

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร สิ่งพิมพ์ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจะเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและเหตุผลของการให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกับการวางแผนจำหน่าย
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
5. พยาบาลวิชาชีพกับกระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่าย, งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย
6. ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

1. แนวคิดและเหตุผลของการให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยการเห็นความต้องการของประชาชนตามการรับรู้ของประชาชน และให้ประชาชนสามารถรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้เมื่อเจ็บป่วย โดยมีการสนับสนุนการดูแลและให้ความรู้จากบุคลากรในทีมสุขภาพมาตั้งแต่ต้นนโยบายการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 4 นโยบายดังกล่าวสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับการพยาบาล 4 มิติ คือ การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมจากสถานบริการถึงครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ มีเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วย ดูแลตนเองและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย จนร่างกายกลับสู่ภาวะปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

การที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การรักษาพยาบาลต้องเปลี่ยนจากการให้บริหารตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการมาเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินการดูแลสุขภาพของตนตามความคิดเห็น ความต้องการของตนในการแก้ปัญหาสุขภาพ ซึ่งปรากฏเป็นนโยบายในการดำเนินการอย่างชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2533-2535) โดยมีแนวทาง 4 ประการ คือ หนึ่งจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่และประชาชนทุกคนได้รับการบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม สองต้องผสมผสานการบริการให้ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ มีการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่มีช่องว่างระหว่างสถานบริการ สามการดำเนินการต้องยึดหยุ่นสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของท้องถิ่น เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันของประชาชน ต้องเป็นไปในลักษณะที่มีมาตรฐานทั้งปริมาณและคุณภาพ และประการสุดท้าย คือ การพัฒนาสาธารณสุขควรเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนและสังคม เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการแก้ปัญหาสาธารณสุข ไปพร้อม ๆ กับความเปลี่ยนแปลงทางสังคม บนรากฐานของการพึ่งตนเองที่ประชาชนและชุมชนนั้นมียู่

กลวิธีในการดำเนินงานของแผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นดังนี้คือ (กองแผนงานสาธารณสุข, 2533) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการทั้ง 4 มิติ ภายใต้การสนับสนุนอย่างจริงจังของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ ส่งเสริมการเพิ่มบทบาทของประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดปัญหาความต้องการ วิธีแก้ปัญหา สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมการศึกษา แสวงหาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพิ่มประสิทธิภาพสถานบริการในการรับคนไข้ที่ส่งมารักษาต่อ พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย ตลอดจนส่งเสริมระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่ารัฐตระหนักในผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อสังคมและเศรษฐกิจทุกด้าน จึงมุ่งเน้นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่ผู้ที่มีสุขภาพดีจนถึงเจ็บป่วย เพราะเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การดำเนินชีวิต และพัฒนาการของบุคคลและครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยเล็ก ๆ ในสังคมจะหยุดชะงัก (Benner and Wrubel, 1989) จากความรู้ลึกลับเสีย หวาดกลัวต่อสภาพที่ไม่อาจคาดหมายได้จากผลของความเจ็บป่วย



2. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกับการวางแผนจำหน่าย

แนวคิดในส่วนนี้ประกอบด้วยความหมายของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง Tebbitt (1981) ให้ความหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuous หรือ Continuing care) ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องการผลักดันให้แผนงานที่สนองความต้องการของผู้ป่วยในระบบสุขภาพให้ดำเนินไปทุกขั้นตอน ต่างจากการดูแลต่อเนื่องคือ การดูแลต่อเนื่องเป็นโครงการของสถานบริการในการให้บริการดูแลสุขภาพต่อที่บ้าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาการ ไปดูแลผู้ป่วยตามความต้องการที่บ้าน อาจมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานบริการอื่นนอกโรงพยาบาลให้ด้วย ข้อดีของการดูแลต่อเนื่องคือการประสานงานที่มีประสิทธิภาพจากตึกคนไข้ไปยังแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเดียวกันนั้น และมีข้อเสียคือจำกัดการให้บริการแก่คนไข้บางรายเท่านั้น เพราะไม่อาจจัดบุคลากรให้ดำเนินงานให้ครบตามโปรแกรมได้

Keating และ Kelman (1988) ให้ความหมายว่า เป็นแผนการให้บริการสุขภาพในสถานบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการตามความต้องการในระยะที่ประสบปัญหาสุขภาพ ตลอดจนถึงระยะพักฟื้น หรือระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่างจาก Stanbope กับ Lancaster (1988) ที่ให้ความเห็นว่า การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเหมือนในภาวะปกติก่อนเจ็บป่วย เมื่อให้ความรู้และรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน และเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองดีแล้ว

พรรณทิพา ศิลประสิทธิ์ (2533) ให้ความหมายที่ครอบคลุมทั้ง 2 แนวคิดดังกล่าวว่า เป็นกระบวนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยดำเนินไปตามขั้นตอนที่วางไว้ ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกลับสู่ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว

ผู้วิจัยขอสรุปความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่องในเชิงการดูแลสุขภาพของสังคมไทยว่า การที่ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเป้าหมายการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถานบริการจนผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมได้ตามปกติ นั่นคือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)

ความหมายของการวางแผนจำหน่าย ผู้รู้มีก็มีแนวคิดต่อเป้าหมายการวางแผนจำหน่ายในแนวเดียวกัน คือ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย และการที่ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ แต่มีขอบเขตการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ดังเช่น

Hushover Gamberg และ Smith (1978) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า เป็นการวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Planning) เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล หรือจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการอื่น หรือจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว

Tebbitt (1981) ให้ความหมายว่าการวางแผนจำหน่ายหมายถึง ระบบการวางแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่สถานบริการอื่น บางครั้งการวางแผนจำหน่ายในหน่วยฉุกเฉินก็สัมพันธ์กับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะการวางแผนจำหน่ายในลักษณะดังกล่าวเป็นเพียงงานเล็ก ๆ ของกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องเท่านั้น

ความหมายการวางแผนจำหน่ายของ Burgess (1983) คือ การสร้าง ปฏิบัติ และประเมินผลของแบบแผนที่วางไว้เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคคล หรือครอบครัว เพื่อการสิ้นสุดสัมพันธ์กับสถานบริการดูแลสุขภาพ หรือผู้ให้บริการ ซึ่งคล้ายกับความหมายของ Hickey (Puangtip Chaipibalsarith, 1986) การวางแผนจำหน่ายเป็นบูรณาการของแผนการพยาบาลและกระบวนการการพยาบาล มีพื้นฐานจากการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การวางแผนดังกล่าวจะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการอย่างต่อเนื่อง ในปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการ หรือในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการแก้ไขแล้วแต่ยังไม่ครอบคลุม

Pungtip Chaipibalsarith (1986) ให้ความหมายที่ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายว่า เป็นกระบวนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ครอบครัว ทีมวิชาชีพหลายสาขา ในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้ปฏิบัติตนหลังการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการจำหน่ายที่เป็นระบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายความต้องการของระบบการดูแลสุขภาพ

ผู้ที่เน้นให้เห็นชัดเจนถึงวิธีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ Marchette และ Holloman (1986) ซึ่งให้คำจำกัดความในงานวิจัยว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลช่วยเหลือตลอดจนการสนับสนุน จัดทำให้คำปรึกษาด้านทรัพยากรที่ต้องการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่นเดียวกับ Taft และ Skidmore - Roth (1988) ให้ความหมายว่า เป็นการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการสอนเป็นระยะจนถึงการจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณคดีของพรรณทิพา ศิลประสิทธิ์ (2532) สรุปว่า เป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ (Goals) วิธีดำเนินการ (Method) การปฏิบัติ (Implementation) และการประเมินผลเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย จากการสรุปนี้จะทำให้มองเห็นกระบวนการปฏิบัติอย่างเป็นระบบควบคู่ไปกับกลุ่มบุคคลหลายกลุ่มที่จะต้องดำเนินการให้เกิดการบรรลุเป้าหมายเดียวกัน ดังเช่นแนวคิดของ Stanhope และ Lancaster (1988) ที่ให้ความหมายว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลต่อเนื่อง ที่ผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมมือกันเป็นทีมสหสาขาวิชาการ ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ปรับตัวในการเปลี่ยนแปลงระดับการรักษายาบาล จากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เป็นการรวมแนวคิดของการวางแผนดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมให้ครอบคลุม การป้องกันสุขภาพ การรักษา การฟื้นฟู การดูแลคุ้มครองสุขภาพ แนวคิดการวางแผนจำหน่ายที่เกิดขึ้น เป็นความต้องการที่เกิดจากผู้ป่วย และญาติที่ต้องการทำงานร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ ในการจัดแผนการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาวะปกติของการดำรงชีวิตได้

ในระดับนโยบาย American Hospital Association (quoted in McClelland et al. 1985) ได้ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายไว้ว่า เป็นโครงการที่สถานบริการสุขภาพจัดทำขึ้นให้เป็นศูนย์กลางและการประสานงานสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการแผนการดูแลต่อเนื่องหรือติดตามดูแลหรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นการดูแลหลังการรักษา หรือแผนการดูแลต่อเนื่องเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดในการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละคนอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วย (Kruse, 1985)

อย่างไรก็ดี Rorden และ Taft (1990) ได้มีแนวคิดที่พอจะสรุปถึงลักษณะของการวางแผนจำหน่ายอย่างกว้าง ๆ และเข้าใจได้ชัดเจนว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นกลุ่ม

กิจกรรม (A Set of activities) ที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่าง ๆ ซึ่งกระบวนการวางแผนจะเหมาะสมสำหรับแต่ละครั้งในการเปลี่ยนแปลง เช่น การย้ายผู้ป่วยจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยสามัญ หรือจากหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสามัญไปยังหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวางแผนคือ การดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

การที่จะให้การวางแผนจำหน่ายบรรลุเป้าหมายความต้องการเนื่องในการดูแลผู้ป่วยนั้น Yura and Walsk (1982) เชื่อว่า การให้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นระบบ ในการดำรงรักษาสวัสดิภาวะของผู้ป่วย ถ้าปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยจากภาวะเจ็บป่วยคืนสู่ปกติสุข ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพที่บุคคลมีอยู่ในการดำเนินการดังกล่าวตามต้องการ

จากความหมายที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าหากต้องการจัดระบบการวางแผนจำหน่ายแล้วสิ่งที่จะช่วยทำให้เกิดกระบวนการที่ต่อเนื่องคือ การนำกระบวนการพยาบาลเข้ามาเป็นรูปแบบในการวางแผนจำหน่ายจะได้รอบที่ครอบคลุมการวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลกระบวนการเป็นอย่างดี ดังนั้นเพื่อจะสรุปแนวทางการวางแผนจำหน่ายไว้ว่า เป็นการให้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่ ดูแลช่วยเหลือตนเองในภาวะเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมปัญหา โดยมีการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็น จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายหรือแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ

2.3 แนวคิดในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

Buckwalter (1985) กล่าวว่า แผนการจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนประกอบสำคัญในการให้บริการดูแลสุขภาพ เพราะในการดำเนินการให้บริการสุขภาพต้องคำนึงถึงงบประมาณที่ต้องใช้ งบประมาณที่เพิ่มขึ้น การควบคุมคุณภาพ การให้บริการ ซึ่งการดูแลต่อเนื่องเป็นผลผลิตสุดท้ายของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยนำศักยภาพของตนเองมาใช้ปรับสภาพการเจ็บป่วย ความเครียด ความไม่สุขสบายให้กลับสู่สภาวะปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องกระทำต่อเนื่องตลอดเวลา (Dynamic) ต้องประเมินผู้ป่วยและประเมินผลเป็นระยะ ทีมสุขภาพและผู้รับบริการต้องร่วมมือกัน

ส่วน อีคกีและแมคเคนนา (Kickey and Mckenna, 1983) เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นบูรณาการของการปฏิบัติการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล โดยการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ และวางแผนการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุความต้องการของผู้ป่วยในปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือมีการรักษาพยาบาลแล้วแต่ยังไม่ครอบคลุมปัญหานั้นในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการ

การดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของ อีคกีและแมคเคนนา จะมีการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะเก็บข้อมูลแรกเริ่ม (Preliminary data gathering phase) เป็นระยะแรก จะเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาครั้งแรก (on admission) โดยการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยการประเมิน (assessments) และประเมินซ้ำ (reassessments) เพื่อให้ได้แนวทางพื้นฐานที่จะคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ และความสามารถในการที่จะฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการร่วมมือประสานงาน (Active Collaborative phase) จะดำเนินการเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่หลังจากระยะวิกฤต ทีมสุขภาพจะประสานงานกัน และร่วมมือกันวางแผนให้มีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว การวางแผนต้องเห็นความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งความต้องการนั้นต้องเหมาะสมกับบริการที่มีแหล่งสนับสนุน และทรัพยากรในชุมชน

การวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของ Bininger และคณะ (Bininger et al, 1989) ต้องชัดเจนในสิ่งต่อไปนี้

2.3.1 จุดประสงค์ ให้การดูแลต่อเนื่องหลาย ๆ ด้าน ตามความต้องการของผู้ป่วย โดย

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับสถานการณ์ (เวลา, สภาพเศรษฐกิจ) และต่อเนื่อง
- 2) การดูแลรักษาต้องไม่ขาดตอน ตั้งแต่การเข้ารักษาครั้งแรกจนถึงการรักษาต่อไปในหน่วยงานอื่น หรือสถานบริการอื่นที่ผู้ป่วยอาจต้องรับการรักษาต่อ (ไม่ว่าจะเป็น คลินิกเอกชน, บ้าน, สถานพักฟื้น ฯลฯ)
- 3) มีการประสานงานให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ (ควรมีทีมสหสาขา วิชาการ)
- 4) การวางแผนจำหน่ายต้องมีผู้ป่วย, เพื่อน หรือครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

2.3.2 เป้าหมายของการวางแผนจำหน่าย

- 1) ประสานงานการดูแลตั้งแต่การดูแลในภาวะฉุกเฉิน วิกฤต จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพโดยการเตรียมการส่งต่อผู้ป่วยให้คล่องตัวจาก 1. หน่วยงานหนึ่งสู่หน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล 2. โรงพยาบาลกลับบ้าน หรือตั้งแต่จากบ้านสู่ระบบบริการสุขภาพ 3. จากสถานบริการสุขภาพในชุมชนสู่สถานบริการอื่น ๆ
- 2) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่อง
- 3) บันทึกและข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้ป่วยต้องส่งต่อถึงหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างครบถ้วน มีประสิทธิภาพ
- 4) ต้องมีการวางแผนสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นความต้องการดูแลสุขภาพ ตลอดจนบริการและทรัพยากรที่มีสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉพาะ

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Associates quoted in McClelland et. al. 1985) กำหนดไว้ว่า การที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องต้องมีนโยบายดังนี้ 1. โครงสร้างหรือระบบการติดต่อประสานงานในระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ 2. ผู้ให้บริการแต่ละคนในระบบบริการสุขภาพ หรือในโครงสร้างบริการต้องเป็นผู้สนับสนุนแผนการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน 3. การวางแผนประสานงาน สื่อสาร ส่งต่อ และติดตามเยี่ยม

ในรายละเอียดนั้นต้องมีหลักการสำหรับปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางและปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวเดียวกัน ดังแนวทางที่ Bininger et al (1989) เสนอไว้โดย 1. เริ่มการวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในระบบการดูแลสุขภาพ 2. ใช้กระบวนการแก้ปัญหา (A Problem-Solving Approach) โดยการประเมินความต้องการแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ละคนตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย, ตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหาและวางแผนตามเป้าหมาย (Goal Directed Plan), ปฏิบัติตามแผน, ประเมินผล, อาจวางแผนแก้ปัญหาใหม่

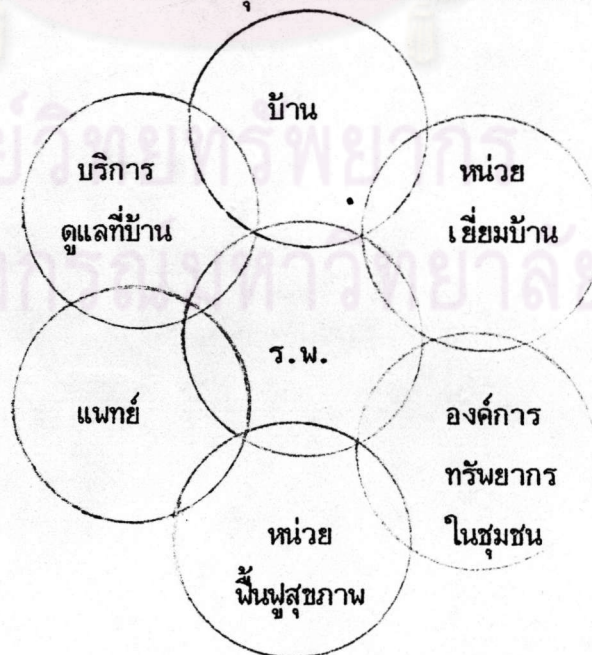
อย่างไรก็ดีการวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการปฏิบัติของทีม ที่มีระบบการทำงาน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่ง (Roden and Taft, 1989) กล่าวว่าการทำงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องต้องไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้ การจำกัดการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่องเฉพาะด้านร่างกาย หรือเป็นการรักษาพยาบาลเฉพาะด้านร่างกายของผู้ป่วย, และไม่ใช่กิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง, และผู้วางแผนจำหน่ายเท่านั้นที่รับผิดชอบกระบวนการจำหน่ายทั้งหมด แต่ต้องเป็นกระบวนการดังนี้ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่เนิ่น ๆ, วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมสวัสดิภาวะทั้งหมดของผู้ป่วย, แต่ละขั้นตอนของการวางแผนต้องมีผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วม, เป็นจุดสำคัญในการประสานงานและร่วมมือในการำทำงานของทีมสุขภาพ, การตัดสินใจใด ๆ เกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องต้องมีความเห็นชอบจากหลาย ๆ ฝ่าย และทีมดังกล่าวต้องมีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับทรัพยากรที่มีเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

