังนี้

ระดับที่ 1 พยาบาลระยะทดลองงาน (Novice) เป็นระยะที่พยาบาลยังไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะปฏิบัติ ในระยะนี้จะทำงานโดยยึดกฎเกณฑ์ต่างๆอย่างเคร่งครัด ไม่มีการยืดหยุ่น มักจะพบว่ากฎเกณฑ์ที่ยึดถือนั้นไม่สามารถช่วยให้งานประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

ระดับที่ 2 พยาบาลระยะเริ่มต้นการปฏิบัติงาน (Advance beginner) เป็นระยะที่เริ่มทำงานในระดับที่ยอมรับได้ในระดับต้น สามารถเผชิญกับสถานการณ์จริงที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว โดยใช้หลักการกว้างๆ เป็นแนวทางในการประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมเป็นรายกรณี แต่ยังคงต้องยึดหลักการและกฎเกณฑ์ต่างๆ มีความต้องการการชี้แนะ ความช่วยเหลือและการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะทำอะไรควรทำก่อน-หลัง

ระดับที่ 3 พยาบาลชำนาญงาน (Competent) เป็นระยะที่พยาบาลมีประสบการณ์ในงานที่ทำเป็นประจำเป็นเวลา 2-3 ปี สามารถปฏิบัติด้วยการตระหนักรู้หรือมองเห็นเป้าหมาย การปฏิบัติงานในระยะยาว สามารถวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและสามารถเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินหรือเหตุการณ์เฉพาะหน้า ในระยะนี้พยาบาลมักคิดว่าตนเองมีความรู้มาก แต่ในความเป็นจริงยังมีความรู้ไม่มากนัก

ระดับที่ 4 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Proficient) เป็นระยะที่พยาบาลมีประสบการณ์เป็นเวลานาน 3-5 ปี สามารถมองเห็นการพยาบาลในภาพรวมมากกว่าการมองด้านใดด้านหนึ่ง มีหลักการในการปฏิบัติ โดยใช้ทั้งการรับรู้สถานการณ์จริงและการรับรู้จากประสบการณ์ พยาบาลที่พัฒนาความสามารถมาถึงขั้นนี้จะมีการสร้างองค์ความรู้แบบอุปมาน ค้นพบความรู้ใหม่ที่ยังไม่เคยทราบมาก่อน สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ล่วงหน้า ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพด้วยการวินิจฉัยอาการเตือน

ระดับที่ 5 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญพิเศษ (Expert) เป็นระยะที่พยาบาลมีประสบการณ์มาก มีความเข้าใจในสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง สามารถวินิจฉัยปัญหาได้อย่างถูกต้อง ไม่ผิดพลาดหรือคลุมเครือ เป็นระยะที่ไม่ยึดติดกับหลักการกฎเกณฑ์ต่างๆ แต่เป็นการใช้ความรู้ลึก การคาดเดาที่เกิดจากประสบการณ์และทักษะการวิเคราะห์ปัญหาในระดับสูง โดยไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆมาก่อน อย่างไรก็ตามไม่ใช่พยาบาลทุกคนจะสามารถพัฒนาตนเองให้ถึงระดับนี้ได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่ทำงานเป็นระยะเวลา 2-3 ปี ยังขาดประสบการณ์และขาดความเชี่ยวชาญในงานที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ของงานที่ออกมาผิดพลาดได้ หรืองานขาดคุณภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของบันทึกการพยาบาล

6.2 หลักการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ

หลักการบันทึกการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพจะช่วยลดความซับซ้อนของปัญหาของผู้ป่วย เพราะเกิดความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยที่ตรงกัน และสามารถให้การรักษายาบาลได้ถูกต้อง ดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ซึ่งบันทึกการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ มีลักษณะดังนี้ (กุลยา, 2543; ศรีสุกาญจน์, 2543)

6.2.1 เนื้อหาที่บันทึกต้องมีข้อความกระชับรัด สั้นได้ใจความ ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง และเนื้อหาที่บันทึกต้องแสดงให้เห็นถึงเวลาที่บันทึกตรงกับอาการที่ปรากฏ อาการและความรุนแรงของอาการ ความผิดปกติของสัญญาณชีพที่เกี่ยวข้อง สัญญาณอันตราย ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลง การแก้ปัญหาอาการของผู้ป่วยและผลการแก้ปัญหา

6.2.2 วิธีการบันทึก ต้องมีประเด็นอย่างน้อย 3 ประเด็น คือ อาการของผู้ป่วย การพยาบาลที่ให้และการติดตามผล ถ้ามีการรักษาก็ต้องเขียนการรักษาลงไปด้วย การเขียนต้องชัดเจน ไม่ใช่คำย่อ ถ้ามีคำย่อก็ต้องเป็นคำย่อสากล เขียนให้เป็นระเบียบ อ่านง่าย ไม่ซับซ้อนขีดฆ่า ห้ามใช้เครื่องหมายละใจความ (“---”)

6.2.3 ความถี่ของการบันทึก การบันทึกควรลงเวลาให้ตรงกับความเป็นจริง บันทึกการพยาบาลทันทีหลังให้การพยาบาล และเรียงลำดับความสำคัญ ควรมีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญต้องมีความเที่ยงตรง

หลักการบันทึกการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพดังกล่าวข้างต้น มีหลักการ (ศรีสุกาญจน์, 2545) ที่สอดคล้องกับหลักการประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของกองการพยาบาลดังนี้

1. ความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ลงแบบฟอร์มมีความถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง และเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดง ตามสภาวะโรคและสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย

2. ความครบถ้วน (complete) หมายถึงการบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่อง สามารถระบุปัญหา ความต้องการ ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยยึดปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

3. ความชัดเจน (clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข เครื่องหมายต่างๆ ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากล

4. ได้ใจความ (concise) หมายถึงการบันทึกที่มีความกระชับ สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านเข้าใจง่ายและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และชี้บ่งให้เห็นความก้าวหน้าในการพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที

จะเห็นได้ว่าการบันทึกที่มีคุณภาพนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องกระบวนการพยาบาล มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้วิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยปัญหาการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มองเห็นการพยาบาลในภาพรวม สามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุม ซึ่งอาจจะมีผลให้พยาบาลสามารถบันทึกการพยาบาลได้ครอบคลุม ปัญหาของผู้ป่วย

