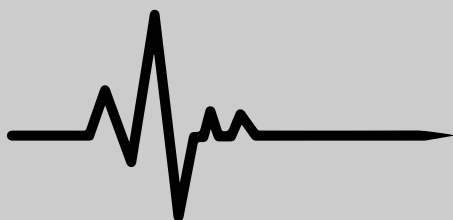


คู่มือการเขียน Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan โรคทางอายุรกรรม



คำนำ

หนังสือ คู่มือการเขียน Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan ไรศทางอายุรกรรม เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับ นักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้สนใจ ที่ต้องการทำความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างเป็นระบบ และสามารถเขียน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกับแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และนำไปใช้ได้จริง

เนื้อหาในเล่มครอบคลุมทั้งแนวคิดพื้นฐาน วิธีคิดจากอาการสำคัญ ตัวอย่าง Nursing Diagnosis ที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยอายุรกรรม ตลอดจน ตัวอย่าง Nursing Care Plan และกรณีศึกษาแบบเป็นขั้นตอน เพื่อ ช่วยให้ผู้อ่านเชื่อมจากข้อมูลผู้ป่วยไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่าง มั่นใจมากขึ้น

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ทั้งในการเรียน การฝึกปฏิบัติ และการพัฒนาทักษะการพยาบาลให้มีความเป็นระบบ ลึกซึ้ง และตอบใจทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

Znuxnsci ebook
ผู้เขียน

CONTENTS

PART 1 พื้นฐาน

บทที่ 1 แนวคิดพื้นฐานของ Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan	1
บทที่ 2 กระบวนการพยาบาลกับการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยอายุรกรรม	12
บทที่ 3 วิธีเขียน Nursing Diagnosis ให้ถูกต้อง	26
บทที่ 4 วิธีเขียน Nursing Care Plan ให้ครบและใช้งานได้จริง	39
บทที่ 5 เทคนิคคิด Nursing Diagnosis จากอาการสำคัญ	55

PART 2 เขียนตามโรครทางอายุรกรรม

บทที่ 6 CHF	71
บทที่ 7 MI	84
บทที่ 8 Stroke	95
บทที่ 9 CKD	108
บทที่ 10 AKI	119
บทที่ 11 COPD	130
บทที่ 12 Pneumonia	141
บทที่ 13 Liver cirrhosis	152
บทที่ 14 GI bleeding	164
บทที่ 15 Diabetes mellitus	176

CONTENTS

PART 3 เสริมทักษะการใช้งานจริง

บทที่ 16 NURSING DIAGNOSIS ที่พบบ่อยในผู้ป่วยอายุรกรรม	188
บทที่ 17 CARE PLAN สำเร็จรูปแบบปรับใช้ได้	201
บทที่ 18 CASE STUDY ฝึกคิดและฝึกเขียน	214

CHAPTER 1

แนวคิดพื้นฐานของ Nursing
Diagnosis และ Nursing
Care Plan

บทที่ 1

แนวคิดพื้นฐานของ Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan

การพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้เป็นเพียงการทำตามแผนการรักษาของแพทย์หรือดูแลกิจวัตรพื้นฐานของผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบที่อาศัยการคิดวิเคราะห์ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีเหตุผล พยาบาลจึงต้องสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยจากมุมมองทางการพยาบาล แยกให้ได้ว่าปัญหาใดเป็นปัญหาหลัก ปัญหาใดเป็นความเสี่ยง และปัญหาใดต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน จากนั้นจึงนำข้อมูลดังกล่าวไปสู่การกำหนด Nursing Diagnosis และวางแผนการดูแลในรูปของ Nursing Care Plan

ในทางปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่จำนวนมากมักประสบปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล เช่น ไม่แน่ใจว่าจะเริ่มคิดจากตรงไหน แยกความแตกต่างระหว่างโรคกับปัญหาทางการพยาบาลไม่ชัด เขียนเป้าหมายกว้างเกินไป หรือเขียนกิจกรรมการพยาบาลแบบไม่เชื่อมโยงกับสาเหตุของปัญหา สิ่งเหล่านี้ทำให้การเขียน care plan กลายเป็นเรื่องยาก ทั้งที่แท้จริงแล้วหัวใจสำคัญไม่ได้อยู่ที่การจำข้อความยาว ๆ แต่คือการ “คิดให้เป็นระบบ” และ “มองปัญหาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง”

บทนี้จึงเป็นรากฐานสำคัญของทั้งเล่ม โดยจะพาผู้อ่านทำความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานของ Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan ตั้งแต่ความหมาย ความสำคัญ ความแตกต่างจาก Medical Diagnosis ความเชื่อมโยงกับกระบวนการพยาบาล ตลอดจนหลักคิดเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมและโรคอื่น ๆ ต่อไป

การพยาบาลในฐานะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ

แก่นแท้ของวิชาชีพการพยาบาลคือการดูแลมนุษย์อย่างองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยคนหนึ่ง อาจมาด้วยโรคเดียวกัน แต่ความต้องการการพยาบาลอาจแตกต่างกันอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยปอดอักเสบสองคนอาจมี diagnosis ทางการแพทย์เหมือนกัน แต่คนหนึ่งมีปัญหาหลักคือเสมหะคั่งและพร่องออกซิเจน ขณะที่อีกคนมีปัญหาเด่นเรื่องไข้สูง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ

ดังนั้น พยาบาลจึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยโดยอิงจากชื่อโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องประเมินว่า “โรคนี้กำลังส่งผลต่อผู้ป่วยรายนี้อย่างไร” คำถามนี้คือจุดตั้งต้นของการคิดแบบพยาบาล และเป็นสะพานเชื่อมไปสู่ Nursing Diagnosis

การพยาบาลจึงเป็นมากกว่าการทำหัตถการหรือให้ยา แต่เป็นการใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล เพื่อระบุปัญหาที่ต้องได้รับการดูแล วางเป้าหมายที่ชัดเจน เลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม และติดตามว่าการดูแลนั้นได้ผลหรือไม่

ความหมายของ Nursing Diagnosis

Nursing Diagnosis หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หมายถึง การสรุปปัญหาสุขภาพหรือการตอบสนองของผู้ป่วย ครอบครัว หรือชุมชน ต่อภาวะสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วย หรือกระบวนการดำรงชีวิต ซึ่งพยาบาลสามารถดูแล ฝึกระวัง ป้องกัน บรรเทา หรือส่งเสริมได้ภายในขอบเขตวิชาชีพ

กล่าวง่าย ๆ คือ Nursing Diagnosis ไม่ได้บอกว่าผู้ป่วย “เป็นโรคอะไร” แต่บอกว่าผู้ป่วย “กำลังมีปัญหอะไรที่พยาบาลต้องดูแล” ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็น Heart Failure แต่จากมุมมองทางการพยาบาล ผู้ป่วยอาจมีปัญหาหลายด้าน เช่น

- ปริมาณสารน้ำเกิน
- ทนต่อกิจกรรมลดลง
- แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ
- วิตกกังวล
- ขาดความรู้เกี่ยวกับการจำกัดน้ำและโซเดียม

จะเห็นได้ว่า Nursing Diagnosis จับประเด็นจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริง ไม่ได้ยึดอยู่กับชื่อโรคเพียงอย่างเดียว

ความหมายของ Nursing Care Plan

Nursing Care Plan หรือแผนการพยาบาล หมายถึง แผนการดูแลผู้ป่วยที่พยาบาลจัดทำขึ้นอย่างมีระบบ โดยอ้างอิงจากข้อมูลการประเมินและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแล กิจกรรมการพยาบาล เหตุผลสนับสนุน และเกณฑ์ประเมินผลอย่างชัดเจน

หากเปรียบเทียบอย่างง่าย

- Nursing Diagnosis คือการตอบคำถามว่า “ผู้ป่วยมีปัญหาอะไร”
- Nursing Care Plan คือการตอบคำถามว่า “แล้วพยาบาลจะดูแลอย่างไร”

Care Plan ที่ดีจึงไม่ใช่เพียงเอกสารที่เขียนส่งอาจารย์หรือบันทึกลงแฟ้ม แต่เป็นแผนที่บอกทิศทางของการดูแลทั้งทีม เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การพยาบาลมีเป้าหมาย มีความต่อเนื่อง และประเมินผลได้จริง

ความแตกต่างระหว่าง Medical Diagnosis และ Nursing Diagnosis

หนึ่งในจุดที่ผู้เรียนมักสับสนมากที่สุดคือความแตกต่างระหว่าง Medical Diagnosis กับ Nursing Diagnosis

Medical Diagnosis

คือการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ เพื่อระบุพยาธิสภาพหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น

- Pneumonia
- Myocardial infarction
- Chronic kidney disease
- Stroke
- Diabetes mellitus

Medical Diagnosis มีเป้าหมายเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาทางการแพทย์ เช่น การให้ยา การผ่าตัด การตรวจเพิ่มเติม หรือการทำหัตถการเฉพาะ

Nursing Diagnosis

คือภาวะระบุปัญหาหรือการตอบสนองของผู้ป่วยต่อโรคหรือภาวะสุขภาพ เช่น

- การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง
- ปวดเฉียบพลัน
- ปริมาณสารน้ำเกิน
- การเคลื่อนไหวบกพร่อง
- เสี่ยงต่อการล้ม
- วิตกกังวล
- ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

Nursing Diagnosis มุ่งไปที่สิ่งที่พยาบาลต้องเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวหรือฟื้นตัวได้ดีขึ้น

ตัวอย่างเปรียบเทียบ

ผู้ป่วย Stroke

- Medical Diagnosis: Ischemic stroke
- Nursing Diagnosis: การเคลื่อนไหวบกพร่อง, เสี่ยงต่อการล้ม, การดูแลตนเองบกพร่อง, เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ผู้ป่วย Diabetes mellitus

- Medical Diagnosis: Type 2 diabetes mellitus
- Nursing Diagnosis: เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่, ขาดความรู้ในการควบคุมอาหาร, เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

