

คู่มือ

การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพคนไทยวัยผู้ใหญ่

รองศาสตราจารย์สิริรัตน์ จันทรมะโน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เจนระวี สว่างอารีย์รักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประวีดา คำแดง

อาจารย์จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค

โครงการวิจัย เรื่อง แบบประเมินภาวะสุขภาพคนไทยวัยผู้ใหญ่

กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ปีงบประมาณ 2569

คำนำ

“คู่มือการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพคนไทยวัยผู้ใหญ่” เล่มนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ใช้ศึกษาประกอบการค้นหาข้อมูลสุขภาพสำหรับการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกายและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อนำข้อมูลสุขภาพมาประมวลผล วิเคราะห์ผล สรุปเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพ ขั้นตอนถัดไป คือ ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สู่การวางแผนจัดการพยาบาล (กำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล) จากนั้นลงมือจัดกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานและการพยาบาลแบบองค์รวม ขั้นตอนสุดท้าย คือ ประเมินผล (เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ) การจัดกิจกรรมการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับต้องมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน วัตถุประสงค์ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และตอบโจทย์การแก้ปัญหาสุขภาพได้จริง นอกจากนี้ยังนำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมมาใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล

สำหรับรายละเอียดเนื้อหา ผู้เขียนได้เรียงลำดับให้สอดคล้องกับหัวข้อของแบบประเมินภาวะสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ เพื่อสร้างความเข้าใจและสรุปประเด็นปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม คู่มือฯ เล่มนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง แบบประเมินภาวะสุขภาพคนไทยวัยผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ สร้างและพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับคนไทยวัยผู้ใหญ่ ประเมินความเป็นไปได้, ความเป็นประโยชน์ และระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลต่อการใช้แบบประเมิน ฯ และเผยแพร่แบบประเมิน ฯ สำหรับการเรียนการสอนและประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฯ เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพได้ไม่มากนักน้อย และขอขอบคุณ งามความดีที่เกิดขึ้นให้กับครูผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้จนผู้เขียนกลายเป็นผู้รู้ระดับหนึ่ง และขอมอบให้กับผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเข้ามาในชีวิตการเป็นพยาบาลและครูพยาบาลของผู้เขียนจนสร้างประสบการณ์และนำมาถ่ายทอดให้กับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพอย่างไม่สามารถประเมินค่าได้

รองศาสตราจารย์สิริรัตน์ จันทระโน

28 มีนาคม 2569

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
ความสำคัญพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพ.ศ. 2562	1
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	4
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วยปัจจุบัน	6
ส่วนที่ 3 การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม	8
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษ	14
ส่วนที่ 4 การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับใน 1 วัน (Total Energy Expenditure)	18
ส่วนที่ 5 อาหารแลกเปลี่ยน (Food exchange)	19
ส่วนที่ 6 การประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม	22
ส่วนที่ 7 การประเมินด้านจิตวิญญาณ	24
ส่วนที่ 8 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในการสร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพ: การพยาบาลแบบองค์รวม	31
ส่วนที่ 9 การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	33
ส่วนที่ 10 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน	36

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ประเด็นการซักประวัติ ข้อมูลควรคำนึง/ตรวจสอบ และข้อมูลที่ควรระมัดระวัง	1
2	ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL)	8
3	ความสามารถในการทำกิจกรรมและการวางแผนให้การพยาบาล	9
4	การแบ่งหมวดอาหารแลกเปลี่ยนและตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน	19
5	การเปรียบเทียบค่า BMI มาตรฐานสากลและมาตรฐานอาเซียน	21
6	การแปลผลภาวะสุขภาพจิต (DASS-21)	23
7	เปรียบเทียบทฤษฎี Nightingale, Henderson, Maslow และ Gordon	32

คู่มือการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพคนไทยวัยผู้ใหญ่

(Administration Manual for the Thai Adult Health Assessment Tool)

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม จิตวิญญาณ พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลเหล่านี้มีความจำเป็นต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาลดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และการประเมินผล ซึ่งการประเมินผลแต่ละครั้งจะนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินของครั้งถัดไปอย่างไรก็ตาม หากขาดการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยได้

ความสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 จึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดขอบเขตการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพซึ่งจัดเป็นข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหว กฎหมายฉบับนี้มุ่งคุ้มครองสิทธิของเจ้าของข้อมูล ให้ข้อมูลถูกใช้เท่าที่จำเป็น เพื่อวัตถุประสงค์ที่ชอบด้วยกฎหมาย และอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ในบริบทของการประเมินภาวะสุขภาพ พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงขอบเขตการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการเข้าถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาเท่านั้น

การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่เพียงเป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนด แต่ยังสะท้อนถึงการยึดมั่นในจริยธรรมและความประพฤติวิชาชีพการพยาบาล โดยเฉพาะหลักการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การรักษาความลับของผู้ป่วย และความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ดังนั้น การบูรณาการความรู้ด้านกฎหมายเข้ากับกระบวนการประเมินภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจารย์นิเทศและนักศึกษาจำเป็นต้องทราบและปฏิบัติให้ถูกต้อง ดังนี้

มาตรา 24 ห้ามมิให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่... (2) เพื่อป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพของบุคคล...

มาตรา 26 ห้ามมิให้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความคิดเห็นทางการเมือง ความเชื่อในลัทธิ ศาสนาหรือปรัชญา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ข้อมูลสหภาพแรงงาน ข้อมูลพันธุกรรม ข้อมูลชีวภาพ หรือข้อมูลอื่นใด ซึ่งกระทบต่อเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในทำนองเดียวกันตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด โดยไม่ได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่ (1) เพื่อป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพของบุคคลซึ่งเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคลไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม...

หมวด 6 ความรับผิดทางแพ่ง มาตรา 77 ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลอันเป็นการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ทำให้เกิด ความเสียหายต่อเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้นแก่เจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล

ไม่ว่าการดำเนินการนั้นจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่ ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลนั้นจะพิสูจน์ได้ว่า (1) ความเสียหายนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย หรือเกิดจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำของ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลนั่นเอง (2) เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งของ เจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติการตามหน้าที่และนาจตามกฎหมาย

หมวด 7 บทกำหนดโทษ ส่วนที่ 1 โทษอาญา มาตรา 79 ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 27 วรรคหนึ่งหรือวรรคสอง หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 28 อันเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรา 26 โดยประการที่น่าจะทำให้ผู้อื่นเกิดความเสียหาย เสียชื่อเสียง ถูกดูหมิ่น ถูกเกลียดชัง หรือได้รับความอับอาย ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินห้าแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การชักประวัติสุขภาพโดยไม่ละเมิด พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

หลักจริยธรรมวิชาชีพที่ใช้เป็นกรอบประเมินภาวะสุขภาพ ควรยึดหลักปฏิบัติ ดังนี้

1. การเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิผู้ป่วย (Respect for Human Dignity)
2. การรักษาความลับ (Confidentiality)
3. ความรับผิดชอบในวิชาชีพ (Professional Accountability)
4. การไม่ก่ออันตราย (non-maleficence)
5. การประพฤติตนตามจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

ประเด็นการชักประวัติ ข้อมูลควรคำนึง/ตรวจสอบและข้อมูลควรระมัดระวัง มีรายละเอียดสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นการชักประวัติ ข้อมูลควรคำนึง/ตรวจสอบและข้อมูลควรระมัดระวัง

ลำดับ	ประเด็นการชักประวัติ	ข้อมูลควรคำนึงถึง/ตรวจสอบ	ข้อมูลควรระมัดระวัง
1	ข้อมูลประวัติส่วนบุคคล	ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์	บันทึกเฉพาะอำเภอและจังหวัดเท่านั้น
2	วัตถุประสงค์การชักประวัติ	เพื่อการดูแลรักษาเฉพาะรายที่ได้รับมอบหมาย	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ ข้อมูลไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3	ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน	สอบถาม/สัมภาษณ์เฉพาะข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบันและข้อมูลเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการดูแล	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ การเจ็บป่วยในอดีตโดยไม่มีเหตุผลทางคลินิก
4	ข้อมูลการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว	สอบถาม/สัมภาษณ์ข้อมูลเท่าที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล	หลีกเลี่ยงการบันทึกรายละเอียดเกินจำเป็น
5	ประวัติการใช้ยา/การแพทย์/การแพ้ อาหาร/และอื่นๆ	เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	ห้ามนำข้อมูลไปเผยแพร่ นอกเหนือวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการซักประวัติ	ข้อมูลควรคำนึงถึง/ตรวจสอบ	ข้อมูลควรระมัดระวัง
6	พฤติกรรมสุขภาพ	การสูบบุหรี่, ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ใช้สารเสพติด/ยาแก้ปวด/ยานอนหลับ), การออกกำลังกาย, การรับประทานอาหาร (ชอบ/ไม่ชอบ, ชนิดอาหารที่แพ้), การพักผ่อนนอนหลับ, การขับถ่าย, การตรวจสุขภาพประจำปี, ครึ่งล่าสุด, ผลการตรวจ, คำแนะนำ/การปฏิบัติตัวที่ได้รับ	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ ข้อมูลไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
7	พฤติกรรมส่วนบุคคลและวิถีการดำเนินชีวิต	การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล, ความเชื่อและทัศนคติด้านสุขภาพ (การแพทย์แผนปัจจุบัน, การแพทย์แผนไทย, การแพทย์ทางเลือก),	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ ข้อมูลไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
8	กิจกรรมทางสังคม	กิจกรรมยามว่าง/งานอดิเรก, การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา/ชุมชน	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ ข้อมูลไม่เกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม
9	สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	ชุมชนเขตเมือง/กึ่งเมือง/ชนบท	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ ข้อมูลไม่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ
10	ประวัติครอบครัว	ระบุความสัมพันธ์	ไม่ควรระบุชื่อ-นามสกุลจริง
11	ประวัติเพศสัมพันธ์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	สังเกตความร่วมมือและความยินยอมให้ข้อมูล	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ ข้อมูลไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
12	ประวัติสุขภาพจิต	ต้องระวังสีหน้า ท่าทาง และคำพูดของผู้สัมภาษณ์	หลีกเลี่ยงการสอบถาม/การสัมภาษณ์ ข้อมูลไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
13	ความเชื่อ ศาสนา และจิตวิญญาณ	ควรศึกษาประเด็นสำคัญตามหลักคำสอนของแต่ละศาสนา	หลีกเลี่ยงภาษา (กาย/วาจา) ที่แสดงถึงการลบหลู่ความเชื่อศาสนา และจิตวิญญาณของแต่ละศาสนาซึ่งมีความละเอียดอ่อนและลึกซึ้งมาก
14	การบันทึกข้อมูล	มีความเป็นกลางและบันทึกตามข้อเท็จจริง	ควรใช้ภาษาเชิงวิชาการ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ โดยอธิบายความเห็นส่วนตัว
15	การเข้าถึงแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย	ศึกษาได้เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายไว้ในความดูแลเท่านั้น	เป็นการได้รับอนุญาตให้การศึกษาข้อมูลเฉพาะรายกรณี
16	การใช้ข้อมูลเพื่อการศึกษา	ลบข้อมูลระบุตัวตนก่อนทำรายงาน/นำเสนอ	ควรใช้เฉพาะชื่อ, HN, เติง
17	การเปิดเผยข้อมูล	เปิดเผยเฉพาะการรายงานผลการปฏิบัติงานรายวันต่ออาจารย์นิเทศหรือพยาบาลหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าพยาบาลประจำตึกที่เกี่ยวข้องเท่านั้น	ข้อมูลการรายงานต้องสอดคล้องกับข้อมูลรายงานที่บันทึกทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการซักประวัติ	ข้อมูลควรคำนึงถึง/ตรวจสอบ	ข้อมูลควรระมัดระวัง
18	การใช้สื่อออนไลน์	ไม่นำส่งข้อมูลผู้ป่วยทาง Line / Social อื่น	หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้รับ การมอบหมายให้ดูแล, ไม่ควรส่งข้อมูล จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย, ผลเลือดหรือ ประวัติผู้ป่วย
19	ความตระหนัก/ความสำคัญข้อมูล PDPA (Personal Data Protection Act)	เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว ของผู้ป่วย	การละเมิดอาจมีโทษทางวินัยและกฎหมาย (พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562)

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. (2562). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก, 27 พฤษภาคม 2562.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ก่อนทำการสัมภาษณ์ข้อมูล ผู้สัมภาษณ์ควรปฏิบัติด้วยการกล่าวคำทักทาย แนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เมื่อได้รับการอนุญาตจึงเริ่มการสัมภาษณ์ในประเด็นสุขภาพ ดังนี้

พยาบาล “สวัสดีค่ะ/ครับ...ดิฉัน/ผม (บอกชื่อ-นามสกุล) คุณชื่ออะไรคะ/ครับ...และบอกวัตถุประสงค์”

ผู้ป่วย “บอกชื่อนามสกุลตนเอง”

พยาบาล “ขออนุญาตสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยคุณ...นะคะ/นะครับ”

ผู้ป่วย “อนุญาตค่ะ/ครับ”

ข้อมูล subjective data

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว (ระบุเฉพาะชื่อ) อายุ (ปี) สถานภาพ; โสด/สมรส/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่
เชื้อชาติ, สัญชาติ, ศาสนา, ระดับการศึกษา, อาชีพ, สิทธิการรักษา, ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร, ภูมิลำเนาเดิม (ระบุเฉพาะอำเภอและจังหวัด)

ด้านครอบครัว

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว, บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู, บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบและสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว

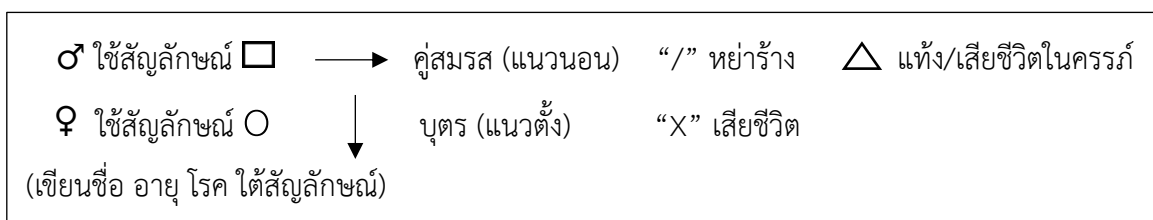
แผนผังครอบครัว 3 รุ่น Family history taking (การซักประวัติครอบครัว) แผนผังครอบครัว (Genogram) 3 รุ่น