Schneidman, Lambert and Wander, (1989) เสนอแนะการวางแผนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย สอนและแนะนำ หรือหาวิธีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Approach) ซึ่งจะนำปัจจัย 4 ประการ อันเป็นองค์ประกอบของคำว่า "บุคคล" มาใช้ในการพิจารณาวางแผนตามปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละมิติมาวางแผนจำหน่าย ปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ 1) ร่างกาย (Physiological) คือ การคำนึงถึงการตอบสนองด้านชีวภาพของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย 2) จิตใจ (Psychological) คือ ลักษณะการใช้บุคลิกวิทยา (เหตุผลอันเกิดจากความรู้และประสบการณ์) และการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อตนเองและสภาพแวดล้อมของตน 3) สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) คือ การตอบสนองต่อภายนอกและภายในตนอันเป็นผลจากการกระทำ การเรียนรู้ และสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคม ตลอดจนสิ่งที่รับถ่ายทอดมาจากครอบครัวและชุมชน 4) วิญญาณ (Spiritual) เป็นการตอบสนองส่วนบุคคลต่อแรงขับภายในของตัวบุคคลเอง

2.4 การวางแผนจำหน่ายกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของ Rorden และ Taft (1990) นั้น เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและต้องกระทำติดต่อกันตลอดเวลา (Continuons and dynamic) ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตามด้วยการวางแผนแล้วนำมาปฏิบัติและในที่สุดก็ประเมินผล ซึ่งประสิทธิภาพของแต่ละขั้นตอนขึ้นกับความละเอียดละเอียดของการวางแผนและความเอาใจใส่ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งไม่อาจกระทำได้ด้วยบุคคลเพียงผู้เดียว เพราะความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ตลอดจนครอบครัวนั้นยากง่ายซับซ้อนแตกต่างกันไป บางคนอาจมีความต้องการอย่างง่ายเพียงการให้ความรู้หรือคำแนะนำกระทั่งถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย หรือวางแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย ซึ่งแต่ละรายต้องมีความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพอันประกอบด้วยบุคลากรหลายแขนง ร่วมมือประสานงาน พูดคุยและประชุมปรึกษากันเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะสำคัญเท่า ๆ กันทั้งหมด

การวางแผนการจำหน่าย เป็นสิ่งที่เข้าใจกันว่า ซับซ้อน ยุ่งยาก และละเอียดอ่อน เพราะนอกเหนือจากการวางแผนตามเป้าหมายของผู้ป่วย ยังต้องการการปฏิบัติที่ต้องการความร่วมมือและประสานงานจากผู้คนรอบด้าน ทุกอย่างที่เข้ามาประกอบอยู่ในแผนเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นแม้พยาบาลจะเป็นผู้ทำหน้าที่วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ให้มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่ต้องการคือ แผนที่เกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่ายและการประสานงาน (Tebbitt, 1981)



รูปภาพ 1 การประสานงานและร่วมมือในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Tebbitt, 1981)

ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะดำเนินให้เป็นไปด้วยดีไม่ได้ ถ้าหากขาดความรับผิดชอบของผู้บริหารทุกระดับในการจัดทำนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติงานให้ครอบคลุม (Tebbitt, 1981) โดยมีเป้าหมายที่ควรวางไว้ให้ชัดเจนว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายควรประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ (Smeltzer and Flores, 1986)

- 2.4.1 มีการบ่งชี้ความต้องการแผนการจำหน่ายของผู้ป่วย
- 2.4.2 มีการประสานงาน และความร่วมมือ เพื่อประเมินความต้องการระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วย
- 2.4.3 ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ อย่างเหมาะสม ครอบคลุม
- 2.4.4 มีการวางแผนส่งต่ออย่างเหมาะสม

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยได้เสนอเป็นลำดับดังนี้ ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนประกอบของศีรษะ ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ พยาธิสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่สมอง และการปฏิบัติการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะไว้หลายท่าน คือ Gardner (Richmond and Graig, 1986) ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะว่า เป็นกลไกของการกระทบกระเทือนที่ส่งผลถึงเนื้อเยื่อสมอง ทำให้เนื้อสมองซึ่งมีลักษณะกึ่งของเหลว มีการเคลื่อนไหวไปด้านหน้าหรือเหวี่ยงมาด้านหลังทำให้มีการขยับแบบหมุนอยู่ภายใต้กะโหลกที่มีลักษณะขรุขระ ก่อให้เกิดการฉีกขาด ชอกช้ำบริเวณที่กระทบกับส่วนที่ขรุขระนั้น Benner and Wrubel (1989) ให้ความหมายใกล้เคียงกันว่า เป็นผลกระทบจากการบาดเจ็บหรือจากการที่ศีรษะถูกกระทบโดยฉับพลันทันทีในขณะที่มีการเคลื่อนไหว ก่อให้เกิดการทำลายของสมอง 2 แบบ คือ สมองช้ำ (Contussion) ซึ่งจำทำให้มีเลือดออก (Hemorrhage) ชิมหรือตั้งในสมอง และเกิดการบาดเจ็บทั่ว ๆ ไป ต่อเซลล์ประสาทชนิด white matter และมีการยึดอย่างรุนแรง หรือฉีกขาดของ Axons และ ชีชรินทร์ อังศุภากร (2530) ให้คำจำกัดความของการบาดเจ็บที่ศีรษะว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของสมอง มีสาเหตุจากการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวและมีอาการทางสมอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะว่า หมายถึง การที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงจากวัตถุ หรือจากการที่ศีรษะไปกระทบกับวัตถุในขณะที่มีอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดการทำลาย หรือเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของสมอง ของกะโหลกศีรษะ หรือของผิวหนังบริเวณศีรษะ จนเห็นได้ว่าการบวมช้ำ ฉีกขาด หรือแตกผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงระดับสติจากการทำลายของเนื้อเยื่อสมองหรือเยื่อหุ้มสมอง และเส้นเลือดของสมอง

3.2 ส่วนประกอบของศีรษะ ภายใต้อันตรกิริยาและหนังศีรษะจะเป็นกะโหลกศีรษะที่ห่อหุ้มส่วนที่เป็นสมอง กะโหลกจะเป็นกระดูกบาง ๆ มีลักษณะกลวงใต้กะโหลกมีเยื่อบาง ๆ 3 ชั้น เรียก ดูรา อแรคนอยด์ และเพีย มีช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อทั้ง 3 เรียก ช่องเหนือดูรา (Epidural space) ใต้ชั้นดูรา (Subdural space และ ใต้ อแรคนอยด์ (Subarachnoid Space) เมื่อมีการบาดเจ็บถึงชั้นเส้นเลือดที่มาเลี้ยงสมองบริเวณใต้กะโหลกศีรษะฉีกขาดมักจะมีการคั่งของเลือดและน้ำไขสันหลังที่บริเวณเหล่านี้

สมองเป็นส่วนสำคัญที่สุดส่วนหนึ่งของร่างกายมีน้ำหนักประมาณร้อยละ 20 ของน้ำหนักทั้งหมดของร่างกาย เป็นจุดรวมของเส้นประสาทที่สำคัญในการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

3.3 ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ Gardner (อ้างถึงใน Richmond and Gaig, 1986) แบ่งชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็น 4 ชนิด คือ

3.3.1 สมองกระทบกระเทือนชั่วคราว (Concussion) เกิดในรายที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง เป็นการสูญเสียหน้าที่ของสมองชั่วคราว อาการส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจบอกว่ามีอาการหมดสติชั่วคราว หรือมึนงง อาการหมดสติ ไม่เกินครึ่งชั่วโมง แล้วกลับรู้สึกตัวเป็นปกติอีกครั้ง

3.3.2 สมองช้ำ (Contusion) เป็นการบาดเจ็บของสมองแบบเนื้อสมองบวมช้ำ บริเวณที่ศีรษะถูกกระทบ (Coupe) หรือสมองเหวี่ยงไปถูกส่วนขรุขระใต้กะโหลกศีรษะ ด้านตรงข้ามกับศีรษะที่ถูกกระทบ (Countre Coupe) บริเวณที่บาดเจ็บมักจะเป็นบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal Lobes) หรือ ขมับ (Temporal Lobes)

3.3.3 กะโหลกศีรษะแตก (Skull Fractures) เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบได้เสมอ รอยแตกอาจเป็นเส้นยาวเส้นเดียว (Linear) เป็นแตก (Comminutes) หรือ



ยวบง (Depressed) ปกติกะโหลกศีรษะที่แตกจะไม่ค่อยมีปัญหาต่อสมอง ยกเว้นกระดุกยวบงไป กัดหรือแทงลงไปที่เนื้อสมอง (Kunkel and Wiley, 1979)

3.3.4 เลือดออกใต้กะโหลกศีรษะ (Intracranial Hemorrhages)

ประกอบด้วย

1) เลือดออกเหนือชั้นดรูรา (Epidural Hemorrhage) มักพบในการบาดเจ็บที่บริเวณขมับ จากการฉีกขาดของเส้นเลือดแดง Middle Meningeal Artery ทำให้มีการคั่งของเลือดบริเวณช่องว่างระหว่างดรูรา กับกะโหลกศีรษะ

2) เลือดออกใต้ชั้นดรูรา (Subdural Hemorrhage) การฉีกขาดของเส้นเลือด Cortical Vains ทำให้มีเลือดคั่งบริเวณช่องว่างระหว่างชั้นดรูราและอแรคนอยด์ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ 3 ระดับ คือ แบบเฉียบพลัน (Acute) กึ่งเฉียบพลัน (Subacute) และเรื้อรัง (Chronic) ขึ้นกับความรวดเร็วของการตกเลือด และคั่งทับโครงสร้างของสมองส่วนที่เป็นระบบประสาท พยาธิสภาพแบบเฉียบพลันมักเกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมง หลังการบาดเจ็บ และแบบเรื้อรังจะมีอาการภายหลังการบาดเจ็บหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

3) เลือดออกใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) เกิดจากการแตกหรือฉีกขาดของเส้นเลือดแดงใหญ่ Aneurysm

4) เลือดออกบริเวณเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage) เลือดออกซึมหรือเป็นจุดกระจายในเนื้อสมองโดยตรงมักเกิดเพียงร้อยละ 1 หรือ 2 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าวอาจพบพยาธิสภาพได้ในทันทีหลังจากการบาดเจ็บ เรียกว่า เป็นการบาดเจ็บปฐมภูมิ หรือมีอาการภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น การมีเลือดออกจากเส้นเลือดที่แตกออกภายหลังจากการบาดเจ็บหรือมีสมองบวมจากการคั่งเลือด หรือน้ำไขสันหลัง (edema) หรือเซลล์สมองบวม (Swelling) จากการกระทบของเนื้อสมองกับกะโหลกศีรษะ เรียกว่า การบาดเจ็บทุติยภูมิ ภายหลังก่อให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นคือความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น (Increase Intracranial Pressure) จนผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากภาวะสุดท้ายนี้ได้ การบาดเจ็บระดับนี้ เรียก การบาดเจ็บทุติยภูมิ

พยาธิสภาพส่วนใหญ่จะเป็นการบาดเจ็บทุติยภูมิแบบ เลือดออกเหนือชั้นดรูรา (Epidural hematoma) รองลงมาคือ ชนิดเลือดออกใต้ชั้นดรูรา (Subdural hematoma) ต่อมาคือการมีสมองช้ำ (ชัชวรินทร์ อังศุภากร และคณะ, 2531) ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่

ว่าความรุนแรงจะอยู่ในระดับใด คือการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกตัว ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกตัวลดลง ตั้งแต่มีงง สับสน จนถึงหมดสติ การหมดสติระดับลึกคืออาการที่เรียกว่า "Coma" (Baggerly, 1986) พยาธิสภาพแต่ละอย่างของการบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลต่อระดับความรู้สึกตัว ระยะเวลาในการหมดสติ และความรุนแรงต่างกัน การประเมินพยาธิสภาพของสมองสามารถสังเกตได้จากการประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาทแบบกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score) ซึ่ง Coma Score เท่ากับ 8 คะแนน หรือน้อยกว่า ถือว่าการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรง (Habermann, อ้างใน มยุรี แก้วจันทร์, 2532; Sherman, 1990) และสิ่งที่หลงเหลือจากการบาดเจ็บไม่ว่ามากหรือน้อยคือสภาพร่างกาย สติปัญญา หรือพฤติกรรมที่บกพร่อง (Baggerly, 1986)

3.4 พยาธิสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สิ่งที่สามารถพบเห็นได้จากการบาดเจ็บที่ศีรษะในส่วนต่าง ๆ ได้แก่

3.4.1 การบาดเจ็บที่สมองด้านหน้า (Frontal Area) ผู้ป่วยจะมีบุคลิกเปลี่ยนแปลง อาจมีอาการเร้าเริงตลอดเวลา (Euphoria) หรือไร้ความรู้สึก (Apathy) ไม่มีเหตุผล ไม่ระมัดระวังมารยาท ขาดการไตร่ตรอง หรือควบคุมอารมณ์ในเหตุการณ์เฉพาะหน้าไม่ได้ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ แสดงพฤติกรรมที่ไม่มีเป้าหมาย ขาดทักษะการแก้ปัญหา ย้ำคิด ย้ำทำ

3.4.2 ในรายที่มีการบาดเจ็บของสมองด้านข้าง (Parietal Lobes) จะมีการเปลี่ยนแปลงของประสาทที่รับสัมผัส (Sensory) และการใช้ประสาทสัมผัส ในรายที่มีการบาดเจ็บด้านซ้าย จะมีปัญหาในการพูด (Aphasia) และการใช้ภาษา (Aphasix) ทักษะในการใช้แขนขาลดลง ไม่รับรู้ร่างกายด้านตรงข้าม ไม่สามารถใช้เหตุผล ในรายที่มีการบาดเจ็บด้านขวา จะมีปัญหาในการมองเห็น (Visual) และการรับรู้

3.4.3 ในรายที่มีการบาดเจ็บที่ขมับ (Temporal Lobes) ผู้ป่วยจะแสดงความวิตกกังวล ไม่อารมณ์หรือโมโหง่าย ก้าวร้าว หรือเก็บกด ไม่สามารถปะติดปะต่อ หรือลำดับเรื่องราวได้ หลงลืมง่าย

ในขณะที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บสิ่งที่เกิดขึ้นคือความเครียดของร่างกายซึ่งมีผลต่อภูมิต้านทานโรค และเพิ่มการเผาผลาญอาหารเนื่องจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอและการใช้สารอาหารมากกว่าร่างกายส่วนอื่น คลินตันและคณะ (Godbole, Barbiglia and Goddard, 1991) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีการเผาผลาญอาหารในร่างกายสูงขึ้นเท่ากับผู้ป่วย

ที่ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ถึงร้อยละ 30 ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร โปรตีนใน ร่างกายลดลง มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และระบบการย่อยอาหาร สูญเสียไป มีผลต่อการฟื้นคืนสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ Godbole และคณะ (1991) ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีภาวะการเผาผลาญอาหารในร่างกายสูงขึ้น ในรายที่มีพยาธิสภาพ รุนแรงจะมีผิวหนังแตกเป็นแผล (Mild Skin Breakdown) ติดเชื้อ (Infection) และ น้ำหนักตัวลดลงถึงร้อยละ 12 ซึ่งผู้ป่วยต้องการการวางแผนให้มีการดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับการ ให้อาหารที่พอเพียงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

3.5 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บต่อสมอง อันตรายของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ค่อนข้าง รุนแรง คือการลดการไหลเวียนของเลือด ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของสมอง สมองขาดเลือดหมายถึง การขาดออกซิเจนที่จะนำไปใช้เผาผลาญอาหาร ทำให้เกิดการบาดเจ็บทุติยภูมินั้นคือความดันใน กะโหลกศีรษะที่สูงขึ้น จากสมองบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำ เลือด และความพยายามที่จะนำการ ไหลเวียนมาสู่สมองเพิ่มขึ้น ผลก็คือสมองถูกกดให้เบียดไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือมีแรงกดลงสู่สมอง ส่วนกลางและส่วนล่าง คือก้านสมอง ในที่สุดผู้ป่วยจะถึงแก่ชีวิต