นอกจากปัจจัยด้านความรู้และประสบการณ์การปฏิบัติงานแล้ว เวลาในการบันทึก การเห็นความสำคัญของการบันทึกการพยาบาล ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การบันทึกการพยาบาลมีคุณภาพ แต่ในทางปฏิบัติจริงพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เนื่องจากขาดทักษะ และไม่ชอบใช้กระบวนการพยาบาล (ดวงเดือน, 2544) ปัญหาที่พยาบาลมีภาระงานมาก ยุ่งตลอดเวลา (สมจิต, 2543) จากที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก อัตรากำลังพยาบาลมีไม่เพียงพอ การทำงานจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเร่งด่วน เพื่อให้งานเสร็จทันกับเวลา แต่การบันทึกการพยาบาลต้องใช้เวลามากในการบันทึก ทำให้พยาบาลเขียนบันทึกการพยาบาลได้ไม่ดี (ดวงเดือน, 2544) นอกจากนี้ยังขาดการบันทึกการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (จริตภรณ์ และ ยุพิน, 2544) ไม่ได้ระบุปัญหาของผู้ป่วย บันทึกแต่กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติแก่ผู้ป่วยตามเวลา กิจกรรมการพยาบาลที่บันทึกก็มีได้ระบุชัดเจนว่าแก้ไขปัญหาใด ปัญหาของผู้ป่วยที่เขียนบันทึกเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และมักเขียนเป็นปัญหาทางด้านร่างกายของผู้รับบริการเท่านั้น (ทัศนีย์ และ เบญญา, 2543) นอกจากนี้พยาบาลยังมองการบันทึกว่าเป็นงานน่าเบื่อ หรือเป็นงานที่ลดเวลาการทำงานของการพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาล (Gropner, 1989 อ้างตาม สายสมร, ศิริพันธ์ และ วนิดา, 2542) ทั้งนี้สาเหตุของการบันทึกการพยาบาลที่ขาดคุณภาพ อาจเนื่องจากพยาบาลขาดความรับผิดชอบในการบันทึก ขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก ประสบการณ์ในการบันทึกแบบใช้กระบวนการพยาบาลมีน้อย (Cottom, 2002) เนื่องจากการบันทึกการพยาบาลเป็นสิ่งที่บันทึกยุ่งยาก ซับซ้อนต้องมีการฝึกทักษะ และเอาใจใส่อยู่เสมอ (อริยา, สนธยา และ อภรณ์, 2537) ขาดแนวทางการบันทึกทางกาย จิต สังคม อารมณ์และเศรษฐกิจ ขาดความเข้าใจต่อเนื่องระหว่างการประชุมสภาพกับการเขียน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ไชแสง, 2542) และรูปแบบที่ใช้ในการบันทึกทั้งแบบการบันทึกแบบเน้นปัญหา การบันทึกแบบเน้นแหล่งข้อมูล เป็นแบบบันทึกที่ขาดความสมบูรณ์ในขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ขาดความต่อเนื่องของข้อมูล (วงจันทร์, 2537) สำหรับแบบบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องที่ใช้กันในปัจจุบัน เป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อยๆ ขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหาการบันทึกเนื่องจากไม่มีกรอบแนวคิด ข้อมูลที่ได้ยากที่จะทราบความก้าวหน้า ปัญหาที่ผ่านมาจึงยากที่จะประเมินผลคุณภาพการพยาบาล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งที่ป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกการพยาบาล

โปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล

ระบบการจำแนกทางการพยาบาล (Nursing Classification System) เริ่มขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1973 ได้ริเริ่มให้มีการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล ใน ปี ค.ศ 1977 พยาบาลในสหรัฐอเมริกา ได้จัดประชุมในระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลเกิดความสนใจข้อมูลทางการพยาบาล ระบบจำแนกทางการพยาบาลที่ได้รับการรับรอง และใช้แพร่หลายในนานาประเทศได้แก่ ระบบการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลอเมริกาเหนือ (North America Nursing Diagnosis Association: NANDA) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC) การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ระบบโอมฮาซ่า (Omaha System: Application for Community Health Nursing) การจำแนกการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Classification: HHCC หรือ Saba) และการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล (International Classification of Nursing Practice: ICNP) (วีณา, 2544)

ในที่นี้จะกล่าวเพียง 3 ระบบ คือ การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล

1. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC)

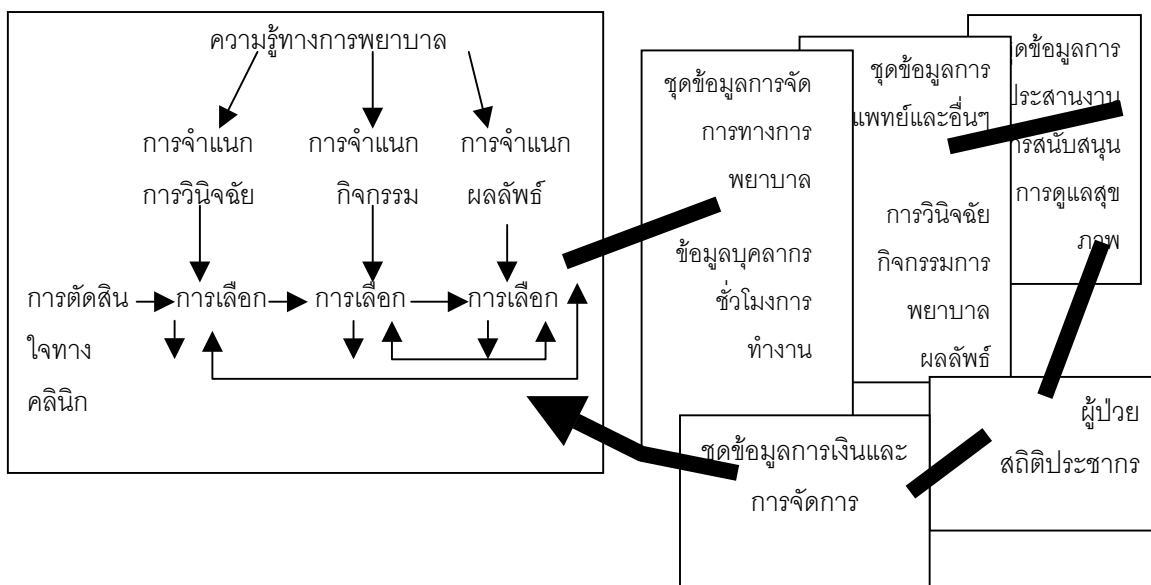
การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล พัฒนาโดยทีมีวิจัยของ มหาวิทยาลัยไอโอวา (IOWA University) ประเทศสหรัฐอเมริกาด้วยการสนับสนุนของศูนย์การวิจัยทางการพยาบาลนานาชาติ (National Centre for Nursing Research) พิมพ์ออกเผยแพร่ครั้งแรกในปี 1992 และพิมพ์เผยแพร่ครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ.1996 (เกียรติศรี, 2541)

1.1 วัตถุประสงค์การพัฒนาการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล

วัตถุประสงค์ในการพัฒนาการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล คือ (McCloskey & Bulechek, 1996)

1.1.1 เป็นมาตรฐานระบบการเรียกชื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดปัญหาที่พยาบาลใช้คำหลายคำในการปฏิบัติกิจกรรมเดียวกัน ซึ่งสร้างความสับสนระหว่างคำที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

1.1.2 ขยายความรู้ทางการพยาบาลเกี่ยวกับการเชื่อมโยงระหว่างวิธีการวินิจฉัยทางการพยาบาล การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยถ้าเชื่อมโยงชุดข้อมูลทางการพยาบาลดังกล่าวได้ ก็จะทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ และสามารถเชื่อมโยงกับชุดข้อมูลอื่นๆ ก็จะทำให้พยาบาลมีทางเลือกในการให้การดูแลผู้ป่วยและประชาชนได้อย่างดีที่สุด ดังภาพ 4



ภาพ 4

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการจำแนกความรู้ทางการพยาบาลกับการตัดสินใจทางคลินิกและการเชื่อมโยงชุดข้อมูลทางการพยาบาลกับชุดข้อมูลอื่นๆ (วีณา, 2544; McCloskey & Bulechek, 1996)

1.1.3 พัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล สำหรับนำบันทึกการพยาบาลไปบันทึกในคอมพิวเตอร์ เป็นสิ่งที่ให้พยาบาลสอน

1.1.4 สอนการตัดสินใจแก่นักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถตัดสินใจตอบสนองความต้องการผู้ป่วยที่เหมาะสม