สรุปสั้น ๆ คือ

Medical Diagnosis บอกชื่อโรค

Nursing Diagnosis บอกปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากโรคนั้น

ทำไม Nursing Diagnosis และ Care Plan จึงสำคัญ

การเขียน Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan มีความสำคัญมากกว่าที่หลายคนคิด เพราะไม่ได้เป็นเพียงภาระเอกสารหรือแบบฝึกทางวิชาการ แต่เป็นหัวใจของการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

1) ช่วยให้พยาบาลคิดอย่างเป็นระบบ

เมื่อพยาบาลประเมินข้อมูลแล้วต้องสรุปออกมาเป็น diagnosis จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างอาการ พยาธิสภาพ และปัญหาจริงของผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลไม่กระจัดกระจาย

2) ช่วยให้ระบุปัญหาสำคัญได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจมีหลายปัญหา แต่ไม่ใช่ทุกปัญหามีความเร่งด่วนเท่ากัน การตั้ง diagnosis ช่วยให้พยาบาลจัดลำดับความสำคัญ เช่น ปัญหาเรื่องหายใจและการไหลเวียนโลหิตต้องมาก่อนเรื่องการให้ความรู้

3) ช่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน
Care Plan ทำให้พยาบาลรู้ว่าต้องการเห็นอะไรเกิดขึ้นหลังการดูแล เช่น ผู้ป่วย
หายใจดีขึ้น ปัสสาวะเพิ่มขึ้น หรืออธิบายการใช้ยาได้ถูกต้อง

4) ช่วยให้การดูแลต่อเนื่องในทีม
เมื่อมีการเขียน care plan อย่างชัดเจน พยาบาลคนอื่นที่มารับช่วงต่อสามารถ
เข้าใจปัญหา เป้าหมาย และแนวทางดูแลได้ทันที ลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล

5) ช่วยประเมินคุณภาพการพยาบาล
การพยาบาลที่ไม่มีเป้าหมายและเกณฑ์ประเมินผลชัดเจนอาจทำให้ไม่รู้ว่าการดูแลมี
ประสิทธิภาพหรือไม่ Care Plan ที่ดีทำให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูป
ธรรม

6) ส่งเสริมความเป็นวิชาชีพ
Nursing Diagnosis แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีองค์ความรู้และการตัดสินใจ
เฉพาะทาง ไม่ได้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามคำสั่งรักษา แต่เป็นผู้ประเมิน วางแผน และ
จัดการการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองในขอบเขตวิชาชีพ

ความเชื่อมโยงระหว่าง Nursing Diagnosis กับ กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
5. การประเมินผล (Evaluation)

Nursing Diagnosis อยู่ตรงกลางของกระบวนการทั้งหมด เพราะเป็นขั้นตอนที่
เชื่อมข้อมูลที่ประเมินมาเข้ากับแผนการดูแล

Assessment

เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ครอบครัว การตรวจร่างกาย ผลแล็บ และการ
สังเกต หากข้อมูลไม่ครบ diagnosis ที่ได้ก็อาจคลาดเคลื่อน

Nursing Diagnosis

เป็นการนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ สรุปเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องดูแล

Planning

เมื่อรู้ปัญหาแล้วจึงกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกิจกรรมการพยาบาล

Implementation

ลงมือให้การพยาบาลตามแผน

Evaluation

ติดตามว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการพยาบาลอย่างไร เป้าหมายบรรลุหรือไม่ และต้องปรับแผนหรือไม่

ดังนั้น หากตั้ง Nursing Diagnosis ไม่ถูกต้อง ขึ้นตอนถัดไปทั้งหมดก็จะคลาดเคลื่อนไปด้วย

องค์ประกอบของ Nursing Diagnosis ที่ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ดีควรมีคุณลักษณะดังนี้

1) ชัดเจน

ระบุปัญหาให้ชัดว่าเกิดอะไรขึ้น เช่น “การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง” ชัดเจนกว่าคำว่า “หายใจผิดปกติ”

2) สัมพันธ์กับข้อมูลจริง

Diagnosis ต้องมีข้อมูลสนับสนุนจากอาการ อาการแสดง และการประเมิน ไม่ใช่คาดเดาเอง

3) อยู่ในขอบเขตการพยาบาล

ต้องเป็นปัญหาที่พยาบาลสามารถดูแลหรือมีบทบาทในการป้องกัน บรรเทา ฟื้นฟู หรือส่งเสริมได้

4) สะท้อนการตอบสนองของผู้ป่วย

ไม่ใช่ชื่อโรค แต่เป็นผลที่โรคมีต่อผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อย ขาดน้ำ วิตกกังวล หรือพร่องความรู้

5) ใช้ภาษาวิชาชีพที่เหมาะสม

หลีกเลี่ยงการใช้คำกว้างเกินไป เช่น “ไม่สบาย” หรือ “อาการไม่ดี” ควรใช้คำที่ชัดเจนได้ และเป็นภาษาทางการพยาบาล

องค์ประกอบพื้นฐานของ Nursing Care Plan

แม้รูปแบบการเขียน care plan อาจแตกต่างกันตามสถาบันหรือหน่วยงาน แต่โดยหลักทั่วไปจะประกอบด้วยส่วนสำคัญดังนี้