ความดันในสมองที่จะทำให้มีการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงสมองได้พอเพียงอยู่ ระหว่าง 0-15 มิลลิเมตรปรอท แรงดันของเส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองจะอยู่ประมาณ 80-100 มิลลิเมตรปรอท ความดันที่ต่ำกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง ผล ก็คือ การทำลายเนื้อเยื่อสมอง สิ่งที่จะทำให้ภาวะสมองบวมมีความรุนแรงมากขึ้นคือ การอาเจียน ซึ่งจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

การคั่งของเลือดหรือการมีสมองบวมด้านใดด้านหนึ่งของสมองจะกีดการทำงาน ของประสาทที่ส่งไปยังร่างกายซีกตรงกันข้าม จะพบว่ามีอาการอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตของแขนขาซีก หนึ่ง ซึ่งเมื่อพยาธิสภาพในระยะฉุกเฉินวิกฤตได้รับการบำบัดแล้วต้องคำนึงถึงการฟื้นฟูสภาพให้ ความพิการด้านร่างกายส่วนนี้ให้คงเหลืออยู่น้อยที่สุด

หลังจากการรักษาภาวะสมองบวมและการคั่งของเลือดตามแนวทางการรักษา ของแพทย์จะมีผลดีในรายที่ไม่บาดเจ็บรุนแรงมากแล้ว จะพบว่า (Kunkel and Wiley, 1979) ผู้ป่วยที่หมดสติจะค่อย ๆ ฟื้นคืนสติอย่างช้า ๆ ภายในวันที่ 4 หรือ 5 หลังการบาดเจ็บประมาณ 10 วัน ผู้ป่วยควรจะกลับคืนสู่สภาพที่เกือบเป็นปกติ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 10 หรือ 14 หลังจากบาดเจ็บแล้ว ภายใน 1 ปี หลังจากนั้น ผู้ป่วยอาจมีอาการที่เรียกว่า

Posttraumatic Sysdrom เป็นครั้งคราว ได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คัดจมูก มองเห็นภาพซ้อน หรือต้อวงแสงสายตา การทรงตัวผิดปกติ-เดินเซ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ซาดสมาธิ หรือลงลิ้ม ในรายที่การบาดเจ็บไม่รุนแรงจนเนื้อเยื่อสมองถูกทำลายควรจะกลับคืนสู่สภาพปกติ เมื่อ 1 ปี ผ่านไป บางรายที่รุนแรงกว่านั้นอาจมีอาการดังกล่าวหลงเหลืออยู่

3.6 การปฏิบัติการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฉุกเฉินและวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการป้องกันการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะและภาวะแทรกซ้อน เมื่อพ้นภาวะดังกล่าวการพยาบาลจะเป็นการป้องกันและแก้ไขความผิดปกติที่หลงเหลือจากการบาดเจ็บ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ของ มยุรี แก้วจันทร์ เป็นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและสามารถสอนให้ญาติและผู้พวคนำมาปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเองต่อได้เมื่อกลับบ้าน ตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละรายดังนี้

3.6.1 ช่วยให้ผู้ป่วยที่รู้สึกปรับคืนสู่สภาพที่รับรู้กาลเวลา บุคคล และสถานที่ได้ถูกต้องเร็วที่สุด และมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการแนะนำให้รู้จักบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ชี้แจงให้ทราบถึงสภาพแวดล้อมและสภาพของตัวผู้ป่วยเอง ในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลตามกิจวัตร ต้องถือโอกาสสร้างสัมพันธภาพ ชวนพูดคุยด้วยท่าที่สงบเป็นกันเอง สัมผัสผู้ป่วยด้วยความเมตตา จัดสิ่งเร้าให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเคลื่อนไหวหรือความเป็นไปต่าง ๆ ในสังคมปกติ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ มีนาฬิกา หรือปฏิทินอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ ชมเศษเมื่อผู้ป่วยสามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยรับรู้ผิดจากความจริงต้องชี้แจงให้ทราบตามความเป็นจริง

3.6.2 ในรายที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ในรายที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนที่ควบคุมการรับรู้ภาษา (Receptive aphasia) และด้านการใช้หรือแสดงออกถึงภาษาติดต่อกับผู้อื่น (Expressive aphasia) ต้องประเมินด้วยการทดสอบการรับรู้โดยการสื่อสาร่าง่าย ๆ สั้น ๆ ทั้งภาษาเขียนและภาษาพูด อย่างชัดเจน โดยลองให้ทำตามคำสั่ง และให้ตอบคำถามในเรื่องง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยเคยหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับ นอกจากนั้นต้องจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ กระตุ้นให้ญาติมิตรมาเยี่ยมและพูดคุยกับผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำวิธีการติดต่อที่ถูกต้องเหมาะสมให้ใช้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วย

3.6.3 ช่วยพัฒนาการปรับพฤติกรรมที่ เบี่ยงเบน ให้กลับสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม ให้มากที่สุด โดยการรับฟังและยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนออกไป จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและยอมรับสภาพของผู้ป่วย ได้ดีขึ้น นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกไปเหมาะสม โดยไม่ต้องว่าหรือแสดงการยอมรับ แสดงท่าทีที่สงบเมื่อผู้ป่วยร้องไห้หรือหัวเราะออกมาง่าย ๆ อย่างไม่น่าจะเป็น เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้และอารมณ์ไม่คงที่ ไม่ควรถามเหตุผลว่าทำไมจึงแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น หรือแสดงท่าทางรำคาญ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกละอายหรือรู้สึกกว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

3.6.4 ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับปัญหาความพิการของผู้ป่วยเอง ได้ โดยแสดงท่าทีการยอมรับสภาพผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสามารถ กำลัง และศักยภาพของผู้ป่วยที่เสียไป และที่ยังคงอยู่สามารถที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพในส่วนที่เหลืออยู่ได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึกต่อสภาพของผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกอย่างไร จะมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตอย่างไรบ้าง และจะวางแผนอนาคตอย่างไรบ้าง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจ ด้วยตัวเองในการที่จะหาทางช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด

4. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย แนวความคิดต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความต้องการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่สำคัญ และข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4.1 ความต้องการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะในรายที่มีความผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อย ย่อมต้องกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิต ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวไม่มากนักน้อย ความเครียดของร่างกายเมื่อเจ็บป่วยและความรู้สึกหวาดกลัวต่ออนาคตที่ไม่อาจคาดหมายได้จากการเจ็บป่วยซึ่งช่วยเพิ่มความเครียดและบั่นทอนร่างกายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม และกิจวัตรประจำวัน ความคาดหวังและความต้องการการดูแลที่ดีจะเพิ่มความรู้สึกเครียดให้มากขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525)

สภาพ สุวรรณเวโซ (2530) ได้ข้อมูลจากประสบการณ์ในหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาที่แก้ปัญหาความเจ็บป่วย ต้องการรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ ความรุนแรงของโรค อาการ-การเปลี่ยนแปลง วิธีการและระยะเวลาในการตรวจ-รักษา การปฏิบัติตัว และการกลับมาพบแพทย์ตามนัดหมาย ซึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาจนอาการดีขึ้นและได้รับคำบอกเล่าว่าให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว และว้าวุ่น (Packard Helie and Lancaster, 1989) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่ยังมีความเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่บ้าง และยังต้องการการดูแลเพิ่มเติมอีกกระทันหัน ปัญหาดังกล่าวสามารถบรรเทาได้ด้วยการวางแผนเพื่อจำหน่ายหรือส่งต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งต่อการรักษาพยาบาล (พวงรัตน์ บุญานุรักษ์, 2522)

ฮานนิแกน (Hannegan, 1989) ศึกษาพบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Craniotomy จะรู้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านเชาวน์ปัญญา และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเป็นช่วงสั้น ๆ คล้ายกับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่รุนแรง (Minor Head Injury) และรายที่มีเลือดออกใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depressed) และการดำเนินชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญภาวะผิดปกติดังกล่าว ต้องเป็นการให้คำปรึกษา (Counseling) และการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นงานที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ซึ่งอาจต้องการความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาวิชาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย เพราะความต้องการของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะค่อนข้างซับซ้อน ยากที่จะบอกได้ว่าผลลัพธ์สุดท้ายของผู้ป่วยควรจะเป็นอย่างไร (Hickey and Mckenna, 1983; Benner and Wrubel, 1989) เพราะแม้จะมีพยาธิสภาพคล้ายคลึงกัน แต่ผลลัพธ์อาจแตกต่างกัน ซึ่งทีมสุขภาพต้องสามารถปรับแผนการดูแลผู้ป่วยตามสภาพที่เปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความต้องการการวางแผนจำหน่ายเฉพาะกลุ่มโรคและเฉพาะบุคคลแตกต่างกันไป การที่จะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงต้องคำนึงถึงข้อมูลหลาย ๆ ส่วน เพื่อให้การวางแผนการจำหน่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากการรวบรวมข้อมูลที่จะนำมาวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ของ มยุรี แก้วจันทร์ (2531) ได้เสนอไว้ข้อมูล 8 ส่วน ดังนี้

4.2.1 ปัญหาและข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ สภาพการเจ็บป่วย ลักษณะความพิการ สิ่งที่ยาติดต้องได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน สถานการณ์ทางบ้านของผู้ป่วย และสภาพเศรษฐกิจ

4.2.2 ข้อมูลเรื่องยาของผู้ป่วยที่ต้องนำไปปรับปรนทานต่อที่บ้าน

4.2.3 เครื่องมือของผู้ป่วยที่ต้องนำไปใช้ที่บ้าน รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

4.2.4 หน่วยงานที่จะส่งต่อหรือแนะนำผู้ป่วยและญาติไปติดต่อเพื่อการรักษา ด้านการฟื้นฟูสภาพต่อไป

4.2.5 ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนอาชีพหรือฝึกทักษะใดต่อ

4.2.6 แนะนำหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยต่อไปได้

4.2.7 แนะนำเรื่องการนัดหมายของแพทย์ เพื่อการตรวจรักษาต่อ และอาการผิดปกติที่อาจจะพบได้หลังจากกลับบ้านไปแล้วมีอะไรบ้าง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อจะได้รับกลับมาพบแพทย์ได้ทัน

4.2.8 กิจกรรมที่ควรให้ผู้ป่วยทำให้ตามลำพังและกิจกรรมที่ควรห้ามมิให้ทำที่ต้องสอนญาติ ได้แก่

- 1) การตกแต่ง ซ่อมแซมบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือทาสีบ้าน
- 2) งานซ่อมแซมเฟอร์นิเจอร์ในบ้าน
- 3) งานช่างไม้
- 4) การแต่งสวน ปลูกต้นไม้ เพาะชำต้นไม้ การตัดดาชหญ้าด้วย
กรรไกร
- 5) งานบ้านต่าง ๆ
- 6) ทำงานอดิเรก และเข้าร่วมกิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ เช่น การทำสวน ประดิษฐ์ของใช้ต่าง ๆ วาดภาพ เลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่ตนชอบ รวมนั่งและเล่นดนตรี หรือร้องเพลง
- 7) เล่นกีฬา และออกกำลังกายชนิดที่ไม่หักโหมเกินไป เช่น เดินเร็ว ๆ วิ่งพอเหนื่อย ว่ายน้ำ เปตอง เต้ตะกร้อ โยนห่วง ปิงปอง
- 8) ให้ร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งญาติควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเพื่อกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้ป่วยอยู่เสมอ

9) ให้สอนวิธีการปฏิบัติงานบางอย่างที่ใช้เวลานั้น ๆ ให้ญาติดู หลังจากที่เราติสอนและสาธิตให้ดูก่อนแล้ว เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยพัฒนาความจำและทักษะได้ดีมากน้อยเพียงใด

10) ถ้าผู้ป่วยทำงานชนิดใดได้ ปลอ่ยให้ทำมากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และชมเชยให้กำลังใจเมื่อทำได้สมบูรณ์ เรียบร้อย

11) ดูแลให้ผู้ป่วยทำงานที่ยากขึ้น และใช้เวลานานขึ้น แต่ควรให้ได้พักบ้างเป็นระยะเมื่อทำงานเสร็จไปแต่ละส่วน

12) ให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ และปลอ่ยอารมณ์ด้วยการร้องเพลงหรือเล่นเกมต่าง ๆ ที่ใช้ความคิดพร้อมกับสนุกสนานด้วย เช่น หมากกรุก ไ้คำ เกมส่เศรษฐี

5. พยาบาลวิชาชีพกับกระบวนการพยาบาล เพื่อการวางแผนจำหน่าย

ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ และการวางแผนการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

5.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการจำหน่าย

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Associate quoted in McClelland et al. 1985) กำหนดว่าการดูแลสุขภาพต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ตามความต้องการการดูแลของแต่ละคนซึ่งจะแตกต่างกันไป แม้ว่าผู้ให้บริการจะไม่ใช่คนคนเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง ในโครงสร้างหรือระบบการดูแลสุขภาพจะต้องมีการติดต่อประสานงานในระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการแต่ละคนในโครงสร้างหรือระบบจะต้องเป็นผู้สนับสนุนแผนงานในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ประการสุดท้ายต้องวางแผน ประสานงาน สื่อสาร ส่งต่อ และติดตามเยี่ยม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

จากแนวคิดดังกล่าว ทำให้มองเป็นทิศทางของหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ว่ามิได้จำกัดขอบเขตอยู่แต่เพียงในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังต้องขยายขอบเขตการบริการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งชุมชนและสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้ ทั้งนี้พยาบาลควรเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้

ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในระยะการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน ซึ่งทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง มาเป็นผู้วางแผนกำหนดโครงการหรือประเมินผล โดยมีบทบาทดังนี้ (ชุตติมา หลกัย, 2532) 1) เป็นผู้วางแผน หรือจัดทำโครงการเพื่อให้การบริการครอบคลุมการบริการ 4 มิติ คือ รักษา ฟื้นฟู ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ 2) เป็นผู้ปฏิบัติ หรือถ่ายทอดแผนลงสู่การปฏิบัติ 3) เป็นผู้ประเมินผล กระทบอย่างเป็นระบบภายใต้วัตถุประสงค์เป้าหมายอย่างชัดเจน เพื่อนำผลมาปรับปรุงแก้ไข หากวิถีแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เมื่อคำนึงถึงการพัฒนาระบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในการป้องกันการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน มีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมพยาบาลจะเป็นบุคคลในทีมสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นผู้ที่ต้องประสานงานกับบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพในการให้บริการสุขภาพ นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่สามารถนำความรู้ ประสบการณ์มาใช้กระตุ้น และช่วยเหลือให้ประชาชนรู้จักดูแลอย่างถูกต้อง การให้การดูแลต่อเนื่อง โดยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ และการเยี่ยมบ้านจะทำให้ทราบถึงปัญหา เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยได้ดี นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางการปรับปรุงให้บริการให้ดีขึ้น เป็นบทบาทอีกด้านหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพของพยาบาล (พรณี เหมือนวงศ์, 2524)

โอเร็ม (สรานจิต กาญจนภา, 2528) กล่าวว่า พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้อื่นจึงต้องมีศิลปะในการเรียนรู้ถึงการช่วยเหลือผู้อื่น โดยพิจารณาถึงหลักทั่วไปว่าบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือนั้น ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร วิธีการช่วยเหลือโดยทั่วไปมี 5 วิธี คือ 1) ให้การพยาบาล 2) ให้คำแนะนำ 3) ควบคุมระครองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4) จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้กลับมีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง 5) การสอน

สรานจิต กาญจนภา (2528) สรุปว่า หน้าที่กิจกรรมของพยาบาลต้อง 1) เข้าใจหลักของการพยาบาลที่แน่นอน ซึ่งประกอบด้วยงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานด้านการป้องกันโรค การจำกัดความพิการ การฟื้นฟูสุขภาพ 2) มีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาสภาพของผู้ป่วย เช่น โรคที่เป็น สภาพครอบครัว สถานะเศรษฐกิจสังคม การใช้แหล่งประโยชน์ และความต้องการของผู้ป่วย 3) ในการปฏิบัตินั้น ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ควบคุมระครองด้านร่างกาย จิตใจ มีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในลักษณะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

รู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง ยอมรับสภาพตนเองตามความเป็นจริง และจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งต่อไปยังแหล่งบริการที่เหมาะสม

บทบาทหน้าที่กิจกรรมของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (สรายุจิต กาญจนภา, 2528) ได้แก่ 1) การประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น ความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม คาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย ตลอดจนวิธีการตัดแปลงการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ อาชีพ สังคม 2) มีการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวด้วย 3) ให้คำแนะนำ/สอน ให้ผู้ป่วยป่วย ครอบครัวรู้เรื่องโรคที่เป็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย สามารถปรับตัวกับชีวิตประจำวันได้ 4) ให้การพยาบาลต่อเนื่องและเหมาะสมโดยการเยี่ยมบ้าน นัดให้ผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาล 5) ส่งต่อผู้ป่วย ไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

ในการวางแผนจำหน่ายและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่าย จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้ถ้าขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย การที่จะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคคลจนได้รับความร่วมมือสิ่งสำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพการสื่อสาร การสอน และการประสานงาน