รุ่นที่ 1 หมายถึง ปู่, ย่า, ตา, ยาย หรือ พ่อ, แม่ ของผู้ป่วย

รุ่นที่ 2 หมายถึง พ่อ, แม่

รุ่นที่ 3 หมายถึง ผู้ป่วยและบุตร

สัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวทุกคน 3 รุ่นอายุ ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย บิดามารดา ตัวเรา มีประวัติครอบครัวเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองแตก (stroke) และโรคประวัติโรคที่ติดต่อระหว่างบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันได้ เช่น วัณโรค อีสุกอีใส ไข้เลือดออก ไวรัสตับอักเสบบี การแสดงต้นไม้ครอบครัว (family tree) จะช่วยทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น (Thompson J. (2022: 28) ดังรูป



ดังตัวอย่างคำถาม

พยาบาล “พอจะทราบข้อมูลของคุณพ่อคุณแม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูงหรือไม่ และพี่น้องของคุณ...มีใครป่วยด้วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูงหรือไม่คะ/ครับ”

“พอจะทราบข้อมูลของคุณปู่คุณย่าคุณตาคุณยายว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงหรือไม่คะ/ครับ”

ด้านเศรษฐกิจ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

แหล่งที่มาของรายได้, การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัว ดังตัวอย่างคำถาม

พยาบาล “ขออนุญาตทราบแหล่งที่มาของรายได้คุณ...พอจะบอกได้ไหมคะ/ครับ”

พยาบาล “การเจ็บป่วยครั้งนี้อาจมีผลกระทบหรือไม่คะ/ครับ”

Personal History (PH): พฤติกรรมสุขภาพ (Health habits)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

กิจวัตรประจำวัน, การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การพักผ่อนนอนหลับ, การขับถ่าย, การใช้สารเสพติด, การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม, การตรวจสุขภาพประจำปี และการวางแผนครอบครัว ดังตัวอย่างคำถาม

พยาบาล “ขอช่วยเล่ากิจวัตรประจำวันของคุณ....ว่าใน 1 วันมีกิจวัตรประจำวันอะไรบ้าง ได้แก่

เวลาการตื่นนอนตอนเช้า การนอนพักระหว่างวัน, เวลาเข้านอนตอนกลางคืน, คุณภาพการนอนหลับ, การรับประทานอาหาร (ชอบ/ไม่ชอบ, ชนิดอาหารที่แพ้), (กรณีแพ้พบอาการอะไรบ้าง, การแพ้ฝุ่น/เกสรดอกไม้/อากาศ) มื้ออาหารเช้า-กลางวัน-เย็น, การออกกำลังกาย, การขับถ่าย, การสูบบุหรี่, ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ใช้สารเสพติด/ยาแก้ปวด/ยานอนหลับ), การตรวจสุขภาพประจำปี, ครั้งล่าสุด, ผลการตรวจ, คำแนะนำ/การปฏิบัติตัวที่ได้รับ” โดยถามเป็นข้อ ๆ เรียงลำดับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ (สิริรัตน์ จันทระโน, 2559: 211) ดังตัวอย่างคำถาม

พยาบาล “เมื่อคืนคุณ...หลับดีไหมคะ/ครับ”

พยาบาล “เมื่อคืนคุณ...หลับเพียงพอไหมคะ/ครับ”

พยาบาล “เมื่อคืนคุณ...หลับลึกหรือหลับตื้นคะ/ครับ”

พยาบาล “เมื่อคืนคุณ...หลับดีสนิทตลอดคืนไหมคะ/ครับ”

พยาบาล “คุณ...หลังตื่นนอนตอนเช้าแล้วสดชื่นดีไหมคะ/ครับ”

พยาบาล “ตลอดคืนคุณ...รู้สึกหลับเต็มอิ่มดีไหมคะ/ครับ”

การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล, ความเชื่อและทัศนคติด้านสุขภาพ *ดังตัวอย่างคำถาม*

พยาบาล “คุณ.....มีวิธีการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างไรบ้างคะ/ครับ”

พยาบาล “คุณ.....ความเชื่อและทัศนคติด้านสุขภาพ (การแพทย์แผนปัจจุบัน, การแพทย์แผนไทย, การแพทย์ทางเลือก) อย่างไรบ้างคะ/ครับ”

พยาบาล “คุณ...ใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างไรคะ/ครับ” ทำหมันหรือไม่ หรือวิธีอื่น ๆ ระบุ

กิจกรรมทางสังคม (Social & recreational activities)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

กิจกรรมยามว่าง/งานอดิเรก, การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา/ชุมชน

ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนต่อสัมพันธภาพทางสังคม

ดังตัวอย่างคำถาม

พยาบาล “กิจกรรมยามว่าง/งานอดิเรกของคุณ....เป็นอย่างไรบ้างคะ/ครับ”

พยาบาล “การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา/ชุมชนของคุณ....เป็นอย่างไรบ้างคะ/ครับ”

พยาบาล “การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือไม่ อย่างไรคะ/ครับ”

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วยปัจจุบัน

ข้อมูล objective data

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม, การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน, การผ่าตัด (ถ้ามี)

ข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วยครั้งนี้

พยาบาล “คุณ...ได้รับทราบข้อมูลการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษาจากแพทย์หรือไม่ อย่างไรคะ/ครับ”

1. Chief complaint: CC (อาการสำคัญ)

เป็นอาการหลัก หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องมาพบแพทย์ เพื่อได้รับการรักษาเยียวยา โดยให้ผู้ป่วยระบุเฉพาะอาการที่สำคัญ 1-3 อาการ และระบุระยะเวลาที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล *ดังตัวอย่างคำถาม*

พยาบาล “วันนี้คุณมาโรงพยาบาลด้วยอาการอะไรคะ/ครับ”

ผู้ป่วย “ผู้ป่วยเล่าอาการสำคัญ”

พยาบาลบันทึกอาการสำคัญ *ดังตัวอย่างคำถาม* “ปวดท้องน้อยข้างขวา 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล”

2. Present illness: PI (ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน)

เป็นอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่ขยายความจากอาการสำคัญเพิ่มให้รายละเอียดสมบูรณ์มากขึ้น พยาบาลผู้ซักประวัติอาจใช้แนวคิด COLDSIPA (Weber, j.& Kelley J., 2022:7). ในการซักประวัติเพื่อให้ได้ประวัติครอบคลุมครบทุกประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

C (Character) ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นและอาการแสดงที่ปรากฏ

พยาบาล “มีอาการอะไรบ้างคะ/ครับ ช่วยอธิบายลักษณะอาการเป็นอย่างไรคะ/ครับ”

O (Onset) ลักษณะอาการเริ่มต้น เกิดขึ้นเมื่อไร เกิดทันทีทันใด หรือค่อย ๆ เป็น

พยาบาล “มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อไร...เกิดขึ้นทันทีหรือค่อย ๆ เกิดคะ/ครับ”

L (Location) ตำแหน่ง/บริเวณที่มีอาการ จุดใดจุดหนึ่ง หรือร้าวไปที่ใด

พยาบาล “ช่วยใช้นิ้วชี้หรือบอกตำแหน่งที่มีอาการ...และร้าวไปตำแหน่งใดหรือไม่คะ/ครับ”

D (Duration) ระยะเวลาที่มีอาการหรือความถี่ของการเกิดอาการ

พยาบาล “อาการที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งนานเท่าไร และเกิดอาการถี่มากน้อยแค่ไหนคะ/ครับ”

S (Severity) ระดับความรุนแรงของอาการพยาบาล “ช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการ (มากจนทนไม่ได้...มากแต่พอทนได้...ปานกลางไม่มากไม่น้อย...น้อยแค่พอรู้สึกเท่านั้น) พอดีบอกได้ไหมคะ/ครับ”

P (Pattern) รูปแบบ/การกระทำ/วิธีการ อะไรที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือทุเลาหรือแย่ลง

พยาบาล “ขณะเกิดอาการเป็นแบบใด...คุณทำอะไรหรือใช้วิธีการใด เพื่อที่จะทำให้อาการดีขึ้นหรือทุเลาหรือแย่ลงคะ/ครับ”

A (Associated factors) ปัจจัยอื่น/อาการอื่น ที่เกิดร่วมกับอาการที่เกิดขึ้น

พยาบาล “ขณะเกิดอาการคุณคิดว่ามีปัจจัยอื่นหรืออาการอื่นร่วมด้วยไหมคะ/ครับ”

ตัวอย่างการบันทึก (ใช้หลักการ COLDSPA)

“ปวดได้ขยี้โครงขามากหลังรับประทานอาหารสเปรี้ยวปวดแบบทันทีทันใดต้องนั่งอดตัวสักครู่ดีขึ้น แต่พอขยับตัวนั้นก็เริ่มปวดขึ้นอีกปวดแบบนี้ประมาณ 2 วันแล้วแต่วันนี้ปวดมากขึ้นทนไม่ไหวจึงมาโรงพยาบาล”

“เริ่มมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล เมื่อ 2 วันก่อนมีอาการท้องเสีย ทานยาแก้ท้องเสียอาการดีขึ้น เข้านี้เริ่มมีไข้ต่ำ ๆ ไปคลินิกใกล้บ้าน แพทย์ตรวจร่างกายเบื้องต้นสงสัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ เฝียวปล้นจึงแนะนำให้มารักษาต่อที่โรงพยาบาล”

3. Past medical history: PMH (ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต) โรคประจำตัว, ยาที่ใช้ในการรักษาโรค, การผ่าตัด สัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา การผ่าตัด การนอนป่วยในโรงพยาบาล การเจ็บป่วย การได้รับวัคซีน การได้รับเลือด ภาวะสุขภาพจิตในอดีต (ด้านอารมณ์ และภาวะผิดปกติทางจิต) ดังตัวอย่างคำถาม
พยาบาล “คุณ...เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่...ผ่าตัดอวัยวะใด...เมื่อไร...ที่รพ.ใด...คะ/ครับ”

“ช่วยบอกโรคที่เคยเจ็บป่วยในอดีตที่เคยเป็น...แล้วเคยนอนโรงพยาบาลบ้างไหม...เมื่อไร...ด้วยโรคอะไร...พอจำได้ไหมว่านอนรักษาตัวเป็นเวลานานเท่าไร...เคยได้รับเลือดหรือบริจาคเลือดบ้างไหมคะ/ครับ”

“เคยทราบเรื่องประวัติการแพ้ยา...แพ้อาหาร...หรือแพ้สิ่งใดบ้าง...คะ/ครับ”

“ประวัติการได้รับวัคซีนพื้นฐานครบหรือไม่...ประวัติการรับวัคซีนไขหวัดใหญ่...วัคซีน COVID 19
ก็เข็ม ชื่อวัคซีนอะไร...เคยเป็นโรค COVID 19 หรือไม่...อย่างไรคะ/ครับ”

“ภาวะสุขภาพจิตที่ผ่านมาในรอบ 1 ปีเป็นอย่างไรบ้างคะ/ครับ”

4. Family History: FH ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

สรุปข้อมูล Genogram พบว่า สมาชิกในครอบครัวบุคคลใดที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

เอกสารอ้างอิง

สิริรัตน์ จันทรมะโน. (2559). *การพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม*. บุญยศิริงานพิมพ์

สิริรัตน์ จันทรมะโน. (2567). *เทคนิคการตรวจร่างกายสำหรับนักศึกษาพยาบาล* (ฉบับพกพา). พิมพ์ครั้งที่ 2.

แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น.

Thompson J. (2022). *Essential Health Assessment* (2nd ed.). F.A. Davis.

Weber R. Janet., & Kelley H. Jane. (2022). *Health Assessment in Nursing*. (7th ed.). Wolters Kluwer.

ส่วนที่ 3 การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

3.1 การตรวจร่างกาย (Physical examination)

การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป (General appearance)

- activity (ADL), conscious (alert, delirium, confuse, stupor, semi-coma, coma), EMV, pain score

Bathel Activity of Living (ADL) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ดังนี้ (กรมการแพทย์, 2564: 42-43)

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL)

ข้อ	ความสามารถในการทำกิจกรรม	(0)	(1)	(2)	(3)
1	การรับประทานอาหาร	ต้องมีคนป้อน	ตักเองได้แต่ต้องมีคนช่วย	ตักได้เองไม่ต้องช่วย	-
2	การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	ต้องมีคนช่วย	ทำได้เอง	-	-
3	การนั่งหรือลุกออกจากที่นอน	ไม่สามารถนั่งได้	ต้องการความช่วยเหลือมาก	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	ทำได้เอง
4	การใช้ห้องน้ำ	ช่วยตัวเองไม่ได้	ทำได้บ้าง	ช่วยตัวเองได้ดี	-
5	การเคลื่อนที่ภายในตึก	เคลื่อนที่ไม่ได้	ต้องใช้รถเข็นเคลื่อนที่	เดิน/เคลื่อนที่มีคนช่วย	เดินได้เอง
6	การสวมเสื้อใส่ผ้า	ต้องมีคนช่วย	ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50	ช่วยตัวเองได้ดี	-
7	การขึ้นลงบันไดขั้นเดียว	ทำเองไม่ได้	ต้องการคนช่วย	ขึ้นลงได้เอง	-
8	การอาบน้ำ	ต้องมีคนช่วย	ทำได้เอง	-	-
9	การกลืนอุจจาระ	กลืนไม่ได้/ส่น อุจจาระเสมอ	กลืนไม่ได้บางครั้ง	กลืนได้เป็นปกติ	-
10	การกลืนปัสสาวะ	กลืนไม่ได้/ใส่ สายสวน	กลืนไม่ได้บางครั้ง	กลืนได้เป็นปกติ	-
9	การนั่งหรือลุกออกจากที่นอน	ไม่สามารถนั่งได้	ต้องการความช่วยเหลือมาก	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	ทำได้เอง
10	การเคลื่อนที่ภายในตึก	เคลื่อนที่ไม่ได้	ต้องใช้รถเข็นเคลื่อนที่	เดิน/เคลื่อนที่มีคนช่วย	เดินได้เอง

การแปลผล

- ≥ 12 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้
- 5-11 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตัวเองได้บ้าง
- ≤ 4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ข้อมูลจากการสังเกต

นักศึกษาใช้เทคนิคการสังเกตร่วมด้วย เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาวางแผนให้การพยาบาล ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ความสามารถในการทำกิจกรรมและการวางแผนให้การพยาบาล

ความสามารถในการทำกิจกรรม	การวางแผนให้พยาบาล
ระดับ 0: ช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่	Advice: ให้คำแนะนำ
ระดับ 1: ต้องใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนไหว	Partial nursing care: ให้การช่วยเหลือบางส่วน
ระดับ 2: ต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	
ระดับ 3: ต้องใช้อุปกรณ์และความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	Total nursing care: ให้การช่วยเหลือแบบทดแทนทั้งหมด

- general appearance (on O₂ ; mask/cannula, received suctioning PRN, on respirator, on NG for feeding, retrain foley's catheter, on IV fluid, position, on ICD, wound (type, area), drainage (Jackson -Pratt drain, Redivac drain, Penrose drain, PCN, Nephrostomy tube drain)

การบันทึกข้อมูลการตรวจร่างกาย

- T ° C, P=bpm, PR=beats/min (bpm), RR=breaths/min, BP=mmHg, O₂ saturation%

- Body weight=kg, Height=cm, Mass body index (BMI)=kg/m², TEE=kcal

การตรวจศีรษะ ตา หู จมูก คอ (Head, Eyes, Ears, Nose, Throat)

การตรวจร่างกายตามระบบ

การตรวจระบบผิวหนัง (Integumentary System)

Inspection & Palpation

- * สีผิว (color); ปกติ, pale, jaundice ระบุตำแหน่ง.....
- * อุณหภูมิ (temperature); อุณหภูมิ, เย็น, ร้อนผิดปกติ
- * ความชุ่มชื้น (moisture); แห้ง, ชุ่มชื้น, เหงื่อออกมาก
- * ลักษณะผิว (texture); เรียบ, หยิบ, บาง,หนา
- * ผื่น (skin rash); ไม่พบ, macule (ปื้นราบ), plaque (ปื้นนูน), papule (ตุ่มนูนเล็ก), vesicle (ตุ่มน้ำใส) pustule (ตุ่มหนอง), nodule (ก้อน), urticaria (ลมพิษ)
- * รอยโรค/แผล (lesion/wound) อธิบายชนิด, ลักษณะของแผล (อาจากรูปประกอบตำแหน่ง)
- * เล็บ: สี; ขมพู, ขาวซีด, เขียวคล้ำ
: ความแข็งแรง; แข็ง, เปราะบาง

* ผม: เส้นผม; สลวย, แห้งกรอบ

: สี, ธรรมชาติ, แดงและชาดลวง ระบุ.....