1) ข้อมูลสนับสนุน

เป็นข้อมูลที่มาจากการประเมินทั้ง subjective data และ objective data เช่น

- ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม
- RR 30 ครั้ง/นาที
- O2 saturation 90%
- ฟังปอดมีเสียง wheezing

2) Nursing Diagnosis

สรุปปัญหาทางการพยาบาลให้ชัดเจน

3) เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ระบุว่าหลังการพยาบาลแล้วต้องการให้เกิดอะไรขึ้น เช่น

- ผู้ป่วยมี O2 saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 95%
- หายใจสะดวกขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง
- ไม่มีอาการสำคัญขณะรับประทานอาหาร
-

4) กิจกรรมการพยาบาล

ระบุว่าพยาบาลจะทำอะไรบ้าง เช่น ประเมินอาการ จัดท่า ดูแลยา ส่งเสริมการฝึกหายใจ ให้คำแนะนำ หรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

5) เหตุผลการพยาบาล

อธิบายว่าทำกิจกรรมนั้นเพื่ออะไร เช่น เพื่อประเมินความรุนแรง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ เพื่อป้องกันการสำลัก

6) การประเมินผล

ระบุว่าหลังการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างไร บรรลุเป้าหมายหรือไม่ และจำเป็นต้องปรับแผนหรือไม่

ตัวอย่างให้เห็นภาพ: จากโรคสู่ Nursing Diagnosis และ Care Plan

ผู้ป่วยชายอายุ 68 ปี มาด้วยอาการหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ ไข้สูง ฟังปอดมี crackles และ O2 saturation 91% แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia หากมองเพียง Medical Diagnosis เราจะรู้ว่าเขาเป็นปอดอักเสบ แต่หากมองแบบพยาบาล เราจะเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาหลายด้าน เช่น

- การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
- การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง
- อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ
- อ่อนเพลีย
- เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ

จาก diagnosis เหล่านี้ พยาบาลจึงสามารถวาง care plan ได้อย่างมีเป้าหมาย เช่น จัดทำนอนศีรษะสูง ดูแลออกซิเจน ประเมิน O2 saturation กระตุ้นให้อาบน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลการได้รับสารน้ำ และเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ตัวอย่างนี้สะท้อนชัดว่าชื่อโรคเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการวางแผนพยาบาล แต่ต้องวิเคราะห์ให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนั้นด้วย

การคิดแบบ “ผู้ป่วยรายนี้กำลังมีปัญหอะไร”

ผู้เขียนอยากเน้นว่า การเขียน Nursing Diagnosis ที่ดีไม่ได้เริ่มจากการจำรายการ diagnosis จำนวนมาก แต่เริ่มจากคำถามง่าย ๆ ว่า “ตอนนี้ผู้ป่วยรายนี้กำลังมีปัญหอะไรที่พยาบาลต้องจัดการ”

ลองใช้คำถามต่อไปนี้เป็นตัวช่วยคิด

- ผู้ป่วยหายใจลำบากหรือไม่
- มีความเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่
- การไหลเวียนเลือดเพียงพอหรือไม่
- มีภาวะปวดหรือไม่
- มีสารน้ำเกินหรือขาดหรือไม่
- รับประทานอาหารได้เพียงพอหรือไม่
- เคลื่อนไหวได้ดีหรือไม่
- มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ การสำลัก การติดเชื้อ หรือแผลกดทับหรือไม่
- เข้าใจโรค ยา และการดูแลตนเองหรือไม่
- มีความวิตกกังวลหรือความเครียดที่ต้องการการดูแลหรือไม่

คำถามเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลมองผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และค่อย ๆ แปลงข้อมูลไปสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประโยชน์ของ Care Plan ต่อผู้ป่วยและต่อพยาบาล

บางครั้งผู้เรียนอาจมองว่าการเขียน care plan เป็นงานเอกสารที่ใช้เวลามาก แต่หากเข้าใจแก่นแท้แล้วจะพบว่า care plan มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย

- ได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหาแท้จริง
- มีความปลอดภัยมากขึ้น
- ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีเป้าหมายชัดเจน
- ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมกับภาวะของตนเอง

ต่อพยาบาล

- ช่วยฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์
- ช่วยวางลำดับความสำคัญของปัญหา
- ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นระบบ
- ใช้เป็นหลักฐานสะท้อนคุณภาพการพยาบาล
- ช่วยสื่อสารกับเพื่อนร่วมทีม
- เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในผู้เริ่มต้น

การเรียนรู้จะง่ายขึ้นมากเมื่อรู้ว่ามักผิดตรงไหนก่อน

1) เขียนชื่อโรคแทน Nursing Diagnosis

เช่น เขียนว่า “CHF” หรือ “Pneumonia” ในช่อง diagnosis ซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะนั่นคือ medical diagnosis