5.1.1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การทำให้เกิดมีการปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้เกิดกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น โดยพยาบาลทำให้การปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน อันจะทำให้เกิดความพึงพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ในการสร้างสัมพันธภาพนั้น จำต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ในเรื่องธรรมชาติของมนุษย์และมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่มโนทัศน์พื้นฐานในเรื่องความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อ และการให้เกียรติซึ่งกันและกัน อันเป็นบ่อเกิดแห่งการยอมรับ มีความสนใจต่อกัน เกิดความต้องการที่ติดต่อสื่อสารกันต่อไป นอกจากนี้ยังมีมโนทัศน์ร่วมซึ่งจะชวนให้เกิดความสัมพันธอันดี นั่นคือการตระหนักถึงคุณค่าของมนุษย์ ความเต็มใจที่จะผูกมิตร และความใจกว้างในการยอมรับสภาพที่เขาเป็นอยู่ การสร้างสัมพันธภาพจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นกับองค์ประกอบที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ การเข้ากันได้ (Rapport) การสร้างความรู้สึกเข้ากันได้ต้องอาศัยทักษะ



ทางสังคมของพยาบาลเอง คือ เป็นมิตร ยิ้มแย้ม ประสานสายตากับผู้ป่วยขณะพูด นับถือในความ เป็นมนุษย์ของผู้ป่วย มีทักษะในการฟัง อันดับต่อมาคือ การสร้างความไว้วางใจ ความรู้สึกในแง่ดี และการยอมรับ การเข้าถึงความรู้สึก (Empathy) การตั้งเป้าหมายชัดเจน การมีอารมณ์ขัน (Humor) และสุดท้าย การสื่อความหมายที่มีจุดประสงค์เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย การปฏิบัติสัมพันธ์แบ่งออกได้ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการแก้ปัญหา และ ขั้นสิ้นสุดการสร้างสัมพันธ์ภาพ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนอาจไม่สามารถแยกจากกันได้โดยเด็ดขาด ประเด็นของขั้นตอนหนึ่งอาจต่อเนื่อง ไปกับอีกขั้นตอนหนึ่งได้ นอกจากนี้ควรตระหนักถึงสัมพันธ์ภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับครอบครัวหรือกับบุคคลอื่น ซึ่งจะเป็นเครื่องบ่งชี้ความสามารถ และหน้าที่ในการปฏิบัติตัวต่อสังคม การปรับตัวในสังคมของผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงความเชื่อทางศาสนา และระบบของสังคมอันจะทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมได้

สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความช่วยเหลือของพยาบาล ในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาความตึงเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างเจ็บป่วย

5.1.2 การสื่อสาร

การสื่อสาร เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความคิดเห็น และอารมณ์ระหว่างกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันตามเนื้อหาที่ต้องการสื่อ ซึ่งในการสื่อสารนั้น จะต้องคำนึงถึง วัตถุประสงค์ องค์ประกอบ และกระบวนการที่บุคคลใช้ในการสื่อสาร ทั้งการสื่อสารที่ใช้ภาษาและการสื่อสารทางอวัชกริยา รวมทั้งเทคนิคของการสื่อสารที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร และอาจก่อให้เกิดความล้มเหลวในการสื่อสารได้

ทักษะการติดต่อสื่อสารเป็นทักษะสำคัญ ช่วยในการทำความเข้าใจและเรียนรู้ผู้อื่น ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีซึ่งกันและกัน ช่วยให้ได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ส่งเสริมการตัดสินใจที่ดีและในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น การใช้ทักษะการสื่อสารอย่างเหมาะสม จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ซึ่งจะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความหมายของการสื่อสาร การสื่อสาร (Communication) มาจากรากศัพท์ภาษาลาตินว่า Communis ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Common แปลว่า เหมือนกัน ร่วมกันหรือคล้ายคลึงกัน ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสื่อสารในแง่มุมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

Edwards and Brihart (1981) ได้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารว่า เป็นกระบวนการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนพลังงาน การรับรู้ และการแปลความหมาย ผ่านทางความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับที่ โอเบรน (O'Brien, 1978) ได้ให้ทรรศนะว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการที่บุคคลได้ร่วมรับรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค่านิยม เป้าหมาย ตลอดจนอารมณ์ความรู้สึกของตนเองกับผู้ป่วย เป็นวิถีทางที่จะทำให้รู้จักตนเองและผู้อื่นดีขึ้น

สวณิต ยมาภัย (2526) ได้ให้นิยามว่า "การสื่อสาร หมายถึง การติดต่อกันระหว่างมนุษย์ เพื่อทำให้รับรู้เรื่องราว อันมีความหมายร่วมกันและเกิดการตอบสนองต่อกัน

ประมะ สตะเวทิน (2527) ได้สรุปความหมายของการสื่อสารว่า "การสื่อสาร คือ ขบวนการของการถ่ายทอดข่าวสารจากบุคคลหนึ่งซึ่งเรียกว่าผู้ส่งสาร ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าผู้รับสารโดยผ่านสื่อ"

จากคำจำกัดความข้างต้นพอจะสรุปความหมายของการติดต่อสื่อสารได้ว่าเป็น กระบวนการของมนุษย์ในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความคิดเห็น และอารมณ์ระหว่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันตามเนื้อหาที่ต้องการสื่อ

วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารโดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร 2) เพื่อรับข้อมูลข่าวสาร 3) เพื่อเสนอหรือชักจูงใจให้ผู้รับข่าวสารคล้อยตาม 4) เพื่อสร้างความบันเทิงหรือความพอใจ 5) เพื่อสนองหรือให้การศึกษา 6) เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน 7) เพื่อสร้างสัมพันธภาพ 8) เพื่อกระทำหรือตัดสินใจ

การติดต่อสื่อสารที่ผู้รับและผู้ส่งข่าวสารมีวัตถุประสงค์ไม่สอดคล้องกัน ย่อมทำให้การสื่อสารนั้นไม่บรรลุถึงเป้าหมายของการสื่อสารฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่าย ย่อมทำให้การสื่อสารนั้นล้มเหลว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานของพยาบาล ถ้าการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยประสบความล้มเหลว ผลที่ตามมาอาจกระทบถึงความปลอดภัยและชีวิต

ของผู้ป่วยได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องรู้และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการติดต่อสื่อสารในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้น มีจุดมุ่งหมายใหญ่อยู่ 3 ประการ คือ (สฤกษ์, 2529) 1) เพื่อให้ข่าวสารข้อเท็จจริงและความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ในทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือประสานงานในการที่จะช่วยให้การบริการผู้ป่วยเป็นไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพ 2) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง อันจะเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล 3) เพื่อสร้างเจตคติที่ดีสำหรับกระตุ้นให้ผู้ป่วย งาน ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง เกิดความร่วมมือร่วมใจและพอใจที่จะปฏิบัติงานและปฏิบัติ ตามคำแนะนำ เพื่อให้การรักษายาบาลมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของการสื่อสาร ในการสื่อสารของมนุษย์นั้น โดยทั่วไปแล้ว จะมีองค์ประกอบหลักดังนี้

ผู้สื่อสาร ในที่นี้หมายถึง ผู้ส่งสารและผู้รับสาร การโต้ตอบสื่อสาร กันทั้งสองฝ่ายจะดำเนินการไปด้วยดี เมื่อทั้งสองฝ่ายอยู่ในสภาพแวดล้อมทางสังคมร่วมกัน ประสพ การณ์บางส่วนร่วมกัน หรือมีความรู้ความเข้าใจซึ่งกันและกัน

สาร หมายถึง สิ่งเร้าหรือสาระเรื่องราวที่ผู้สื่อสารส่งออกไป เป็นผลผลิตของผู้สื่อสารในรูปแบบที่สามารถส่งไปให้ผู้อื่นรับรู้ได้ อาจเป็นข้อมูลสั้น ๆ ง่าย ๆ หรือ เป็นข้อมูลที่ซับซ้อน มีรายละเอียดมากขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สื่อสาร การนำเสนอสาร โดยทั่วไปต้องพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้คือ

รหัสของสาร (message codes) หมายถึง สัญลักษณ์ (signal) หรือภาษา (Language) ที่แสดงออกซึ่งเรื่องราวที่ต้องการถ่ายทอดให้ผู้อื่นทราบ อาจเป็นเครื่องหมาย สัญลักษณ์ กริยาท่าทาง ซึ่งจะต้องแปลความหมายออกมาอีกระดับหนึ่งจึงจะ ได้รับความหมาย

เนื้อหาของสาร (message content) ข่าวสารชนิดนี้ เป็นข่าวสารที่ส่งออกมาตรง ๆ เพื่อให้ผู้รับแปลความหมายตามข้อมูลที่ได้รับ เช่น ข้อมูลความรู้ ความคิดเห็น ความรู้สึก ความต้องการ เป็นต้น ซึ่งผู้รับสารจะต้องใช้ทักษะการแปลความหมาย ตามปกติ มิต้องใช้ทักษะการแปลความหมายที่มีลักษณะเฉพาะแบบการใช้รหัส

การจัดสาร (message treatment) หมายถึง การจัดกระทำต่อเนื้อหาและรหัสของสาร ให้อยู่ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก่อนที่จะส่งออกไป เช่น การเรียบเรียง ลำดับความหรือลีลาของการใช้ภาษา เป็นต้น

3) ช่องทางหรือสื่อ ช่องทางหรือสื่อทำหน้าที่นำสารจากฝ่ายหนึ่งไปยังอีกฝ่ายหนึ่ง โดย

ช่องทาง หมายถึง ทางที่ทำให้ผู้สื่อสารติดต่อกันได้ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวกาย ฯลฯ

สื่อ หมายถึง สิ่งที่ยิงหรือเอาสารไป ได้แก่ คลื่นแสง อากาศ หนังสือ จดหมาย ฯลฯ

4) ข้อมูลย้อนกลับ เป็นข่าวสารที่ผู้รับสารส่งให้แก่ผู้ส่งข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลอะไรก็ได้ขึ้นอยู่กับความหมาย การทำความเข้าใจกับข้อมูลของผู้รับข่าวสาร รวมทั้งผลจากการพิจารณาของผู้รับข่าวสารด้วยว่าตนเองต้องการส่งข้อมูลอะไรกลับไป เช่น ถ้าผู้รับข่าวสารไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้อาจเป็นการตรวจสอบความเข้าใจระหว่างกันให้ตรงกันก่อน แต่ถ้าผู้รับข่าวสารคิดว่าตนเองเข้าใจข้อมูลถูกต้อง ข้อมูลย้อนกลับอาจเป็นการตอบคำถาม หรือส่งข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งจะต่อเนื่องเป็นการสนทนาต่อไป

5.1.3 การสอนผู้ป่วย

เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถปฏิบัติจนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย เพื่อช่วยป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน หรือลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน โดยการสอน ความหมายของการสอน

Murray (1976) กล่าวว่า การสอนเป็นศิลปะของการช่วยเหลือคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

Redman (1968) กล่าวว่า การช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้ช่วยเหลือบุคลากรในทีมสุขภาพ

ผลของการสอนผู้ป่วย 1) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ 2) ผู้ป่วยรู้ว่า อาการช่วงใดผิดปกติ และรายงานให้แพทย์ทราบได้อย่างถูกต้อง 3) ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด และฉีดวัคซีนน้อยลง 4) ผู้ป่วยและครอบครัว

สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการผิดปกติเฉียบพลันบางอย่างได้ โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล 5) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดลง 6) ทำให้ผู้ป่วยต้องการยานอนหลับน้อยลงก่อนผ่าตัด และลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล

แนวคิดในการสอนผู้ป่วย

การสอนผู้ป่วยมีทั้งชนิดที่มีแบบแผน และไม่มีแบบแผน มอนโตโร Monteiro (1964) มีความเห็นว่า การสอนอย่างไม่มีแบบแผนมักถูกนำมาใช้บ่อยกว่า เพราะเป็นการพูดคุย หรือตอบคำถามแก่ผู้ป่วย ส่วนการสอนอย่างมีแบบแผนจะกำหนดขั้นตอนของการสอนไว้อย่างชัดเจน

Vincent (1970) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการค้นหาเรื่องการสอนผู้ป่วยว่า พยาบาลต้องระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการตัดสินใจ ความเข้าใจ สติปัญญา พยาบาลไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยจะรู้อะไรได้เองอย่างถูกต้อง ฉะนั้นพยาบาลควรมีความรอบคอบและยอมรับว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การพิจารณาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ต้องอธิบายสิ่งที่สอนให้ชัดเจน เช่น

วิธีการให้ยา รับประทานยา การขอรับบริการตรวจรักษาครั้งต่อไป โดยละเอียด เป็นต้น ไม่เช่นนั้นแล้ว อาจจะเกิดความผิดพลาดและเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วยได้

การสอนผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นชนิดใดย่อมเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยทั้งสิ้น แต่การสอนอย่างมีแบบแผนจะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ครบถ้วนสมบูรณ์กว่า เพราะได้เตรียมการสอนล่วงหน้าแล้ว การสอนอย่างไม่มีแบบแผนนั้นสอนโดยไม่ได้เตรียมการ แต่จะสอนเมื่อมีโอกาส หรือเมื่อผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

การเตรียมการสอนผู้ป่วย ต้องรู้เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนลงมือสอน จะได้มีการเตรียมเนื้อหาความรู้ได้เหมาะสม การใช้กระบวนการที่เป็นระบบจึงเป็นแนวทางที่จะทำให้การสอนมีแบบแผน ครอบคลุม และตรงตามสิ่งที่ผู้รับต้องการ เช่น เดียวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการสอนที่ตรงตามระบบ

การทำงานย่อมลดระยะเวลาสอดคล้องกับการปฏิบัติ การสอนผู้ปวยอย่างมีแบบแผน โดยใช้กระบวนการพยาบาล สามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ประเมินสถานการณ์ทั่วไป (assessment) เช่น การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ปวย เพื่อนำมาประเมินความต้องการการเรียนรู้

2) การวางแผน ต้องครอบคลุมกิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการสอนให้เป็นเชิงพฤติกรรม ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ ต้องมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปวยในระยะแรกและระยะต่อไป 2) ลำดับความสำคัญว่าจะสอนเรื่องใดก่อนเรื่องใดหลัง 3) กำหนด เนื้อหาในลักษณะแผนการสอน 4) เลือกวิธีการสอนที่เหมาะสมกับสถานการณ์และรายบุคคล 5) กำหนดวิธีประเมินผล

3) ดำเนินการสอน โดยพยายามจัดการสอนให้สอดคล้องกับผู้เรียนมากที่สุด โดยมีหลักการสอน และการเรียนรู้ดังนี้ ผู้ปวยต้องพร้อม มีส่วนร่วม ให้เรียนทีละน้อย ผู้ปวยต้องพร้อม ผู้ปวยมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างแท้จริง ให้เรียนทีละน้อยจากง่ายไปหายาก มีเกณฑ์ประเมินการฝึกและให้ผู้ปวยรับรู้ มีการเสริมแรง ปฏิบัติซ้ำบ่อย ๆ 7) สร้างสถานการณ์ให้เกิดความพึงพอใจต่อการเรียน จัดสภาพการเรียนให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงมากที่สุด ผู้เรียนจะเรียนรู้ได้ดี เมื่อมีความสนใจ มีจุดมุ่งหมาย

ผู้สอนต้องมีความรอบรู้ทั้งด้านวิชาการและจิตวิทยา มีศิลปะในการสอน และบุคลิกภาพที่น่าไว้วางใจ เชื่อถือ

4) การประเมิน นอกจากจะประเมินผลเป็นระยะแล้ว ยังต้องประเมินผล เพื่อทราบว่า การเรียนการสอนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

วิธีการสอน มี 3 แบบ คือ 1. บรรยาย 2. สาธิต

3. สอนรายบุคคล มี 2 รูปแบบ คือ 3.1 การสอนผู้เรียนกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีคุณลักษณะบางประการคล้ายกัน 3.2 การสอนผู้เรียนเฉพาะราย หรือตัวต่อตัว

สำหรับการสอนญาติผู้ป่วยการพยาบาลที่ แนนซี เรย์โนลด์ (Raynalds, 1974) จัดขึ้น และสามารถเป็นแนวทางปฏิบัติได้นั้น นับว่าน่าสนใจอย่างยิ่ง คือ หลังจากเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล 1 วัน ต้องสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด แล้วขอความร่วมมือเป็นเวลา 3 วัน

วันแรก ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการดูแล โดยสังเกตและช่วยเป็นบางอย่าง

วันที่ 2 ญาติทดลองลงมือปฏิบัติ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือ

นิเทศ

วันที่ 3 ญาติทดลองทำเองทั้งหมดภายใต้การนิเทศ ซึ่งขั้นนี้ต้องทดลองต่อไปอีกระยะหนึ่ง

นอกจากนี้ยังมีคู่มือปฏิบัติ, รูปภาพ, อุปกรณ์ หรืออาหารในกรณีที่ต้องดูแลเกี่ยวกับอาหารพิเศษของผู้ป่วย