* หนังสืรณะ; ไม่พบแผล, มีแผล/รังแค/ตกสะเก็ด ระบุ.....

การตรวจศึรณะ ตา หู จมูก คอ (HEENT)

HEENT; **Inspection** (head, eyes, ears, nose, throat)

P – Pupils, E – Equal, R – Round, R – Reactive, L – to Light, A – and Accommodation

Palpation; trachea, thyroid

Percussion; sinuses (frontal, maxillary)

การตรวจร่างกายระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system)

1. Inspection; body shave (fat, thin, healthy, skin, hair, emotion, behavior), functional in weight head & face (moon face) eyes (exophthalmos/ptosis), tremor
2. Palpation; thyroid gland (normal/enlargement)

การตรวจระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system)

1. Inspection; normal, tachypnea, bradypnea, dyspnea
2. Auscultation: Resonance, Wheezing, Crackles, Rhonchi, Stridor

การตรวจระบบไหลเวียนโลหิตและต่อมน้ำเหลือง (Circulatory & lymphatic system)

1. Auscultation; AVA, PVA, TVA, MVA, Erb's point, heartbeat, murmur, gallop rhythm
2. Palpation; dorsalis pedis pulse, edema

การตรวจระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system)

1. Inspection; abdominal shape, ascites
 2. Auscultation; bowel sounds, bruit
 3. Palpation; soft, tenderness
- Deep palpation; liver, spleen, kidney, Murphy's sign

การตรวจระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system)

การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power)

เป็นการใช้เทคนิคการคลำ เพื่อตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ แผลผลเป็นตัวเลข และจัดเป็นระดับ ดังนี้

- Grade 0 หรือ Zero: ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ
- Grade 1 หรือ Trace: กล้ามเนื้อหดตัวบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทราบได้โดยการคลำ
- Grade 2 หรือ Poor: เคลื่อนไหวข้อได้ในแนวนอนกับพื้นราบ
- Grade 3 หรือ Fair: สามารถเคลื่อนไหวข้อได้ ต้านแรงถ่วงของโลกได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงต้านได้
- Grade 4 หรือ Good: เคลื่อนไหวข้อได้ ต้านแรงถ่วงของโลกได้ ทานแรงต้านได้บ้าง แต่ทานแรงต้านปกติไม่ได้
- Grade 5 หรือ Normal: เคลื่อนไหวข้อได้ ทานแรงต้านปกติได้เท่า ๆ กันทั้ง 2 ข้าง

การตรวจการเคลื่อนไหวของข้อ (Ranges of Motion; ROM)

เป็นการใช้เทคนิคการดู เพื่อตรวจการเคลื่อนไหวของข้อ เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของข้อนั้น ๆ การเคลื่อนไหวแต่ละข้อมีความแตกต่างกันดังนี้

1. Flexion: การงอเข้ามาเมื่อส่วนนั้นเหยียดอยู่ก่อนแล้ว
2. Extension: การเหยียดออกไปเมื่อส่วนนั้นงออยู่ก่อนแล้ว
3. Abduction: การเคลื่อนไหล่แขน – ขา ห่างออกไปจาก Median Line เช่น การกางแขนออก หรือการกางขาออก
4. Adduction: การเคลื่อนไหล่เข้าหา median line เช่น การหุบแขนหรือหุบขา
5. Rotation: การเคลื่อนไหล่ข้อต่อ หมุนไปบนแกน
6. Circumduction: การเคลื่อนไหล่ชนิดที่หมุนแกว่งอย่างรูปฝ่าชี

การตรวจระบบประสาท (Neurological system)

1. Inspection technique; mental status: conscious, orientation, speech

การจัดแบ่งระดับความรู้สึกตัวสามารถแบ่งออกเป็นระดับ ดังนี้

1. Alert ระดับความรู้สึกตัวปกติ เหมือนคนปกติทั่วไป
2. Drowsiness ระดับความรู้สึกตัวซึมลง อยากหลับต้องปลุกเรียก แต่ยังพูดรู้เรื่อง
3. Confuse ระดับความรู้สึกตัวซึมลงมาก พูดจาไม่ค่อยรู้เรื่อง ไม่รู้จักเวลา สถานที่ และบุคคล ที่เรียกว่า

Disorientation

4. Delirium ระดับความรู้สึกจะอะละวาดมากขึ้น หูตมหิดตอ คำถามไม่ได้ บางครั้งต้องจับมัดไว้ (restrained)
5. Stupor ระดับความรู้สึกซึมมาก ต้องปลุกแรง ๆ ลืมตาปิด แล้วหลับต่อบางที่เรียกว่า “Semi-Coma”
6. Coma ระดับความรู้สึกไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีการตอบสนองต่อแรงกระตุ้นใด ๆ

Glasgow coma scale (EVM)ดังนี้

E (Eye open) การลืมตา มี 4 คะแนน

E4 = ลืมตาได้เอง Spontaneous

E3 = ลืมตาเมื่อเรียก To Speech

E2 = ลืมตาเมื่อเจ็บ To Pain

E1 = ไม่ลืมตาเลย None

V (Verbal Response) การพูดโต้ตอบ มี 5 คะแนน

V5 = พูดคุยปกติ Oriented

V4 = พูดคุยสับสน Confused

V3 = พูดเป็นคำไม่ตรงคำถาม Inappropriate word

V2 = พูดมีเสียงแต่ไม่ได้ศัพท์ Incomprehensible sound

V1 = เงียบ None

M (Motor Response) การทำตามคำสั่ง มี 6 คะแนน

M6 = ทำตามคำสั่งได้ Obeying

M5 = ทราบตำแหน่งที่เจ็บ Localizing

M4 = หดหนีเมื่อเจ็บ Withdraw

M3 = งอเกร็งเมื่อเจ็บ Flexing

M2 = หดเกร็งเมื่อเจ็บ Extending

M1 = ไม่เคลื่อนไหวเลย None

การตรวจประสาทสมอง (Cranial nerves) I-XII

CN I: ตรวจการรับกลิ่น (ผู้ป่วยหลับตาให้ดมแอมโมเนียทีละข้าง)

CN II: visual acuity (ให้อ่านตัวหนังสือในกระดาษ), visual field (ยืนตรงข้ามผู้ป่วยดูปลายนิ้วผู้ตรวจ)

CN V: touch sensation, (ใช้สำลีเขี่ย cornea) masseter muscle strength (กัดฟันผู้ตรวจเปิดปาก)

CN XII: ตรวจการเคลื่อนไหวของลิ้น (ผู้ป่วยแลบลิ้น เอียงซ้าย-ขวา ท่อลิ้น กระดกลิ้น)

CN III: การเคลื่อนไหวของลูกตา กรอกขึ้น ลง เข้าด้านใน

CN IV: การเคลื่อนไหวของลูกตา กรอกลง

CN VI: การเคลื่อนไหวของลูกตา กรอกออกด้านข้าง

(ใช้วิธีการตรวจ cardinal position of gaze ตรวจการมองตามมือผู้ตรวจด้วยรูปตัว H)

CN VII: ยิ้ม หน้าบึ้ง แก้มป้อง ยกคิ้ว

CN VIII: Weber's test (วางส้อมเสียงกลางศีรษะ), Rinne test (วางส้อมเสียงหลังหูเสียงเจียบย้ายมาหน้าหู)

CN IX: ตรวจการรับรส, gag reflex (ผู้ป่วยอ้าปากแลบลิ้นใช้ไม้กดลิ้นกด ¾ ของลิ้น)

CN X: ตรวจตุลิ่งไก่, ตรวจการกลืน (ผู้ป่วยร้อง “อา” และให้กลืนน้ำลาย)

CN XI: ตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อไหล่และคอ (ผู้ตรวจกดไหล่ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อและดันคอเกร็งกล้ามเนื้อ)

2. Percussion technique การตรวจปฏิกิริยาตอบสนอง (Reflexes)

1. การตรวจปฏิกิริยาตอบสนองของประสาทสมอง (Cranial nerve reflex)

- Light reflex
- Corneal reflex
- Gag reflex
- Jaw reflex

2. การตรวจปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึก (Deep tendon reflex)

- Bicep jerk เป็นการตรวจประสาท cervical ระดับที่ 5 (C5) เคาะที่ biceps tendon
- Brachioradialis jerk เป็นการตรวจประสาท cervical ระดับที่ 6 (C6) เคาะที่ brachioradialis tendon
- Triceps jerk เป็นการตรวจประสาท cervical ระดับที่ 7 (C7) triceps tendon
- Knee jerk เป็นการตรวจประสาท lumbar ระดับที่ 4 (L4) quadriceps tendon
- Ankle jerk เป็นการตรวจประสาท sacrum ระดับที่ 1 (S1) Achilles tendon

การแปลผลความรุนแรงของ DTR ดังนี้

- | | |
|----|---------------------|
| 0 | ไม่มีปฏิกิริยาเลย |
| 1+ | มีเล็กน้อย |
| 2+ | มีเห็นได้ชัด |
| 3+ | เพิ่มขึ้นค่อนข้างไว |
| 4+ | ไวมาก |

3. การตรวจปฏิกิริยาตอบสนองระดับตื้น (Superficial reflex)

1. Abdominal reflex โดยการจัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงาย ใช้ปลายดินสอขีดบนหน้าท้องเบา ๆ เป็นแนวยาวในบริเวณบนและล่างซ้ายและขวา จะเห็นการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

2. Babinski's sign (Plantar response) เป็นการตรวจที่ให้ผลเชื่อถือได้มากที่สุด ของการตรวจร่างกายระบบประสาท โดยการจัดทำผู้ป่วยในท่านั่ง หรือนอนหงาย ให้ผู้ป่วยเหยียดกล้ามเนื้อเท้า ผู้ตรวจใช้ด้ามของ Jerk ขีดที่ฝ่าเท้าเบา ๆ โดยลากจากสันเท้าขึ้นมาทางด้านนอกแล้ววกเข้าด้านในของโคนหัวแม่เท้าสังเกตการเคลื่อนไหวของหัวแม่เท้า คนปกติหัวแม่เท้าจะงุ้มเข้า หรือไม่มีการเคลื่อนไหว ถ้าผิดปกติหัวแม่เท้าจะกางออก แต่สำหรับเด็กที่มีอายุ 0-2 ปี ถือว่าปกติ

3. Palpation technique

การตรวจ Pathologic reflex วัตถุประสงค์ของการตรวจทางระบบประสาทในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว สามารถแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ

1. Decortication ลักษณะมี flexion และ adduction ของแขน และมี extension ของขาทั้งสองข้าง
2. Decerebration มีการเกร็งตัว หลังแอ่น hyperextension และ hyper pronation ของแขน ร่วมกับ hyperextension ของขาทั้งสองข้าง
3. Arm extension, leg flexion แขนสองข้างเหยียด แต่ขาอ
4. Flaccidity อ่อนปวกเปียกทั้งแขนและขา ไม่มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

การตรวจระบบขับถ่าย (Elimination system)

1. Inspection; edema, pallor, distended bladder,
2. History talking; hematuria, dysuria, frequency, urinary distention
3. Palpation: Suprapubic area, CVA tenderness, prostate (male)
4. Percussion: CVA tenderness, bladder distention

การตรวจระบบสืบพันธุ์ (Reproductive system)

Female

1. Inspection: skin (hirsutism, acne), external genitalia
speculum exam: cervix, vaginal wall, discharge
2. Palpation: pelvic exam; uterus adnexa, ovaries, masses, breast exam (Rt. inner-outer, Lt. inner-outer, tail)
3. History talking: menstrual pattern, dysmenorrhea, menarche/menopause, urinary symptom

Male

1. Inspection: skin (hirsutism, acne), external genitalia
2. Palpation: orchitis,
Per rectal exam: prostate glands, rectal wall, discharge
3. History talking: male pubertal stage, urinary symptom

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. ณัฏฐา ศรีเอื้อน. สิริรัตน์ จันทระโน. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล*. มหาวิทยาลัยพายัพ

สิริรัตน์ จันทระโน. (2568). *เทคนิคการตรวจร่างกายสำหรับนักศึกษาพยาบาล (ฉบับพกพา)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น.

วรรณิ ลิ้มทองกุล. (2563). *กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพินท์ สีขาว. (2568). *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. จามจุรีโปรดักส์.