1.1.5 ช่วยในการตัดสินใจคิดค่าบริการทางการแพทย์ของพยาบาล

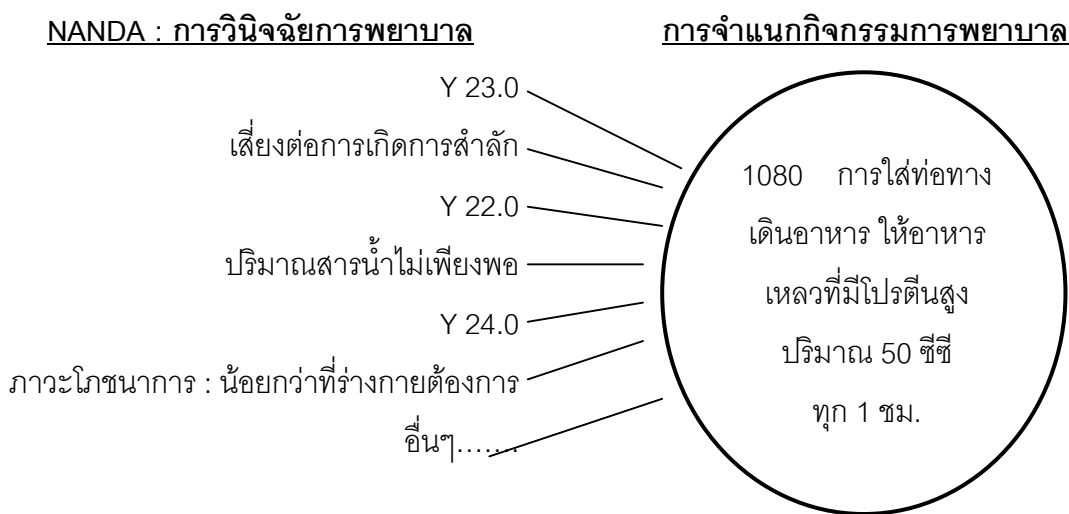
1.1.6 ใช้ในการวางแผนความต้องการด้านทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1.7 เป็นภาษามาตรฐานสากลที่ใช้สื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล และกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อสื่อสารให้เห็นว่าการพยาบาลเป็นลักษณะเฉพาะของวิชาชีพ และมีคุณภาพเหมือนกับวิชาชีพอื่นๆ

1.1.8 ทำให้เชื่อมโยงระบบข้อมูลทางการแพทย์กับข้อมูลอื่นๆของทีมสุขภาพ รูปแบบสถาปัตยกรรมการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล มีลักษณะเป็นการจำแนกแบบหลายลำดับชั้นหรือหลายแกน (poly-hierarchical or multi-axial classification) การเชื่อมโยงในโครงสร้างเป็นแบบต้นไม้ (วีณา, 2544) โดยโครงสร้างของการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ลำดับชั้นข้อมูล (level of taxonomy) โดยข้อมูลในระดับบนสุดประกอบด้วยขอบเขตของกิจกรรม (intervention domain) มี 7 โดเมน ข้อมูลในระดับที่ 2 คือ ชั้น (classes) มี 30 ชั้น และข้อมูลในระดับที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมทางการแพทย์ (intervention) 486 กิจกรรม ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การรักษาสสมดุลกรด-ด่าง (acid-Base management) และทางด้านจิตสังคม เช่น การลดความวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาล เช่น การรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการป้องกันความเจ็บป่วย เช่น การป้องกันการหกล้ม และกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งระบบการรักษาพยาบาลทางอ้อม เช่น การเสริมความรักในครอบครัว การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน การตรวจตราชุดฉุกเฉิน เป็นต้น (McCloskey & Bulechek, 1996) กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วยรหัสกิจกรรม (code) ชื่อของกิจกรรม (labels) ความหมาย(definitions) และกลุ่มของการกระทำ องค์ประกอบกิจกรรมทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสำคัญต่อการออกแบบ เพื่อให้กิจกรรมการพยาบาลมีความหมายเหมือนกันสำหรับพยาบาลทุกคน ข้อความของกิจกรรมการพยาบาลจะมีค่านามเป็นหลักของการจัดชื่อกิจกรรม เช่น การจัดให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย (วีณา, 2544)

นอกจากนี้การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลจะมีตัวเลขประจำ (unique number) กำกับไว้ทุกรายการ จึงนำไปใช้กับคอมพิวเตอร์ได้ดี และสามารถเชื่อมโยงกับ NANDA การจำแนก

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระบบโอมาฮา (Omaha system) แลปส์ (RAPS) และระบบโอเอซิส (OASIS system) (McCloskey & Bulechek, 1996; เกียรติศรี, 2541) ได้ดี คำปรัชญาที่ว่า กิจกรรม การพยาบาลเป็นการกระทำตามเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ ดังภาพ 5 ที่แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลกับ NANDA



ภาพ 5

แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลจำแนกกิจกรรมการพยาบาลกับ NANDA 25 (วีณา, 2544)

2. การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC)

จอห์นสัน มาส์ (Johnson, Maas) และทีมจากมหาวิทยาลัยไอโอวา ได้เริ่มพัฒนาการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากการให้การพยาบาล การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลพัฒนาขึ้น (Marion & Maas,1997)

2.1 วัตถุประสงค์ของการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2.1.1 สร้างสรรภาษามาตรฐานสำหรับวิชาชีพการพยาบาล เพื่อใช้ในการทดสอบ การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการประยุกต์รูปแบบที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยการพยาบาล การรักษาพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

2.1.2 สนับสนุนการจัดการสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์

2.1.3 ใช้ในสารสนเทศทางการพยาบาลทางคลินิก

2.1.4 พัฒนาความรู้ทางการพยาบาล และด้านการศึกษาทางวิชาชีพพยาบาล

2.1.5 ประเมินประสิทธิผลการรักษาพยาบาล

การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล จะอธิบายสภาวะของผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ตอบสนองการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งบุคคล และชุมชน และสามารถใช้วัดทั้งทางพฤติกรรมและการรับรู้ นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลยังเป็นระบบที่สำคัญ เนื่องจากเป็นระบบที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ(วิลนา, 2544; Gordon, 1998)

2.2 โครงสร้างการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

โครงสร้างของการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ลำดับชั้นมีการเชื่อมโยงในรูปโครงสร้างแบบต้นไม้เหมือนกับกรจำแนกกิจกรรมการพยาบาล

2.2.1 ระดับที่ 1 ประกอบด้วยขอบเขตของผลลัพธ์ (domain) 7 โดเมน ได้แก่ ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการทำหน้าที่ (functional) ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยา (physiologic) ด้านจิตสังคม (psychosocial) ความรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรม (health knowledge and behavior) การรับรู้สุขภาพ (perceived health) สุขภาพครอบครัว (family health) และสุขภาพของชุมชน (community health) (Marion & Maas,1997; Gordon, 1998; วิลนา, 2544)

2.2.2 ระดับที่ 2 ประกอบด้วยประเภทผลลัพธ์ (outcomes class) 29 ผลลัพธ์

2.2.3 ระดับที่ 3 ประกอบด้วยผลลัพธ์ (out comes) 260 รายการ แบ่งเป็นผลลัพธ์ทางด้านบุคคล 247 รายการ ครอบคลุม 7 รายการ และชุมชน 6 รายการ (วิลนา, 2544) แต่ละรายการผลลัพธ์ประกอบด้วย รหัสผลลัพธ์ (code) ชื่อของผลลัพธ์ (Labels) ความหมาย (definition) ตัวบ่งชี้ (indication) และมาตรวัดผลลัพธ์ (outcome measurement scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดผลลัพธ์ ของการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยเครื่องมือวัดเป็นมาตรวัดอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (a five-point Likert scale) ซึ่งตัวเลือกตอบมีทั้งหมด 16 รายการ โดยกำหนดให้ 5 หมายถึง สภาวะผู้ป่วยที่พึงประสงค์มากที่สุด และ 1 หมายถึง สภาวะผู้ป่วยที่พึงประสงค์น้อยที่สุด (Marion & Maas,1997)