ในกรณีนี้ พยาบาลต้องวางแผนประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ตามต้องการ เช่น โภชนาการ นักกายภาพบำบัด เพื่อจัดการสอนตามลักษณะหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อให้ญาติได้เข้าใจยิ่งขึ้น

แนวคิดและวิธีการต่าง ๆ เพื่อการสอนให้เกิดความรู้และความสามารถดังที่กล่าวมาแล้วนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1966) เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 2 วิธี คือ 1) การสอน จุดมุ่งหมาย คือ เปลี่ยนแปลงให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น โสภิตศูนูปกรณ์, อิทธิพลของบุคคล อิทธิพลของกลุ่ม มาประกอบในการสอน 2) วิธีปรับพฤติกรรม จุดมุ่งหมาย คือ ให้ผู้รับบริการมีโอกาสฝึกฝนตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการตัดแปลงสิ่งแวดล้อม และสังคมให้อื้อต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

แนวคิดของ หลุยส์ ฟูเออร์ (Feuer, 1987) ในด้านการฝึกญาติผู้ป่วยนอกเหนือจากการสอน ทั้งมีรูปแบบหรือไม่มีรูปแบบ แต่จะช่วยสร้างความคุ้นเคยแก่ญาติผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยได้ คือ ปลอ่ยให้ญาติผู้ป่วยอยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังล้างเวร หรือปฏิบัติการพยาบาลอื่นเป็นการให้โอกาสแก่ญาติได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบ้าง

เมื่อมีแนวคิด วิธีการ หลักการสอนแล้ว สิ่งหนึ่งที่นักวิชาการต่างมีความเห็นว่าเอื้อต่อการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยอย่างหนึ่งนั่นคือ

สื่อการสอน ปัจจุบันมีสื่อการสอนมากมายที่จะช่วยเสริมการเรียนรู้การสอนผู้ป่วยแบบบรรยาย หรือสาธิตบางครั้งจะไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากพยาบาลไม่มีเวลาสอน หรือมีเวลานั้น ๆ ฉะนั้นสื่อการสอนที่จะช่วยเสริมความรู้ ข้อข้องใจแก่ผู้เรียน คือ สิ่งพิมพ์หรือคู่มือเฉพาะโรคที่เตรียมไว้ประกอบการสอน ซึ่งต้องเหมาะสมและมีเนื้อหาที่ผู้ป่วยควรทราบ อ่านง่าย น่าสนใจ การจัดทำหนังสือคู่มือสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรควิธีปฏิบัติตนและสารประโยชน์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วยโดยให้เรียนรู้ด้วยตนเอง และหนังสือคู่มือนั้นควรมอบให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน เพราะจะศึกษาซ้ำได้อีกเมื่อมีข้อขัดข้องใจ (Miller, 1985)

5.1.4 การประสานงาน

ความหมายของการประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกันเพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ร่วมมือกันปฏิบัติงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ไม่ทำงานซ้ำซ้อนกัน ขัดแย้ง หรือเหลื่อมล้ำกัน ทั้งนี้เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการประสานงาน ควรมีหลักในการปฏิบัติร่วมกันดังนี้ 1) กำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษร 2) แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องของแต่ละฝ่ายทราบ และปฏิบัติได้ถูกต้องตรงกัน 3) บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหา การปฏิบัติงานร่วมกัน ในเรื่องของการประสานงาน 4) มีการประเมินผลเพื่อปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

วิธีการประสานงาน มีวิธีการดังนี้ 1) ใช้การจัดแผนผังและกำหนดหน้าที่ โดยจัดทำแผนผังการทำงาน การแบ่งหน้าที่การทำงาน รวมทั้งการกำหนดหน้าที่การทำงานของแต่ละหน่วยงาน แต่ละคน ไว้ให้ชัดเจน ป้องกันการก้าวท้าว ซ้ำซ้อนเพราะมีแผนผังและรายการกำหนดไว้แล้ว 2) จัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สะดวก (efficiency communication

system) เช่น โทรศัพท คนเดินหนังสือ วิทยุติดต่อ รถที่ใช้ติดต่อ ระบบการติดต่อทุกระดับ จากผู้บังคับบัญชาถึงผู้ใต้บังคับบัญชา (downward) จากผู้ใต้บังคับบัญชาไปยังผู้บังคับบัญชา (upward) และบุคคลในระดับเดียวกัน (horizontal) 3) ใช้กลวิธีการตั้งคณะกรรมการ (committee) ปรึกษาหารือ หรือเสนอแนะข้อคิดเห็นในการแก้ปัญหาก่อให้เกิดความเข้าใจและประสานงานกัน 4) จัดให้มีการประชุม (meeting) พบปะ ปรึกษาหารือในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน 5) ใช้การนิเทศ (Supervision) ตรวจตรางานเพื่อให้การแนะนำปรึกษา และปรับปรุงแก้ไขวิธีทำงาน ให้ผู้ปฏิบัติได้เข้าใจ และทำงานไปในแนวเดียวกัน 6) จัดให้มีที่ปรึกษา หรือแนะนำ (Advisory) ในงานที่ต้องอาศัยเทคนิคสูง หรือละเอียดถี่ถ้วน การมีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาจะช่วยตรวจสอบและกลั่นกรองให้งานดำเนินไปได้ราบรื่น 7) การใช้เจ้าหน้าที่ประสานงานติดต่อ (Liaison-officer) ในกรณีที่ต้องการติดต่อประสานงานเฉพาะด้าน เป็นตัวกลางที่คอยประสานงานในกลุ่ม 8) การจัดทำคู่มือแนะนำในการปฏิบัติงาน (brochure) การมีหนังสือคู่มือการทำงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน 9) การจัดทำงานให้เป็นระบบ (Work system and procedures) จัดการทำงานให้ถูกส่วนงานที่ถูกต้อง รวดเร็ว ไม่สับสน ไม่ก้าวก่าย มีระบบระเบียบที่แน่นอน มีทิศทาง (work flow) มีขั้นตอน (Assembly lines)

ความหมายการประสานงานที่เป็นลักษณะการลงมือปฏิบัตินั้น เกษร แสงอรุณ (2529) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการให้ความร่วมมือประกอบกิจกรรมให้ งานดำเนินไปอย่างราบรื่นสมานฉันท์ และสอดคล้องกับนโยบาย และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หรือสถาบัน ทำให้งานสำเร็จตามที่หวังไว้ และบุคลากรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 1) การประสานงานภายในหน่วยงานเดียวกัน ต้องมีโครงสร้างของหน่วยงาน แสดงการแบ่งหน้าที่ การงาน รายการประสานงานไว้ชัดเจน มีการกำหนดปรัชญา วัตถุประสงค์ เป้าหมาย คุณภาพงาน ให้ชัดเจน ตลอดจนคู่มือ ปริมาตร มีมาตรฐานโครงสร้าง มาตรฐานการบริหารงาน ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติให้ถูกต้อง 2) การประสานงานระหว่างหน่วยงานในสถาบัน ต้องมีแผนภูมิโครงสร้างขององค์กร/สถาบัน แสดงสายการติดต่อประสานงานในรูปของคณะกรรมการ การประสานงานด้วยระบบงาน ต้องมีคู่มือประสานงาน ซึ่งแต่ละฝ่ายกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ และวิธีปฏิบัติไว้ชัดเจนให้ประสานงานคล่องตัว รวดเร็ว

ในการสร้างรูปแบบการประสานงาน การจำหน่ายผู้ป่วย มีรูปแบบมากมาย ขึ้นกับวิชาชีพของผู้วางแผนจำหน่ายที่ได้รับมอบหมายในองค์การ (Drew, Biordi and Gillies, 1988: 66) 1) ผู้วางแผนอาจเป็นนักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้วางแผน และส่งต่อ 2) ในกรณีที่นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ทำหน้าที่วางแผน ให้แก่ แพทย์ และพยาบาล เพื่อส่งต่อผู้ป่วย รูปแบบนี้มักจะใช้เวลาสำหรับการศึกษาผู้ป่วย และสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม 3) เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่าง นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลวิชาชีพ แต่ผู้ส่งต่อผู้ป่วยมักจะเป็นแพทย์ หรือพยาบาล 4) นักสังคมสงเคราะห์กับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน จะปรึกษาร่วมกัน แล้ววางแผนการดูแลต่อที่บ้าน 5) เป็นการวางแผนในลักษณะทีมสหสาขาวิชาการ โดยมี แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร โภชนาการ กายภาพบำบัด หรืออื่น ๆ ร่วมมือกันวางแผนโดยมีพยาบาล ประจําการที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ประเมินความต้องการหลังจำหน่ายผู้ป่วย และบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับแผน ลงมือปฏิบัติ และประสานงานการส่งต่อทั้งนอกและในสถาบัน

การประสานงานเพื่อวางแผนจำหน่ายในทีมสหสาขา (Packard-Helie and Lancaster, 1989) ในแต่ละวันมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) การตรวจเยี่ยมประจำวัน (Daily Rounds) จากการตรวจเยี่ยม จาก คาร์เด็กซ์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมแพทย์ หรือทีมพยาบาลประจําการ ผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่าย ต้องประสานงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การส่งต่อที่คาดว่าจะมีและอื่น ๆ เป็นการกระตุ้นให้ผูู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องอยู่ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อผู้ป่วยแต่ละคน

2) การเยี่ยมตรวจของทีมสหสาขาวิชาการ (Multidisciplinary rounds) ซึ่งอาจเป็นการเยี่ยมตรวจประจําสัปดาห์ ระหว่าง แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ โภชนาการ และพยาบาลประจําการ ซึ่งอาจเป็นการวางแผนเพื่อการประสานงานให้มีการเยี่ยมบ้านของหน่วยเยี่ยมบ้าน หรือการจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ หรือทรัพยากรที่จำเป็นเมื่อกลับบ้าน ในขณะที่มีการตรวจเยี่ยม ควรจะมีการปฏิบัติดังนี้ 1. เสนอประวัติ สภาพความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม 3. การอนุเคราะห์ช่วยเหลือในครอบครัว และชุมชน



3) ให้ข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นเกี่ยวกับ งานการวางแผนจำหน่ายบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย สอนบุคลากรใหม่ในช่วงการปฐมนิเทศ คู่มือการตรวจเยี่ยม และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแผนการจำหน่ายและสอนการปฏิบัติตัว เช่น การประเมินการเดินของหัวใจ โดยสอนวิธีคลำชีพจร เพื่อที่จะประเมินตนเองได้ที่บ้าน

4) ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ การฝึกอาชีพใหม่ การส่งต่อไปสถานบำบัดพิเศษในช่วงพักฟื้น

5.1.5 ทางเลือกสำหรับการรักษาต่อในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

แผนการประสานงานให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่น่าภูมิใจของผู้ให้การรักษายาบาล (Pearhman, 1984) นอกจากเป้าหมายและกระบวนการวางแผนที่ดีแล้ว สแตนโฮป และแลงคาสเตอร์ (Stanhope and Lancaster, 1988) ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับทางเลือกในการวางแผนส่งต่อ และจำหน่ายให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการบริการรับหลังจำหน่าย 5 ประการ ดังนี้

1) ส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยมีผู้ช่วยดูแลที่บ้าน (Home Health Care Programs) เป็นการบริการถึงบ้านของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นบริการทางการแพทย์, พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ หรืออาชีพบำบัด การดูแลการพยาบาลอาจมีบุคลากรทางการแพทย์มาช่วยดูแล ภายใต้การนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ หรือจัดให้มีแม่บ้านจากสถานบริการมาช่วยดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติงานบางอย่าง เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาด ซักล้างประจำวัน บริการเหล่านี้จะช่วยให้เตียงของโรงพยาบาลว่างเพื่อรับผู้ป่วยอื่น และช่วยให้ครอบครัวดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

2) การดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาในโรงพยาบาล (After-Care Program) จะเป็นการให้บริการระหว่างการส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือไปรักษาต่อ ให้การดูแลในสิ่งที่ต้องการจำเป็นให้ต่อเนื่องระหว่างที่เดินทาง ระหว่างกลับเข้ารับตรวจเพื่อติดตามผล ประสานงาน จะทำให้การกลับมาตรวจและติดตามผลใช้เวลาสั้นลง เพราะมีการประสานงานแบบทางเดียวเสร็จภายใน 1 วัน โปรแกรมนี้มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไกล

3) การติดตามตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Follow up) เป็นการปฏิบัติอยู่ทั่วไปในปัจจุบัน ผู้บริการจะได้รับการนัดหมายให้มาที่ห้องตรวจ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการจะถูกลงแต่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบการเดินทางเอง

4) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยกลางวัน (Day Care Centre) ให้บริการผู้ป่วยที่พิการ หรือไร้ความสามารถ อาจเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ที่ต้องการพัฒนาทักษะ โดยควบคุมใกล้ชิด ศูนย์ที่ให้บริการสำหรับผู้ใหญ่จะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลที่บ้าน (Home Health Care program) แต่สะดวกสำหรับครอบครัวที่สมาชิกออกไปทำงานนอกบ้านหมด

5) สถานบริการพักฟื้น หรือสถานบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (Long term Convalescent หรือ Nursing home Care) ให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เช่น ผู้พิการทั้งร่างกายและจิตใจไม่สามารถดำรงชีวิตภายนอกโรงพยาบาลได้

5.1.6 สรุปแนวความคิดการวางแผนจำหน่าย

กล่าวโดยสรุปถึงขั้นตอนของการวางแผนจำหน่ายทั้งหมด ควรประกอบด้วย (Kruse, 1985)

- 1) การบ่งชี้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย โดยประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม
- 2) ประเมินคุณภาพ และปริมาณของแหล่งสนับสนุนเป็นระยะ (ครอบครัว, เพื่อน,ญาติ, เพื่อนบ้าน และอื่น ๆ)
- 3) การวางแผนต้องศึกษาทางเลือก และแหล่งทรัพยากรในการดูแล ตลอดจนตัดสินใจเลือกแผนที่ดีที่สุด
- 4) การปฏิบัติตามแผน ได้แก่ การส่งต่อ ดูแลที่บ้าน ดูแลเป็นช่วง ๆ หรือดูแลตลอดไป และการติดตามเยี่ยม

5.2 กระบวนการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วย (Assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน (Implementing) 5) การประเมินผล (Evaluating)

5.2.1 การประเมินผู้ป่วย (Assessment phase) เป็นสิ่งสำคัญเบื้องต้นก่อนทำการวางแผน ซึ่ง Hickey และ Mckenna (1983) ให้ความสำคัญกับระยะนี้มาก เรียกขั้น

ตอนนี้ว่าเป็นขั้นตอนรวบรวมข้อมูลสำคัญ (Preliminary data gathering phase) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย, ประเมิน, ประเมินซ้ำ และกำหนดพื้นฐานของศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ที่สามารถจะทำการฟื้นฟูสภาพและกำหนดผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะ

Fagan (1984 quoted in Smelzer and Flores, 1986)

กล่าวว่าการรวบรวมข้อมูลเป็นการสืบค้นหาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Pre Admission) 2) ขณะดำเนินการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล (Admission) 3) ขณะเข้าอยู่รักษาในหอผู้ป่วย (Hospitalization)

แต่ละขั้นตอนจะมีแหล่ง และวิธีการรวบรวมข้อมูลต่างกัน คือ ขั้นตอนที่ 1 และ 2 สามารถรวบรวมได้ในระหว่างการตรวจร่างกายก่อนหรือกำลังจะเข้าอยู่รักษา ข้อมูลในขั้นตอนดังกล่าวจะเป็นส่วนที่นำมาวิเคราะห์ เพื่อจำแนก และบ่งชี้ความต้องการแผนการจำหน่ายที่มีคุณภาพ และแหล่งทรัพยากรที่ต้องการขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 เป็นข้อมูลที่นำมาบ่งชี้เปลี่ยนแปลงการจำหน่าย หรือวางแผนใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน เมื่อออกจากโรงพยาบาลสิ่งที่ต้องประเมินก่อนวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตามแนวคิดของ เบอร์เจส (Burgess, 1983) ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data) ได้แก่ การวินิจฉัยโรค, อาการ, การดำเนินโรค, ประวัติการเจ็บป่วย, การรักษาภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Personal/Community data) ข้อมูลทางกายภาพทั่วไป, ความรู้สึก, ทักษะติดต่อการเจ็บป่วย, สภาพทางจิตสังคม, แหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่อยู่อาศัย ลักษณะชุมชน ทรัพยากรในชุมชน

ส่วนที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (Individual/Family Knowledge) ปัญหาสุขภาพ, ความต้องการการดูแลสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ การใช้บริการหรือของความร่วมมือในหน่วยบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน

ความแม่นยำในการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายความต้องการของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรวบรวมข้อมูลของผู้ปฏิบัติ ดังนั้น การมีแบบฟอร์ม หรือเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนการจำหน่าย ต้องมีเครื่องมือที่ครอบคลุมสิ่งเหล่านี้คือ สภาพร่างกาย สภาพจิตสังคม

ประสบการณ์การเจ็บป่วยลักษณะการเผชิญปัญหา พฤติกรรมแสดงออก สถานที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม การช่วยเหลือทางสังคมที่บ้าน ซึ่งได้แก่ Kitto and Dale, 1983)