อภิชาติ สินธูปัว. (2564). *กายวิภาคศาสตร์พื้นฐานอิงคลินิก*. ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษ

ระบบทางเดินหายใจ

การแปลผล Arterial blood gas (ABG)

การตรวจก๊าซในเลือดแดง Arterial blood gas (ABG)	ความหมาย	ค่าปกติ
pH	ความเป็นกรด-ด่าง	7.35 – 7.45
PaCO ₂	การระบายอากาศของปอด	35 – 45 mmHg
PaO ₂	ออกซิเจนในเลือดแดง	80 – 100 mmHg
HCO ₃ ⁻	การควบคุมกรด-ด่างโดยไต	22 – 26 mEq/L
SaO ₂	ความอิ่มตัวของออกซิเจน	95 – 100%
Base Excess (BE)	ภาวะ metabolic	-2 ถึง +2 mEq/L

ชนิดความผิดปกติ	pH	PaCO ₂	HCO ₃ ⁻
Respiratory Acidosis	< 7.35	> 45	ปกติ / > 26
Respiratory Alkalosis	> 7.45	< 35	ปกติ / < 22
Metabolic Acidosis	< 7.35	ปกติ / < 35	< 22
Metabolic Alkalosis	> 7.45	ปกติ / > 45	> 26

การแปลผลระดับออกซิเจน

PaO ₂		SaO ₂	
ค่า (mmHg)	การแปลผล	ค่า (%)	การแปลผล
≥ 80	ปกติ	95-100	ปกติ
60-79	Hypoxemia เล็กน้อย	90-94	ต่ำเล็กน้อย
40-59	Hypoxemia ปานกลาง	< 90	พร่องออกซิเจน
< 40	Hypoxemia รุนแรง		

ระบบไหลเวียนโลหิตและต่อมน้ำเหลือง

ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC)	ค่าปกติ
Hemoglobin (Hb)	ชาย: 13.5 – 17.5 g/dL, หญิง: 12.0 – 15.5 g/dL
Hematocrit (Hct)	ชาย: 41 – 50 %, หญิง: 36 – 44 %
White Blood Cell (WBC)	4,500 – 11,000 cells/ μ L
Platelet Count (เกล็ดเลือด)	150,000 – 400,000 cells/ μ L
MCV (ขนาดเม็ดเลือดแดง)	80 – 100 fL
INR (International Normalized Ratio)	0.8-1.2 sec
PT (Prothrombin Time)	11-13.5 sec
PTT (Partial Thromboplastin Time)	25-35 sec
Cardiac enzyme; Troponin	Troponin I (cTnI) < 0.04 ng/ml Troponin T (cTnT) < 0.01-0.02 ng/ml
CK-MB (Creatine Kinase)	0.5 ng/ml
Total Cholesterol	< 200 mg/dL
Triglyceride	< 150 mg/dL
HDL-Cholesterol	ชาย: > 40 mg/dL, หญิง: > 50 mg/dL
LDL-Cholesterol	< 100 (ดีมาก) < 130 (ยอมรับได้คนทั่วไป) mg/dL

ระบบทางเดินอาหาร

การทำงานของตับ (Liver Function Test: LFTs)	ค่าปกติ
Total Protein	6.4 – 8.3 g/dL
Albumin	3.5 – 5.0 g/dL
Total Bilirubin	0.1 – 1.2 mg/dL
Direct Bilirubin	< 0.3 mg/dL
AST (SGOT)	8 – 48 U/L
ALT (SGPT)	7 – 55 U/L
Alkaline Phosphatase (ALP)	40 – 129 U/L
Electrolytes	ค่าปกติ
Sodium (Na)	135 – 145 mEq/L
Potassium (K)	3.5 – 5.0 mEq/L
Chloride (Cl)	98 – 106 mEq/L
Bicarbonate (HCO_3)	22 – 29 mEq/L
Calcium (Ca)	9-11 mg/dl
Magnesium (Mg)	1.5-2.1 mg/dl
Phosphate (Po_4)	2.5-4.5 mg/dl

ระบบต่อมไร้ท่อ

ระดับไขมันและน้ำตาลในเลือด (Lipid Profile & Glucose)	ค่าปกติ
Fasting Blood Sugar (FBS)	70 – 99 (ปกติ) mg/dL
HbA1c (น้ำตาลสะสม)	< 5.7 %
OGTT	2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล < 140 mg/dL
Cortisol hormone	ช่วง 08.00 = 7-25 µg/dl ช่วง 20.00 = <10 µg/dl
aldosterone	ผู้หญิง = 0.3–3.3 ng/mL ผู้ชาย = 0.4–2.7 ng/mL
ACTH (Adrenocorticotrophic hormone)	ช่วง 08.00 = 20-100 pg/ml
Free T ₃	75-195 ng/dl
Free T ₄	6-12 ng/dl
TSH (Thyroid stimulating hormone)	ทุกกลุ่มอายุ 0.5-3.5 µU/ml

ระบบขับถ่าย

การทำงานของไต (Kidney Function)	ค่าปกติ
BUN (Blood Urea Nitrogen)	7 – 20 mg/dL
Creatinine (Cr)	ชาย: 0.7 – 1.3, หญิง: 0.6 – 1.1 mg/dL
eGFR	Calculated ≥ 90

ปัสสาวะ (Urinalysis)	ค่าปกติ
Color / Appearance	Yellow / Clear
Specific Gravity	1.005 – 1.030
pH	5.0 – 8.0 (เฉลี่ย 6.0)
Protein / Glucose / Ketone	Negative
RBC / WBC	< 5 cells/HPF* (*High Power Field)

อุจจาระ (Stool examination)	ลักษณะทั่วไป
Color / Appearance	brown, black, pale, red
Consistency (ลักษณะ)	formed, semi-formed, loose, watery
Mucus (ลักษณะมูก)	มี/ไม่มีมูก (present/absent)
Blood (ลักษณะเลือด)	มี/ไม่มีเลือด (present/absent)
Parasites (พยาธิ)	พบ/ไม่พบ (found/not found)
Occult blood	มี/ไม่มี (positive/negative)

ตัวอย่างการรายงานผลการตรวจอุจจาระ

Color: Brown

Consistency: Loose stool

Mucus: Present

Blood: Absent

RBC: 0–1 /HPF

WBC: 5–10 /HPF

Ova & Parasite: Not found

Occult blood: Negative

การอ้างอิง/ค่าปกติ (Reference Ranges) ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่มีค่าปกติที่เป็นสากลเพียงค่าเดียว ค่าเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับเครื่องมือ (Analyzer), น้ำยา (Reagent), และกลุ่มประชากรที่แต่ละโรงพยาบาลใช้ในการเก็บ

ข้อควรระวัง: โปรดตรวจสอบกับใบรายงานผลของห้องปฏิบัติการนั้นๆ เสมอ เพราะค่า Reference Range ในใบ request เป็นค่าที่ถูกต้องที่สุดสำหรับการแปลผลในครั้งนั้น

เอกสารอ้างอิง

ชวนพิศ วงศ์สามัญ และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2564). *การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 25).

ขอนแก่นการพิมพ์

สิริรัตน์ จันทรมะโน. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล*. มหาวิทยาลัยพายัพ.

สิริรัตน์ จันทรมะโน. (2567). *เทคนิคการตรวจร่างกายสำหรับนักศึกษาพยาบาล* (ฉบับพกพา). พิมพ์ครั้งที่ 2.

แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น.

American Diabetes Association. (2024). *Standards of medical care in diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Supplement 1), S1–S350.

Loscalzo, J., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (Eds.). (2022). *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed.). McGraw Hill.

National Cholesterol Education Program (NCEP). (2004). *Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III): Final report*.

Rifai, N., Horvath, A. R., & Wittwer, C. T. (Eds.). (2017). *Tietz textbook of clinical chemistry and molecular diagnostics* (6th ed.). Elsevier.

ส่วนที่ 5 การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับใน 1 วัน (Total Energy Expenditure)

Total Energy Expenditure (TEE) หมายถึง ปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายใช้ภายใน 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย

1. พลังงานพื้นฐาน (Basal Energy Expenditure; BEE)
2. พลังงานที่ใช้จากกิจกรรมทางกาย (Activity Energy Expenditure)
3. พลังงานที่ใช้เพิ่มขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยหรือความเครียด (Stress-related Energy Expenditure)

ในทางปฏิบัติ พลังงานจากกิจกรรมและภาวะเครียดมักถูกรวมในรูปของตัวคูณ ได้แก่ Activity Factor (AF) และ Stress Factor (SF) แสดงดังสูตรการคำนวณ

$TEE \text{ (Total Energy Expenditure)} = BMR \text{ (Basal Metabolic Rate)} \times AF \text{ (Activity Factor)} \times SF \text{ (Stress Factor)}$

$BMR \text{ (male)} = 66.5 + (13.8 \times BW) + (5 \times Ht) - (6.8 \times age)$, $BMR \text{ (female)} = 665.1 + (9.6 \times BW) + (1.8 \times Ht) - (4.7 \times age)$

AF bed rest = 1.2

ambulation = 1.3 - 1.4

normal activity = 1.5 - 1.6

SF no stress = 1.0

post operation/wound = 1.1 - 1.3

fever/infection = 1.3 - 1.5

burn = 1.5 - 2.0

เอกสารอ้างอิง

Harris, J. A., & Benedict, F. G. (1919). A biometric study of human basal metabolism. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 4(12), 370–373.
<https://doi.org/10.1073/pnas.4.12.370>

การคำนวณพลังงานที่ได้รับจากสารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

1. Intravenous fluid (IV fluid) 5% Dextrose 1000 ml = 200 Kcal (คำนวณตามปริมาตรที่ได้รับ)
2. Parenteral nutrition คำนวณตามสัดส่วนของสารอาหารที่ระบุในสูตรของสารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิดนั้น ๆ

การคำนวณแคลอรีอาหาร

การคำนวณแคลอรีอาหารทำได้โดยการประเมินปริมาณพลังงานจากสารอาหารหลักทั้งสามชนิดที่ประกอบอยู่ในอาหาร ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, และไขมัน โดยมีการคำนวณดังนี้

1. คาร์โบไฮเดรต: ให้พลังงาน 4 แคลอรี/กรัม
2. โปรตีน: ให้พลังงาน 4 แคลอรี/กรัม
3. ไขมัน: ให้พลังงาน 9 แคลอรี/กรัม

ส่วนที่ 5 อาหารแลกเปลี่ยน (Food Exchange)

อาหารแลกเปลี่ยน หมายถึง อาหารที่แบ่งออกเป็นหมวดหมู่ให้พลังงานและ สารอาหารใกล้เคียงกัน และ นำมาใช้ในการคำนวณหาปริมาณอาหารที่กิน

รายการอาหารแลกเปลี่ยน (Food Exchange Lists)

หน่วยตวงนับปริมาณอาหารถ้วยตวง แท้พี ช้อนกินข้าว ช้อนชา ตาซัง

ถ้วยตวง แท้พี ใช้ในการตวงนับปริมาณอาหารกลุ่มข้าว แป้ง และผัก เช่น

ข้าวสวย $\frac{1}{3}$ ถ้วยตวง = 1 แท้พี (น้ำหนัก 60 กรัม เท่ากับ 60 มิลลิลิตร)

ข้าวต้มขาว $\frac{3}{4}$ ถ้วยตวง = 2 แท้พี

โจ๊ก 1 ถ้วย (240 มิลลิลิตร) = 4 แท้พี

ข้าวเหนียว $\frac{1}{4}$ ถ้วยตวง = $\frac{1}{2}$ แท้พี

กล้วยเตี๋ยเส้นเล็ก, เส้นหมี, วุ้นเส้นสุก $\frac{1}{2}$ ถ้วยตวง = 1 แท้พี

กล้วยเตี๋ยเส้นใหญ่ $\frac{1}{3}$ ถ้วยตวง = 1 แท้พี

ผักสุก $\frac{1}{2}$ ถ้วยตวง = 1 แท้พี (น้ำหนัก 50 กรัม)

ช้อนกินข้าว ใช้ในการตวงนับปริมาณอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ เช่น

เนื้อสุก 1 ช้อนกินข้าว น้ำหนัก 15 กรัม

เนื้อหมู, เนื้อไก่ 15 กรัม (2-3 ชิ้น) = 25 Kcal (ถือเป็น 1 ส่วนของอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ)

ช้อนชา ใช้ในการตวงนับปริมาณอาหารกลุ่มไขมัน เช่น

น้ำมัน 1 ช้อนชา ปริมาตร 5 ซีซี (มิลลิลิตร)

ตาซัง ใช้ชั่ง ตวงอาหารที่ต้องการรู้น้ำหนัก มีหน่วยเป็นกรัม

อาหารแลกเปลี่ยนแบ่งอาหารออกเป็น 6 หมวด แต่ละหมวดให้พลังงานสารอาหารแตกต่างกัน ตารางแสดงคุณค่าอาหารในหมวดอาหารแลกเปลี่ยน ดังนี้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การแบ่งหมวดอาหารแลกเปลี่ยนและตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน

หมวดอาหาร	ตัวอย่างอาหาร		
หมวดนม (Milk exchange) นม 1 ส่วน (240 มิลลิลิตร = 1 ถ้วยตวง)	นมจืดขาดมันเนย 80 กิโลแคลอรี	นมจืดพร่องมันเนย 120 กิโลแคลอรี	นมจืดไขมันเต็มส่วน 150 กิโลแคลอรี
หมวดข้าว แป้งและผลิตภัณฑ์ (Starch and cereal exchange)	ข้าวสวย ⅓ ถ้วยตวง = 1 ทัพพี	ข้าวต้มขาว ¾ ถ้วย ตวง = 2 ทัพพี	โจ๊ก 1 ถ้วย (240 มิลลิลิตร) = 4 ทัพพี
	ข้าวเหนียว ¼ ถ้วย ตวง = ½ ทัพพี	ก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็ก, เส้น หมี่, รุ้นเส้นสุก ½ ถ้วยตวง = 1 ทัพพี	ก๋วยเตี๋ยวเส้นใหญ่ ⅓ ถ้วยตวง = 1 ทัพพี
หมวดเนื้อสัตว์ (Meat exchange)	เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก 1 ส่วน (30 กรัม = 2 ช้อนกินข้าว) = 35 กิโลแคลอรี	เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน (30 กรัม = 2 ช้อนกินข้าว) = 55 กิโลแคลอรี	เนื้อสัตว์ไขมันปาน กลาง 1 ส่วน (30 กรัม = 2 ช้อนกิน ข้าว) = 75 กิโล แคลอรี
	เนื้อสัตว์ไขมันสูง 1 ส่วน (30 กรัม = 2 ช้อนกินข้าว) = 100 กิโลแคลอรี	ไข่ไก่ต้ม 1 ฟอง = 75 กิโลแคลอรี	ไข่เป็ดต้ม 1 ฟอง = 160 กิโลแคลอรี
หมวดไขมัน (Fat exchange)	ไขมัน 1 ส่วน 5 กรัม (5 มิลลิลิตร) = 45 กิโลแคลอรี	เนย 1 ช้อนชา, กะทิ 1 ช้อนกินข้าว, น้ำมัน มะพร้าว, น้ำมันปาล์ม 1 ช้อนชา	น้ำมันมะกอก, น้ำมัน รำข้าว, น้ำมันถั่ว เหลือง, น้ำมัน ข้าวโพด 1 ช้อนชา
หมวดผัก (Vegetable exchange) ผัก 1 ส่วน คือ ผักสด 1 ถ้วยตวง หรือ ผัก สุก ½ ถ้วยตวง	ประเภท ก ให้ พลังงานต่ำมาก เช่น ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง ดอก กะหล่ำ กะหล่ำปลี	ประเภท ข ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี เช่น ผักคะน้า มะระจีน ถั่วฝักยาว ฟักทอง แครอท บร็อคโคลี่	
หมวดผลไม้ (Fruit exchange) ผลไม้ 1 ส่วน ให้พลังงาน 60 กิโล แคลอรี	ชมพู 3 ผล, แก้วน้ำว้า 1 ผล, แก้วหอม ½ ผล มะละกอ 8 ชิ้นคำ, แดงโม 9 ชิ้น คำ, ส้มโอ 2 กลีบใหญ่, สาลี่ 1 ผลเล็ก, มะม่วงสุก ¼ ผลกลาง, มังคุด 4 ผล, ลิ้นจี่ 6 ผล, ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่, ลองกอง 6 ผล, ฝรั่งและแอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก		