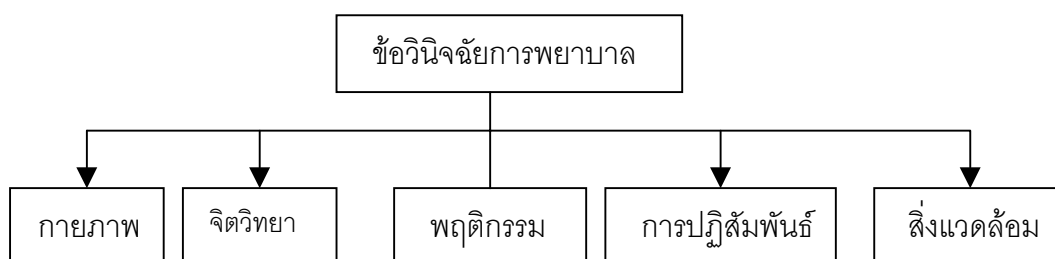
การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลเชื่อมโยงได้กับ NANDA ซึ่งเกี่ยวข้องกับกรวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 2544) และเชื่อมโยงกับระบบโอมาฮา (Omaha system) แลปส์ (RAPS) และระบบโอเอซิส (OASIS system) และการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (University of Iowa, 2003)

จะเห็นว่าระบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้รับการแปลเป็นภาษาต่างประเทศหลายภาษา นำไปใช้ในหลายประเทศ และได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ American Nurses Association (ANA) ได้รับการ

ยอมรับให้รวมอยู่ใน Metathesaurus for a Unified Medical Language by National Libery of Medicine ได้รับการยอมรับให้รวมไว้ในดัชนี Cumulative Index of Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) และสถาบันอื่นๆ (เกียรติศรี, 2541) และจะเห็นว่าทั้ง 2 ระบบมีประโยชน์ทางการพยาบาลมาก แต่วิธีการใช้ค่อนข้างยุ่งยาก เพราะระบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล แยกวินิจฉัยทางการพยาบาลและการบำบัดทางการพยาบาลออกจากกัน ดังนั้นเวลาใช้ต้องเชื่อมโยงการวินิจฉัยทางการพยาบาลและการบำบัดทางการพยาบาลเข้าด้วยกัน และสำหรับระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลก็ต้องเชื่อมโยงกับชุดข้อมูลทางการพยาบาลอื่นๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งค่อนข้างยุ่งยาก เสียเวลา ดังนั้นสมาชิกของสภาการพยาบาลนานาชาติจึงได้ร่วมกันพัฒนาระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลขึ้น

3. การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล (International Classification of Nursing Practice: ICNP)

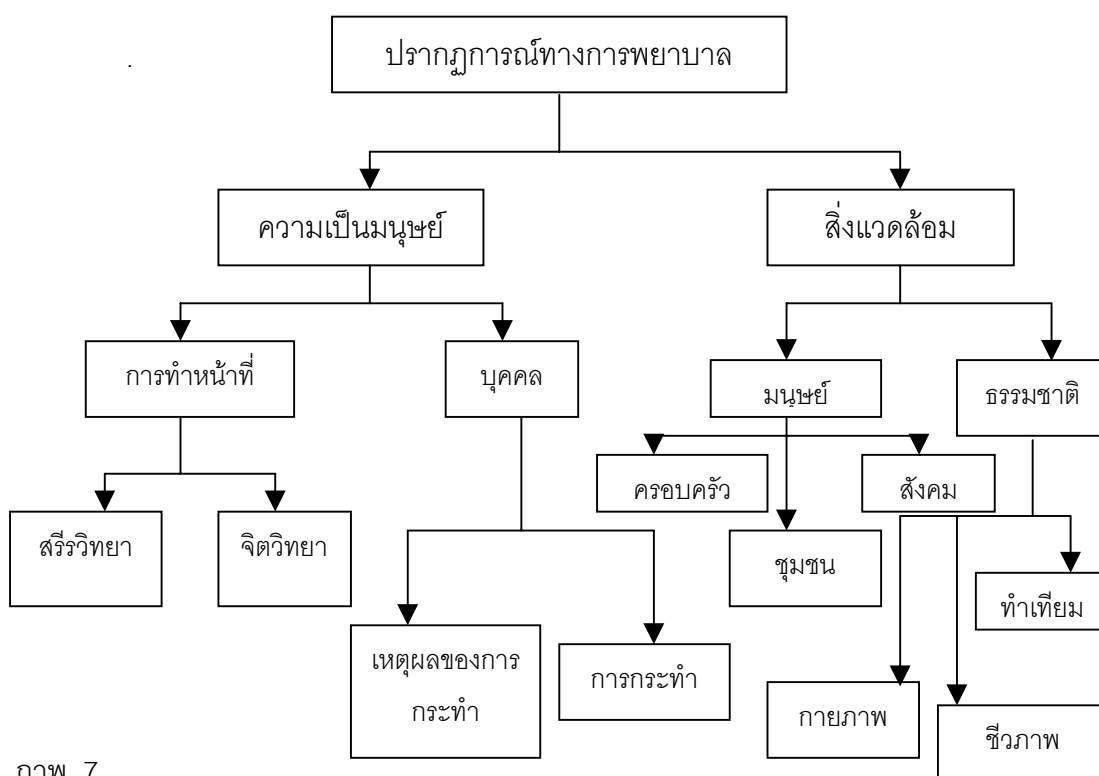
การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล เป็นระบบที่สภาการพยาบาลนานาชาติ (The International Council of Nurse: ICN) และสมาพันธ์พยาบาลนานาชาติ ซึ่งมีสมาชิกมากกว่า 120 ประเทศ ได้สร้างขึ้น โดยเริ่มโครงการในปี ค.ศ.1989 ประชุมที่กรุงโซลและในปี ค.ศ.1991-1993 ได้มีการค้นคว้า สืบจากสมาชิกที่นำระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลไปใช้และพัฒนา ต่อมาได้มีการทดสอบถึงความเป็นไปได้และประโยชน์ที่จะนำมาใช้ทั่วโลกและปรับปรุงพัฒนาเป็นรุ่นที่ 1 โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (intervention) และผลลัพธ์ (outcome) เนื้อหารายละเอียดมีดังนี้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลประกอบด้วย กายภาพ จิตวิทยา พฤติกรรมของมนุษย์ การปฏิสัมพันธ์ สิ่งแวดล้อม โดยในแต่ละส่วนมีองค์ประกอบย่อยๆ ดังแสดงในภาพ 6 ต่อไปนี้



ภาพ 6

แสดงโครงสร้างของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลรุ่นที่ 1 27

ในปี ค.ศ 1994 ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในชุมชนและระบบการพยาบาลปฐมภูมิ โดยได้ประชุมร่วมกันของพยาบาล 9 ประเทศ คือ แอฟริกา ประเทศในอเมริกาเหนือและใต้ เพื่อทดลองนำระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลไปใช้ ทดสอบศักยภาพของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลในการนำไปใช้ในระดัปฐมภูมิ (Wake&Coenen, 1998) และในปีค.ศ. 1996 ได้ออกระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลรุ่นแอลฟา (Alpha version) ซึ่งรุ่นแอลฟายังคงมีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบองค์ประกอบที่ 1 เหมือนเดิมแต่เปลี่ยนจากข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (nursing intervention) มีแกนเดียว ประกอบด้วยโครงสร้างดังภาพ 7



ภาพ 7

แสดงโครงสร้างของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลรุ่นแอลฟา 28

องค์ประกอบหลักตัวที่ 2 คือกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) มี 6 แกน ดังนี้

- แกน A การกระทำ (Action type)
- แกน B กรรม (Object)
- แกน C วิธีกร (Approachs)