2) เขียนปัญหากว้างเกินไป

เช่น “ไม่สุขสบาย” หรือ “อาการไม่ดีขึ้น” ซึ่งไม่สะท้อนปัญหาชัดเจน

3) เขียนเป้าหมายวัดผลไม่ได้

เช่น “ผู้ป่วยอาการดีขึ้น” โดยไม่ระบุว่าดีขึ้นอย่างไร ภายในเวลาเท่าไร

4) เขียน intervention แบบไม่เฉพาะเจาะจง

เช่น “ดูแลตามอาการ” หรือ “สังเกตอาการ” โดยไม่ระบุว่าจะสังเกตอะไร บ่อยแค่ไหน และทำเพื่ออะไร

5) ไม่เชื่อมโยง diagnosis กับข้อมูลจริง

เช่น เขียนว่า “ปริมาณสารน้ำเกิน” ทั้งที่ไม่มีข้อมูลบวม ไม่มีน้ำหนักเพิ่ม ไม่มีปัสสาวะผิดปกติ

6) เลือก priority ไม่เหมาะสม
เช่น ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ก่อน ทั้งที่ผู้ป่วยกำลังพร่องออกซิเจนและ
หายใจลำบาก

ข้อผิดพลาดเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการไม่ขยัน แต่เกิดจากการยังไม่เข้าใจหลักคิดพื้นฐานอย่างแท้จริง ดังนั้นหากวางฐานในบทนี้ได้ดี การเขียนในบทต่อ ๆ ไปจะง่ายขึ้น
มาก

Nursing Diagnosis และ Care Plan ในบรินผู้ป่วยอายุรกรรม

ผู้ป่วยทางอายุรกรรมมักมีลักษณะเฉพาะที่ทำให้การตั้ง diagnosis และการวาง care plan ต้องอาศัยการวิเคราะห์ที่ละเอียดขึ้น เช่น

- มักมีหลายโรคร่วม
- อาการแสดงอาจซ้อนกันหลายระบบ
- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง
- ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุ
- อาจมีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร การเคลื่อนไหว หรือการดูแลตนเอง
- ต้องติดตามข้อมูล vital signs, I/O, lab และ response ต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย อาจไม่ได้มีเพียงปัญหาเรื่องน้ำตาล แต่ยังมีเรื่องโภชนาการ สารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ ความอ่อนเพลีย ความรู้ในการดูแลตนเอง และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อร่วมด้วย

ดังนั้น การเขียน nursing diagnosis ในผู้ป่วยอายุรกรรมจึงต้องอาศัยทั้งความรู้เรื่องโรค ความเข้าใจพยาธิสภาพ และทักษะการประเมินที่ดี

บทบาทของพยาบาลในกระบวนการวางแผนการดูแล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการดูแล เพราะเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นผู้ที่เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

บทบาทของพยาบาลจึงครอบคลุมตั้งแต่

- ประเมินอาการและสภาพผู้ป่วย
- ตีความข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา
- จัดลำดับความสำคัญ
- วางแผนการดูแลที่เหมาะสม
- ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน
- ฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง
- ประสานทีมสหสาขา
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ
- ประเมินผลและปรับแผนอย่างต่อเนื่อง

นี่คือเหตุผลว่าทำไม Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนความเป็นวิชาชีพของพยาบาลอย่างเด่นชัด

CHAPTER 2

กระบวนการพยาบาลกับการ
วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย
อายุรกรรม

บทที่ 2

กระบวนการพยาบาลกับการวิเคราะห์ปัญหา ผู้ป่วยอายุรกรรม

ผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พยาบาลต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์สูง เนื่องจากมักมีความซับซ้อนของโรค มีหลายโรคร่วมกัน มีการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างรวดเร็ว และมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่สามารถอาศัยเพียงความคุ้นเคยกับชื่อโรคหรือทำตามกิจวัตรการพยาบาลแบบเดิม ๆ เท่านั้น แต่ต้องอาศัย กระบวนการพยาบาล เป็นแกนหลักในการคิดและตัดสินใจ

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการทำงานอย่างเป็นระบบที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหา วางแผนดูแลลงมือปฏิบัติ และประเมินผลได้อย่างมีทิศทาง โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งอาการมักเชื่อมโยงกันหลายระบบ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอาจมีทั้ง หอบเหนื่อย บวม อ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้ เสี่ยงต่อสารน้ำเกิน และวิตกกังวล ขณะที่ผู้ป่วยไตวายอาจมีภาวะน้ำเกิน ร่วมกับอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ ซีด เบื่ออาหาร และอ่อนแรง

สิ่งที่ท้าทายสำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลใหม่ไม่ใช่เพียงการ “เก็บข้อมูลให้ครบ” แต่คือการ “อ่านข้อมูลให้ออก” ว่าข้อมูลเหล่านั้นกำลังบอกอะไรเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ข้อมูลใดสำคัญ ข้อมูลใดเป็นอาการเด่น ข้อมูลใดสะท้อนความเสี่ยง และข้อมูลใดควรได้รับการแก้ไขก่อน กระบวนการพยาบาลจึงไม่ใช่แค่ลำดับขั้นตอนที่ต้องท่องจำ แต่เป็นกรอบความคิดที่ช่วยให้พยาบาลแปลข้อมูลทางคลินิกไปสู่การดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย

บทนี้จะอธิบายความหมายของกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน พร้อมเชื่อมโยงกับการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างเป็นรูปธรรม โดยเน้นให้ผู้อ่านเข้าใจว่า “ประเมินอย่างไร คิดอย่างไร และวางลำดับปัญหาอย่างไร” ก่อนจะนำไปสู่การเขียน Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan ในบทต่อ ๆ ไป

ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล หมายถึง วิธีการทำงานอย่างเป็นระบบที่พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มจากการประเมินข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลมีเป้าหมาย ชัดเจน และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
5. การประเมินผล (Evaluation)

แม้ทั้ง 5 ขั้นตอนจะดูเป็นลำดับ แต่ในความเป็นจริงเป็นวงจรที่เชื่อมโยงกันตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลต้องกลับไปประเมินใหม่ วิเคราะห์ใหม่ และปรับแผนใหม่เสมอ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่อาการผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงที่เป็นวิกฤตได้ในเวลาไม่นาน

ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ทำให้การวิเคราะห์ปัญหามีความสำคัญ

ผู้ป่วยอายุรกรรมมักมีลักษณะที่ทำให้การใช้กระบวนการพยาบาลต้องละเอียดและรอบคอบกว่าผู้ป่วยบางกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจำนวนมากมีหลายโรคร่วมกัน เช่น เบาหวานร่วมกับไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และหัวใจล้มเหลว ทำให้การแปลอาการต้องพิจารณาหลายระบบพร้อมกัน ผู้ป่วยบางรายมีอาการไม่จำเพาะ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึม หรือสับสน ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อ ภาวะน้ำเกิน น้ำตาลผิดปกติ อิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ หรือพร่องออกซิเจนก็ได้ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากที่สื่อสารอาการได้ไม่ชัด มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ การหกล้ม การติดเชื้อ หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน

ด้วยเหตุนี้ พยาบาลจึงต้องไม่เพียงเก็บข้อมูลให้ได้มาก แต่ต้องรู้จัก “แยกแยะ” ว่าข้อมูลใดสะท้อนปัญหาปัจจุบัน ข้อมูลใดบอกความเสี่ยง และข้อมูลใดต้องรีบตอบสนองก่อน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของทุกอย่าง หากข้อมูลที่เก็บมาไม่ครบ ไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นระบบ การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลก็จะคลาดเคลื่อนไปด้วย

การประเมินผู้ป่วยอายุรกรรมควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ใช่มองเฉพาะอาการหลักที่ทำให้มาโรงพยาบาลเท่านั้น

แหล่งข้อมูลที่สำคัญ

ข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรงเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่สุด เพราะสะท้อนความรู้สึก อาการ และประสบการณ์ของผู้ป่วย เช่น หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก ปวด เวียนศีรษะ หรือเบื่ออาหาร แต่ในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยสับสน อาจต้องใช้ข้อมูลจากญาติ ผู้ดูแล เอกสารเวชระเบียน และการสังเกตโดยตรงร่วมด้วย

ประเภทของข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินแบ่งได้เป็น 2 ชนิดหลัก

1. Subjective data คือข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่า เช่น
“เหนื่อยมากเวลานอนราบ”
“แน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมากด”
“ไม่มีแรง เบื่ออาหาร”
“ปวดแสบท้อง”

2. Objective data คือข้อมูลที่พยาบาลสังเกตหรือวัดได้ เช่น
RR 30 ครั้ง/นาที
BP 90/60 mmHg
O2 saturation 89%
ขาบวมกดบุ๋ม
ฟังปอดมี crackles
Blood sugar 320 mg/dL

ทั้งสองชนิดมีความสำคัญเท่ากัน เพราะ subjective data ช่วยให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ส่วน objective data ช่วยยืนยันความรุนแรงและความเปลี่ยนแปลงของอาการ

ขอบเขตการประเมินที่สำคัญในผู้ป่วยอายุรกรรม

ในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลควรประเมินอย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้

- อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
- ประวัติโรคเดิมและยาที่ใช้
- สัญญาณชีพ
- การหายใจและภาวะออกซิเจน
- ระบบไหลเวียนโลหิต
- การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
- สภาวะสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
- ภาวะโภชนาการ
- ระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาท
- การเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง
- ภาวะปวด
- สภาพจิตใจและความวิตกกังวล
- ความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมในการดูแลตนเอง

กล่าวได้ว่า การประเมินที่ดีต้องไม่หยุดเพียงคำว่า “ผู้ป่วยเป็นอะไร” แต่ต้องไปต่อกิ่งคำว่า “โรคนั้นกำลังส่งผลต่อเขาอย่างไร”

การประเมินข้อมูลอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยอายุรกรรม

นักศึกษาพยาบาลจำนวนมากเก็บข้อมูลได้มาก แต่ยังไม่นำไปใช้ไม่เป็น เพราะข้อมูลกระจัดกระจาย ไม่รู้ว่าควรดูตรงไหนก่อน วิธีแก้คือการฝึกประเมินอย่างเป็นระบบ

พยาบาลอาจใช้แนวคิดตามระบบร่างกายหรือแนวคิดตามอาการสำคัญก็ได้ เช่น หากผู้ป่วยมาด้วยหอบเหนื่อย ควรประเมินระบบหายใจและไหลเวียนโลหิตอย่างละเอียดร่วมกัน ไม่ใช่ดูเพียงปอดอย่างเดียว เพราะอาการเหนื่อยอาจเกิดจาก pneumonia, COPD exacerbation, pulmonary edema, anemia, metabolic acidosis หรือ myocardial ischemia ได้เช่นกัน

ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มาด้วย “เหนื่อย”

พยาบาลควรตั้งคำถามในใจว่า

เหนื่อยตั้งแต่เมื่อไร

เหนื่อยขณะพักหรือขณะออกกำลังกาย

มีไอ มีเสมหะ มีไข้ หรือไม่

นอนราบได้หรือไม่

มีขาบวมหรือไม่

เจ็บหน้าอกร่วมด้วยหรือไม่

O₂ saturation ต่ำหรือไม่

มีประวัติโรคปอดหรือโรคหัวใจหรือไม่

จะเห็นว่าการประเมินไม่ใช่เพียงการเก็บข้อมูลแยกส่วน แต่คือการเก็บข้อมูลอย่างมีเป้าหมายเพื่อหาว่า “อาการนี้กำลังชี้ไปที่ปัญหาใด”

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

หลังจากเก็บข้อมูลแล้ว ขั้นตอนถัดมาคือการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และแปลผลเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจสำคัญของการคิดแบบพยาบาล เพราะเป็นจุดที่เปลี่ยนจาก “ข้อมูลดิบ” ไปสู่ “ความหมายทางคลินิก”

ในผู้ป่วยอายุรกรรม ข้อมูลหนึ่งชุดอาจนำไปสู่ diagnosis ได้หลายข้อ แต่พยาบาลต้องแยกให้ออกว่า diagnosis ใดเป็นปัญหาจริงที่เกิดขึ้นแล้ว diagnosis ใดเป็นความเสี่ยง และ diagnosis ใดควรได้รับความสำคัญก่อน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยปอดอักเสบมีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเร็ว O₂ saturation ต่ำ และรับประทานได้น้อย จากข้อมูลนี้อาจตั้งข้อวินิจฉัยได้หลายข้อ เช่น

- การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
- การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง
- อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ
- เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ
- โภชนาการน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

แต่ในระยะเฉียบพลัน ข้อที่ควรให้ความสำคัญก่อนคือปัญหาที่เกี่ยวกับการหายใจและออกซิเจน

ดังนั้น การวิเคราะห์ปัญหาจึงไม่ใช่แค่ตั้ง diagnosis ให้ได้หลายข้อ แต่ต้องเลือกให้ถูกและเรียงลำดับให้เหมาะสม

การจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อช่วยวิเคราะห์ปัญหา

หนึ่งในทักษะที่สำคัญมากคือการ “จัดกลุ่มข้อมูล” เพราะข้อมูลผู้ป่วยมักมีจำนวนมากและกระจัดกระจาย หากไม่จัดกลุ่มจะมองไม่เห็นภาพรวม

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วย heart failure มีข้อมูลดังนี้

หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ RR 28 ครั้ง/นาที O₂ saturation 92% ขาบวม 2+ น้ำหนักเพิ่ม 2 กิโลกรัมใน 3 วัน ปัสสาวะน้อย ฟังปอดมี crackles

หากนำมาจัดกลุ่ม จะเห็นว่า

กลุ่มข้อมูลด้านการหายใจ

- หอบเหนื่อย
- นอนราบไม่ได้
- RR สูง
- O₂ ต่ำเล็กน้อย
- crackles

กลุ่มข้อมูลด้านสารน้ำ

- ขาบวม
- น้ำหนักเพิ่ม
- ปัสสาวะน้อย

เมื่อจัดกลุ่มแล้วจะเห็นภาพชัดขึ้นว่าปัญหาหลักคือภาวะคั่งน้ำส่งผลต่อการหายใจและการไหลเวียน ทำให้นำไปสู่ diagnosis เช่น ปริมาณสารน้ำเกิน และแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ หรือการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง การจัดกลุ่มข้อมูลจึงเป็นสะพานจาก assessment ไปสู่ nursing diagnosis

หลักการวิเคราะห์ปัญหา: จากอาการสู่ความหมายทางการพยาบาล

การวิเคราะห์ปัญหาที่ดีควรใช้หลักคิดแบบต่อเนื่อง ดังนี้
อาการ/ข้อมูล → พยาธิสภาพที่เป็นไปได้ → ผลกระทบต่อผู้ป่วย → ปัญหาทางการพยาบาล

ยกตัวอย่าง

ผู้ป่วย CKD มีบวม ปัสสาวะน้อย น้ำหนักเพิ่ม หอบเหนื่อย และไปแอสเซียมสูง อาการเหล่านี้สะท้อนว่าไตขับน้ำและของเสียได้ลดลง เกิดภาวะน้ำเกินและมีโอกาสเกิดอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ

ผลกระทบคือผู้ป่วยเสี่ยงต่อ pulmonary edema, arrhythmia และอ่อนเพลีย

จากนั้นจึงวิเคราะห์เป็นปัญหาทางการพยาบาล เช่น

- ปริมาณสารน้ำเกิน
- เสี่ยงต่อภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล
- ก่นต่อกิจกรรมลดลง

สิ่งที่ต้องระวังคืออย่าข้ามขั้น เช่น เห็นผู้ป่วยบวมแล้วรีบเขียนว่า “ปริมาณสารน้ำเกิน” โดยไม่ดูข้อมูลอื่นร่วม เช่น น้ำหนัก ปัสสาวะ I/O เสี่ยงปอด หรืออาการหอบ เพราะการบวมอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะสรุปปัญหาได้อย่างมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาได้แล้ว ขั้นตอนคือการวางแผนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ในผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลมักพบหลายปัญหาพร้อมกัน จึงจำเป็นต้องเลือกก่อนว่าจะแก้ปัญหาค่าใดก่อน หลักที่ใช้บ่อยคือ

- ABC: Airway, Breathing, Circulation
- Safety first
- ปัญหาที่คุกคามชีวิตก่อน
- ปัญหาเฉียบพลันก่อนปัญหาเรื้อรัง
- ปัญหาที่มีผลกระทบต่อระบบอื่นก่อน
- ปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วย stroke ที่กลืนลำบากและมีเสมหะมาก ควรให้ความสำคัญกับความเสี่ยงต่อการสำลักก่อนเรื่องการสอนญาติเรื่องการฟื้นฟูระยะยาว

การกำหนดเป้าหมาย

เป้าหมายควรชัดเจน วัดได้ และมีกรอบเวลา เช่น

- ภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมี O₂ saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 95%
- ภายใน 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 0.5 mL/kg/hr
- ภายใน 2 วัน ผู้ป่วยอธิบายหลักการจำกัดโซเดียมได้ถูกต้อง

เป้าหมายที่ดีจะช่วยให้พยาบาลรู้ว่าต้องติดตามอะไร และจะประเมินความก้าวหน้าอย่างไร

การเลือกกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมต้องสัมพันธ์กับปัญหาและสาเหตุ เช่น หากผู้ป่วยมีปัญหาการขับเสมหะ ไม่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่เลือกควรเกี่ยวข้องกับการเปิดทางเดินหายใจ การจัดทำ การส่งเสริมการไอ การประเมินเสมหะ และการเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ไม่ใช่เลือกกิจกรรมแบบกว้าง ๆ ที่ใช้ได้กับทุกปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การปฏิบัติการพยาบาลคือการนำแผนที่วางไว้ไปสู่การดูแลจริง แต่การปฏิบัติไม่ได้หมายถึงการ “ทำตามแผนแบบตายตัว” เสมอไป เพราะผู้ป่วยอายุรกรรมมักมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องใช้ในการประเมินควบคู่ไปด้วยเสมอ

ยกตัวอย่าง ผู้ป่วย CHF ที่เดิมวางแผนให้จำกัดน้ำ ชั่งน้ำหนัก และติดตามอาการเหนื่อย แต่ระหว่างเวรผู้ป่วยเริ่มหอบมากขึ้น ฟังปอดมี crackles เพิ่ม และ O₂ saturation ลดลง แสดงว่าพยาบาลต้องตอบสนองทันที เช่น จัดทำนั่งสูง ดูแลออกซิเจน ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ แจ้งแพทย์ และเตรียมเผื่อภาวะ pulmonary edema มากกว่าจะเพียง “ทำตาม care plan เดิม”

ดังนั้น implementation ที่ดีต้องมีทั้งการลงมือทำ การเฝ้าระวัง และการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลคือการตอบคำถามว่า การพยาบาลที่ให้ไปบรรลุเป้าหมายหรือไม่ และผู้ป่วยตอบสนองอย่างไร ขั้นตอนนี้สำคัญมาก เพราะทำให้กระบวนการพยาบาลไม่จบแค่การเขียนแผน แต่เกิดการเรียนรู้จากผลลัพธ์จริง

ตัวอย่างเช่น หากเป้าหมายคือ

“ภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น RR อยู่ระหว่าง 16–24 ครั้ง/นาที และ O₂ saturation \geq 95%”

หลังให้การพยาบาลแล้วต้องประเมินว่า

- RR ลดลงหรือไม่
- O₂ saturation ดีขึ้นหรือไม่
- ผู้ป่วยยังเหนื่อยหรือไม่
- ยังต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มหรือไม่

การประเมินผลอาจได้ 3 ลักษณะ คือ

บรรลุเป้าหมายทั้งหมด

บรรลุบางส่วน

ยังไม่บรรลุ

เมื่อยังไม่บรรลุ พยาบาลต้องกลับไปดูว่าเกิดจากอะไร เช่น ประเมินข้อมูลไม่ครบ วินิจฉัยไม่ตรงปัญหา กิจกรรมการพยาบาลยังไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนใหม่เกิดขึ้น