

## แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก Guideline of Writing Clinical Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing)<sup>1</sup>  
Rungnapha Khiewcham, Ph.D. (Nursing)<sup>1</sup>

Received: January 6, 2024    Revised: March 25, 2024    Accepted: April 4, 2024

### บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก นำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและแม่นยำมากขึ้น การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่ต้องตามหลักการจะเพิ่มมาตรฐานการดูแลให้กับวิชาชีพการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลที่มีมาตรฐาน การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่มีคุณภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การตั้งหัวข้อการวินิจฉัยการพยาบาล ควรประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัญหา สาเหตุ และพยาธิสภาพ 2) ข้อมูลสนับสนุน มีที่มาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) วัตถุประสงค์ เป็นสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล 4) เกณฑ์การประเมิน ซึ่งต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน 5) กิจกรรมการพยาบาล ควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และ 6) การประเมินผล ซึ่งต้องสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้

**คำสำคัญ:** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก การวางแผนการพยาบาล กระบวนการพยาบาล

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup> Assistant Professor, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: rungnapha@pnc.ac.th

## Abstract

Developing guideline of writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan is significant to be a guide or tool in writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan for nurses and nursing students. When nurses and nursing students use this guideline, it can help them in improving optimal decision making, planning, and implementation. Moreover, writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan based on accuracy will increase the standard of care for the nursing profession. As a result, patients are safe and have no complications, as well as patients and families are satisfied with the quality of care that is more standard. Writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan being high quality should comprise 6 domains, including 1) setting topics of nursing diagnosis that have 3 parts including problems, causes, and pathologies; 2) supportive data come from a variety of resources such as history, physical examination, vital signs, and laboratory results; 3) purpose of nursing diagnosis is what expects will occur after providing nursing activities; 4) evaluation criteria that should be related with supportive data; 5) nursing activities that should be holistic care including physical, psychological, emotional, social, and spiritual care; and 6) evaluation that should be related with evaluation criteria.

**Keywords:** Clinical nursing diagnosis, Nursing care plan, Nursing process

### บทนำ

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (quality of care) ให้มีมาตรฐานและปลอดภัย เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องใช้ความรู้ (literacy) สมรรถนะ (competency) และความสามารถ (efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ที่ดี และที่สำคัญคือ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) ในการแก้ไข ป้องกัน และส่งเสริมภาวะสุขภาพ อันแสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล โดยกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสุขภาพ (health assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล

(planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวินิจฉัยการพยาบาล ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญสำหรับการวางแผนการพยาบาล นอกจากนี้ การวินิจฉัยการพยาบาลยังเป็นสิ่งที่พยาบาลใช้ในการตัดสินใจ (decision making) โดยอิสระ ในการระบุหรือกำหนดปัญหาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (พรศิริ พันชสี, 2562) ทั้งนี้ การนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความจำเพาะเจาะจง (specific nursing diagnosis) และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายและได้มาตรฐาน และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อน การที่จะเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ถูกต้องและเหมาะสมได้นั้น พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลต้องมีความรอบรู้ ทักษะ ตลอดจนสมรรถนะ ในการประเมินสุขภาพที่ถูกต้อง โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการอธิบายปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือปัจจัยของการเกิดโรค และการกำหนด ลักษณะของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีความสอดคล้อง และเชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วยหรือครอบครัว ซึ่งจะสะท้อนถึงความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง (the requirement of stakeholder) ดังนั้น พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ได้แก่ ความหมาย ลักษณะ และประเภทของข้อวินิจฉัยการพยาบาล หลักการและขั้นตอนการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล หลักการพิจารณาความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลที่ประยุกต์สู่การปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและได้รับการแก้ไข นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

#### แนวคิดเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก

##### ความหมายของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล คือ การใช้วิจารณ์ญาณทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีให้การพยาบาล ซึ่งอยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาล (North American Nursing Diagnosis Association International [NANDA-I], 2008)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่ระบุถึงปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นการตัดสินใจทางคลินิก

ในรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย เป็นทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้น หรือเสี่ยงต่อการเกิด จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นขั้นตอนการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ แปลผล และตัดสินใจ สรุปให้ทราบถึงภาวะสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุดี ทองวิเชียร, 2564)

ดังนั้น ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่ระบุปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของผู้ป่วยหรืออาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

##### ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีหลายลักษณะ ซึ่งควรครบถ้วนและสมบูรณ์ เพื่อสะท้อนปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรมีลักษณะดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุดี ทองวิเชียร, 2564)