แกน D สื่อกลาง (Means)

แกน E ส่วนของร่างกาย (Body sites)

แกน F เวลา/สถานที่ (Time/place)

องค์ประกอบที่ 3 คือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcomes) มีแกนเดียว และรอการพัฒนาที่คาดว่าจะใช้คำว่าผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบ

ต่อมาในปี ค.ศ. 1999 มีการปรับปรุงและขยายระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลในรุ่นเบต้า 1 (Beta I) (Ruland, 2001) องค์ประกอบหลักยังคงมี 3 องค์ประกอบหลัก แต่เปลี่ยนจาก การบำบัดทางการพยาบาล (nursing intervention) เป็นการกระทำทางการพยาบาล (nursing action) และปรับเปลี่ยนแกนปรากฏการณ์ทางการพยาบาลจากแกนเดียวเป็นหลายแกนดังนี้ (ICN, 1999)

แกน A Focus of Nursing Practice จุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล

แกน B Judgement การตัดสินใจ

แกน C Frequency ความถี่

แกน D Duration ช่วงเวลาหรือระยะเวลา

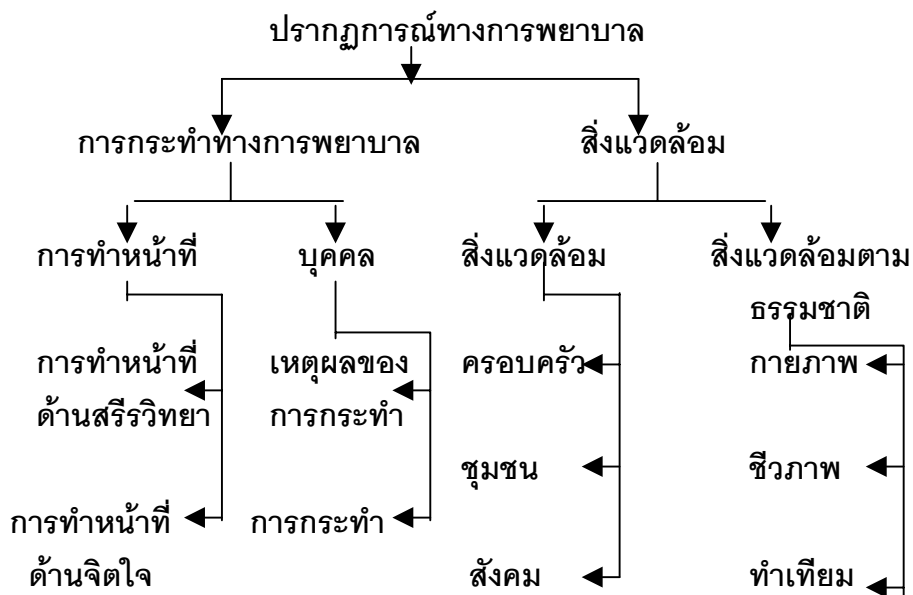
แกน E Topology ตำแหน่งของร่างกาย

แกน F Body site ส่วนของร่างกาย

แกน G Like Likelihood ความน่าจะเป็นหรือโอกาสเกิด

แกน H Distribution การกระจาย

นอกจากนี้โครงสร้างของปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเปลี่ยนแปลง โดยย้ายครอบครัว ชุมชน สังคม จากสิ่งแวดล้อมมาเป็นกลุ่มบุคคล ดังภาพ 8



ภาพ 8

แสดงโครงสร้างของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลรุ่นเบต้า 1 30

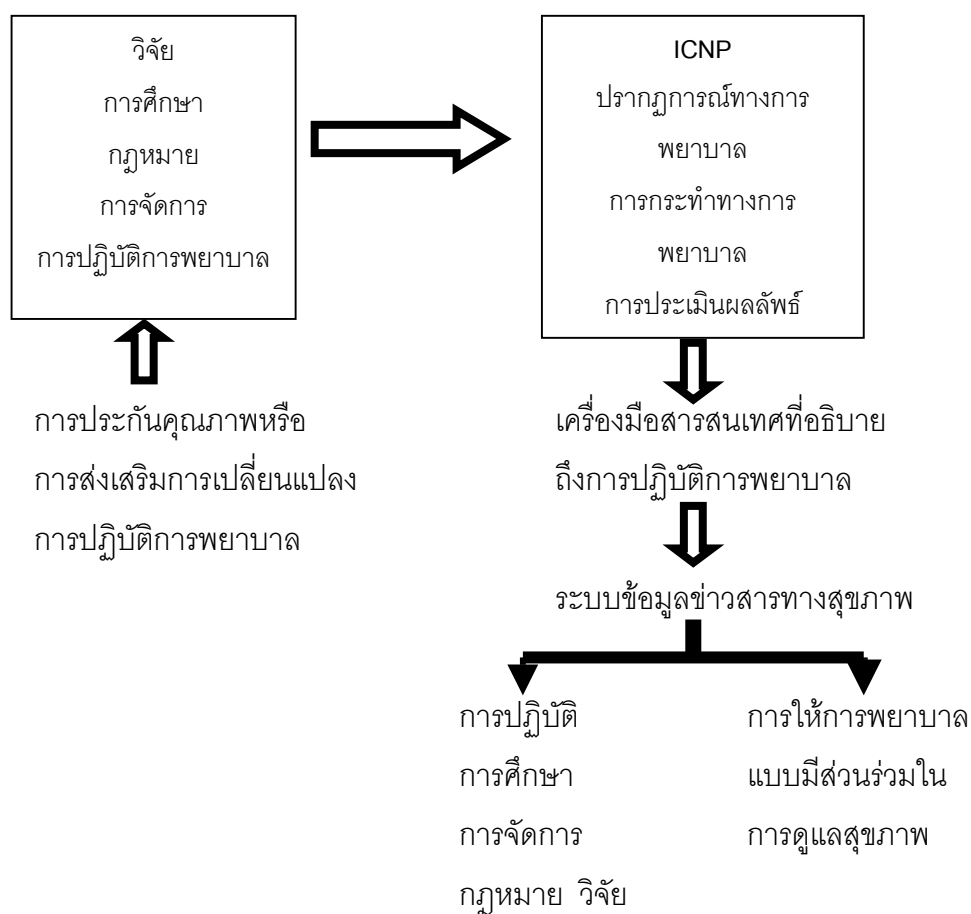
สำหรับการบำบัดทางการพยาบาล (nursing action) ใช้ภาษาเป็นการบ่งบอกถึงกิจกรรมในการจัดกลุ่ม แกนหลัก คือ แกนชนิดของการกระทำ (action type) มีทั้งหมด 8 แกน คือ

- แกน A ชนิดของการกระทำ (action type)
- แกน B เป้าหมาย (target)
- แกน C สื่อกลาง (means)
- แกน D เวลา (time)
- แกน E ตำแหน่งของร่างกาย (topology)
- แกน F ตำแหน่งเฉพาะ (location)
- แกน G ช่องทาง (route)
- แกน H ผู้ได้รับผลประโยชน์ (beneficiary)

และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) เป็นการวัดสถานะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ณ จุดๆหนึ่ง ในช่วงเวลาหลังทำกิจกรรมการพยาบาล (ICN, 1999)

ในปี ค.ศ. 2000 ปรับปรุงเป็นรุ่นเบต้า 2 (Beta 2) เป็นรุ่นที่เน้นให้เป็นเครื่องมือสารสนเทศทางการพยาบาล ที่อธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นการบรรยายถึงการปฏิบัติ