เอกสารอ้างอิง

สาขาวิชาโภชนาการ ภาควิชาการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2565). *รายการอาหาร แลกเปลี่ยนและการแลกเปลี่ยนอาหารต่างหมวด*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ตารางคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย. (Food Composition Table of Thai Food)*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI)

ค่าดัชนีมวลกายมีใช้นานกว่า 200 ปี ใช้ประเมินภาวะอ้วน/ผอม และน้ำหนักที่เหมาะสมในแต่ละระดับ ความสูง สามารถคำนวณได้ด้วยการนำน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ประโยชน์ของ BMI คือ เป็นวิธีที่ง่าย ใช้เครื่องมือและงบประมาณที่น้อย ไม่ต้องการทักษะของผู้ตรวจมากนัก สะดวกรวดเร็ว สามารถตรวจได้ในปริมาณมากได้ ปัจจุบันมีแอปพลิเคชันช่วยในการคำนวณที่ได้ค่าที่เที่ยงตรง

สูตรคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = Kg/m^2

ค่าที่ได้จำแนกผู้ใหญ่ออกเป็นกลุ่มต่างๆ โดยองค์การอนามัยโลกได้แยกคนเอเชียจากกลุ่มมาตรฐาน เนื่องจากมีโครงร่างที่เล็กกว่า และที่ค่า BMI เท่ากันคนเอเชียจะมีปริมาณเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายมากกว่าคนยุโรป สรุปแสดงดังตารางที่ 5 (รุจิเรข ธรรมเจริญ, 2566: 8)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่า BMI มาตรฐานสากลและมาตรฐานอาเซียน

BMI มาตรฐานสากล (WHO)	BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเชีย)	การแปลผล
< 18.5	< 18.5	น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน
<18.5-24.9	<18.5-22.9	ปกติ
25-29.9	23-24.9	น้ำหนักเกิน
-	25-29.9	เริ่มเข้าสู่ภาวะอ้วน
≥ 30	≥ 30	ภาวะอ้วน
30-40	30-40	อ้วนระดับ 1
40.1-50	40.1-50	อ้วนระดับ 2
> 50	>50	อ้วนระดับ 3

เอกสารอ้างอิง

รุจิเรข ธรรมเจริญ. (2566). ทำอย่างไรเมื่อไขมันในเลือดสูง. *ข่าวสารแพทย์นาวิ*, 65(3), 5-11.

ส่วนที่ 6 การประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการสนทนา

ข้อมูลการสัมภาษณ์ ตัวอย่างคำถาม ดังนี้

“คุณมีสิ่งใดทำให้เกิดความเครียดขณะเจ็บป่วยหรือขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร”

“สิ่งที่ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณท่านในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร”

“คุณต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในเรื่องใดหรือไม่ อย่างไร”

“คุณมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง ในเรื่องใดบ้าง”

“คุณคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้รูปร่างหน้าตาและสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไร”

“คุณคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงานอย่างไร”

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่ละเอียดอ่อน โปรดระวังการใช้คำพูดควรสังเกตพฤติกรรมร่วมด้วยก่อนใช้คำถาม

“คุณรู้สึกต่อตนเองอย่างไรต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างที่มีอุปกรณ์เพิ่มขึ้น (เช่น การมีถุงอุจจาระที่หน้าท้อง การใส่สายสวนปัสสาวะถุงปัสสาวะรองรับปัสสาวะ การใส่สายให้อาหารทางสายยาง การเดินโดยใช้ไม้เท้า)

“คุณรู้สึกต่อตนเองอย่างไรต่อการสูญเสียอวัยวะจากการเป็นโรค.....(ที่ต้องตัดอวัยวะเพื่อการรักษา)

ข้อมูลจากการสังเกต

การประเมินแนวคิดมิติของอารมณ์ด้านลบ (Dimension Model of Negative Emotional Status)

(Lovibond, & Lovibond, 1995) ร่วมกับแนวคิดของ Kubler-Ross 5 ระดับ ในการยอมรับกับความเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับ (สิริรัตน์ จันทระโนและเจนระวี สว่างอารีรักษ์, 2554, สิริรัตน์ จันทระโน, 2559: 38, 253) โดยไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับ

ระยะที่ 1 Denial and isolation ระยะแห่งการปฏิเสธและการแยกตัว ตัวอย่างประโยคคำพูด

พยาบาล “คุณ....เป็นอย่างไรบ้างต้องการความช่วยเหลือด้านใดบ้างคะ/ครับ”

ผู้ป่วย “อยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ คนเดียว...ขออย่าเพิ่งรบกวนนะคะ/นะครับ”

ระยะที่ 2 Anger ระยะแห่งการโกรธ

พยาบาล “คุณ....มีอะไรให้ช่วยบ้างไหมคะ/ครับ”

ผู้ป่วย “คุณพยาบาลคะ/ครับ...ทำไมผลการตรวจของฉันทันออกมาเป็นแบบนี้ตรวจผิดคนหรือเปล่าคะ/ครับ”

ระยะที่ 3 Bargaining ระยะแห่งการต่อรอง

ผู้ป่วย “คุณพยาบาลคะ/ครับ...มีวิธีการรักษาแบบอื่นอีกไหมที่ไม่ต้องผ่าตัดคะ/ครับ”

พยาบาล “คุณหมอได้อธิบายรายละเอียดของการรักษาครั้งนี้แล้วหรือยังคะ/ครับ”

ระยะที่ 4 Depression ระยะแห่งการซึมเศร้า

พยาบาล “คุณ....อาหารโรงพยาบาลไม่ถูกปากหรือคะ/ครับ”

ผู้ป่วย “คุณพยาบาลคะ/ครับ...ฉันกลืนข้าว...กลืนน้ำไม่ลงคอยเคอะ/ครับ”

ระยะที่ 5 Acceptance ระยะแห่งการยอมรับ

ผู้ป่วย “คุณพยาบาลคะ/ครับ...โรคนี้ใครๆเขาก็เป็นกันไม่ใช่ฉันคนเดียวใช่ไหมคะ/ครับ”

พยาบาล “คุณหมอได้อธิบายวิธีการรักษานี้เป็นการรักษาที่ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจนะคะ/นะครับ”

เหตุการณ์ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญต่อการเจ็บป่วยอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจเปลี่ยนแปลงได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะการยอมรับก็อาจกระทบจิตใจทำให้ย้อนคิดถึงระยะการต่อรองอีกก็ได้ ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยอาจเข้าสู่ระยะการยอมรับได้ ทั้งที่ก่อนหน้านี้ที่อาจอยู่ในระยะซึมเศร้าก็ได้ จึงควรสังเกตบทสนทนา และตีความโดยการสังเกตสีหน้าท่าทางและคำพูดที่แสดงออกด้วย

เอกสารอ้างอิง

สิริรัตน์ จันทรมะโนและเจนระวี สว่างอารีย์รักษ์. (2554). แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 57-69.

สิริรัตน์ จันทรมะโน. (2559). *การพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม*. บุญยศิริงานพิมพ์.

การประเมินภาวะสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดย Lovibond, S.H.& Lovibond, P.E. (1995) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สุกัลยา สว่างและคณะ (Swang S, et al., 2013) จาก The National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (NCHECR) Australia และอนุญาตให้ณัฏฐวรรต บัวทองและ ณัฏฐ พิทยรัตน์เสียร ทำการปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ โดยประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.75 ด้าน ภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82 ด้านภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และด้านภาวะความเครียดเท่ากับ 0.69 (นิจวรรณ เกิดเจริญ และวรุณา กลกิจโกวิท, 2564)

เครื่องมือ DASS-21 นี้เหมาะสำหรับการใช้ประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล งานคัดกรองเบื้องต้น และนักศึกษาใช้ในฝึกปฏิบัติ ซึ่ง DASS-21 นี้มีข้อคำถาม 21 ข้อ โดยใช้ประเมิน Depression (ภาวะซึมเศร้า) ใช้ข้อคำถามข้อที่ 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 ข้อคำถามที่ 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 ใช้ประเมิน Anxiety (ภาวะวิตกกังวล) ส่วนการประเมิน Stress (ภาวะเครียด) ใช้ข้อคำถามข้อที่ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 คะแนนการแปลผล ดังตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 การแปลผลภาวะสุขภาพจิต (DASS-21)

ระดับ	Depression (ภาวะซึมเศร้า)	Anxiety (ภาวะวิตกกังวล)	Stress (ภาวะเครียด)
ปกติ	0-4	0-3	0-7
เล็กน้อย	5-6	4-5	8-9
ปานกลาง	7-10	6-7	10-12
รุนแรง	11-13	8-9	13-16
รุนแรงมาก	14-21	10-21	17-21

เอกสารอ้างอิง

- นิลวรรณ เกิดเจริญ วรุณา กลกิจโกวินท์ และจอมเทียร ถาวร. (2564). พลังสุขภาพจิต ผลกระทบต่อจิตใจ และปัจจัยจากโรคโควิด 19 ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. *วารสารเวชการและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 65(suppl), S101-16.
- Lovibond, S.H.& Lovibond, P.E. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress*. (2nd Ed). Psychology Foundation.
- Oei, T. P., Swang S, Goh Y.W., Mukhtar F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) across cultures. *International Journal Psychology*, 48(6), 1018-29.

ส่วนที่ 7 การประเมินด้านจิตวิญญาณ

“วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่สร้างคุณประโยชน์ให้กับทุกสังคมทั่วโลกมาเป็นเวลาช้านาน เพราะพยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนในทุกวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต และจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของการพยาบาล” และพินิจ รัตนกุล ได้กล่าวว่า “ผู้ที่สามารถให้ spiritual care แก่ผู้ป่วยได้ดีที่สุด นอกจากจะเป็นผู้สามารถผสมผสานแนวคิด และวิถีปฏิบัติของศาสนาต่าง ๆ กับวิธีการทางการแพทย์แล้วยังต้องเป็นผู้ที่มี spirituality ค่อนข้างแข็งแกร่งอยู่ในตัวด้วย” ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552 อ้างในสิริรัตน์ จันทระโน, 2559: 244) ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตวิญญาณเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้เกิดความเข้มแข็งจากภายใน ช่วยให้ค้นพบความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย ทำให้สามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่กำลังเผชิญได้ (สิริรัตน์ จันทระโน, เจนระวี สว่างอารีย์รักษ์ และพิมคนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์, 2563: 503)

7.1 ความรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณของพุทธศาสนิกชน

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) โดยเฉพาะในบริบทของการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะใกล้เสียชีวิต หรือความทุกข์ทางจิตใจ พุทธศาสนิกชนซึ่งยึดหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา มีมุมมองต่อชีวิต ความเจ็บป่วย ความตาย และการเยียวยาที่แตกต่างกันและมีลักษณะเฉพาะ การดูแลด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับหลักพุทธศาสนาจะช่วยเสริมสร้างความสงบภายใน ลดความทุกข์ และส่งเสริมการยอมรับความจริงของชีวิตอย่างมีสติ

แนวคิดจิตวิญญาณตามหลักพระพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนาเน้นความเข้าใจในสัจธรรมของชีวิต ได้แก่ อนิจจัง ทุกขัง และอนัตตา ความเจ็บป่วยถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังขารที่ไม่เที่ยง การมีสติ (mindfulness) และปัญญา (wisdom) เป็นเครื่องมือสำคัญในการเผชิญกับความทุกข์ จิตวิญญาณในบริบทพุทธศาสนาไม่ได้ หมายถึง ความเชื่อเหนือธรรมชาติเท่านั้น แต่หมายรวมถึงสภาวะจิตที่สงบ ตั้งมั่น และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตอย่างถูกต้อง แนวคิดดังกล่าวเป็นฐานสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับพุทธศาสนิกชน

ความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณในพุทธศาสนิกชน

การดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมช่วยให้พุทธศาสนิกชนสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายด้วยความสงบ ลดความวิตกกังวล ความกลัว และความทุกข์ทางจิตใจ นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างความหมายของชีวิต ความหวัง และการยอมรับสภาพตามความเป็นจริง การดูแลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจิตใจที่สงบถือเป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการจากไปอย่างสงบตามหลักพุทธศาสนา

แนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณของพุทธศาสนิกชน

1. การส่งเสริมสติและความสงบทางจิตใจ

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสติอยู่กับปัจจุบัน เช่น การกำหนดลมหายใจ การเจริญสติในอิริยาบถต่าง ๆ หรือการฟังเสียงสวดมนต์เบา ๆ ช่วยลดความฟุ้งซ่านและความวิตกกังวล เป็นพื้นฐานสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณตามแนวพุทธ

2. การสนับสนุนการปฏิบัติศาสนกิจ

พุทธศาสนิกชนจำนวนมากมีความศรัทธาในการสวดมนต์ ทำสมาธิ ฟังธรรม หรือทำบุญ การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ตามความเหมาะสม ช่วยเสริมสร้างพลังใจและความสงบ