ส่วนที่ 4 สำหรับการวางแผนจำหน่าย สิ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ การประเมินทรัพยากร 2 ด้าน ได้แก่ ทรัพยากรนอกโรงพยาบาล และในโรงพยาบาล หรือ อาจแบ่งเป็น ทรัพยากรที่เป็นอุปกรณ์ เครื่องมือ และทรัพยากรบุคคล จาก 3 แหล่ง คือ โรงพยาบาลในชุมชน และในครอบครัวผู้ป่วย สถานที่ที่เป็นแหล่งทรัพยากร ได้แก่ องค์กร มูลนิธิ หน่วยงานด้านมนุษยชนทั้งของรัฐและเอกชน หน่วยงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน อุปกรณ์ และ เชื้อยบ้าน

5.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่คาดเกี่ยวกับขั้นตอนสุดท้ายของการศึกษาข้อมูล (assessment) เป็นช่วงการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญ และเลือกเป้าหมายการพยาบาล ซึ่งจะเป็นตอนต้นของการวางแผน ดังนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถกล่าวได้ว่าเป็นขั้นตอนการประเมินผลการศึกษา รวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แปลผลข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ต้องนำมาผ่านกรรมวิธี 3 ขั้นตอน คือ

การรวบรวมจัดกลุ่มข้อมูล (organization) โดยใช้แบบฟอร์มที่จัดทำขึ้นหรือตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลอาจจัดเป็นระบบโดยนำทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's basic need theory) เป็นรูปแบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมความต้องการของแต่ละบุคคล

พิจารณาข้อขัดแย้งในข้อมูล (inconsistencies) เพราะเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตเป็นปัญหาและต้องการแก้ไข เช่น การพิจารณาข้อมูลไม่กระจ่างทำให้ต้องใช้ยาแก้ปวดเพิ่มขึ้น ทั้ง ๆ ที่ไม่มีพยาธิสภาพที่แท้จริงทางร่างกาย ความไม่สอดคล้องของข้อมูลอีกด้านคือ การให้ข้อมูลไม่ตรงความจริง เช่น ผู้ป่วยบอกว่า "ดื่มเหล้าในงานสังคมเท่านั้น" ขณะที่ญาติบอกว่า "ผู้ป่วยดื่มสุรวันละขวด" ซึ่งอาจไม่ต้องการคำตัดสินจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล แต่ควรจะมีในบันทึก

ต้องประเมินว่าเก็บข้อมูลครอบคลุม (comprehensives) เพื่อการเข้าถึงผู้ป่วยแบบองค์รวม ในขั้นตอนนี้ต้องพิจารณาว่าข้อมูลที่รวบรวมมาครบถ้วนทุกมิติที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ เช่น ข้อมูลทางจิตสังคม พัฒนาการ วัฒนธรรมด้านร่างกาย เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า กาย กับจิต ไม่อาจแยกกันได้ การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นข้อมูลที่แสดงว่าพยาบาลได้ใช้ทักษะทางทฤษฎีในการทำงาน (ประณีต ศุภสินธุ์, 2532) จะเห็นได้จาก

ในขั้นตอนที่เป็นการแปลผลจริง คือ การตัดสิน (Judgements) ซึ่งเป็นการสรุปได้ว่า ที่รวบรวมมาแล้วนั้น ข้อมูลมีเพียงพอที่จะนำมาวางแผนแก้ปัญหาได้ หรือศึกษาเพิ่มเติมให้ได้ข้อมูลครบตามต้องการ พยาบาลต้องมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะพอสมควร จึงจะประเมินในสิ่งเหล่านี้ได้

1) พิจารณาว่าข้อมูลที่เก็บวัดมา นั้นเป็นข้อมูลแสดงถึงภาวะอัตวิสัยของผู้ป่วยหรือไม่ เช่น เมื่อวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยแล้ว นำมาพิจารณาถึงข้อมูลอื่น ๆ ประกอบกัน เช่น อายุ น้ำหนัก เพศ ว่านั่นคือความผิดปกติ หรือปกติของผู้ป่วย

2) ประเมินข้อมูลด้านร่างกายที่รวบรวมมาได้ว่า สภาพร่างกายผู้ป่วยมีการแสดงถึงสภาพร่างกายเป็นอย่างไร ปกติ ไม่ปกติ มีแนวโน้มว่าจะเกิดพยาธิสภาพเพิ่มขึ้นในภายหลังหรือไม่

3) พิจารณาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสวัสดิภาวะ เช่น รูปแบบการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ที่แสดงถึงว่า ระบบไหลเวียนอยู่ในสภาวะปกติมาก่อนหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่า ภาวะสุขภาพก่อนเจ็บป่วยก็บั่นทอนร่างกายอยู่แล้ว

4) ผู้ป่วยมีทรัพยากรที่ทำให้สภาวะสุขภาพแข็งแรง เช่น การเข้าถึงสังคม สังสรรค์ ทำให้มีสุขภาพจิตดี หรือร่วมวงดื่มสุราเป็นประจำ อาจมีแนวโน้มการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นต้น

ในการตัดสินความต้องการของพยาบาลดังกล่าว ต้องคำนึงถึงว่า ผู้ป่วยต้องการพยาบาลหรือไม่ โดยมองที่ปัญหา แหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัว และสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวในอนาคต เพราะการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาไม่ได้หมายความว่าต้องการการพยาบาลเสมอไป และเช่นเดียวกันไม่ได้หมายความว่าปัญหาใหญ่ต้องการการพยาบาลแต่ปัญหาเล็ก ๆ ไม่จำเป็น (สุภาณี พันธุ์น้อย, 2529)

มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณาตัดสินความต้องการการพยาบาลที่ควรพิจารณา

หลักเกณฑ์การตัดสินความต้องการการพยาบาล (สป่าณี พันธุ์น้อย, 2529)

หลักเกณฑ์ที่ 1 ถ้าไม่มีปัญหาและไม่มีความต้องการการพยาบาล

หลักเกณฑ์ที่ 2 ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาทั้งปัญหาใหญ่หรือเล็ก แต่ไม่ต้องการการพยาบาลในภาวะดังต่อไปนี้ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีแหล่งประโยชน์ที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้เพียงพอ 2. ปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ด้วยตัวของมันเอง โดยไม่ต้องการการพยาบาล 3. ปัญหานั้นไม่สามารถจะแก้ไขได้ด้วยการพยาบาล และควรขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อื่น

หลักเกณฑ์ที่ 3 ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาใหญ่ และต้องการการพยาบาลในภาวะดังต่อไปนี้ 1. แหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหานั้น 2. ครอบครัวของผู้ป่วยเผชิญและแก้ปัญหาได้คืออยู่แล้วในขณะนั้น แต่มีแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอหรือขาดแหล่งประโยชน์ 3. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาและปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้น 4. ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นอยู่นานและถาวรถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ

หลักเกณฑ์ที่ 4 ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาเล็กปัญหาน้อย และต้องการการพยาบาลในภาวะดังต่อไปนี้ 1. แหล่งประโยชน์ของครอบครัว มีที่ท่าว่าจะขาดแคลนในอนาคตและจะทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง 2. ปัญหานั้นจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ในอนาคต

ข้อมูลที่สำคัญส่วนหนึ่งที่มี เพื่อให้การพยาบาลในสถานทางสุขภาพที่รับดูแลรักษาต่อจะได้ให้การพยาบาลที่เหมาะสม กับความต้องการของผู้ป่วย และมีความต่อเนื่อง โดยไม่ต้องเริ่มศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยใหม่ เพียงแต่ศึกษาจากข้อมูลเดิมที่ปรากฏอยู่ในรายงานของผู้ป่วยเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วย (พวงรัตน์ บุญยานุรักษ์, 2522) 1) ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว 2) ปัญหาที่ต้องการการแก้ไขอยู่ในปัจจุบัน ภาวะผู้ป่วยในขณะนั้น และการคาดคะเน (Prognosis) 3) ความสามารถในการค้นหา และใช้ทรัพยากรต่าง ๆ รวมถึงข้อบกพร่องในเรื่องนี้ด้วย 4. การสั่งการพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จ และไม่ประสบผลสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 3 เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

เมื่อพิจารณาข้อมูล กลั่นกรองและตัดสินใจได้ จึงนำข้อมูล
 นั้นมาเขียนเป็นข้อความที่บ่งถึงความต้องการ การแก้ปัญหา บรรเทา หรือปรับตัวให้เหมาะสมของ
 ผู้ป่วย ซึ่งจะประกอบด้วย

การวินิจฉัยการพยาบาล = ปัญหาของผู้ป่วย + สาเหตุที่ปรากฏ หรือ
 เป็นข้อความที่ประกอบด้วยข้อความ 3 ส่วน และ 2 ส่วน คือ

ปัญหา + สาเหตุ + อาการและการแสดงที่ปรากฏ ซึ่งลักษณะดังกล่าว
 จะเป็นลักษณะที่เรียกว่า การวินิจฉัยเพื่อการพยาบาล (Actual Nursing Diagnosis)
 (Alfaro, 1986) เป็นการกำหนดข้อความที่บอกถึงสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ (Gordon,
 1979 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2525) เมื่อ 1) ไม่สามารถสนองความต้องการของตนเอง
 2) ต้องการความช่วยเหลือให้ได้สนองความต้องการของตนเอง 3) ไม่รู้ความต้องการของตนเอง
 ซึ่งไม่ได้รับการตอบสนอง 4) มีความคับข้องใจเมื่อเกิดความต้องการหลาย ๆ อย่างที่สำคัญ
 พร้อม ๆ กัน ในเวลาเดียวกัน 5) ต้องเลือกวิธีการหลาย ๆ อย่างในการสนองความต้องการ
 ของตนเองจึงตัดสินใจไม่ได้

ในกระบวนการจัดการเพื่อจำหน่ายผู้ป่วย มักจะเป็นไปตามเป้าหมาย
 ของผู้ป่วยแต่ละราย นั่นคือ การกลับคืนสู่สภาพปกติและการเตรียมตัวเพื่อจำหน่าย (Johnson
 and Pachano, 1981) หรือสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการรู้หรือทำอะไร (Snyder, 1978)
 ดังนั้น การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อจำหน่ายพอจะปฏิบัติได้ดังนี้ 1. การวินิจฉัย ตามปัญหาเฉพาะ
 หน้าที่เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น เพื่อให้เกิดการป้องกันภาวะแทรกซ้อน, ความพิการ
 2. การคาดการณ์ล่วงหน้า ต้องการปฏิบัติ การดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการดูแลเป็นพิเศษ เป็น
 ระยะ ให้เกิดความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 3. เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลัง
 จำหน่าย

ดังนั้น การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย สามารถใช้ การเขียนวินิจฉัยเป็น 2 ข้อความ (two-part statment) หรือ การวินิจฉัยคาดการณ์ (Potential and possible nursing diagnoses) (Alfaro, 1986) ดังนี้

การวินิจฉัยการพยาบาล = ปัญหา + สาเหตุ

5.2.3 การวางแผน (Planning phase)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ด้านการลดระยะเวลาในการรักษาประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ปัญหาเดิมนั้น เชื่อว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล ในสภาวะที่ทรัพยากรและเศรษฐกิจค่อนข้างจำกัด การเริ่มวางแผนจำหน่ายมักจะกระทำกันในระยะเริ่มแรกของการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล (Arenth, 1985) หรือทันทีที่ผู้ป่วยพร้อม (มยุรี แก้วจันทร์, 2531)

การวางแผนการพยาบาลเพื่อการจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 1) การกำหนดวัตถุประสงค์
- 2) การกำหนดวิธีติดตามประเมินผล
- 3) กำหนดวิธีติดตามประเมินผล
- 4) วางแผนสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ (พรรณทิภา ศิลป์ประสิทธิ์, 2533)

การวางแผนควรกำหนดเป็นแผนการพยาบาล 2 ด้าน เพื่อให้ครอบคลุม การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) แผนการพยาบาลประจำวัน 2) แผนการพยาบาลระยะยาว

ในแต่ละแผนควรกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้ 1) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยการนำข้อความการวินิจฉัยเพื่อการพยาบาลมาพิจารณาถึงสิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญว่าสิ่งใดควรปฏิบัติในระยะเร่งด่วน ในระยะนั้นคืนสภาพ หรือหลังจำหน่าย 2) ตั้งเป้าหมาย ประกอบด้วย เป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว

ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผน อาจปฏิบัติได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนการพยาบาล แต่ไม่บรรลุเป้าหมายของผู้ป่วย ซึ่งการตั้งเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนสามารถสร้างแผนให้การพยาบาลเฉพาะตัวผู้ป่วยแต่ละคนได้ดีที่สุด (Johnson and Pachano, 1981) การวางเป้าหมาย กระทำได้ 2 ระยะ คือ

1) เป้าหมายระยะสั้น (Short Term Goals) เป็นสิ่งที่คาดหวังสำเร็จในชั่วโมงนั้น วันนั้น หรือสัปดาห์นั้น กำหนดระยะเวลาไว้ได้ค่อนข้างแน่นอน และเฉพาะเจาะจงที่สุด สำหรับพฤติกรรมที่คาดหวัง และปฏิกิริยาเกิดขึ้นก็จะสังเกตได้ชัดเจน มีความเป็นรูปแบบ (concrete) มากที่สุด (พวงรัตน์ บุญญารักษ์: 2522) อาจเป็นข้อบ่งชี้หรือปัญหาที่รับด่วนในระยะวิกฤต ซึ่งจะเป็นผลลัพธ์ของเป้าหมายระยะยาวได้ เช่น

นาย ก. เข้าใจ และเปลี่ยนถุง Colostomy ได้ภายใน 2 วัน

2) เป้าหมายระยะยาว (Long Term Goals) เป็นจุดมุ่งหมายที่เกิดจากข้อมูลต่าง ๆ ที่พยาบาลและผู้ป่วยหวัง หรือปรารถนา ประกอบด้วยความรู้ที่พยาบาลได้นำมาใช้ในสถานการณ์จริงในขณะนั้น และทรัพยากรในเหตุการณ์นั้น สิ่งที่ต้องการในจุดมุ่งหมายนี้เป็นจุดมุ่งหมายขั้นสุดท้ายที่อาจต้องการเวลาถึงจะสำเร็จ หรือต้องการให้พฤติกรรมนั้น ๆ คงอยู่เป็นระยะเวลานานที่สุด (พวงรัตน์ บุญญารักษ์: 2522) หรือเป็นความต้องการที่คาดว่าจะต้องให้ความช่วยเหลือในระยะต่อไป หรือเพื่อกลับไปปฏิบัติที่บ้านหรือหน่วยงานที่รับส่งต่อ

นาย ก. สามารถดูแล Colostomy ของตนเองได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

เป้าหมายสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยทั่วไป ครอบคลุมข้อมูลในหัวข้อดังนี้

ยา (Medication) : ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อยา ที่จะนำไปใช้รับประทานที่บ้าน ขนาด วิธีรับประทาน เวลา เหตุผลของการรับประทานยาชนิดนั้น ข้อควรระวัง และสังเกต

สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย (Environment) : ผู้ป่วยมีสิ่งเหล่านี้เตรียมพร้อมที่บ้าน ดูแลที่บ้าน ผู้ให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา ด้านร่างกาย จิตใจ สภาพบ้านที่ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย

การรักษาพยาบาล (treatment) : ผู้ป่วยหรือญาติสามารถให้การดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับ การป้องกันและสังเกตสัญญาณชีพ การติดเชื้อ การป้องกันผลกดทับ ฯลฯ ได้รับคำปรึกษาหรือจัดหา อุปกรณ์ที่จำเป็น

การสอนสุขภาพ : อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ได้ อธิบายแนวทางการรักษาสวัสดิภาวะได้

การนัดหมาย (outpatient referral) : บอกวัน เวลา และสถานที่นัดหมายของแพทย์ได้ ได้รับคู่มือการปฏิบัติตัว

อาหาร/น้ำ : อธิบายถึงอาหารที่ต้องรับประทาน หรืองดรับประทาน ได้รับคู่มือเกี่ยวกับอาหารพิเศษ

กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ หรือจำกัด

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดแผนการพยาบาล

แผนการจำหน่ายต้องปฏิบัติภายใต้กรอบ (framework) ตามระบบ การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป โดยต้องมีทรัพยากรหลายอย่าง และการประสานงานกับหลาย ๆ วิชาชีพเพื่อนำมาเป็นแผนการจำหน่ายด้วย (Raglan, 1977; Burgess, 1983)

เพื่อให้การพยาบาลนั้นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในฐานะ

ปัจเจกบุคคล การวางแผนการพยาบาลควรดำเนินตามแนวทาง ดังนี้ (สุปถิ ภัทน์น้อย, 2519)

- 1) กำจัดสาเหตุของปัญหาถ้าหากทราบสาเหตุ และสาเหตุนั้นสามารถกำจัดไปได้
- 2) ช่วยเหลือสาเหตุที่เหลือน้อยที่สุด ถ้าไม่สามารถขจัดสาเหตุของปัญหานั้นได้แต่สามารถบรรเทาผลกระทบจากปัญหาได้
- 3) ช่วยให้การบวนการหายเกิดขึ้นตามหลักสรีรวิทยา
- 4) ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ในระยะที่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมให้เกิดปัญหา หรือทำให้ปัญหารุนแรงขึ้น
- 5) เปลี่ยนแปลงลำดับการกระทำ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยให้รบกวนน้อยที่สุด
- 6) เพื่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว
- 7) รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่
- 8) เปลี่ยนแปลงการรับรู้ในสถานะการณันั้น ๆ ให้คลายความหวาดกลัวหรือวิตกกังวล
- 9) ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ



เมื่อสิ้นสุดการวินิจฉัย ลำดับปัญหา และวางเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติแล้ว การเลือกวิธีการพยาบาลมาวางแผนตามที่คาดว่าจะสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย คือ แผนการจัดการพยาบาล (Nursing Management) (พวงรัตน์ บุญยานุรักษ์, 2522) ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนกำหนดและรับทราบถึงทางเลือกและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความร่วมมือมากที่สุด (สุปาณี พันธุ์น้อย, 2529) โดยให้รายละเอียดของการพยาบาลแก่ญาติและผู้ป่วยหลังจากบอกเล่า และรับรู้ปัญหาตรงกับผู้ป่วย (Hartigan, 1987)

หลังจากนั้นจะเป็นการวางแผนที่จะนำวิธีการพยาบาลนั้นไปปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยจะต้องคำนึงถึง (สุปาณี พันธุ์น้อย, 2529) 1) สิ่งที่จะต้องปฏิบัติ จะกระทำอะไร 2) แนวทางหรือวิธีการปฏิบัติ จะกระทำอย่างไร 3) ผู้ปฏิบัติ ใครจะเป็นผู้ปฏิบัติ ใครบ้างจะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 4) แต่ละขั้นตอนจะกระทำเมื่อใด ควรกำหนดวันที่จะปฏิบัติ (Burgess and Maglan, 1983) 5) เกณฑ์การประเมินผล ต้องกำหนดด้วย (Hartigan, 1987)

สิ่งดังกล่าวคือข้อความที่กำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามเป้าหมาย และปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของแผนการพยาบาล และถือว่าเป็นงานอิสระ (autonomy) ในวิชาชีพพยาบาล (พวงรัตน์ บุญยานุรักษ์, 2522) ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 5 ส่วน คือ 1) วันที่ 2) กิจกรรมการพยาบาล ระบุเป็นกริยานำบอกพฤติกรรมเฉพาะที่ผู้ปฏิบัติจะต้องนำไปกระทำ 3) เนื้อความ ซึ่งจะบอกถึง "อะไร" "ที่ไหน" "อย่างไร" ที่ต้องกระทำ 4) เวลา คือระบุเวลา ความถี่ และระยะเวลาแน่นอนที่ปฏิบัติ จากข้อกำหนดดังกล่าวคือ

วางแผนการพยาบาลวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
กิจกรรม พลิกตัวผู้ป่วย ทำ.....เป็นเวลา.....นาที/ชั่วโมง
ทุก.....ชั่วโมง เวลา 2.00, 10.00, 20.00 น.

5) ลายเซ็นต์ ของผู้ให้คำสั่งการพยาบาล (Nursing Order) ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมี เพื่อการเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ทางกฎหมายและแสดงถึงความสามารถของผู้ให้คำสั่งทางการพยาบาล ทั้งในด้านทักษะ และความรู้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละคนจะวางแผนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด (Johnson and Pachano, 1981)

ความสะดวก รวดเร็ว และสามารถทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นระบบ คือ ความสามารถในการจัดกลุ่มกิจกรรมของผู้วางแผน ซึ่งในการวางแผนต้องจัดกลุ่มกิจกรรมตามลำดับความสำคัญของปัญหา และเป้าหมายคือ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) 1) กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทันที (Intermediate Actions) 2) กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อไป (Intermediate Actions) 3) กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติระยะยาว (Long Term Actions)

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการประเมินผล

กระบวนการจัดการพยาบาล เพื่อวางแผนจำหน่ายมักเน้นที่การวางแผนเป้าหมาย ฉะนั้นความสำเร็จตามเป้าหมายคือ บรรลุผลการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน (Johnson and Pachano, 1981) ดังนั้นการประเมินผล กำหนดจากการนำผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาล (out come) มาเปรียบเทียบกับเป้าหมาย (Goals) การพยาบาลที่วางไว้

การติดตามประเมินผู้ป่วยต้องการความต่อเนื่อง ในการเฝ้าสังเกตความเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบแต่ละขั้นตอนของการวางแผนว่าถูกต้องหรือไม่ ควรมีการปรับแก้ที่ขั้นตอนใด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของแผน ซึ่งหลักเกณฑ์สำคัญอีกประการหนึ่งของการประเมินผล คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัวต่อผลที่เกิดขึ้น (สุปราณี พันธุ์น้อย, 2529)

5.2.4 การปฏิบัติ (Implementation phase)

กิจกรรมในการปฏิบัติการทำงานมีกิจกรรมดังนี้ (พรรณทิพา ศิลปประสิทธิ์, 2533) 1) สอนเรื่องการปฏิบัติตัว 2) จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น 3) ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ 4) ส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติการทำงานวางแผนจำหน่าย ตามวิธีของ Jupp. (พรรณทิพา ศิลปประสิทธิ์, 2533) 1) ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องทำการประเมินและวางแผนดูแลความต้องการด้านกายภาพ และจิตสังคมของผู้ป่วย 2) ประสานงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) อธิบาย และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแผนการจำหน่าย กับผู้ป่วยและครอบครัว 4) สอน และฝึกปฏิบัติผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่าย 5) จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ หรือขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 6) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา วิธีการรับประทานอาหารข้างเตียง ที่ควรสังเกต 7) อธิบายความสำคัญของการนัดตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา 8) ให้ความรู้เพิ่มเติมในการณีจำเป็นและแจกเอกสารคู่มือสำหรับผู้ป่วย 9) จัดหาพาหนะสำหรับขนย้าย ผู้ติดตามดูแล ในกรณีจำเป็น 10) ในกรณีที่ต้องการส่งต่อ ต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรหรือหน่วยงานให้บริการในชุมชน ประสานงานเกี่ยวกับการเชื่อมบ้าน จัดเอกสารเพื่อการส่งต่อให้

การปฏิบัติการทำงานและการปฏิบัติการทำงานตามการวางแผน
จำหน่าย

1) เป็นการพยาบาลตามปัญหาเร่งด่วนและปัญหาปัจจุบัน ให้เกิดการบริการครอบคลุม 4 มิติ คือ รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล ประการซึ่ง ฟาริดา อิบราฮิม ได้สังเคราะห์ขึ้นจากการวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนักทฤษฎีการพยาบาลหลายคนมาเป็นแนวทางการพยาบาล จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเยียวยารักษาผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในสภาพธรรมชาติให้มากที่สุดตามแนวทางของไนติงเกล

การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการของคนตามการวินิจฉัยการพยาบาลจากพฤติกรรมที่สังเกตและซักถาม ได้ตามแนวทางของออร์วัน โด

การมุ่งช่วยเหลือให้เกิดการพึ่งพาตนเองของ โอเริ่ม

การพยายามให้เกิดกำลังกาย กำลังใจ และให้ความรู้ในการปฏิบัติภารกิจประจำวันให้เป็นไปด้วยดีของ เฮนเออร์ลิน

การพยายามเพื่อให้เกิดการปรับตัว เพื่อสวัสดิการภาวะด้านกายภาพ อັตมโนทัศน์ และการแสดงบทบาทของบุคคลและการพึ่งพอาศัยกันและกันของรถยนต์

การพยายามเพื่อให้บุคลากรจัดระบบพฤติกรรมของตนเองตามสภาพที่เหมาะสม เพื่อดำรงภาวะสุขภาพในภาระกิจประจำวันได้ คือ การใช้ Sensory input ให้กับระบบพฤติกรรมบุคคล และบุคคล (ผู้ป่วย) จะแสดงออกด้วย motor output เพื่อบอกถึงการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามแนวทางของจอห์นสัน (ฟารีดา อิบราฮิม, 2525)

2) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลระยะยาว

เป็นการปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วย และญาติสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปปฏิบัติการดูแลตนเองตามพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองและต้องมีกิจกรรมต่อไปนี้คือ 1) การสอน ผู้ป่วยและญาติ, นิเทศและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ 2) การประสานงานกับบุคลากรในหน่วยต่าง ๆ ดังนี้ 1) บุคลากรในทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด โภชนาการ อาชีวบำบัด โสติกศัลยกรรม นักศึกษา ผู้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของฝ่ายเวชกรรมสังคม (เยี่ยมบ้าน) และทีมบุคลากรในตึก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานทำความสะอาด และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2) บุคลากรในทีมสุขภาพนอกโรงเรียน ได้แก่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย 3) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน องค์กร มูลนิธิหน่วยงานกรมประชาสัมพันธ์ 4) ครอบครัวและญาติ ในการวางแผนและตัดสินใจดำเนินการเพื่อการดูแลในกิจวัตรประจำวัน และระดับประครองด้านร่างกาย จิตใจ แก้ไขภาวะพฤติกรรมเบี่ยงเบนของผู้ป่วยให้เข้าสู่สภาวะปกติ 3) การส่งต่อ ประกอบด้วย 1) การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะจำหน่ายและกลับบ้านไม่ได้ 2) เตรียมเสื้อผ้า เพื่อสวมใส่ในวันเดินทางกลับ 3) เตรียมการเดินทาง ค่าพาหนะ 4) เตรียมเอกสาร ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และแผนการพยาบาล 5) เตรียมคู่มือการปฏิบัติตัว 6) รายชื่อองค์กร มูลนิธิ ที่อาจต้องไปติดต่อขอความช่วยเหลือ แผนที่ หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงาน หรือบุคลากรที่ต้องติดต่อ 7) ส่งเอกสารขอความร่วมมือในการติดตามเยี่ยม หรือขอความช่วยเหลือจากองค์กร บุคคลในชุมชน

Dumas (1987) ให้ข้อเสนอแนะว่า เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปอยู่ที่บ้านได้ สิ่งที่ควรคำนึงเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในใบส่งตัวผู้ป่วยควรมีข้อมูลเกี่ยวกับ 1) สถานที่อยู่อาศัย ความแน่ใจว่าที่อยู่ที่ใช้ไว้สามารถติดต่อได้สะดวก และตรงตัว สามารถติดต่อผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแล เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน ในกรณีฉุกเฉินได้ 2) สภาพผู้ป่วยและการดูแลที่ต้องการ ในเอกสารต้องมีการวินิจฉัยโรค ประวัติ การรักษา อาหาร กิจกรรมที่ทำได้ สัญญาณชีพปกติของผู้ป่วย ยาที่ต้องนำกลับไปรับประทานต่อ ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาด วิธีการรับประทาน และสิ่งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่ประเมินได้เพิ่มเติม 3) ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันที่เข้าอยู่รักษา หอผู้ป่วย ชื่อแพทย์ พยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลต่ออาจติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ได้ ควรมีเลขที่ H.N., A.N. เพื่อความสะดวกกรณีที่ต้องกลับไปเข้ารับการรักษาใหม่ 4) กรณีผู้ป่วยที่ต้องมีอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ติดตัวกลับไปด้วย ควรมีรายละเอียดของเครื่องอุปกรณ์ที่ต้องการติดต่อไปด้วย 5) สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย มีประกันชีวิต หรือประกันสังคม หรือไม่ ถ้าไม่มีควรติดต่อขอรับการสงเคราะห์จากที่ใด

ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Mitchelletti และ Shlala (1985) ถึงบทบาทในการจัดการของพยาบาล เกี่ยวกับการจัดเอกสารส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่องว่าในเอกสารส่งต่อควรมี 1) การนัดหมายของแพทย์ 2) ยา 3) สิ่งที่ต้องผู้ป่วย การใช้ยา อันตราย ข้อห้าม 4) ผลการตรวจทางห้องทดลอง เช่น ผลเลือด เอ็กซี-เรย์ 5) อาหารที่เหมาะสม

ข้อมูลที่สำคัญส่วนหนึ่งที่ควรมี เพื่อให้การพยาบาลในสถาบันทางสุขภาพที่รับดูแลรักษาต่อจะได้ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และมีความต่อเนื่องโดยไม่ต้องเริ่มศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยใหม่ เพียงแต่ศึกษาจากข้อมูลเดิมที่ปรากฏอยู่ในรายงานของผู้ป่วยเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522)

- 1) ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว
- 2) ปัญหาที่ต้องการการแก้ไขอยู่ในปัจจุบัน ภาวะผู้ป่วยในขณะนั้น และการคาดคะเน (Prognosis)
- 3) ความสามารถในการปกป้องและปรับตัว
- 4) ความสามารถในการค้นหา และใช้ทรัพยากรต่าง ๆ รวมถึงข้อบกพร่องในเรื่องนี้ด้วย
- 5) การสั่งการพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จและไม่ประสบผลสำเร็จ

5.2.5 การติดตามประเมินผล (Evaluating Phsae)

ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ (Burgess, 1983, พรรณทิพา ศิลป-ประสิทธิ์, 2533) 1) การเยี่ยมบ้าน 2) การนัดผู้ป่วยเพื่อตรวจภายหลังคือติดตามผล 3) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยและครอบครัว

การเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีการประเมินผลโดยสามารถสอบถามสังเกตได้ โดยตรงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากญาติ เหมือนที่สอนไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่ อาจสอบถามเพิ่มเติม (Connelly, 1981) จากการศึกษาของ Waters (1987) พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมักจะจำไม่ได้ว่าพยาบาลได้สอนอะไรบ้าง ทั้ง ๆ ที่จำหัวข้อที่สอนได้ โดยเฉพาะเรื่องยา สอดคล้องกับการศึกษาของแจ๊คสัน ที่ติดตามภายหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 6 และ 13 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการกลับเข้ารักษาซ้ำ หรือถึงแก่กรรมภายใน 6 ปีสัปดาห์ จากการศึกษาความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยา

วิธีการที่สะดวกและได้ผลเร็วในการประเมิน ที่พบว่าได้ผลดีในต่างประเทศที่มีการสื่อสารคมนาคมที่สะดวกและแพร่หลาย คือ การใช้โทรศัพท์สอบถาม (Aucoin and Wegmann, 1988) การประเมินผลของแผนการจำหน่าย ได้คำตอบที่ feed back ถึงบริการในด้านดี ถึงร้อยละ 97 จากการศึกษาสัมภาษณ์ผู้ป่วย 300 ราย โดยการตั้งคำถามให้ผู้ป่วยตอบ "ใช่" "ไม่ใช่" (yes, no) 5 ข้อ คือ 1) คุณรู้สึกพอใจกับแผนการจำหน่ายที่ปฏิบัติหรือไม่ 2) คุณรู้จักถามบุคคลที่จะสอบถามเมื่อมีปัญหาหลังจำหน่ายหรือไม่ 3) คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ไขหรือจัดการกับอาการที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่ 4) มีคนบอกคุณเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือไม่ว่า ควรรับประทานเมื่อไร อย่างไร และรับประทานทำไม 5) คุณต้องการข้อมูลอื่น ๆ อีกหรือไม่ และให้เพิ่มข้อเสนอแนะได้อีก ซึ่งผลจากการประเมินติดตามผลทางโทรศัพท์ดังกล่าว ทำให้ผู้บริหารของฝ่ายการพยาบาลได้ข้อมูลเร็วเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล และถือว่าเป็นการประกันสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบว่า ความพอใจของผู้ป่วยเป็นความพึงพอใจที่มาจากใจจริง (intrinsic satisfaction) ทำให้ขวัญและกำลังใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดีขึ้นมาก

การประเมินผลในสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ที่ดำเนินงานมาทั้งหมด สามารถอาศัยแนวคิดของ Holly (ฟารีดา อิบราฮิม, 2525) ในการ มองคุณภาพการพยาบาลใน 3 รูปแบบ คือ 1) มองโลกในลักษณะการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย (Content of Care) โดยดูว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนั้นถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพียงใด โดยมุ่งเน้นที่การปฏิบัติงาน (performance) 2) มองในรูปโครงสร้างของการ พยาบาล ในที่นี้จะประเมินตั้งแต่ตัวแผนการพยาบาลที่วางไว้ อุปกรณ์ ทรัพยากร และตัวเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติ 3) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้น คือ จุดสุดท้ายของการ พยาบาล คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยไปสู่ภาวะสุขภาพ การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผล ของรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วย

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย

Hannegan (1989) พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยด้านระบบประสาทหลังผ่าตัด Craniotomy มักจะรู้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ ด้านเชาวน์ปัญญาและ บุคลิกภาพ คล้ายกับที่เกิดในผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor Head Injury) หรือกลุ่ม ที่มี Subarachnoid Hemorrhage ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (depression) การดำรงชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยเผชิญ ภาวะผิดปกติในชีวิต ต้องเป็นการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและการวางแผนจำหน่าย