การพยาบาล ที่ครอบคลุมระบบข้อมูลข่าวสารของระบบสุขภาพ นอกจากนี้ยังสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ดี โดยนักวิจัย นักการศึกษาสามารถให้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศในการนำไปพิจารณาให้การพยาบาล นอกจากนี้ยังสามารถใช้ประโยชน์ในการรับรองคุณภาพการพยาบาล หรือส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา การจัดการ กฎหมายต่างๆและการวิจัย ดังแสดงในภาพ 9



ภาพ 9

แสดงโครงสร้างของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลรุ่นเบต้า 2 31

การจำแนกการปฏิบัติการในระดับสากลรุ่นเบต้า 2 ยังคงมีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือปรากฏการณ์ทางการพยาบาล การกระทำทางการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ICN, 2002) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีแกนต่างๆ เหมือนรุ่นเบต้า 1 แต่อย่างไรก็ตามสถานการณ์พยาบาลนานาชาติยังคงมีโครงการพัฒนาปรับปรุงระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล เป็นรุ่น 1 ภายในปี ค.ศ. 2005 (ICN, 2002) และขณะนี้ ระบบการ

จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆ กว่า 26 ภาษา (เกียรตินศรี, 2541) สำหรับในประเทศไทยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อแปล ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลเป็นภาษาไทย ทดสอบเพื่อปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในประเทศไทย และส่งข้อมูลให้กับสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ และขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข โดยกองการพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาฐานข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้ในประเทศ (กฤษดา, 2542)

3.1 วัตถุประสงค์ของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล มีดังนี้

3.1.1 สร้างภาษาสากลที่ใช้ร่วมกันในการอธิบายการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับปรุงการติดต่อสื่อสาร

3.1.2 อธิบายถึงการบำบัดทางการพยาบาลที่กระทำให้กับผู้ป่วย/ประชาชนในสถานที่ต่างๆ ทั้งในและนอกสถานที่บริการสุขภาพ

3.1.3 เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ หรือระหว่างสถานที่ที่ให้บริการ หรือระหว่างช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

3.1.4 เพื่อการจัดโครงการให้การบำบัดทางการพยาบาล และจัดสรรแหล่งประโยชน์ทั้งจำนวนบุคลากรและงบประมาณตามความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและตามการวินิจฉัยและการบำบัดทางการพยาบาล

3.1.5 เพื่อกระตุ้นการวิจัยทางการพยาบาล โดยเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศ

3.1.6 เป็นข้อมูลด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.7 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

3.2 องค์ประกอบของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล มีหลายรุ่น แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากลรุ่นเบต้า 1 ซึ่งมีลักษณะทางสถาปัตยกรรมแบบการจำแนกตามกฎเหตุผล สำหรับการรวมคำ (rules for reasonable combinations of concepts) ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาลในการจัดระเบียบการจำแนกโมโนมิติ (วีณา, 2544) ซึ่งลักษณะการจำแนกจะเป็นแบบหลายแกน (multiaxial classification) โดยคำหรือวลีเหล่านั้นสามารถนำมาผสมกันข้ามกลุ่มและชนิด (cross mapping) ตามกฎที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดภาษามาตรฐาน (unifying framework) นอกจากนี้ ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล ยังเป็นระบบการจำแนกการพยาบาลที่ครอบคลุมกระบวนการ

การพยาบาล (วีณา, 2544) โดยระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (nursing phenomena) การบำบัดทางการพยาบาล (nursing action) และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) (Nelson & Mortensen, 1996)

3.2.1 ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล หมายถึงภาวะสุขภาพที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

3.2.1.1 โครงสร้างการจำแนกปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

การจำแนกปรากฏการณ์ทางการพยาบาลตามโครงสร้างมี 8 แกน คือ (กฤษดา, 2542; ICN, 2002; กฤษดา, 2542)

A- Focus of Nursing Practice จุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล

B-Judgement การตัดสินใจ

C-Frequency ความถี่

D-Duration ช่วงเวลาหรือระยะเวลา

E-Topology ตำแหน่งของร่างกาย

F-Body site ส่วนของร่างกาย

G-Like Likelihood ความน่าจะเป็นหรือโอกาสเกิด

H- Distribution การกระจาย

แกนที่สำคัญที่สุดในปรากฏการณ์ทางการพยาบาล คือจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นหัวใจของการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยความหมายของแต่ละแกนมี้ดังนี้ (ICN, 2002)

A จุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึงปรากฏการณ์ที่สังคม วิชาชีพและกรอบแนวคิดของวิชาชีพ กำหนดไว้ในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น ความปวด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

B การตัดสินใจ หมายถึง ความคิดเห็นทางคลินิก การคาดการณ์หรือการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพ เกี่ยวกับภาวะของปรากฏการณ์ทางการพยาบาล รวมทั้งคุณภาพของความเป็นขั้น หรือความรุนแรงของปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่ปรากฏ เช่น เพิ่มขึ้น (enhance) ไม่พอเพียง (inadequate) รบกวน (disturbed)

C ความถี่ หมายถึงจำนวนหรือการเกิดซ้ำของปรากฏการณ์ทางการพยาบาลในระยะเวลาหนึ่ง เช่น บ่อย ตลอดเวลา

D ช่วงเวลา หมายถึงระยะเวลาที่เกิดปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

E ตำแหน่งของร่างกาย หมายถึง ตำแหน่งทางด้านกายภาพ โดยใช้กึ่งกลางของร่างกายเป็นจุดแบ่ง หรือความกว้างของบริเวณของปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น เช่น ซ้าย ขวา บางส่วน ทั้งหมด

F ส่วนของร่างกาย หมายถึง ตำแหน่งหรือบริเวณทางด้านกายภาพของปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เช่น ตา นิ้ว เท้า

G ความน่าจะเป็นหรือโอกาส หมายถึง โอกาสเกิดของปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เช่น เสี่ยง โอกาส

H การกระจาย หมายถึง การแผ่กระจายของปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ได้แก่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน

3.2.1.2 แนวทางการให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หมายถึง ชื่อปรากฏการณ์ที่พยาบาลตัดสินใจเรียก และเป็นจุดเน้นที่พยาบาลต้องให้การบำบัด ปรากฏการณ์เหล่านั้นเป็นภาวะ/ความต้องการ/ปัญหาสุขภาพที่พยาบาลต้องเข้าไปช่วยเหลือ หรือให้การบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะใช้แกนจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลัก โดยใช้แกนนี้รวมมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล ฐานความเป็นคน ชุมชน และสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น (กฤษดา, 2542)

ก. เกณฑ์การสร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. จะต้องมีความสัมพันธ์จากแกนจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล

2. จะต้องมีความสัมพันธ์จากแกนการตัดสินใจหรือแกนโอกาสจะเกิด

3. คำศัพท์จากแกนอื่นเป็นการเลือกเพื่อขยายหรือเพิ่มความชัดเจนของข้อวินิจฉัย (ไม่จำเป็นต้องมีก็ได้)

4. เลือกคำศัพท์จากแต่ละแกนได้เพียงคำเดียวเท่านั้น

ค. สื่อกลาง (means) เป็นสิ่งที่ใช้สำหรับการกระทำทางการพยาบาล เช่น เทคนิคการฝึกกระเพาะปัสสาวะ

ง. เวลา (time) เป็นเวลาของการกระทำทางการพยาบาล อาจเป็น ณ.เวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น ระหว่างผ่าตัด ก่อนคลอด

จ. ตำแหน่งของร่างกาย (topology) หมายถึงตำแหน่งทางด้านกายภาพ โดยใช้กึ่งกลางของร่างกายเป็นจุดแบ่ง หรือขนาดของบริเวณที่มีการกระทำทางการพยาบาล เช่น ด้านซ้าย

ฉ. ตำแหน่งเฉพาะ (location) หมายถึง บริเวณทางกายภาพที่ถูกกระทำทางการพยาบาล หรือสถานที่ที่กระทำทางการพยาบาลเกิดขึ้น เช่น ศีรษะ แขน สถานที่ทำงาน

ช. ช่องทาง (route) หมายถึง ทางที่กระทำทางการพยาบาล เช่น ทางปาก ทางใต้ผิวหนัง

ซ. ผู้ได้รับประโยชน์ (beneficiary) หมายถึง ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการกระทำทางการพยาบาล เช่น บัณฑิตบุคคล และครอบครัว

3.2.2.2 เกณฑ์การสร้างการบำบัดทางการพยาบาลประกอบด้วย

ก. จะต้องมีคำศัพท์ในแกนชนิดของการกระทำ

ข. คำศัพท์จากแกนอื่นที่เป็นตัวเลือกเพื่อขยายการบำบัดให้ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง

ค. แต่ละแกนเลือกคำศัพท์ได้เพียงตัวเดียวเท่านั้น

| แกนที่เลือก | | คำศัพท์ที่เลือก | |
|------------------------------|---------------|---------------------|-----------------|
| ชนิดของการกระทำ—การบรรเทา | การลด | การสอน | การทดสอบ |
| เป้าหมาย--- ความปวด | ความวิตกกังวล | นิสัยการออกกำลังกาย | น้ำ |
| ผู้ได้ประโยชน์ --- บุคคล | บุคคล | กลุ่ม(แต่ละคน) | ชุมชน(โดยรวม) |
| เครื่องมือ -- กระเป๋าน้ำแข็ง | เทคนิคจินตภาพ | สื่อการสอน | วิธีการที่กำหนด |

ภาพ 11

ตัวอย่างการเลือกคำศัพท์จากแกนต่างๆมาผสมกันเพื่อให้การบำบัดทางการพยาบาล 36

(กฤษดา, 2542)

การบำบัด ลดความปวดของบุคคลโดยใช้กระเป๋าน้ำแข็ง
 ลดความวิตกกังวลโดยใช้เทคนิคจินตภาพ
 สอนสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับอุปกรณ์การออกกำลังกายโดยใช้สื่อการสอน
 ทดสอบน้ำในแหล่งที่มีอยู่เพื่อการใช้ในชุมชน โดยวิธีการที่กำหนด

3.2.3 การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง การวัดภาวะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ณ.เวลาหนึ่ง หลังจากให้การบำบัดทางการพยาบาล เป็นการแยกแยะผลลัพธ์ในส่วนที่การพยาบาลกระทำให้กับประชาชน/ผู้ใช้บริการ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล เป็นวิธีการหนึ่งที่อธิบายถึงผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลและสามารถวัดได้ (กฤษดา, 2542)

3.2.3.1 เกณฑ์การสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาล (กฤษดา, 2542)

ก. ใช้กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยผลลัพธ์ทางการพยาบาลประกอบด้วย

1. คำศัพท์จากแก่นจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล
2. คำศัพท์จากแก่นการตัดสินใจหรือโอกาสจะเกิด
3. คำศัพท์จากแก่นอื่นเป็นตัวเลือก เพื่อขยายหรือเพิ่มความชัดเจนของการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ความชัดเจนของการวินิจฉัยทางการพยาบาล

4. เลือกคำศัพท์จากแต่ละแก่นได้เพียงคำเดียวเท่านั้น

ข. ผลลัพธ์จะต้องประเมิน ณ.เวลาหนึ่งหลังจากได้รับการบำบัดทางการพยาบาล

โปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล เป็นโปรแกรมที่เป็นการตัดสินใจทางคลินิก คือ การตัดสินใจว่าจะให้การบำบัดทางการพยาบาลใดแก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้คำ กลุ่มคำหรือวลี มาประสมข้ามกลุ่มและชนิดกันตามกฎที่กำหนดไว้ ซึ่งข้อความเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับภาวะผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันได้และยังเป็นภาษามาตรฐาน เป็นภาษาสากลทางการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถสื่อสารกันเข้าใจในทีมสุขภาพ (เกียรติศรี, 2542; Fadwa, 1998) นอกจากนี้ยังเป็นภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่กำกวม

การจัดข้อมูลของโปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล มีการจัดข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้หลากหลาย ทำให้

พยาบาลสามารถนำข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่แตกต่างหลากหลาย มาประกอบการพิจารณาตัดสินใจร่วมกับข้อมูลที่มีในระบบ ทำให้การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลถูกต้อง รวดเร็วและมีเหตุผลทางความรู้ประกอบทุกครั้ง (Fadwa, 1998) และอาจช่วยกระตุ้นให้พยาบาลเกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลและทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมนี้ยังเป็นแนวทางในการบันทึกการพยาบาล ทำให้การบันทึกการพยาบาลมีความชัดเจนขึ้น อำนวยความสะดวกปัญหาของผู้ป่วย และอาจทำให้พยาบาลบันทึกการพยาบาลได้รวดเร็วขึ้นเพราะไม่ต้องคิดว่า จะเขียนข้อวินิจฉัยอย่างไร เขียนด้วยคำใด (Fadwa, 1998; Clark, 1998; ICN, 2002) และสามารถสรุปบันทึกการพยาบาลไว้เป็นความรู้สำหรับแนะนำแก่พยาบาลในทีมได้ ทำให้วิชาชีพพยาบาลเป็นที่ยอมรับในความสามารถ มีอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การดูแลอย่างเป็นระบบภายใต้แนวคิดทางการพยาบาล

โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรังและการประเมินตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โดยมีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง (สมจิต, 2541) มีความผิดปกติของลมหายใจออก โดยความผิดปกติที่สำคัญคือ ผู้ป่วยขับลมออกจากปอดได้ช้ากว่าปกติหรือไม่สามารถขับลมออกจากความจุของปอดทั้งหมด (total lung capacity) ภายในเวลาที่กำหนด (ชัยเวช, 2542) ในทางคลินิก โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เมื่อวัด FEV1 (one second forced expiratory volume) แล้วมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 70 ของค่ามาตรฐานและสัดส่วนของ FEV1/vc มีค่าน้อยกว่า 0.7 (ชัยเวช, 2542) ซึ่งการอุดกั้นในปอดที่เกิดขึ้น จะเป็นแบบเรื้อรังและเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เลวลงเรื่อยๆ (บุศรา, 2543)

1. กลุ่มโรคที่พบในโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มโรคที่สำคัญที่พบในโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบ (Chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) และโรคหอบหืด (Asthmatic bronchitis) (Howite, 2003)

1.1 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นการอักเสบอย่างเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่างร่วมกับมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง โดยไม่มีโรคอื่นแทรก (บุศรา, 2543) โดยพยาธิสภาพของ

โรคมี 2 อย่าง คือ mucus hypersecretion และ airflow obstruction สำหรับ mucus hypersecretion มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หลอดลมใหญ่ ทำให้เกิดอาการไอมีเสมหะ ส่วน airflow obstruction มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในหลอดลมเล็ก ทำให้เกิดอาการเหนื่อย (ชัยเวช, 2542)

1.2 โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อปอดส่วนที่เรียกว่า acinus ซึ่งทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ประกอบด้วย respiratory bronchiole alveolar duct alveolar sac โดยขยายโตขึ้นและมีการทำลายผนังกันระหว่าง alveolar ด้วย (บุศรา, 2543) ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก โดยจะมีมากขึ้นในตอนเช้า

1.3 โรคหอบหืด เป็นโรคที่หลอดลมของผู้ป่วยมีความไวในการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นต่างๆมากผิดปกติ ทำให้หลอดลมตีบแคบลง

2. สาเหตุของโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุของโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบแน่นอน แต่ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค คือการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญถึงประมาณ 80-90% เนื่องจากควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีที่มีผลต่อเซลล์ของระบบทางเดินหายใจ การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำให้เกิดโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมจิต, 2541; สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542; Howite, 2003) สาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ มลพิษในอากาศ การประกอบอาชีพบางชนิดที่อาจได้รับสัมผัสสารบางชนิดที่มีผลต่อปอด เช่นการทำเหมืองแร่ถ่านหิน โรงงานอุตสาหกรรม โรงงานทอผ้า ปูนซีเมนต์ ช่างเชื่อมโลหะ นอกจากนี้ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ เช่น คนที่มีภาวะ alpha 1-antitrypsin deficiency จะเป็นโรคถุงลมโป่งพองได้เร็วกว่าปกติ (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542)

3. ผลกระทบของโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อแบบแผนสุขภาพ

จากพยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ ดังต่อไปนี้

3.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ จากที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Carbondioxide narcosis) มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระสับกระส่าย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและในระยะที่ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้และสนใจดูแลตนเองน้อยลงหรือไม่มีเลย (สมจิต, 2541; บุศรา, 2543) ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ต้องรับผิดชอบไม่เหมาะสม

3.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร จากอาการเหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้หรือได้น้อยลง ขณะที่ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น

(จารุวรรณ, 2543) แต่ผู้ป่วยกลับได้สารอาหารน้อยลง ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 25 มักมีน้ำหนักต่ำกว่า ร้อยละ 90 ของน้ำหนักตัวมาตรฐาน ผู้ป่วยมีลักษณะผอมแห้ง ซึ่งเป็นลักษณะของโรคขาดโปรตีน และพลังงาน สาเหตุของการขาดสารอาหารเกิดจากการที่ปอดพองตัวจากมีอากาศในปอดมากเกินไป ทำให้กระบังลมกดลงบนกระเพาะอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยอิ่มเร็ว (Ferguson & Chetniak, 1993 อ้างตาม อัมพรพรรณ, 2542) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจสูญเสีย น้ำจากการหายใจและเหงื่อได้ จึงอาจทำให้มีภาวะขาดน้ำ ขาดอาหาร น้ำหนักลด (บุศรา, 2543)

3.3 แบบแผนการขับถ่าย ผู้ป่วยจะมีปัญหาการขับถ่าย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเบ่งถ่าย จะต้องใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้มีอาการหายใจเหนื่อยหอบและหายใจลำบากมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงอาจจะไม่ขับถ่าย ประกอบกับการสูญเสีย น้ำจากการหายใจเหนื่อยหอบ ทำให้อุจจาระแข็ง ต้องเบ่งขณะถ่ายอุจจาระ มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปริมาณออกซิเจนในร่างกายลดลงต่ำกว่าปกติ และต้องออกแรงหายใจมากขึ้น เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ ผู้ป่วยจึงพยายามกลั้นอุจจาระ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ก็จะทำให้ท้องผูกได้ (Denise, 1990)

3.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงทางเดินอากาศ การตีบแคบ การอุดกั้น การเกิดไฟโบรซิส ถุงลมถูกทำลาย ทำให้เพิ่มความต้านทานอากาศ ร่างกายต้องหายใจแรง ลึก อัตราส่วนของการระบายอากาศต่อการไหลเวียนของเลือด V/Q เสียสมดุล เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ผลกระทบจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ร่างกายชดเชยโดยมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น จากที่ร่างกายมีความพร่องออกซิเจน มีคาร์บอนไดออกไซด์สูงในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง

3.5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยอาจนอนหลับไม่เพียงพอจากการระบายอากาศในถุงลมลดลง การขับมูกโดยซีเลียลดลงในระยะเวลาที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM sleep) ทำให้มีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม ถ้าออกซิเจนในเลือดต่ำลงร้อยละ 9-21 (Hilbert & Ferranti, 1994 อ้างตามจินดาวรรณ, 2539) ซึ่งจะมีผลกระตุ้นศูนย์หายใจในสมอง ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วและตื้นขึ้น ทำให้วงจรนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับสั้นลง และผลจากการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้น้อยลงหรือหลับๆ ตื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ (บุศรา, 2543)

3.6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ จากภาวะซึ่งทำให้ออกซิเจนในเลือดต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยสับสน ความจำเสื่อม หลงลืมในการใช้ทักษะในกระบวนการความคิดและสติปัญญาเลวลง (บุศรา, 2543)

3.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ จากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงอารมณ์เพราะจะมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น (สมจิต, 2541) ทำให้ผู้ป่วยต้องระงับความรู้สึก มีผลทางจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Anderson, 1995) จากที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำงาน ทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่น ๆ มากขึ้น มีผลให้รู้สึกหมดพลังอำนาจ เกิดการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะขาดการนับถือตนเอง รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ขาดแรงจูงใจในการกระทำและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (วราณี, ซอลดา และ เพลินพิศ, 2542)

3.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ จากที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปฏิบัติงานและกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าตนเองต่ำ มีผลกระทบต่ออาการบทบาทในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจถูกออกจากงานก่อนถึงเวลาอันควร บทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดาและเพื่อนเปลี่ยนไป อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองไร้พลังอำนาจ (powerlessness) และคับข้องใจที่ไม่สามารถดำรงบทบาทของตนเองได้ การเข้าสังคมเปลี่ยนไป ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาเป็นอิสระน้อยลง ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจแยกลงและจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยามีปัญหา เช่น มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาดังกล่าวทำให้สัมพันธภาพทั้งภายในและภายนอกครอบครัวลดลง มีผลให้เกิดการหย่าร้างกันได้ (จารุวรรณ, 2543)

3.9 แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ จากภาวะการหายใจเหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจเกิดอาการเหนื่อยหอบขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยกลัว

3.10 แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อแบบแผนนี้สูง ทั้งต่อครอบครัวและต่อตนเอง เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ยาวนานหรือการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ การเข้าสังคม รวมทั้งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ล้วนทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดลงหรือปรับตัวได้ยาก ผู้ป่วยอาจหมดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย อาจเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ รู้สึกว่าการกระทำของตนเองไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ตน

ต้องการได้ ทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย (จารุวรรณ, 2543; บุศรา, 2543)

3.11 แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะรู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองนับถือและศรัทธา ก็ไม่สามารถช่วยให้หายจากโรคได้ และบางรายคิดว่าตนเองถูกลงโทษจากเคราะห์กรรม (บุศรา, 2543)

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง แบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยถูกกระทบทุกแบบแผน เป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องและระยะเวลานานหรืออาจตลอดชีวิต ซึ่งผลกระทบนั้นกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม นอกจากนี้อาการของโรคยังสลับซับซ้อน มีความยุ่งยากในการดูแล มีอุบัติการณ์และอัตราตายสูง การดำเนินของโรคและความรุนแรงของโรคมีหลากหลาย ตั้งแต่อาการน้อยจนถึงอาการรุนแรงมาก (ไพรัตน์, 2546) ดังนั้นการพัฒนาระบบการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการจัดระบบการพยาบาลที่เหมาะสม เช่น การบันทึกการพยาบาลที่สามารถสื่อให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้รับทราบ เข้าใจและสามารถบันทึกการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย จะช่วยลดปัญหาความซับซ้อนของผู้ป่วยเพราะเกิดความเข้าใจที่ตรงกันและได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ก็จะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดการนอนในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าการบันทึกการพยาบาลที่บันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย บันทึกแต่ปัญหาด้านร่างกายและเป็นปัญหาที่ซ้ำๆ ขาดการวางแผนการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและเกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจค่อนข้างสูง