3. การใช้หลักธรรมในการให้กำลังใจ

ทีมสุขภาพสามารถใช้หลักธรรม เช่น อนิจจัง หรือการยอมรับความจริงของชีวิต มาเป็นกรอบในการสนทนาเชิงให้กำลังใจ โดยควรใช้ถ้อยคำที่อ่อนโยน ไม่ชี้หน้าหรือบังคับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการใคร่ครวญและยอมรับด้วยตนเอง

4. การรับฟังอย่างลึกซึ้งและเมตตา

การรับฟังด้วยใจที่เปิดกว้าง ปราศจากการตัดสิน เป็นการแสดงเมตตากรุณาตามหลักพุทธศาสนา การรับฟังเช่นนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความกลัว และความกังวล ซึ่งเป็นการเยียวยาจิตวิญญาณอย่างหนึ่ง

5. การดูแลในระยะท้ายของชีวิต

ในระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลด้านจิตวิญญาณควรมุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศที่สงบ ลดสิ่งรบกวน และสนับสนุนให้จิตใจของผู้ป่วยตั้งมั่นอยู่ในกุศล เช่น การระลึกถึงความดีที่เคยทำ หรือการฟังพระธรรมคำสอนเพื่อเอื้อต่อการจากไปอย่างสงบ

จากบทสัมภาษณ์พระครูสุวรรณชัยธัช เจ้าอาวาสวัด ดาราภิรมย์ ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัด เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2569) ท่านเมตตาให้ข้อเสนอแนะบทสวดมนต์ที่บอกกล่าวเตือนสติให้ผู้ป่วยระลึกถึงทอณภวานในใจให้สงบนิ่ง บทสวดบูชาพระรัตนตรัย (พุทธคุณ-ธรรมคุณ-สังฆคุณ)

นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธ ัสสะ (3 จบ)

พุทัง สะระณัง คัจฉามิ อัมมัง สะระณัง คัจฉามิ สังฆัง สะระณัง คัจฉามิ
ทุติยัมปิ พุทัง สะระณัง คัจฉามิ ทุติยัมปิ อัมมัง สะระณัง คัจฉามิ ทุติยัมปิ สังฆัง สะระณัง คัจฉามิ
ตติยัมปิ พุทัง สะระณัง คัจฉามิ ตติยัมปิ อัมมัง สะระณัง คัจฉามิ ตติยัมปิ สังฆัง สะระณัง คัจฉามิ

อิติปิ โส ภะคะวา อะระหัง สัมมาสัมพุทธो วิชชาจะระณะสัมปันโน สุคะโต โลกะวิทู อะนุตตะโร ปุริส
สะทัมมะสาระถิ สัตถา เทวะมนุสสานัง พุทโธ ภะคะวาติ.

สวากขาโต ภะคะวะตา ธัมโม สันทิฏฐิโก อะกาลิโก เอหิปัสสิโก โอปะนะยิโก ปัจจัตตัง เวทิตัพโพ วิญญูสีติ
สุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ อุชุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ ญายะปะฏิปันโน ภะคะ
วะโต สาวะกะสังโฆ สามิจีปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ ยะทิทัง จัตตาริ ปุริสะยุคานิ อัฏฐะ ปุริสะปุคคะลา
เอสะ ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ อาหุเนยโย ปาหุเนยโย ทักขิเนยโย อัญชะลีกะระณีโย อะนุตตะรัง ปุญญเขตตัง โลกัสสาติ

ในสมัยพุทธกาลองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าใช้การสวดบทโพชฌังคปริตรเมื่อพระภิกษุอาพาธ “มีการกล่าวโพชฌังค
ปริตรว่า ใช้สวดรักษาโรคตามลำดับเหตุการณ์ ในครั้งพุทธกาล ครั้งหนึ่งพระผู้มีพระภาคเจ้าประทับอยู่ในพระวิหารเวฬุวัน
ใกล้กรุงราชคฤห์ พระมหากัสสปะเถระ เป็นไข้หนัก พระองค์จึงเสด็จไปเยี่ยมและได้ตรัสโพชฌังค 7 ประการให้ฟัง พอตีรสจบ
พระมหากัสสปะเถระก็หายจากอาพาธ อีกครั้งหนึ่ง พระโมคัลลานะเถระ เป็นไข้หนักอยู่บนเขาคิชฌกูฏ พระองค์จึงเสด็จไป
เยี่ยมและตรัสและได้ตรัสโพชฌังค 7 ประการให้ฟังเช่นกัน พอตีรสจบ พระโมคัลลานะเถระ ก็หายอาพาธ และอีกครั้งหนึ่ง

เมื่อพระองค์ทรงประจักษ์ อาพาธหนัก พระมหาจุลละเณระ เข้าไปเยี่ยมพระองค์ พระองค์จึงให้พระมหาจุลละสวดโพชฌงค์ ถวาย พอพระองค์สวดโพชฌงค์ 7 ประการจบ พระองค์ก็หายจากประชวร”

การสวดโพชฌงค์ทั้ง 7 ทั้ง 3 ครั้งนี้ เป็นพระสูตรเรียกชื่อโดยลำดับ ตามพระนามพระเถระว่า “มหากัสสปะ โพชฌงค์สูตร มหาโมคัลลานะโพชฌงค์สูตร และมหาจุลละโพชฌงค์สูตร เรื่องโพชฌงค์ทั้ง 3 นี้ สำหรับสวดคุ้มครองและ ป้องกันทุกข์ภัยไข้เจ็บ มาตั้งแต่สมัยพุทธกาล เคยถือเป็นประเพณีสืบทอดกันมา เมื่อญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวป่วยหนัก และ ลูกหลานก็เห็นว่าถึงแก่กรรมสิ้นชีวิตในไม่ช้านี้ ก็จะทำพิธีนิมนต์พระมาสวดโพชฌงค์บริตรสวดต่อพระนาม) สืบค้นบท สวดได้จาก YouTube บทสวดโพชฌงค์ปริตตั้ง หรือ โพชฌงค์บริตร

การดูแลด้านจิตวิญญาณของพุทธศาสนิกชนเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แนวคิดและ หลักปฏิบัติตามพระพุทธศาสนาช่วยส่งเสริมความสงบ ความเข้าใจ และการยอมรับสัจธรรมของชีวิต สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพและนักศึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่คำนึงถึงมิติด้านจิตวิญญาณอย่าง เหมาะสมและมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2562). *แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (2556). *พุทธธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 32). กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- บทสวดโพชฌงค์ปริตตั้ง หรือ โพชฌงค์บริตร <https://www.bing.com/videos/riverview/relatedvideo?q=YouTube+บทสวดโพชฌงค์&qvpt=YouTube+บทสวดโพชฌงค์&mid=ADBD2C5C1C6753C43DB2ADBD2C5C1C6753C43DB2&FORM=VRD>
- สิริรัตน์ จันทระโน. (2559). *การพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม*. บุญยศิริงานพิมพ์
- สิริรัตน์ จันทระโน เจนระวี สว่างอารีรักษ์ และพิมพ์คนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์. (2563) การพยาบาลวิถีพุทธ : การส่งเสริม ความผาสุกทางจิตวิญญาณสู่การตายดีในระยะท้ายของชีวิต. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(2), 502-517.
- สุภาวดี ศรีสุชาติ. (2561). การดูแลด้านจิตวิญญาณในงานพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(2), 1-12.

7.2 ความรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณของคริสตชน

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เผชิญกับความทุกข์ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือภาวะใกล้เสียชีวิต สำหรับคริสตชน ความเชื่อในพระเจ้า ความรัก ความหวัง และความรอด เป็นรากฐานสำคัญในการดำรงชีวิตและเผชิญกับความเจ็บป่วย การดูแลด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับหลักคริสต์ศาสนาจะช่วยเสริมสร้างพลังใจ ความสงบ และความหมายของชีวิต แนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณของคริสตชน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดด้านจิตวิญญาณตามหลักคริสต์ศาสนา

คริสต์ศาสนาเชื่อว่าพระเจ้าทรงเป็นผู้สร้างและทรงรักมนุษย์ทุกคน ความเจ็บป่วยและความทุกข์ถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ในโลกที่ไม่สมบูรณ์ แต่พระเจ้าทรงอยู่เคียงข้างมนุษย์เสมอผ่านความรัก ความเมตตา และพระพรทาน (เป็นของขวัญฝ่ายจิตวิญญาณที่มนุษย์ ไม่อาจได้มาด้วยตนเอง แต่ได้รับจากพระเจ้าโดยเปล่า) คริสตชนเชื่อในพลังของการอธิษฐาน การวางใจในพระเจ้า และความหวังในชีวิตนิรันดร์ แนวคิดเหล่านี้เป็นฐานสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณของคริสตชน

ความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณในคริสตชน

การดูแลด้านจิตวิญญาณช่วยให้คริสตชนสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยความหวังและศรัทธา ลดความกลัว ความโดดเดี่ยว และความทุกข์ทางใจ ความเชื่อในความรักและการอภัยของพระเจ้าช่วยเสริมสร้างความสงบภายใน และส่งเสริม

การยอมรับสภาพชีวิตตามพระประสงค์ของพระเจ้า โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลด้านจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและการจากไปอย่างสงบ

“นอกจากนี้การใช้การใช้หลักคัมภีร์ศาสนาเพื่อการดูแลจิตวิญญาณของคริสตชน คือ ถ้อยคำของพระเจ้าเป็นเจ้า ดลใจให้มนุษย์บันทึกไว้ แม้จะมีความเก่าแก่หากมีแต่สาระที่เป็นประโยชน์ต่อมนุษย์ทุกด้านและคงความทันสมัย อธิบายด้วยวิทยาการสมัยใหม่ สาระหลักซึ่งตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการด้านความรักแบบไม่มีเงื่อนไข การได้รับการให้อภัย ความหวังในชีวิตหลังความตายหรือการตรึงภาพ ความต้องการที่พึ่งอันประเสริฐ ความหมายและเป้าหมายในชีวิตซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ยึดเหนี่ยวศรัทธาได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตวิญญาณทำให้เกิดความผาสุกสงบ...” (พัชนี สมกำลังและเพ็ญศิริ ดำรงภคการ, 2554 อ้างใน สิริรัตน์ จันทระโน, พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ และพิมคมภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์, 2563)

แนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณของคริสตชน

1. การอธิษฐานและการวางใจในพระเจ้า

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยอธิษฐานส่วนตัว หรือร่วมอธิษฐานกับผู้อื่น เป็นการเชื่อมโยงจิตใจของผู้ป่วยกับพระเจ้า การอธิษฐานช่วยเสริมสร้างความหวัง ความเข้มแข็ง และความสงบ

2. การอ่านพระคัมภีร์และการฟังพระวาจา

พระคัมภีร์เป็นแหล่งแห่งกำลังใจและความหวังสำหรับคริสตชน การอ่านหรือฟังพระวาจา เช่น บทสวดดี หรือพระวรสาร เป็นต้น ช่วยปลอบโยนจิตใจและเสริมสร้างศรัทธาในยามเจ็บป่วย

3. การรับฟังด้วยความรักและเมตตา

การรับฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน เป็นการแสดงความรักตามหลักคริสต์ศาสนา (agape) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและไม่โดดเดี่ยว

4. การสนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนา

คริสตชนบางนิกายให้ความสำคัญกับศีลศักดิ์สิทธิ์ เช่น ศีลเจมคนไข้ หรือศีลมหาสนิท ทีมสุขภาพควรอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผู้นำศาสนาและประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ

5. การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลด้านจิตวิญญาณในระยะสุดท้ายควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความหวังในพระเจ้า การให้อภัย การคืนดีกับตนเองและผู้อื่น และการเตรียมจิตใจสู่ชีวิตนิรันดร์ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

การดูแลด้านจิตวิญญาณของคริสตชนเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ความเชื่อในพระเจ้า ความรัก และความหวัง เป็นพลังสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างมีความหมาย แนวทางสำหรับทีมสุขภาพและนักศึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยคริสตชนอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเชื่อทางศาสนา

คำหนุนใจในคริสตชนจะเน้นความหวังในพระเจ้า ความเข้มแข็ง และความรัก ดังตัวอย่าง

พระธรรมอิสยาห์ บทที่ 41 ข้อ 10 (อสย. 41:10) กล่าวว่า “อย่ากลัวเลย เพราะเราอยู่กับเจ้า เพราะเราเป็นพระเจ้าของเจ้า เราจะหนุนกำลังเจ้า เออ เราจะช่วยเจ้า เราจะชูเจ้าด้วยมือขวาอันมีชัยของเรา”

พระธรรมฟิลิปปี บทที่ 4 ข้อ 13 (ฟป. 4:13) กล่าวว่า “ข้าพเจ้าพญทุกสิ่งได้ โดยพระองค์ผู้ทรงเสริมกำลังข้าพเจ้า”

พระธรรม 1 เธสะโลนิกา บทที่ 5 ข้อที่ 16 (1 ธส 5) “กล่าวว่า จงชื่นบานอยู่เสมอ”

พระธรรมสดุดี บทที่ 46: 1 กล่าวว่า “พระเจ้าทรงเป็นที่ลี้ภัย และเป็นกำลังของข้าพระองค์ทั้งปวงความช่วยเหลือที่พร้อมช่วยเหลือในยามที่ยากลำบาก”

ข้อพระคัมภีร์ผู้ป่วยเป็นที่พึ่งพาพระเจ้าผ่านการอธิษฐาน ความเชื่อ และการสารภาพบาป เพื่อรับการรักษาและการให้อภัย พระธรรมยากอบ บทที่ 5 ข้อ 15 (ยก 5: 15) กล่าวว่า “และการอธิษฐานด้วยความเชื่อจะช่วยให้อาการป่วยโรตชีวิต และองค์พระผู้เป็นเจ้าจะทรงโปรดให้เขาหายโรค และถ้าเขาได้กระทำความบาปพระองค์ก็จะทรงโปรดอภัยให้”

พระธรรมสดุดี บทที่ 4 ข้อ 3 (สดด 41: 3) กล่าวว่า “เมื่อเขาอ่อนแอ พระเจ้าทรงค้ำจุนเขา เมื่อเขาป่วยไข้ พระองค์ทรงรักษาความเจ็บไข้ทั้งสิ้นของเขาให้หาย”

พระธรรม 2 โครินธ์ บทที่ 1 ข้อ 4 (2 คร 1: 4) กล่าวว่า “พระองค์ผู้ทรงชูใจเราในการทุกข์ยากทั้งสิ้นของเรา เพื่อเราจะสามารถชูใจคนเหล่านั้นที่มีความทุกข์ยากอย่างใดอย่างหนึ่งได้ด้วยความสุขใจ ซึ่งตัวเราเองได้รับจากพระเจ้า” (สัมภาษณ์ ผู้ปกครองซูลิพร มหาละออง คริสตจักรสันติธรรมพรวัว อำเภอพรวัว จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2569)

กรณีต้องการแนะนำผู้ป่วยให้ฟังการบรรยาย เรื่อง 12 วิธีการรักษาโรคจากพระเจ้า ตอนสุขภาพดีจากพระเจ้า สามารถเข้ารับฟังได้ที่ <http://youtu.be/Hzw-nsZMaDM?>, ส่วนเรื่อง ทั้งความกังวลไปให้หมด-ก้าวไปถึงจุดหมายตามน้ำพระทัยสูงสุด สามารถเข้ารับฟังได้ที่ http://youtu.be/Vx1qp03eKHc?si=j0rQX9mBc_dH2tkV ทั้งสองเรื่องนี้บรรยายโดยนายแพทย์วรณ เลหาประสิทธิ์

ตามความเชื่อ และวางใจในองค์พระผู้เป็นเจ้า คริสตชนจะสดับพระธรรมด้วยการอธิษฐานด้วยตนเอง หรือมีผู้อธิษฐานหนุนใจ ในฐานะที่พยาบาลอาจไม่ใช่คริสตชน ในบทบาทหน้าที่สามารถกล่าวเตือนสติให้กับผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะเจ็บป่วยอาจหลงลืม นึกไม่ออก ด้วยพระธรรมคัมภีร์ที่กล่าวข้างต้นได้

สำหรับโรงพยาบาลสังกัดสภาคริสตจักรในประเทศไทย จะมีอนุสาสนกปฏิบัติหน้าที่การให้ดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์ โดยจัดการอธิษฐานหนุนใจข้างเตียงตามความเชื่อในองค์พระผู้เป็นเจ้า

เอกสารอ้างอิง

12 วิธีการรักษาโรคจากพระเจ้า ตอนสุขภาพดีจากพระเจ้า จาก <http://youtu.be/Hzw-nsZMaDM?> ทั้งความกังวลไปให้หมด-ก้าวไปถึงจุดหมายตามน้ำพระทัยสูงสุด จาก http://youtu.be/Vx1qp03eKHc?si=j0rQX9mBc_dH2tkV พัทณี สมกำลังและเพ็ญศิริ ดำรงภคการ. (2554). การใช้หลักคำคัมภีร์ศาสนาเพื่อการดูแลจิตวิญญาณตามบริบทสังคม

วัฒนธรรมตะวันตก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34(4), 93-101.

พระคริสตธรรมคัมภีร์. (2003). ฉบับ 1971 (ย่อขนาดปี 1998) (พิมพ์ครั้งที่ 11). สมาคมพระคริสตธรรมไทย.

สิริรัตน์ จันทระโน พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ และพิมพ์คนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์. (2563) การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้นสู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนายั่งยืน. *วารสารสมาคมแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 26(1), 27-40.

7.3 ความรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณของศาสนิกชนอิสลาม

การดูแลผู้ป่วยในสังคมพหุวัฒนธรรมจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้านศาสนา ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ศาสนาอิสลามเป็นหนึ่งในศาสนาหลักที่มีหลักคำสอนและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดำรงชีวิต การเจ็บป่วย และการดูแลซึ่งมีลักษณะเฉพาะ การเยี่ยมผู้ป่วยอิสลามจึงควรดำเนินไปด้วยความเคารพในหลักศาสนา ความสุภาพ และความเมตตา เพื่อส่งเสริมความสบายใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสม

แนวคิดทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

อัลลอฮ์ (ภาษาอาหรับ: Allah) คือ พระเจ้าองค์เดียว ตามความเชื่อของศาสนาอิสลามเป็นพระผู้สร้าง ผู้ทรงเมตตา และทรงอำนาจสูงสุด

คัมภีร์อัลกุรอาน (ภาษาอาหรับ: Al-qur'an) คือ พระวจนะของอัลลอฮ์เป็นหลักคำสอนสูงสุดของศาสนาอิสลาม ในหลักศาสนาอิสลาม ความเจ็บป่วยถูกมองว่าเป็นบททดสอบจากอัลลอฮ์ซึ่งช่วยขัดเกลาจิตใจและเพิ่มพูนความอดทนของผู้ศรัทธา ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีความอดทนและวางใจต่อพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ขณะเดียวกัน ผู้มาเยี่ยมมีหน้าที่ให้กำลังใจ ปลอบโยน และขออุมมัล (การวิงวอน) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและความเมตตา แนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเยี่ยมผู้ป่วยด้วยท่าทีที่อ่อนโยนและการพบความเชื่อทางศาสนา

ข้อควรปฏิบัติเรื่องมารยาทในการเยี่ยมผู้ป่วยอิสลาม

1. การตั้งเจตนาและการทักทาย

การเยี่ยมผู้ป่วยอิสลามควรเริ่มต้นด้วยเจตนาที่ดี เพื่อให้กำลังใจและไม่ก่อให้เกิดความรบกวน การทักทายที่เหมาะสมคือคำว่า “อัสสลามุอะลัยกุม” ซึ่งหมายถึงการอวยพรให้เกิดความสันติ การใช้คำทักทายดังกล่าวแสดงถึงความเคารพและสร้างความรู้สึกรักอบอุ่นแก่ผู้ป่วย

2. ความเหมาะสมด้านเพศและการสัมผัส

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญต่อความเหมาะสมระหว่างเพศ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกายกับผู้ป่วยต่างเพศที่ไม่ใช่ญาติใกล้ชิดถือเป็นมารยาทที่สำคัญ หากมีความจำเป็น เช่น ในกรณีของที่มีสุขภาพ ควรขออนุญาตและอธิบายเหตุผลอย่างสุภาพก่อนการสัมผัส

3. การแต่งกายสุภาพ

ผู้มาเยี่ยมควรแต่งกายสุภาพ มิดชิด และเรียบร้อย เพื่อเป็นการแสดงความเคารพต่อผู้ป่วยและหลักศาสนาอิสลาม การแต่งกายที่เหมาะสมช่วยลดความไม่สบายใจของผู้ป่วยและครอบครัว

4. การใช้ถ้อยคำและการให้กำลังใจ

ถ้อยคำที่ใช้ควรเป็นเชิงบวกและสร้างกำลังใจ เช่น การกล่าวขอพรให้อัลลอฮ์ประทานการรักษาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น หลีกเลี่ยงการพูดในลักษณะสิ้นหวังหรือการตีความความเจ็บป่วยในเชิงลบ เพราะอาจกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย

5. การเคารพศาสนกิจ

ผู้มาเยี่ยมควรเคารพช่วงเวลาละหมาดและการปฏิบัติศาสนกิจอื่น ๆ เช่น การอ่านอัลกุรอาน เป็นต้น หากผู้ป่วยกำลังประกอบศาสนกิจ ควรรอหรือเลือกเวลาเยี่ยมที่เหมาะสม

6. อาหารและของเยี่ยม

การนำของเยี่ยม โดยเฉพาะอาหาร ควรคำนึงถึงหลักฮาลาล หลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมต้องห้าม เช่น เนื้อหมู หรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น หากไม่แน่ใจ ควรสอบถามก่อนหรือเลือกของเยี่ยมที่ไม่ใช่อาหาร

7. ระยะเวลาในการเยี่ยม

การเยี่ยมควรใช้เวลาที่เหมาะสม ไม่ยาวนานจนรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย หากสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ควรถอนตัวด้วยความสุภาพ

8. การเคารพความเชื่อของผู้ป่วย

ผู้มาเยี่ยมควรแสดงความเคารพต่อความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่ได้แย้งหรือดูแคลนความเชื่อทางศาสนา เนื่องจากความเข้าใจและการยอมรับเป็นพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม

มารยาทในการเยี่ยมผู้ป่วยอิสลามเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในสังคมพหุวัฒนธรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามอย่างเหมาะสมช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจ ความสบายใจ และความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ

ผู้ดูแล บทความนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพและนักศึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมและศาสนาอย่างมีคุณภาพ

คำกล่าวขอบคุณต่อความโปรดปรานของอัลลอฮ์ที่ทำให้ตัวเองปลอดภัยและปราศจากอาการป่วย “ผู้ใดพบเห็นผู้ที่กำลังถูกทดสอบด้วยโรคร้าย แล้วเขากล่าวว่าเขาจะรอดปลอดภัย (ได้รับการคุ้มครอง) จากโรคร้าย นั้น151” (อิสมาอีลลุตฟี จะปะกียา, 2012)

ดังนั้นในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต เสียงสุดท้ายที่ผู้ป่วยควรได้ยิน คือ เสียงสวดจากคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งทางโรงพยาบาลอาจทำได้โดยการนำคัมภีร์อัลกุรอานและยาซีนหรือบทสวดมาวางไว้ให้ หยิบได้ง่ายที่ติดผู้ป่วยใน เพื่อญาติพี่น้องมาเยี่ยมจะได้สะดวกในการหยิบมาอ่านและขอพรให้กับผู้ป่วย เพราะความตายเป็นการเริ่มต้นที่ยิ่งใหญ่ของโลกหน้า ดังนั้นหากผู้ป่วยและญาติเห็นว่าผู้ป่วยนั้นใกล้วาระสุดท้ายของชีวิต หรือเป็น ภาวะที่ไม่อาจรักษาได้แล้ว การขอกลับไปนอนพักอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางความอบอุ่นของญาติมิตร ในระยะ เวลาสุดท้ายของชีวิตเพื่ออ่านอัลกุรอานและขอพรให้กับผู้ป่วย โดยปราศจากเครื่องมือแพทย์และสายยางโยงโยย ต่าง ๆ นั้น มักเป็นความประสงค์ที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ เพราะฉะนั้นผู้ป่วยมุสลิม จึงปรารถนาที่จะอยู่ที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพจะต้องเป็นเรื่องที่ต้องขออนุญาตและทำความเข้าใจกับญาติทุกครั้ง การจากไปอย่างสงบภายใต้การดูแลอย่างเข้าใจวิถีมุสลิม จะช่วยขจัดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ และนำมาซึ่งความสมานฉันท์ระหว่างวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้น (มุสลิมท์ โต๊ะกานี และศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ, 2553 อ้างในสิริรัตน์ จันทระโน, 2559: 255)

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยในสังคมพหุวัฒนธรรม*. กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ศูนย์อิสลามศึกษา. (2560). *อิสลามกับสุขภาพและการแพทย์*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย. (2561). *แนวปฏิบัติชาวมุสลิมในสถานพยาบาล*. สำนักงานคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย.
- มุสลิมท์ โต๊ะกานี และศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ. (2553). ความคิดเชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. (2) 3: 115-22.
- สิริรัตน์ จันทระโน. (2559). *การพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม*. บุญยศิริงานพิมพ์.
- อิสมาอีลลุตฟี จะปะกียา. (2012). *คู่มือผู้ป่วยและแนวจัดการตามหลักศาสนาอิสลามเพื่อแสวงหาความเมตตาจากอัลลอฮ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). www.islamhouse.com

ส่วนที่ 8 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในการสร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพ: การพยาบาล

แบบองค์รวม

Nightingale (1860) เป็นผู้ให้กำเนิดวิชาชีพการพยาบาลแนวใหม่ ได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อม (Environmental Theory) “สิ่งแวดล้อม” มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อช่วยให้ร่างกายรักษาตัวเองได้ องค์ประกอบสำคัญของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อากาศบริสุทธิ์ (Ventilation) แสงสว่าง (Light) ความสะอาด (Cleanliness) น้ำสะอาด (Pure water) การระบายของเสีย (Drainage) และความเงียบสงบ (Noise control) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ถือเป็นทฤษฎีรากแก้วของการพยาบาล ยึดแนวคิดหลัก คือ ธรรมชาติเป็นตัวช่วยรักษาโรค พยาบาลเป็นผู้จัดการสภาพแวดล้อมและเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา การพยาบาลแนวใหม่ของไนติงเกลได้พิสูจน์มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากร้อยละของทหารผู้เสียชีวิตในสงครามไครเมีย พบว่า ลดลงจากร้อยละ 43 เหลือร้อยละ 2 สรุปได้ว่า “การพยาบาลที่ดีร่วมกับสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างชัดเจน” (สิริรัตน์ จันทระโน, พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ และพิมพ์คุณภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์., 2563)

Henderson (1966) ได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ โดยมุ่งเน้นบทบาทของการพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลทั้งในภาวะเจ็บป่วยและภาวะปกติ เพื่อให้สามารถ “ทำกิจกรรมพื้นฐาน” ได้ด้วยตนเองเร็วที่สุด ความต้องการพื้นฐาน 14 ประการ ได้แก่ หายใจปกติ, รับประทานอาหารและน้ำ, ขับถ่าย, เคลื่อนไหวและทรงตัว, พักผ่อนนอนหลับ, แต่งกาย, รักษาอุณหภูมิร่างกาย, รักษาความสะอาด, ความปลอดภัย, การสื่อสาร, ศาสนา/ความเชื่อ, ทำงาน/กิจกรรม, พักผ่อน/นันทนาการ, และการเรียนรู้ ซึ่งแนวคิดหลัก คือ ผู้ป่วยควรพึ่งตนเองได้, พยาบาลช่วยแทน ช่วยบางส่วน หรือสนับสนุน และเน้นความเป็นองค์รวม (กาย จิต สังคม) จึงเป็นรากฐานสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

Maslow (1943) ได้นำเสนอทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ โดยจัดลำดับความต้องการออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความต้องการทางสรีรวิทยา, ความปลอดภัย, ความรักและความเป็นเจ้าของ, ความมีคุณค่าในตนเอง, และการบรรลุศักยภาพสูงสุดของตนเอง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาลอย่างกว้างขวาง จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2556) กล่าวว่า “ในปัจจุบันความต้องการของมนุษย์ 8 ขั้นของมาสโลว์ โดยเพิ่ม ความต้องการด้านการรู้การคิด (cognitive needs), ความต้องการด้านสุนทรียภาพ (aesthetic needs) และความต้องการด้านเหนือธรรมชาติ (transcendence needs)”

Gordon (1987) ได้นำเสนอแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Patterns) ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในกระบวนการพยาบาลและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ทฤษฎีจิตวิทยาของ Maslow กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ ส่วนทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale, Henderson และ Gordon ได้มีพัฒนาการมาโดยลำดับ เพื่อวัตถุประสงค์ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติได้เร็วที่สุด ดังตารางที่ 7 เปรียบเทียบทฤษฎี Nightingale, Henderson, Maslow และ Gordon

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบทฤษฎี Nightingale, Henderson, Maslow และ Gordon

ประเด็น เปรียบเทียบ	Florence Nightingale	Virginia Henderson	Abraham Maslow	Marjory Gordon
สาขา	การพยาบาล	การพยาบาล	จิตวิทยา	การพยาบาล
ช่วงเวลา	ค.ศ. 1820–1910	ค.ศ. 1897–1996	ค.ศ. 1908–1970	ค.ศ. 1931–2015
แนวคิดหลัก	สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ	ความต้องการขั้น พื้นฐานของมนุษย์	ลำดับขั้นความ ต้องการของมนุษย์	แบบแผนสุขภาพ เชิงหน้าที่
จุดเน้นสำคัญ	การจัดสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม	ความเป็นอิสระ ของผู้ป่วย	แรงจูงใจและ พัฒนาการมนุษย์	การประเมินสุขภาพ อย่างเป็นระบบ
มุมมองความ เป็นมนุษย์	บุคคลที่ได้รับอิทธิพล จากสิ่งแวดล้อม	บุคคลที่ต้องการ ความช่วยเหลือ	มนุษย์ที่มีความ ต้องการเป็นลำดับ	องค์รวม (กาย, จิต, สังคม, จิตวิญญาณ)
บทบาท พยาบาล	ผู้จัดการสิ่งแวดล้อม	ผู้ช่วยให้ผู้ป่วย ดูแลตนเองได้	(ผู้ที่ไม่ใช่พยาบาล) เป็นผู้เข้าใจแรงจูงใจ	ผู้ประเมินและ วิเคราะห์ข้อมูล
เครื่องมือ/ กรอบแนวคิด	Environmental Factors	14 Basic Needs	Hierarchy of Needs	11 Functional Health Patterns
การเชื่อมกับ Nursing Process	ชัดเจนในประเด็น Environment of Care	ชัดเจนในประเด็น Planning & Care	ใช้สนับสนุนการวาง แผนการพยาบาล	ชัดเจนในประเด็น Assessment สู่การ วินิจฉัยทางการ พยาบาล
การใช้ในการ วินิจฉัย พยาบาล	ข้อมูลทางอ้อม/ สนับสนุน	ใช้ระบุปัญหา ทางการพยาบาล	ข้อมูลทางอ้อม/ สนับสนุน	เชื่อมกับการเขียนข้อ วินิจฉัย NANDA โดยตรง
การประยุกต์ ในการสอน	การจัดหผู้ป่วย	การดูแลขั้น พื้นฐาน	การเข้าใจความ ต้องการของผู้ป่วย	ซักประวัติ/ประเมิน สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2556). *จิตวิทยาทั่วไป*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริรัตน์ จันทระโน, พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ และพิมพ์คนธรรณ์ ตระกูลต่อวงศ์. (2563). การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้น สู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 26(1), 27-40.

Austyn Snowden. (2014). *Pioneering Theories in Nursing*. <https://research.ebsco.com/e/thuwdv/>

Gordon, M. (1987). *Nursing diagnosis: Process and application* (2nd ed.). Mosby.

- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. McGraw-Hill.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan.
- Henderson, V. (2520). *หลักเบื้องต้นของการพยาบาล* (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, ผู้แปล; พิมพ์ครั้งที่ 4). พับลิเคชั่นเซนเตอร์. (งานต้นฉบับพิมพ์ปี 1966)
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
<https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison.

ส่วนที่ 9 การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขั้นตอนต่อจากการประเมินภาวะสุขภาพ คือ การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งมีข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม แบ่งเป็น 3 ประเด็น (PES) ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ (problem) สาเหตุของการเกิด (etiology) อาการแสดง (sign) และอาการ (symptom) มีวิธีการเขียน 3 วิธี ดังนี้ (Carpetino-Moyet, 2010 อ้างในสิริรัตน์ จันทระโน, 2559: 68-70)

1. ใช้ปัญหาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีที่ภาวะสุขภาพดี (healthy) ตัวอย่างรูปแบบการเขียน ดังนี้
 - “มีความพร้อมที่จะเรียนรู้การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน”
 - “มีภาวะสุขภาพดีพร้อมที่แพทย์จะจำหน่ายกลับบ้าน”
 - “มีการแสวงหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพด้วยการร่ำรวยเงิน เนื่องจากเชื่อว่าการร่ำรวยเงิน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ”
 - “สุขภาพดีเนื่องจากสนใจแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกวิธี”
 - “แสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากเชื่อว่าความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ”
2. ใช้ปัญหา และสาเหตุ เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีที่ภาวะสุขภาพไม่ดี แบ่งออกเป็น
 - 2.1 ปัญหายังไม่เกิดขึ้นแต่คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะมีปัจจัยเสี่ยงในระดับที่อาจเกิดปัญหาที่เป็นไปได้ (possible problem) ตัวอย่างรูปแบบการเขียน ดังนี้
 - “อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากพร่องการปฏิบัติกรดูแลบาดแผลตนเอง”
 - “มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบเนื่องจากพลิกตะแคงตัวเองได้น้อย”
 - “อาจเกิดการสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดไทรอยด์”
 - 2.2 ปัญหายังไม่เกิดแต่คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะมีปัจจัยเสี่ยงในระดับที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้ (potential problem) ตัวอย่างรูปแบบการเขียน ดังนี้
 - “เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเนื่องจากมีสิ่งคัดหลั่งซึมเปื้อนแผลตลอดเวลา”
 - “เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลชนิดเปิดหลายแห่ง”
 - “เสี่ยงต่อผิวหนังสูญเสียหน้าที่เนื่องจากขยับตัวเองไม่ได้เลย”
 - “เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง”
 - “เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากขาดความระมัดระวังต่อสิ่งที่เป็นอันตราย”

“เสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากพร่องการปฏิบัติในการดูแลสายสวนปัสสาวะที่คาไว้ตามแผนการรักษา”

3. ปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นแล้วใช้ปัญหา สาเหตุ อาการและอาการแสดง หรือการวินิจฉัยโรค บอกสาเหตุของปัญหา เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (actual problem) ตัวอย่างรูปแบบการเขียน ดังนี้

“มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 เนื่องจากเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อย”

“เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากใช้มือสัมผัสแผลและแผลโดนน้ำ”

“สูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังมีข้อจำกัดเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานานจากภาวะกระดูกเชิงกรานหัก”

“ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ด้วยตนเองเนื่องจากตาพร่ามัวและขาทั้งสองข้างอ่อนแรง”

ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบบ NUNDA

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับการที่เซลล์ได้รับอาหารและออกซิเจน เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง

“มีการเปลี่ยนแปลงการกำซาบของเนื้อเยื่อ (ระบุชนิด) (เนื้อเยื่อของไต, สมอ, หัวใจและปอด, กระเพาะอาหารและลำไส้, เนื้อเยื่อส่วนปลาย)”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับปัญหาการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ระหว่างถุงลมและหลอดเลือดฝอยที่ปอดลดลง

“การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่แบบแผนการหายใจเข้าและ/หรือการหายใจออกไม่สามารถทำให้เกิดการขยายของปอดหรือขับลมออกจากปอดเป็นไปอย่างเพียงพอ

“แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นสูงกว่าระดับปกติ

“อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ระหว่างอุณหภูมิต่ำกว่าและสูงกว่าปกติ

“การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับภาวะการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอกับความต้องการเผาผลาญสารอาหาร

“มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ: น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับภาวะการได้รับสารอาหารที่มากเกินไปความต้องการ ด้านการเผาผลาญสารอาหาร

“มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ: มากกว่าความต้องการของร่างกาย”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำในหลอดเลือด เซลล์ หรือภายในเซลล์

“มีภาวะขาดน้ำ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับภาวะขาดสารน้ำในหลอดเลือด เซลล์ หรือภายในเซลล์

“เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลมีการเก็บน้ำไว้ในร่างกายเพิ่มขึ้น และมีอาการบวม

“มีภาวะขาดเกิน”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับภาวะสูญเสียความสามารถในการรับประทานอาหาร

“พร่องในการให้อาหารด้วยตนเอง”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในอุปนิสัยการขับถ่ายปกติโดยมีการลดลงของควมถี่ในการขับถ่าย และ/หรือถ่ายอุจจาระที่แห้งและแข็ง

“ท้องผูก”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในอุปนิสัยการขับถ่าย โดยถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำบ่อยขึ้น

“ท้องเดิน”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติในการขับถ่ายปัสสาวะ

“มีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายปัสสาวะ”

คำจำกัดความ: เวลาในการนอนหลับผิดปกติไป ทำให้เกิดความไม่สุขสบายหรือรบกวนต่อวิถีชีวิตที่พึงปรารถนา

“มีการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับความไม่สุขสบาย หรือมีการรับรู้สัที่ที่ไม่สุขสบาย

“ความเจ็บปวด”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลประสบกับความเจ็บปวดที่ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน

“ความเจ็บปวดเรื้อรัง”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลแสดงออกถึงความสนใจเกี่ยวกับสภาพทางเพศเพศของตนเอง

“แบบแผนเพศสัมพันธ์มีการเปลี่ยนแปลง”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลมีพลังงานทางร่างกายหรือจิตใจไม่เพียงพอที่จะทนทาน หรือปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ หรือกิจวัตรให้เสร็จสิ้นได้

“ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง”

คำจำกัดความ: การที่บุคคลประสบกับภาวะที่การกระตุ้น หรือมีความสนใจ หรือเข้าร่วมในการสนทนาหรือกิจกรรมยามว่างลดลง

“การพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่าง ๆ”

คำจำกัดความ: การที่บุคคลมีความจำกัดในความสามารถที่จะเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระ

“การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลเสี่ยงต่อการรุกรานจากเชื้อที่ทำให้เกิดโรค

“เสี่ยงต่อการติดเชื้อ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลมีความเสียหายของเยื่อ เยื่อบุตา เนื้อเยื่อที่ห่อหุ้ม และชั้นใต้ผิวหนัง

“ความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อบกพร่อง”

คำจำกัดความ: ความรู้สึกยุ่งยากที่ไม่ชัดเจนที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยไม่ทราบสาเหตุหรือไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจน

“ความวิตกกังวล”

คำจำกัดความ: พฤติกรรมการปรับตัวและความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคล เพื่อบรรลุความต้องการของชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม

“การเผชิญปัญหาของบุคคลไม่มีประสิทธิภาพ”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลขาดความสามารถ หรือความสามารถลดลงในการใช้หรือเข้าใจภาษาที่ใช้ในการสื่อสารของมนุษย์

“การสื่อสารภาษาบกพร่อง”

คำจำกัดความ: การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม

“การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลไม่สามารถที่จะอาบน้ำ หรือดูแลสุขอนามัยด้วยตนเอง

“พร่องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการอาบน้ำ/ดูแลสุขภาพอนามัย (ระดับ 0-4)”

คำจำกัดความ: การประเมินค่าตนเองหรือความรู้สึกต่อตนเอง หรือต่อสมรรถภาพของตนเองในแง่ลบ ซึ่งอาจจะแสดงออกมาโดยตรงหรือโดยอ้อม

“ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลซึ่งมีสุขภาพที่คงที่ มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาวิถีทางต่าง ๆ ที่จะเปลี่ยนนิสัยเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลและหรือสภาพแวดล้อม เพื่อก้าวไปสู่ระดับของสุขภาพที่ดีกว่าเดิม

“พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ (ระบุ)”

คำจำกัดความ: ภาวะที่บุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น

“การปรับตัวไม่ดี”

เอกสารอ้างอิง

พรศิริ พันธสี. (2560). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้คลินิก (Nursing Process & Functional Health Patter). พิมพ์ครั้งที่ 30. พิมพ์อักษร.

สิริรัตน์ จันทระโน. (2559). การพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม. บุญยศิริงานพิมพ์.

Murray E. M., F & Atkinson D. L. (2540). ความเข้าใจในกระบวนการพยาบาลยุคหน้า= Understanding the nursing process: the next generation. แปลและเรียบเรียงโดย ลินจง โปธิบาล, พิกุล บุญช่วง และ วารุณี พองแก้ว. แมคกรอ-ฮิล.

ส่วนที่ 10 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน หรือการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน นักศึกษาจะได้ทำแผนการสอนสุขศึกษา เพื่อทำการสอนสุขศึกษา (Health education) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 ฉบับที่ 2 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2540 (สภาการพยาบาล, 2540) มาตรา 4 วรรค 3 ไว้ว่า...

“การประกอบวิชาชีพการพยาบาล” หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการกระทำต่อไปนี้

- (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
 - (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ
 - (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค
 - (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค
- ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (2565: 172) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ระบุไว้ว่า III-3.2 การจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) มีรายละเอียด ดังนี้

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
- (2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะแรกของการดูแลรักษา
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล
- (5) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การประยุกต์ D-METHOD ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

D-METHOD มีพื้นฐานจากแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม การดูแลต่อเนื่อง และการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและ transitional care (กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Holland & Harris, 2007; World Health Organization, 2016) องค์ประกอบของ D-METHOD ครอบคลุมการดูแลด้านโรค การใช้ยา โภชนาการ การรักษาต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อม และการติดตามผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด self-care และ continuity of care (Orem, 2001; Naylor et al., 2011) D-METHOD ประกอบด้วย ได้แก่

D = Diagnosis/Disease เป็นการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และสัญญาณอันตราย

M = Medication เป็นการอธิบายวิธีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างถูกต้อง ขนาดยา เวลา ผลข้างเคียง และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์

E = Environment เป็นการผสมผสานการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จัดทำความสะอาดบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

T = Treatment เป็นคำแนะนำในการดูแลรักษาต่อเนื่องจากที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น การทำแผล การทำกายภาพบำบัด หรือการรักษาเฉพาะทาง เป็นต้น

H = Health เป็นคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคไม่กลับเป็นซ้ำ หรือกลับมานอนโรงพยาบาล

O = Outpatient เป็นการอธิบายรายละเอียดของการมารับการตรวจตามนัดของแพทย์ และการไปรับบริการต่อเนื่องในสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น

D = Diet เป็นคำแนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. ก. การพิมพ์เทียนทอง. สภาการพยาบาล. (2540). *พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540*. ราชกิจจานุเบกษา.

Holland, D. E., & Harris, M. R. (2007). Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: Clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Services Quarterly*, 26(4), 3–19. https://doi.org/10.1300/J027v26n04_02

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centered health services*. Switzerland.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.