1. เป็นข้อความที่แสดงถึงสุขภาพของผู้ใช้บริการในภาวะสุขภาพดี
2. เป็นข้อความสรุปภาวะสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย
3. ระบุถึงความแตกต่างจากปกติ อาจเป็นปัญหาในปัจจุบันที่เป็นอยู่หรือมีโอกาสเกิดขึ้น
4. มีขอบเขตรอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
5. เกิดจากการตัดสินใจอย่างมีวิจารณ์ญาณของพยาบาล
6. มีส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพ/คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการที่มีภาวะสุขภาพดีแต่ต้องการการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งใช้คำว่า “เนื่องจาก (related to)” เชื่อมข้อความทั้ง 2 ส่วน

##### ประเภทของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงบวก (positive nursing diagnosis) วัตถุประสงค์ของข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ คือ เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสิ่งที่ดีอยู่แล้วให้คงอยู่หรือให้เพิ่มมากขึ้น เช่น ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงบวกประกอบด้วย 1) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลในมิติบทบาทพยาบาลชุมชนด้านการส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสภาพ 2) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ใน grade 1-2 ซึ่งพร้อมวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน และ 3) ข้อมูลสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงบวก (positive data) (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564; อรันันท์ หาญยุทธ, 2565)

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงลบ (negative nursing diagnosis) วัตถุประสงค์ของข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ คือ เพื่อลดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงลบประกอบด้วย 1) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลในมิติบทบาทพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกที่อยู่ใน grade 3-5 และ 2) ข้อมูลสนับสนุนต้องเป็นข้อมูลเชิงลบ (negative data) โดยการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงลบสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564; อรันันท์ หาญยุทธ, 2565)

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้ว (problem-based nursing diagnosis) มีลักษณะการเขียน คือ 1) ต้องสัมพันธ์กับหลักฐานทางคลินิก (clinical evidence) 2) มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนเพียง 1 ผลลัพธ์ ก็สามารถตัดสินใจได้ว่ามีปัญหาจริง และ 3) มักขึ้นต้นด้วยคำว่า “ภาวะ” เช่น “ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากปริมาณของเนื้อสมองเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา”

## 2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความ

ความเสี่ยง (possible problem-based nursing diagnosis) มีลักษณะการเขียน คือ 1) ต้องสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีความชัดเจนรองลงมา 2) ต้องมีหลักฐานของผลลัพธ์ทางคลินิกมากพอที่จะสามารถตัดสินใจได้ว่ามีปัญหาจริง และ 3) มักขึ้นต้นด้วยคำว่า “เสี่ยงต่อ/โอกาสเกิด” เช่น “เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากภาวะ Cushing triad จากการบาดเจ็บที่สมอง”

### หลักการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (a nursing diagnostic statement) ยังมีบางส่วนที่มีความสับสนเพราะมีความซับซ้อนเกี่ยวกับการใช้ภาษา จึงควรมีหลักการเขียนดังนี้ (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564)

1. ใช้ข้อความหรือภาษาที่เหมาะสมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางการพยาบาล หรือใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ไม่ใช่ความต้องการการรักษาพยาบาล เช่น “ต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น” “ต้องการไอและหายใจลึกๆ” ไม่ใช่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพราะไม่ใช่ข้อความที่สรุปถึงภาวะสุขภาพ แต่เป็นการบอกกิจกรรมการพยาบาล อาจปรับเป็น “การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ” “การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ”

2. ใช้ข้อความที่ชัดเจน มีความเข้าใจง่ายสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

3. ใช้ข้อความที่ไม่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย ไม่ควรใช้ข้อความที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย เช่น “เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากไม่ค่อยได้รับการพลิกตัว” อาจปรับเป็น “เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากภาวะจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเพราะภาวะอ่อนแรงของแขนและขาทั้งสองข้าง”

4. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล อย่างนำคุณค่าและมาตรฐาน

ของตัวพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “บทพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากเกียจคร้าน” อาจปรับเป็น “บทพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากอยู่ในภาวะหมดหวัง”

5. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วยข้อความที่เชื่อมกันด้วยคำว่า “เนื่องจาก” ส่วนแรกบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ และส่วนหลังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

6. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เช่น “ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้เนื่องจากมีปัญหาในการรับประทานอาหาร” อาจปรับเป็น “ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้เนื่องจากปวดมือทั้งสองข้าง”

8. ใช้ข้อความที่ถูกต้อง/แม่นยำและมีความเป็นไปได้ ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ เช่น “ปวดเรื้อรังเนื่องจาก rheumatoid arthritis” ควรเปลี่ยนเป็น “ปวดเรื้อรังเนื่องจากกระบวนการอักเสบ” เพราะพยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขได้

9. หลีกเลี่ยงข้อความการวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล

10. หลีกเลี่ยงการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำไปซ้ำมา หากเป็นปัญหาเดียวกันควรรวบรวมให้เป็นปัญหาเดียว

11. เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกับแผนการรักษาหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา

12. หลีกเลี่ยงการนำมาตรฐานการรักษายาบาลหรือนโยบายการดูแลผู้ป่วยมาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น ไม่ผ่านเกณฑ์การเข้ารับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีในโครงการใช้ยาบัญชี จ

## ขั้นตอนการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2565)

1. การค้นหาประเด็นปัญหา ถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งการค้นหาประเด็นปัญหาทำได้โดยการนำข้อมูลทั้งข้อมูลอัตนัย (subjective data; S) และข้อมูลปรนัย (objective data; O) เช่น ข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษต่างๆ มาพิจารณาว่ามีข้อมูลที่แสดงถึงความผิดปกติหรือแนวโน้มที่แสดงถึงความผิดปกติอย่างไรบ้าง และนำมาวิเคราะห์ปัญหา

2. การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลสนับสนุนปัญหาและสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3. การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่มาของข้อมูลให้ครอบคลุมปัญหาและเชื่อมโยงกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย จึงกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ควรมีความเป็นไปได้และสามารถแก้ไขหรือลดปัญหาด้วยกิจกรรมการพยาบาล (nursing activities)

4. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อวินิจฉัยการพยาบาลกับปัญหา เป็นการตรวจสอบว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีความสอดคล้องกับปัญหาหรือพยาธิสภาพของโรคหรือไม่ และมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอและครบถ้วนหรือไม่

## หลักการพิจารณาความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรมีความจำเพาะเจาะจง และสะท้อนระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ดังนั้น การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลจึงเป็นการพิจารณาว่าปัญหาของผู้ป่วยหรือข้อวินิจฉัย

การพยาบาลที่ระบุไว้ทั้งหมดของผู้ป่วยคนหนึ่งๆ นั้น มีความครอบคลุมองค์รวม โดยหลักการพิจารณา ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้

1. ปัญหาที่มีความสำคัญอันดับแรก เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากหรือปัญหาที่มีความเร่งด่วน เนื่องจากมีอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย จึงต้องการความช่วยเหลือทันที เพราะหากปล่อยไว้ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือเกิดความพิการได้

2. ปัญหาที่มีความสำคัญอันดับสอง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญระดับปานกลาง ไม่จำเป็นต้องช่วยเหลือเร่งด่วนเหมือนปัญหาที่มีความสำคัญอันดับแรก แต่ก็ต้องให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว เนื่องจากหากปล่อยไว้นานอาจเกิดปัญหาที่รุนแรงขึ้น

3. ปัญหาที่มีความสำคัญอันดับหลัง เป็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือแต่สามารถรอได้ เนื่องจากการดำเนินของปัญหาเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่ได้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในระยะเวลานั้น

### แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล: การประยุกต์สู่การปฏิบัติ

แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษายังขาดทักษะการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในคลินิกหรือในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ขาดทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ครอบคลุม ขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่สามารถนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยมาสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ กำหนดเป้าหมายของการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลไม่ถูกต้องหรือไม่สอดคล้องกับปัญหา กำหนดกิจกรรมการพยาบาล

โดยไม่ทราบเหตุผลหรือไม่ใช้เหตุผลเชิงวิชาการที่ถูกต้อง รวมทั้งนักศึกษามีทัศนคติทางลบต่อการใช้กระบวนการพยาบาล โดยคิดว่าเป็นเรื่องยากและเป็นเพียงการเรียนรู้ในห้องเรียนเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครอบคลุม และลดทัศนคติทางลบในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้เขียนจึงได้พัฒนาแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้กระบวนการใช้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก (clinical evidence) เพื่อให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเกิดจากการคิดที่มีวิจารณญาณ เพื่อตัดสินใจว่าอะไรที่ควรเชื่อและอะไรที่ควรปฏิบัติหรือแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง (เรวัตี ศรีสุข, 2564) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

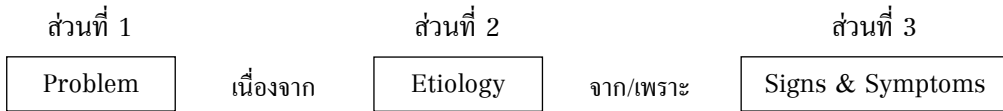
### 1. กำหนดส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีตำราหลายเล่มได้เขียนไว้อย่างหลากหลาย แต่วิธีการสอนการวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรใช้รูปแบบการอุปถัมภ์ด้วยสายตา (guided visual metaphor [GVM]) ที่มีการใช้ทั้งภาพหรือแผนภูมิและคำพูดในการสอน ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นกระบวนการคิดเชิงเปรียบเทียบข้อความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิม (metaphorical thought process) ทำให้เข้าใจความหมายของสิ่งนั้น แม้จะอธิบายภายใต้ข้อความหรือคำอื่นที่แตกต่างจากเดิม (วิพร เสนารักษ์, 2556) เพื่อให้เป็นการง่ายต่อการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1 (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลิต ทอวิเชียร, 2564; Ackley & Ladwig, 2006)

ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ส่วนที่ 1 Problem = P	ส่วนที่ 2 Etiology = E	ส่วนที่ 3 Signs & Symptoms = S
เป็นส่วนแรกของข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย	เป็นส่วนหลักของข้อความที่บอกสาเหตุ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เพื่อบอกให้ทราบว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ นั้นได้ตรงเป้าหมาย สาเหตุของปัญหานี้ สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย (พยาธิสรีรวิทยา) จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ หรือสิ่งแวดล้อมก็ได้ โดยใช้คำว่า “เนื่องจาก” เชื่อมข้อความ ส่วนที่ 1 กับส่วนที่ 2	เป็นข้อความที่ขยายส่วนที่ 2 ให้เห็นปัญหาชัดเจนมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการ หรืออาการแสดงทางคลินิกที่รวบรวมได้จากผู้ป่วย หรืออาจ เป็นการวินิจฉัยโรคของแพทย์ เพื่อช่วยให้เห็นปัญหาชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้คำว่า “จาก” “เพราะ” หรือ “เป็นผลจาก” เชื่อมข้อความ ส่วนที่ 2 กับส่วนที่ 3

สรุป ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้



หมายเหตุ: กรณีปัญหาสุขภาพมีความชัดเจนอยู่แล้ว โดยไม่จำเป็นต้องกล่าวถึงอาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพ อาจเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีข้อความเฉพาะส่วนที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพและสาเหตุเท่านั้น เช่น ปวดแผลเนื่องจากได้รับการผ่าตัด นำไส้ติ่งออก

2. กำหนดข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ต้องมีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัย ข้อมูลสนับสนุนเป็นสิ่งบ่งชี้หรือสนับสนุนว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหรือไม่

อย่างไร ซึ่งแหล่งที่มาของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1) อาการและอาการแสดงที่เล่าโดยผู้ป่วย 2) การซักประวัติ 3) การตรวจร่างกาย (ดู คำ เคาะ ฟัง) 4) สัญญาณชีพ 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6) การตรวจพิเศษต่างๆ 7) แบบบันทึกต่างๆ และ 8) แผนการรักษา โดยเฉพาะประเด็นที่ทำให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย เช่น อาการข้างเคียงของยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ แต่ต้องไม่ละเมิดบทบาทของสาขาวิชาชีพอื่นในทีมการรักษา ทั้งนี้ ลักษณะข้อมูลสนับสนุนต้องสอดคล้องกับส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยแต่ละส่วนอาจมีข้อมูลสนับสนุนจากแหล่งที่มาครบถ้วนทั้ง 8 แหล่ง หรือไม่ครบก็ได้

## ชนิดของหลักฐานทางคลินิกที่ใช้ในการกำหนดข้อมูลสนับสนุน

หลักฐานทางคลินิก คือ ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินอาการแบบจำเพาะเจาะจง (focus assessment) ซึ่งข้อมูลนี้ ทั้งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยหลักฐานทางคลินิกแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ข้อมูลอัตนัย ประกอบด้วย (1) อาการหรืออาการแสดงที่ผู้ป่วยเล่าและแสดงถึงความรู้สึกและการตอบสนองในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น เจ็บปวด กลัว ท้อแท้ เหนื่อย วิตกกังวล เครียด (2) ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษา ที่มาของข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ ชักประวัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และสะท้อนการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาพลักษณ์ อึดมโนทัศน์ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง และ 2) ข้อมูลปรนัย เป็นข้อมูลที่สามารถสังเกต วัดและประเมินได้ ซึ่งได้จาก 1) การสังเกต 2) การตรวจร่างกาย 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) ผลการตรวจพิเศษ 5) บันทึกต่าง ๆ ของทีมสุขภาพ เช่น บันทึกทางการแพทย์ แบบประเมินต่าง ๆ และ 6) แผนการรักษา (วิจิตร กุสุมภ์ และ สุธี ทองวิเชียร, 2564)

### ระดับของหลักฐานทางคลินิก

หลักฐานทางคลินิกที่ใช้ในการพิจารณา กำหนดข้อมูลสนับสนุน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) หลักฐานทางคลินิกที่มีความชัดเจนระดับมาก (strong evidence) เช่น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ สัญญาณชีพ แผนการรักษา 2) หลักฐานทางคลินิกที่มีความชัดเจนระดับปานกลาง (moderate evidence) ขึ้นอยู่กับทักษะการประเมินของผู้ตรวจ เช่น การตรวจร่างกาย การซักประวัติ และ 3) หลักฐานทางคลินิกที่มีความชัดเจนระดับอ่อน (mild evidence) เป็นหลักฐาน

ที่มาจากเอกสารต่าง ๆ จากการใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น บันทึกทางการแพทย์ OPD card แบบประเมินต่าง ๆ

### 3. กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาลเป็นความคาดหวังให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ซึ่งเป็นแนวทางกว้าง ๆ ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงประเด็น โดยพยายามปิดช่องว่างที่ยังคงเป็นปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยวัตถุประสงค์การพยาบาลต้องมีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

### 4. กำหนดเกณฑ์การประเมินผล

การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล คือ การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง เป็นการพิจารณาว่าการที่จะประเมินผลการพยาบาลหรือการเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง จะประเมินได้จากข้อบ่งชี้หรือพฤติกรรมใดของผู้ป่วย ภายหลังให้กิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือไม่ ซึ่งเกณฑ์การประเมินผลต้องชัดเจน สามารถวัดและประเมินได้ตลอดจนครอบคลุมปัญหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาล โดยใช้แนวทางจากแหล่งที่มาของข้อมูลสนับสนุนทั้ง 8 ข้อ เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะให้เกิดขึ้น

### 5. กำหนดกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนบทบาทของพยาบาลในการทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้เร็วหรือช้า ซึ่งขึ้นอยู่กับว่ากิจกรรมการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ ในปัจจุบันพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญจำเป็นต้องใช้ความรู้จากการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อันจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2556) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในกิจกรรมการพยาบาลสามารถช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพมั่นใจว่ากิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ ปลอดภัยเมื่อปฏิบัติกับผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการกำหนดกิจกรรม



การพยาบาลประกอบด้วย 1) กำหนดให้สอดคล้องกับ  
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวัตถุประสงค์การพยาบาล  
2) กำหนดให้ครอบคลุมบทบาท 4 มิติ ของการพยาบาล  
ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู  
สภาพ 3) กำหนดให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย  
จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 4) ควรให้ผู้ป่วย  
และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติหรือการดูแล  
ตนเอง เพื่อให้การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย  
ได้มากที่สุด 5) กำหนดให้ครอบคลุมกิจกรรมเกี่ยวกับ  
การรักษาความปลอดภัยหรือการป้องกันอันตรายแก่  
ผู้ป่วยจากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ (risk management)  
6) ควรเป็นกิจกรรมที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยสามารถ  
ปฏิบัติได้ในสถานการณ์นั้น ๆ โดยพิจารณาตามความ  
สามารถของผู้ป่วย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ  
เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 7) ควรประยุกต์  
จากตำราให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความเป็นปัจเจก  
ของผู้ป่วย ไม่ใช่กำหนดตามทฤษฎีหรือตำราทั้งหมด  
8) เป็นกิจกรรมที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์  
9) เป็นกิจกรรมที่ไม่ขัดกับความเชื่อ ศาสนา และ  
วัฒนธรรมของผู้ป่วย และ 10) คำนึงถึงจริยธรรมทาง  
การพยาบาลและสิทธิผู้ป่วย

#### 6. กำหนดการประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลควรสอดคล้อง  
กับวัตถุประสงค์การพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล  
ที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้การประเมินผลครบถ้วนและ  
ถูกต้อง

#### ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผน การพยาบาลทางคลินิกสำหรับพยาบาลและนักศึกษา พยาบาล

ผู้ป่วยชายไทย ดื่มน้ำสุรา เมามาก หมดสติจาก  
รถจักรยานยนต์ สลบประมาณ 2 นาที ญาตินำส่ง  
โรงพยาบาลตราด แรกเริ่มประเมิน neurological signs  
พบว่า GCS = 14 ( $E_4V_4M_6$ ), pupil Rt 3 mm. RTL,  
pupil Lt 2 mm. RTL ขณะสังเกตอาการที่โรงพยาบาล

ตราด พบว่า GCS = 3 ( $E_1V_1M_1$ ), pupil Rt 3 mm.  
RTL, pupil Lt 2 mm. RTL ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่ง  
CT brain พบ EDH at occipital and posterior fossa

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจาก  
ปริมาตรของเนื้อสมองเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกเหนือ  
เยื่อหุ้มสมองชั้นดورا

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ไม่มี

O1: ข้อมูลใน chart พบว่า ผู้ป่วยเมามาก  
แล้วกระโดดลงจากรถจักรยานยนต์ วัสดุตัว  $E_1V_1M_4$   
แขนขาทั้งสองข้าง mild weakness, pupil Rt 3 mm.  
RTL, pupil Lt 2 mm. RTL

O2: CT brain พบ epidural hematoma  
(20 สิงหาคม 2566)

O3: ผ่าตัด craniotomy with clot remove  
(20 สิงหาคม 2566)

O4: มีไข้ T = 39.8 oC (30 สิงหาคม 2566)

O5: แรกเริ่ม HR = 106 /min, BP = 193/113  
mmHg, RR = 12 /min

O6: มีอาการระส่ำระสาย

เมื่อเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องและ  
เหมาะสมแล้ว จะนำไปสู่กิจกรรมในขั้นตอนต่อไป  
ของกระบวนการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดและป้องกันภาวะความดันกะโหลก  
ศีรษะสูง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ  
ความดันโลหิตกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น  
ซีม อาเจียน

2. motor power ไม่ลดลงจากเดิม คือ  
motor power  $\geq$  4 คะแนน

3. ขนาด pupil ไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่

เลวลง คือ ขนาด pupil ของตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2–3 mm.

4. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ RR = 20–24 /min, P = 60–100 /min, PP ≤ 40 mmHg

5. Glasgow coma scale ≥ 6 คะแนน

**การวิเคราะห์** ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราเป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการมีเลือดออกจากหลอดเลือดแดง middle meningeal และหลอดเลือดดำ superior sagittal sinus และ diploic เกิดหลอดเลือดฉีกขาดจนทำให้เกิดก้อนเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ปริมาตรของสมองเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่า สมองประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่ เนื้อสมอง ร้อยละ 80–85 น้ำหล่อเลี้ยงสมอง ร้อยละ 8–12 และเลือดในหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำที่มาเลี้ยงสมอง ร้อยละ 3–7 เมื่อส่วนประกอบหนึ่งเพิ่มปริมาตรขึ้นจากสาเหตุใดก็ตาม ย่อมทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (Hickey & Strayer, 2020) เช่น การไอ จาม การดูดเสมหะ ทำให้เกิด Valsalva maneuver ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะสูงได้

### กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดและป้องกันภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้ (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567)

1. สังเกตและบันทึกอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพที่เป็นสัญญาณเตือนของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง (early warning sign of increased intracranial pressure) และต้องรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ ประกอบด้วย 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองโดยประเมินอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หากคะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที และ 2) สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีปัญหาทางระบบประสาท ประกอบด้วย (1) สับสน กระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่

บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม (2) แขนขาอ่อนแรงแยกลงจากเดิมตั้งแต่ 1 grade มีอาการตาพร่ามัว พุดลำบาก (3) ขนาด pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน 1 mm. ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง หรือมีลักษณะเป็น pinpoint (4) ปวดศีรษะมากขึ้น รับประทานยาบรรเทาปวดแล้วอาการไม่ทุเลา และ (5) ค่า ICP ≥ 20 mmHg (กรณีมี ICP monitoring) (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

2. ดูแลติดตามและสังเกตค่าความดันในกะโหลกศีรษะ แบ่งออกเป็น 1) ผู้ป่วยที่มี ICP monitoring โดยตรง และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมอง (ventriculostomy หรือ external ventricular drainage [EVD]) ซึ่งพยาบาลต้องสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายเข้าไปในโพรงสมอง (intraventricular catheter) ดังนี้ (1) การติดเชื้อที่บริเวณเยื่อหุ้มสมอง (2) เลือดออกในโพรงสมอง (3) การอุดตัน (occlusion) และ (4) ตำแหน่งการวางสายไม่เหมาะสม

3. ดูแลให้มีการระบายอากาศในปอดอย่างเพียงพอและป้องกันการอุดตันในทางเดินหายใจ เนื่องจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ค้างและภาวะขาดออกซิเจนทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว จึงมีปริมาณเลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้น เกิดความดันกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จึงควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ดูแลเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย 1) จำกัดการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10 วินาที และก่อนดูดเสมหะครั้งที่ 2 ให้พัก 30 วินาที 2) ให้ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 2 นาที ก่อนดูดเสมหะในรอบต่อไป 3) ดูดเสมหะไม่เกิน 1–2 ครั้ง ในแต่ละรอบของการดูดเสมหะ และใช้ความดันในการดูดเสมหะไม่เกิน 120 mmHg เพราะหากความดันมากเกินไปจะทำให้มีการหดเกร็งของหลอดลม (bronchospasm) และเกิดอาการไออย่างรุนแรงระหว่างการดูดเสมหะ ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องอก เพิ่ม

ความดันโลหิตอย่างกะทันหัน ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion) เพิ่มมากขึ้น และเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (cerebral vasospasm) ส่งผลให้เกิดความดันกะโหลกศีรษะสูง 4) ใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดไม่เกิน 1/2 หรือ 2/3 ของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ และ 5) จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา และแนวตรง ในขณะที่ดูดเสมหะเพื่อช่วยให้เลือดดำจากศีรษะไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น

3.2 จัดทำนอนตะแคงหรือตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อไม่ให้ลื่นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ และช่วยให้เสมหะ น้ำลายไหลออกได้สะดวก

3.3 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อระบายเสมหะ ป้องกันเสมหะคั่งค้างที่ใดที่หนึ่งในปอด และป้องกันปอดแฟบ

3.4 ติดตามภาวะขาดออกซิเจน

4. เพิ่มการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง เนื่องจากการที่เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจไม่สะดวกเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และพบว่า การขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำเฉพาะแห่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองบวม เป็นผลให้การไหลเวียนเลือดดำหยุดชะงัก ซึ่งวิธีการที่ช่วยให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจได้สะดวก มีดังนี้ 1) จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา 2) จัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวเดียวกับลำตัว (the neutral position) เพื่อไม่ให้ jugular vein ถูกกดทับ 3) หลีกเลี่ยงการจัดทำนอนศีรษะต่ำปลายเท้าสูง (Trendelenburg position) 4) ดูแลไม่ให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา และ 5) ดูแลไม่ให้ปลายเท้าชิดปลายเตียง ไม่วางไม้กระดานที่ปลายเท้า

5. จัดการสาเหตุที่ทำให้ความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำมาสู่ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง โดยปฏิบัติดังนี้ 1) หลีกเลี่ยงการผูกยึด (restraint) โดยไม่จำเป็น 2) ดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล เพื่อลด

การกระตุ้นการไอ 3) ไม่ใช่แผ่นยันปลายเท้าเพื่อป้องกันปลายเท้าตกในผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งร่วมด้วย เพราะจะทำให้เพิ่มความดันในช่องอกและช่องท้อง 4) ในการพลิกตะแคงตัว ต้องจัดหลังผู้ป่วยให้ตรงตลอดแนว และไม่ให้ออกพลิกหรือเอียง 5) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงเบ่ง เช่น การเบ่งอุจจาระ การเบ่งปัสสาวะ และ 6) ดูแลการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ (positive end expiratory pressure [PEEP]) ให้อยู่ระหว่าง 5-10 cmH<sub>2</sub>O หาก PEEP มากกว่า 10 cmH<sub>2</sub>O จะเพิ่มความดันในช่องอกและช่องท้อง

6. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยบ่อยๆ เพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือด ได้แก่ ความดันเลือดแดง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เช่น การจัดทำนอน การดูดเสมหะ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลช่องปาก การปฏิบัติกรพยาบาลทั่วไป ดังนั้น พยาบาลต้องปฏิบัติตามพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเท่าที่จำเป็น เช่น จำกัดจำนวนครั้งของการดูดเสมหะและการเพิ่มปริมาตรปอดเท่าที่จำเป็น จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการพยาบาลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ดังนี้ 1) กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลระบบทางเดินหายใจให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 7-12 mmHg 2) การจัดทำนอนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 6-12 mmHg 3) การเคลื่อนไหว และการพูดคุยของผู้ป่วย ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 7-9 mmHg และ 6-8 mmHg ตามลำดับ และ 4) การทำความสะอาดช่องปาก หากทำความสะอาดช่องปากเป็นเวลา 294 วินาที จะทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 12 mmHg

7. จัดการภาวะไข้ เพื่อลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง โดยปฏิบัติดังนี้ 1) ประเมินอุณหภูมิ

กายอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หรือตามอาการทางคลินิก โดยอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ  $1^{\circ}\text{C}$  ทำให้เพิ่มเมตาบอลิซึมในสมอง ส่งผลให้มีการไหลเวียนเลือดสู่สมองเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจึงไม่ควรีอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นเกิน  $0.5^{\circ}\text{C}$  ในเวลา 4 ชั่วโมง 2) เช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับผู้บาดเจ็บที่สมองควรอยู่ระหว่าง  $32-36^{\circ}\text{C}$  จะช่วยลดการใช้ออกซิเจนอย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บซึ่งจะช่วยลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง และช่วยรักษาระดับความดันกะโหลกศีรษะได้ โดยการเช็ดตัวลดไข้สามารถลดอุณหภูมิได้  $0.42-1.78^{\circ}\text{C}$  และ 3) หลีกเลี่ยงการห่มผ้าให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะรายที่มีไข้ตั้งแต่  $38^{\circ}\text{C}$  ขึ้นไป เพราะทำให้เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง

8. ดูแลให้สวมอุปกรณ์พยุงคอ (hard or soft collars) อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่สงสัยมีกระดูกคอหักร่วมด้วย โดยสวมไม่แน่นหรือหลวมเกินไป หากสวมแน่นเกินไปจะทำให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจไม่ได้ ทำให้ปริมาตรเลือดในสมองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากสวมหลวมเกินไปจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ซึ่งวิธีการทดสอบว่าสวมอุปกรณ์เหมาะสมหรือไม่ โดยใช้นิ้วมือ 2 นิ้ว สอดเข้าไปด้านข้างของอุปกรณ์ หากสอดได้แสดงว่าเหมาะสม

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สะท้อนแนวโน้มการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ดังนี้ 1) ติดตามค่า ischemic modified albumin (IMA) ซึ่งเป็น biomarker โดยค่าจะเพิ่มขึ้นภายใน 6-12 ชั่วโมง หลังจากสมองขาดเลือด และจะกลับสู่ระดับปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Coverdale et al., 2018) จากการศึกษาของ Radwan et al. (2021) พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีค่า IMA เพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามพบว่า ค่า IMA จะลดลงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลให้เกิด

oxygen free radical ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด พร่องออกซิเจน เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) และการไหลเวียนเลือดในสมองลดลง (reperfusion) ดังนั้น ค่า IMA จะสามารถช่วยทำนายการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตได้ หากค่า IMA เพิ่มขึ้น จะสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น และ 2) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยดูแลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ  $80-110\text{ mg\%}$  เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะเกิดภาวะ posttraumatic stress response ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดภาวะเลือดเป็นกรด หรือสมองบวม และทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า  $200\text{ mg\%}$  จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้

10. ดูแลให้ได้รับ 20% mannitol และสารละลายชนิด hypertonic solution และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าโซเดียม ค่าโพแทสเซียม

#### การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม
2. motor power อยู่ระหว่าง 4-5 คะแนน
3. ขนาด pupil ของตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2-3 mm.
4. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ RR = 18-24 /min, P = 64-86 /min, PP = 32-40 mmHg
5. Glasgow coma scale = 6-8 คะแนน

#### ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก

จากประสบการณ์การสอนการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกให้แก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล พบว่า พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง ทักษะการตรวจร่างกาย

ที่จำเพาะเจาะจง (focus assessment) และการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการระบุข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกได้ หากพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุม ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหา จะเป็นการช่วยคัดกรอง (early detection) ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันทั่วถึงที่ ส่งผลให้สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

### สรุป

การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่ครอบคลุมและถูกต้อง จะใช้เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการตัดสินใจตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลทางคลินิกที่ถูกต้องและครอบคลุม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและทันทั่วถึง และประเมินได้อย่างครอบคลุมว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์การพยาบาลที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนยังคงต้องดำเนินการต่อ จนกว่าปัญหาของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหมดไป ดังนั้น การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องทบทวนและศึกษาเพิ่มเติมในองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และมีการฝึกฝนการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญคือ ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 15–28.
- พรศิริ พันธสี. (2562). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 23). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). *กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 94–108.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(2), e267053.
- เรวดี ศรีสุข. (2564). การประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 4(1), 5–21.
- วิจิตรา กุสมภ์, และสุลีส ทองวิเชียร. (บ.ก.). (2564). *ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: พี.เค.เค. พรินท์ติ้ง.
- วิพร เสนารักษ์. (2556). *การวินิจฉัยการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 17). ขอนแก่น: การพิมพ์.
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์.

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (7th ed.). St. Louis: Mosby, Elsevier.
- Coverdale, J. P. C., Katundu, K. G. H., Sobczak, A. I. S., Arya, S., Blindauer, C. A., & Stewart, A. J. (2018). Ischemia-modified albumin: Crosstalk between fatty acid and cobalt binding. *Prostaglandins, Leukotrienes & Essential Fatty Acids*, *135*, 147–157. doi:10.1016/j.plefa.2018.07.014
- Hickey, J. V., & Strayer, A. L. (2020). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- North American Nursing Diagnosis Association International. (2008). *Nursing diagnoses definition and classification*. Retrieved from <http://www.Nanda.or/htm/TaxonomyII.html>
- Radwan, T. A. M., Fahmy, R. S., El Emady, M. F. M., Khedr, A. S. E. D. M., Osman, S. H., ElSonbaty, M. I., ... Elkatatny, A. M. (2021). Ischemia-modified albumin as a biomarker for prediction of poor outcome in patients with traumatic brain injury: An observational cohort study. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, *33*(3), 254–257. doi:10.1097/ANA.0000000000000647
-