Marchette และ Holloman (1983) ศึกษาวิจัยเชิงทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่ ได้รับการวางแผนจำหน่ายจะลดจำนวนวันอยู่รักษาใน 0.8 วัน และถ้าพยาบาลวางแผนการ จำหน่ายเร็ว ผู้ป่วยก็จะออกจากโรงพยาบาลเร็ว ถ้าพยาบาลเริ่มวางแผนการจำหน่ายช้าเพียงใด ผู้ป่วยก็จะยืดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดในสมองแตก จะพบว่ามีลักษณะดังกล่าวมากที่สุด

วริยา วชิราวจัน (2526) ศึกษาผลของการเตรียมอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจก่อนย้ายออกจากแผนก ไอ.ซี.ยู. พบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงจากคะแนน ความวิตกกังวล ก่อนได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิมล พันธุ์วิไล (2529) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมผู้ป่วยและญาติ และการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุขในผู้ป่วยโรคหัวใจในโตและท้อโต พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ในด้านระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการทั่วไป ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวหลักพักฟื้น การจัดการสิ่งแวดล้อมและการดูแลของญาติ ความคิดเห็น และความรู้สึกในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยของญาติ

Krominge and Ostwald (1987) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ที่มีพยาบาลสาธารณสุขร่วมมือกับทางโรงพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยรายงานความต้องการแผนการจำหน่ายถึง 15 ด้าน มีค่าเฉลี่ยถึง 5.8 เมื่อส่งต่อไปรักษาพยาบาลต่อกับพยาบาลสาธารณสุข ถึงร้อยละ 27 และอีกร้อยละ 37 บอกว่า ต้องการกลับไปโรงพยาบาลอีกเพื่อจะได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้สูงอายุต้องการการส่งต่อมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า แต่อาการหนักกว่า ครอบครัวและเพื่อนฝูง มีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงหลังการจำหน่าย

Jackson (1989) ศึกษาประสิทธิภาพของการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้สูงอายุ ออกจากหอผู้ป่วยฉุกเฉิน ตัวอย่างประชากร 40 คน อายุ 70 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลก่อนออกจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง ต่อมา เก็บข้อมูลที่บ้าน สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างในด้านการปฏิบัติตัวประจำวัน แต่มีการตายและกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 พอจะบ่งชี้ได้ว่าจากการขาดความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียง แสดงว่ามีความต้องการแผนการสอนที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ สุภา ตันติวิสุทธิ (2532) ถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหาร การรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพอใจในระบบการจำหน่ายตามรูปแบบที่สร้างขึ้น และมีผู้ป่วย 118 คน

จากทั้งหมด 400 คน ให้ข้อเสนอแนะต่อการบริการหลายข้อ แต่ที่มึ่ความคิดเห็นตรงกันเป็นอันดับ 1 คือ ควรให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวตามอาการของโรค

ทอมลินสัน และคณะ ทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตก (Stroke Program) ใน Middletown Regional Hospital เป็นเวลา 5 เดือน ในปี 1985 เป็นการเห็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประสานงานกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล การสอนและแนะนำผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับปี 1984 อัตราการอยู่รักษาของผู้ป่วยลดลงจากอัตราเฉลี่ย 13.4 วัน เป็น 9.3 วัน การจ่ายเงินประกันสุขภาพซึ่งคิดลบ 95,574 เหรียญ ในปี 1984 เพิ่มขึ้นเป็น 63,755 เหรียญ ในปี 1985 ผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจต่อการดูแล การวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อในระดับสูง

6. ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

เมื่อเกิดการพึ่งตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวอันเกิดจากผลการให้บริการนั้นถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่สามารถสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการได้ เพราะการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการนั้นเมื่อสามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะอย่างของผู้รับบริการได้ ไม่ว่าจะความซับซ้อนของความต้องการของผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมในขณะปฏิบัติจะมีความกว้างขวางลึกซึ้งเพียงใดก็ตาม ผู้รับบริการจึงมีความมั่นใจว่าจะต้องได้รับการบริการที่มีคุณภาพสูงสุด มีความเหมาะสม และสนองความต้องการได้ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (เพรจันท์ สุวรรณชาติ, ผลสุดท้ายที่น่าจะเกิดขึ้นคือความพอใจของทุกฝ่าย

Chaplin (1968) ให้คำจำกัดความของคำว่า ความพึงพอใจของผู้มารับบริการว่าเป็นความรู้สึกต่อสถานบริการที่ผู้รับบริการได้รับตามประสบการณ์จากการเข้าไปติดต่อหรือขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ

Aday and Anderson (สุภา ตันติวิสุทธิ, 2532) มีความเห็นว่า ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการเป็นสิ่งที่ใช้ประเมินระบบบริการทางการแพทย์ และจากการศึกษาถึงความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการของโรงพยาบาลในสหรัฐ-

อเมริกา สรุปได้ว่า ประชาชนมีความพึงพอใจต่อสิ่งเหล่านี้คือ ความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ แยกเป็น 1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ 2) การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ 3) ความสะดวกสบายในสถานบริการ การประสานงานบริหาร หมายถึง การได้รับการบริหารทุกประเภทในสถานที่ อธิยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ โดยการแสดงอธยาศัย ทำทางที่ดีเป็นกันเอง ของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจ ห่วงใยผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการบริการ แยกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตน การให้ยา ฯลฯ คุณภาพการบริการ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ

Morgan and Hart (1987) ให้ข้อคิดจากประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลเชื่อว่าพยาบาลแทบทุกคนย่อมเคยเห็นว่าผู้ป่วยและญาติต้องการ การบริการในสิ่งเหล่านี้ไม่มากก็น้อย การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และ/หรือเป็นการช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิต จัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือกับครอบครัวผู้ป่วย ให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น การหาทางบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาแก้ปวดให้น้อยที่สุด สอนวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งการเงิน ค่ารักษา ส่งต่อหรือแนะนำแหล่งทรัพยากรในชุมชน ให้แนวทางค้นหาแหล่งความรู้ เช่น บอกชื่อหนังสือ, ชื่อเขียน, เทป

ซึ่งความต้องการการบริการและความพึงพอใจดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ความพึงพอใจต่อการที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของตนตรงกับแนวคิดความต้องการของบุคคล ของ มาสโลว์ ที่ว่า เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองด้านร่างกายอันเป็นความต้องการพื้นฐานแล้ว ก็จะต้องการการตอบสนองในลำดับขั้นที่สูงขึ้นไป ซึ่งเป็นการตอบสนองด้านจิตใจ นั่นคือเมื่อได้รับการบริการตามความคาดหวัง

แนวคิดของมาสโลว์ เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 5 ขั้น อันได้แก่

1. ความต้องการด้านร่างกาย ความปลอดภัย
2. ความปลอดภัย
3. ความรักความเป็นเจ้าของ
4. ความมั่นใจ
5. ความภาคภูมิใจ

เขาเห็นว่าเมื่อบุคคลตกอยู่ภายใต้ภาวะเครียด การปรับตัวในภาวะปกติจะถูกคุกคาม ซึ่งทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุความต้องการพื้นฐาน 5 ขั้น



ดังกล่าว การดำเนินชีวิตนั้นจะอยู่ในภาวะไม่สมดุลย์ (disequilibrium) เมื่อระบบหนึ่งระบบใดไม่เป็นไปตามครรลองดังกล่าว ส่วนทั้งหมดก็กระทบกระเทือนหน้าที่ของพยาบาลคือช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในภาวะเดิม โดยการปรับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ผู้ป่วยต้องการตามศักยภาพของผู้ป่วยที่มีให้การสนับสนุนการปรับตัว โดยการจัดให้มีทรัพยากรที่บุคคลต้องการในการปรับตัวตามสภาพแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับตัว ในฐานะพยาบาลวิชาชีพแล้วจะต้องพิจารณาได้ว่าความต้องการใดที่เร่งด่วน ความต้องการใดที่รอได้ในระยะที่การเจ็บป่วยของบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤต (Compbell, 1978)

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2529) กล่าวถึง ความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการด้านสุขภาพอนามัยว่า ประชาชนทั่วไปคือว่า บริการด้านสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิ์เบื้องต้นที่ควรได้รับ โดยให้ความคาดหวังต่อไปนี้ 1) ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในฐานะเป็นบุคคลหนึ่ง มากกว่าเป็นโรคหนึ่ง หรือกลุ่มอาการหนึ่ง 2) ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการดูแลรักษาตนเอง 3) ได้รับความสุขสบายตามสภาพการณ์ทางวิทยาศาสตร์แผนใหม่ที่เอื้ออำนวยในสถานการณ์ขณะนั้น 4) ได้รับการยอมรับในสภาพที่ต้องได้รับการช่วยเหลือพึ่งพา 5) ได้รับความช่วยเหลือให้เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยขณะนั้น และการรักษาที่ตนพึงจะได้รับ 6) ได้รับการยอมรับในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาของตน 7) อาการที่ทรุดลงหรือการตายควรเป็นวิธีที่ตนตัดสินใจเลือกเอง 8) ได้รับการดูแลที่เท่ากันตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

นอกจากนั้นประชาชนยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้ คือ 1) บริการด้านสุขภาพอนามัยได้จัดเตรียมไว้พร้อมที่จะให้บริการแก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอและตลอดเวลา 2) เป็นลักษณะบริการเฉพาะบุคคล ตามสถานภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ มากกว่าจะเป็นบริการในลักษณะงานประจำ 3) เป็นบริการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมนั้น ตามค่านิยมและความเชื่อของสังคมนั้น ๆ ด้วย 4) เข้ารับบริการได้โดยง่าย ไม่ว่าจะ เป็นสถานที่ตั้ง การกำหนดตารางเวลาให้บริการทั้งในยามปกติ และยามฉุกเฉิน ผู้รับบริการต้องสามารถเข้ารับได้โดยง่าย 5) มีการประสานงาน ที่ดีทางการส่งข่าวสารข้อมูลทางการรักษาพยาบาล ไม่ควรมีการขาดตกบกพร่องแตกแยก หรือซ้ำซ้อนกัน 6) เป็นบริการที่มีความสมบูรณ์แบบ ผู้รับบริการได้รับครบถ้วน ทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ คงไว้ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

หลักเกณฑ์ที่ 2 ต้องมีทีมการพยาบาล ภายในทีมต้องมีการสื่อสาร การสื่อสารได้แก่

2.1 การสื่อสารเพื่อสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนได้แก่ ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เป้าหมายการรักษาของแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และทีมการพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย

2.2 การสื่อสารเพื่อเสนอแผนต่อทีมการพยาบาล จะมีการสื่อสาร 2 แบบ คือ การสื่อสารด้วยวาจา และการสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้บุคลากรในทีมได้รับรู้แผน และมีการมอบหมายงาน ตลอดจนการเตรียมตัวของผู้ปฏิบัติตามแผน

2.3 มีการประสานงานโดยการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อ

- 1) จะได้ทราบเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ
- 2) เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ทราบปัญหาของผู้ป่วย
- 3) เพื่อผู้ป่วยจะได้มีเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องเป็นไปในแนวเดียวกัน

การประสานในที่นี้ได้แก่ การตรวจเยี่ยม (Medical Round, Nursing Round) การประชุมปรึกษาหารือ (Conference) ทั้งในทีมการพยาบาล และร่วมกับทีมแพทย์และวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ

หลักเกณฑ์ข้อที่ 3 มีพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติ คือ 1) วุฒิการศึกษาอย่างต่ำระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ทางการพยาบาล ผดุงครรภ์ อนามัย 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างน้อย 3 ปี 3) ได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท 4) กระตือรือร้นและเต็มใจปฏิบัติกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบที่สร้างขึ้น เป็นผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน ทุกขั้นตอนจะต้องมีญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ รายละเอียดในการดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 5 ขั้นตอน ในการดำเนินงาน มีดังนี้

3.1 มร 24-48 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการักษา พยาบาลวิชาชีพศึกษาข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีลักษณะการสืบค้นข้อมูลดังนี้ 1) ประเมินศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ก่อนการบาดเจ็บจากญาติผู้ป่วย ในขั้นตอนนั้นพยาบาลวิชาชีพ ต้องใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย จากญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเอง ในรายที่รู้ลึกรู้ตัวดี 2) ประเมินความรู้พื้นฐานของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและการดูแลผู้ป่วย 3) ประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยรายนั้นตามความเหมาะสม เพื่อประเมินพยาธิสภาพ การรักษา การ

พยากรณ์โรคของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนการวางแผนจำหน่าย 4) ประสานงานกับทีม
การพยาบาลเพื่อสืบค้นข้อมูลด้านการเจ็บป่วย สภาพร่างกาย สมรรถนะและปัญหาอื่น ๆ ที่ปรากฏ

3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) พยาบาล
วิชาชีพที่เป็นผู้วางแผนจำหน่าย ร่วมมือกับญาติผู้ป่วยในการจัดกลุ่มปัญหา แล้วระบุเป็นปัญหาทาง
การพยาบาล (Nursing Diagnosis หรือ Nursing Problem) ในรายที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้อง
กับการรักษาได้อื่น (Collaborative problem) ต้องการความช่วยเหลือในการส่งต่อ/ประ
สานงาน หรือคำแนะนำ สามารถเขียนเป็นแผนการจำหน่ายด้วย

3.3 การวางแผน (Planning) ในการวางแผนจะมีการดำเนินงาน
2 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) กำหนดกิจกรรม 1) การตั้งเป้าหมาย จะมีเป้าหมาย
ระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว เพื่อการประเมินผลการปฏิบัติตามความต้องการในแต่ละระยะของ
ผู้ป่วย ในรายที่หมดสติแล้วนั้นซึ่งแต่ละรายจะมีระยะไม่เท่ากัน เป้าหมายระยะสั้นอาจเป็นเป้าหมาย
การรู้สึกที่รับรู้กาลเวลา บุคคล สถานที่ ได้ถูกต้องและเร็วที่สุด ซึ่งเป้าหมายระยะยาวอาจเป็นการ
รับรู้การดำเนินชีวิตประจำวันที่ยั่งยืน เช่น การทำงาน การคิด การตัดสินใจ หรือ การตั้ง
เป้าหมายสำหรับการปฏิบัติดูแลต่อเนื่องของญาติผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยว่าในระยะสั้นควร
บรรลุเป้าหมายอะไร และ ในระยะยาวญาติผู้ป่วยควรมีเป้าหมายอะไรบ้าง ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งขึ้น
ไม่ใช่เป้าหมายทางการพยาบาล แต่เป็นเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นผลที่ต้องการของ
เป้าหมายการวางแผนจำหน่ายคือ ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความพร้อมด้านจิตใจและทักษะในการดูแล
ผู้ป่วยและดูแลตนเอง ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย 2) การกำหนด
กิจกรรมการปฏิบัติ ในขั้นตอนนี้ญาติผู้ป่วย และ/หรือผู้ป่วยต้องรู้ว่าสิ่งที่ต้องปฏิบัติมีอะไรบ้าง
การปฏิบัติเป็นอย่างไร ผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และแต่ละขั้นตอนจะกระทำเมื่อใด ญาติผู้ป่วย
และผู้ป่วยควรเตรียมตัวอย่างอะไรบ้าง ในขั้นตอนการกำหนดกิจกรรมอาจมีการตั้งวัตถุประสงค์
สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือ เกณฑ์การประเมินผล

3.4 การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการตามรูปแบบการวางแผน
จำหน่ายนี้ มีการปฏิบัติของบุคคล 2 ระดับ คือ ระดับผู้วางแผนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่วางแผน
การจำหน่ายผู้ป่วย หลังจากการวางแผนแล้วจะต้องนำแผนดังกล่าวสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบ
โดยทั่วกันว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายใด จะต้องมอบหมายให้ใครทำอะไรบ้าง เมื่อใด
การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพผู้วางแผนจำหน่ายต้องพิจารณาความเหมาะสมว่า เมื่อใดควรจะใช้
ลายลักษณ์อักษร เมื่อใดควรจะเป็นการบอกเล่าให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบ สำหรับวิธีการสื่อสารนั้น

กำหนดว่า ต้องเขียนไว้ในคาร์เด็กซ์ และอธิบายให้หัวหน้าเวรมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติทราบในแต่ละ
 เวน ในระดับผู้ปฏิบัติ จะปฏิบัติกิจกรรมตามแต่ละกิจกรรมที่กำหนดในแผนการจำหน่าย ได้แก่ การ
 ให้คำแนะนำ สอน ฝึกญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ เอกสาร ประสานงาน ดูแลความ
 เรียบร้อยของงานที่ทำ และประเมินผลการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนที่ตนปฏิบัติ

3.5 ประเมินผลของการวางแผนจำหน่าย การประเมินผลตามขั้นตอน
 นี้ พยาบาลวิชาชีพผู้วางแผนจะต้องประเมินผลตามเกณฑ์การประเมินผลในแต่ละเป้าหมาย ใน
 เป้าหมายระยะสั้นต้องประเมินเป็นระยะ และประเมินตามเป้าหมายระยะยาวตามที่กำหนดไว้ การ
 ประเมินอาจเป็นการสอบถาม พูดคุยกับญาติผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วย และตัดสินใจว่าญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย
 มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายหรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมายอาจต้อง
 วางแผนการปฏิบัติใหม่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย