

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. กระบวนการพยาบาลและการวินิจฉัยการพยาบาล
2. ระบบการจำแนกข้อมูลทางการพยาบาล
ระบบการจำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลของอเมริกาเหนือ
ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลนานาชาติ
3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในโรงพยาบาลน่าน

กระบวนการพยาบาลและการวินิจฉัยการพยาบาล

ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลใช้กระบวนการเป็นเครื่องมือสำคัญในการพยาบาลที่มีคุณภาพ (สระพรรณ พนมฤทธิ์, 2541) การใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการประยุกต์ความรู้และประสบการณ์ได้เป็นอย่างดี ต้องใช้เวลาและความอดทนในการฝึกฝนทักษะ และที่สำคัญต้องอาศัยความสามารถ สังเกต และเฝ้ามองทุกอย่างด้วยกฎธรรมชาติ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) มีผู้ให้ความหมายของคำว่า กระบวนการพยาบาลไว้หลายท่านดังนี้

ยูรา และ วอลซ์ (Yura, & Walsh, 1973) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการใช้ทักษะของพยาบาลในด้านมนุษยสัมพันธ์ การปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ปัญหา การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจ ทั้งต่อผู้รับบริการ และผู้ร่วมงาน

ฟาริดา อิบราฮิม (2541) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการอย่างมีระบบระเบียบ ชี้นำความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการและกำหนดวิธีการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

วัลลา ดันตโยทัย และสมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการพยาบาลคือ กระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจงสำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล

ประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ของพยาบาล เป็นกระบวนการทางสติปัญญา ที่ให้วิธีคิดและแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ

จากการที่มีผู้ให้ความหมายดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มีระเบียบ ประกอบด้วยขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยพยาบาลต้องมีทักษะทางสติปัญญาในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจ ซึ่งดัดแปลงหรือยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการ นอกจากนั้นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นอย่างดี

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 5 ขั้นตอนคือ (Taylor et. al., 1989 อ้างใน สุระพรรณ พนมฤทธิ์, 2541)

ขั้นที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพมาพิจารณาว่า ผู้รับบริการปกติหรือผิดปกติ หรือมีภาวะเสี่ยง แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นนำไปสู่ขั้นตอนของการวินิจฉัยการพยาบาล

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล การกำหนดภาวะสุขภาพ และการกำหนดหรือการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากของกระบวนการพยาบาล

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (planning) ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์ประเมินผล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) เป็นขั้นตอนที่จะนำแผนในขั้นที่ 3 มาปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจศาสตร์ทางการพยาบาล และติดตามศึกษาผลการวิจัยตลอดเวลา เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการให้มีความทันสมัยยิ่งขึ้นและบันทึกสรุปการปฏิบัติการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลและมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้หรือไม่ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินสถานการณ์ของผู้รับบริการอีกครั้ง โดยเริ่มจากขั้นที่ 1-4 เมื่อได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงภายหลังที่ผู้รับบริการ ได้รับการพยาบาลตามแผนแล้ว โดยอาจได้ข้อมูลเพิ่มเติมใหม่ หรืออาจมีข้อมูลสนับสนุนใหม่ ถ้าข้อมูลครั้งแรกไม่ชัดเจน และยังไม่ครบถ้วน 2) เปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่ ซึ่งบางครั้งพบว่าผลการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกับผู้รับบริการยังไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล โดยศึกษาวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 1 ถึง 4 จนสามารถบรรลุเป้าหมายการพยาบาลหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

จะเห็นได้ว่า การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลนั้นเป็นการดำเนินงานที่เป็นลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่องตลอดเวลา และขั้นตอนที่สำคัญมากของกระบวนการพยาบาลคือการวินิจฉัยการพยาบาล เนื่องจากการวิเคราะห์ และตัดสินใจตอบสนองของผู้รับบริการ ออกมาเป็นข้อความในรูปของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้งสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ การพยาบาลที่เป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ

การวินิจฉัยการพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาลได้ตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ.1950 โดย แมคมานัส (McManus) แต่ไม่เป็นที่ยอมรับ จนกระทั่งปี ค.ศ.1973 เมื่อ เกบบี และ ลาวิน (Gebbie & Lavin) ได้จัดการประชุมเรื่องการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล โดยเน้นให้พยาบาลได้เห็นความจำเป็นของการวิเคราะห์บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่ต้องบันทึกลงในระบบข้อมูล จึงได้เริ่มมีการตระหนักว่าการพยาบาลคืออะไร (Carroll-Johnson & Paquette, 1994) ซึ่งข้อแตกต่างของการวินิจฉัยทางการแพทย์และการวินิจฉัยการพยาบาลคือ การวินิจฉัยทางการแพทย์เน้นกระบวนการเกิดโรค และการรักษาโรค ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลเน้นการตอบสนองต่อบุคคลในเรื่องความเจ็บป่วยหรือ ปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จิพร เสนารักษ์, 2543; Carson, Craft, & McGuire, 1982) นอกจากนั้นได้มีผู้ให้ความเห็นของคำว่า การวินิจฉัยการพยาบาล หลายท่าน ดังนี้

คาร์สัน คราฟ และแมคไกร์ (Carson, Craft & McGuire, 1982) ได้ให้ความเห็นว่าการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นส่วนที่สำคัญ ช่วยให้มีทิศทางและจุดมุ่งหมายในการรักษา และกระตุ้นจิตใจให้เกิดการสื่อสารที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ การศึกษา และการวิจัย ช่วย

ในการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล เกิดการยอมรับจากวิชาชีพอื่นๆ มีการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้มีภาพชัดเจนและมีการทำหน้าที่ของพยาบาลได้อย่างอิสระ

สมาคมวินิจัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA cited in Cox et al., 1993) ได้ให้ความหมายการวินิจัยการพยาบาลว่า เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ต่อปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นและปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว

สหภาพพยาบาลนานาชาติ (International Council of Nurses, 1994) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการอธิบายโดยพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล โดยพยาบาลมีการตัดสินใจวิเคราะห์ด้วยเหตุผลเพื่อให้เกิดกิจกรรมการพยาบาล โดยมีขอบเขตคือการดูแลสุขภาพของบุคคล

คาร์โรล จอห์นสัน และ พาควิต (Carroll-Johnson & Paquette, 1994) ได้ให้ความเห็นว่า การวินิจัยการพยาบาล เป็นสิ่งที่เป็นการพัฒนาความรู้ของพยาบาล ซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ และประยุกต์ในการเผชิญการเปลี่ยนแปลงกับปัญหาสุขภาพ ช่วยให้เกิดระบบสุขภาพแบบองค์รวม เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลสุขภาพ ส่วน ฮอกสตัน (Hogston, 1997) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจในการปฏิบัติกับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่คาดว่าจะเกิดปัญหาด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

ฟาริดา อิบราฮิม (2541) ได้ให้ความหมายการวินิจัยการพยาบาลว่า เป็นการกำหนดข้อความในเชิงเหตุผลและผลที่บอกถึงปัญหาสุขภาพ หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรืออาจเกิดปัญหาสุขภาพรวมทั้งเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการตอบสนองที่บอกปัญหาดังกล่าว

นอกจากนี้สหภาพพยาบาลนานาชาติ ได้กำหนดข้อวินิจัยการพยาบาล ตาม ICNP ว่า หมายถึง ชื่อปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่พยาบาลตัดสินใจเรียกและเป็นจุดเน้นที่พยาบาลต้องให้การบำบัดทางการพยาบาล ปรากฏการณ์เหล่านั้น เป็นภาวะ/ความต้องการ/ปัญหาสุขภาพที่พยาบาลต้องเข้าไปช่วยเหลือ หรือให้การบำบัดทางการพยาบาล และ ข้อวินิจัยการพยาบาลตามระบบ NANDA (ดวงพร ปิยะคง, 2539) หมายถึง การใช้ข้อความที่ระบุถึงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นรูปแบบตามที่สมาคมวินิจัยการพยาบาลของอเมริกาเหนือ (NANDA) ได้ระบุไว้ตามระบบรายการข้อวินิจัยและถูกจัดกลุ่มตามแบบแผนสุขภาพ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ความหมายของข้อวินิจัยการพยาบาลของ ICN และ NANDA เป็นแนวทาง

การวินิจัยการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่ต้องดำเนินการอย่างถูกต้อง จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการวินิจัยเป็นขั้นตอน เพื่อให้ได้ข้อวินิจัยที่ถูกต้องและครบถ้วน

กระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล

การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่ว่าจะใช้รูปแบบใด ถ้าต้องการข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้องและครบถ้วน จำเป็นต้องผ่านกระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล (วิพร เสนารักษ์, 2532 อ้างใน ดวงพร ปิยะคง, 2539) ขั้นตอนของการวินิจฉัยการพยาบาลอาจมีความแตกต่างกันไปบ้าง เช่น

เมอเรีย และ แอดคินสัน (Murray, & Atkinson, 1997) แบ่งกระบวนการวินิจฉัยการพยาบาลเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูล จากการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ขั้นตอนที่สอง คือการระบุปัญหา เป็นการระบุถึงขอบเขตของปัญหาที่ต้องการการพยาบาล ขั้นที่สาม คือการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งปัญหาที่กำหนดขึ้นต้องอยู่ในขอบเขตที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมาย ส่วน คาร์เพนิตโต (Carpenito, 1997) แบ่งกระบวนการวินิจฉัยการพยาบาลเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรกการดำเนินการจัดข้อมูล เป็นการแปลความหมายของข้อมูล จัดกลุ่ม จัดระบบ ตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการรวบรวม ขั้นที่สอง เป็นการกำหนดภาวะสุขภาพ และขั้นสุดท้ายเป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

วิพร เสนารักษ์ (2543) ได้เสนอขั้นตอนแรกของการวินิจฉัยการพยาบาลว่าเป็น การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล ซึ่งเป็นการจัดระบบข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐาน การจัดกลุ่มของข้อมูล ขั้นที่สองคือ การกำหนดภาวะสุขภาพ ทั้งที่มีปัญหาสุขภาพ เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ และผู้ที่มีสุขภาพดี ขั้นที่สามคือ การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยมีองค์ประกอบสองส่วนคือส่วนแรกเป็นภาวะสุขภาพ ส่วนที่สองเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเชื่อมด้วยคำว่าเนื่องจาก

กระบวนการวินิจฉัยการพยาบาลข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีเนื้อหาและรายละเอียดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้มาจากการปฏิบัติตามกระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล ที่ช่วยชี้นำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลต่อไป

คุณลักษณะที่จำเป็นของการวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป (Shoemaker, 1985 อ้างในวิพร เสนารักษ์, 2543) ประกอบด้วย

1. การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นข้อความเกี่ยวกับปัญหา หรือสุขภาพดีของผู้รับบริการ ในกรณีที่มีสุขภาพดี พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนเพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพดีให้นานที่สุด
2. การวินิจฉัยการพยาบาล เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ พยาบาลวินิจฉัยภาวะสุขภาพของผู้รับบริการว่าไม่มีปัญหาหลายครั้ง แต่พบว่าปัจจัยบางประการที่บ่งชี้ว่า

อาจทำให้เกิดภาวะเบี่ยงเบนต่อสุขภาพได้ ดังนั้น จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยอย่างรอบคอบ ใช้ความคิดที่เป็นเหตุ เป็นผล

3. การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการสรุปแบบแผน หรือกลุ่มอาการ การแสดงจากข้อมูลที่ตรวจสอบได้ โดยที่มาของข้อมูลได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติทางการแพทย์ การอภิปรายกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้รับบริการ รวมทั้งญาติใกล้ชิดของผู้รับบริการ

4. การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นข้อความที่เกิดจากการตัดสินใจของพยาบาล ไม่ใช่ของแพทย์ และพยาบาลต้องมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเอง และมีการปรึกษากับเพื่อนร่วมวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีที่สุด

5. การวินิจฉัยการพยาบาล เกี่ยวข้องกับเงื่อนไข ที่พยาบาลสามารถให้การรักษาได้ ภายใต้สิทธิตามกฎหมาย คุณลักษณะนี้ช่วยแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างการวินิจฉัยการพยาบาล กับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เข้าใจความสัมพันธ์ของอาหาร การออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดกับกระบวนการของโรคเบาหวาน พยาบาลสามารถให้การรักษาได้อย่างอิสระโดยสามารถสร้างและใช้แผนการสอนภายใต้การวินิจฉัยการพยาบาล “ขาดความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของโรคเบาหวาน” เป็นต้น

6. การวินิจฉัยการพยาบาล เกี่ยวข้องกับสภาพการณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินข้อมูลทั้ง 4 ด้านให้ครอบคลุม เพื่อที่จะได้ให้การดูแลคนทั้งคน การวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้ออาจเกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านใด ด้านหนึ่ง หรือคาบเกี่ยวกันได้

7. การวินิจฉัยการพยาบาล ประกอบด้วยข้อความ 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นข้อความเกี่ยวกับปัญหา หรือสภาพการณ์ ส่วนที่สอง เป็นสมมุติฐานหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาหรือสภาพการณ์ในส่วนแรก โดยมีคำว่า “เนื่องจาก” เชื่อมตรงกลาง เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของทั้งสองส่วน

อย่างไรก็ตาม ในแต่ละประเทศอาจใช้การวินิจฉัยการพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น ในสหรัฐอเมริกา นิยมใช้ NANDA ในสวีเดน ค้นเคยกับรูปแบบการวินิจฉัยการพยาบาลของคาร์เนวาลิ (Carnevali' model) แทนการใช้รูปแบบของ NANDA เป็นต้น (Lutzen & Tishelman, 1996)

สำหรับประเทศไทย แนวคิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาลไม่ใช่เรื่องใหม่ เพราะมีการนำเสนอแนวคิดนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 (ฟาริดา อิบราฮิม, 2520 อ้างใน วิพร เสนารักษ์, 2543)

คาดว่า เป็นระยะเริ่มต้นของการนำแนวคิดนี้มาใช้โดยเฉพาะในการเรียน การสอน ซึ่งเป็นการผสมผสานเข้าไปกับกระบวนการพยาบาล (วิพร เสนารักษ์, 2543) มีการนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA มาใช้หลายสถาบันเช่น คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฯลฯ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขหลายสถาบัน เนื่องจากข้อวินิจฉัยของ NANDA ผ่านการตรวจสอบความตรงของข้อวินิจฉัยเป็นอย่างดีแล้ว แต่ในการปฏิบัติพบว่าข้อวินิจฉัยของ NANDA บางครั้งใช้ภาษาที่เข้าใจยาก และเป็นการจำกัดของผู้วินิจฉัย เพราะต้องระบุด้วยข้อความของ NANDA รวมทั้งมีข้อวินิจฉัยไม่เพียงพอที่จะสามารถระบุได้ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ (ดวงพร ปิยะคง, 2539)

ระบบการจำแนกข้อมูลทางการพยาบาล

ระบบการจำแนกข้อมูลทางการพยาบาลหมายถึง การจัดหมวดหมู่ของข้อมูลทางการพยาบาล ที่จะช่วยให้มีการเก็บข้อมูลทางการพยาบาลที่จำเป็นเพื่อจะจัดฐานข้อมูลทางการพยาบาลที่สามารถเปรียบเทียบได้ในระหว่างพยาบาลที่ทำงานต่างสถานที่ และการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพ (Moorhead, McCloskey, & Bulechek, 1993) โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ต้องการรายหมวดอย่างเป็นระบบ ข้อมูลทางการพยาบาลควรได้รับการพิจารณาก่อนว่าข้อมูลใดเป็นข้อมูลที่จำเป็นในเบื้องต้นที่จะใช้เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาล หรือกลุ่มข้อมูลที่น้อยที่สุดทางการพยาบาล (Nursing Minimum Data Set, NMDS) เป็นส่วนที่สำคัญในระบบสารสนเทศทางการพยาบาล (Henry, 1995) โดยฐานข้อมูลทางการพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจการบริการพยาบาลในอนาคต ฐานข้อมูลที่จำเป็นในการบริการพยาบาลประกอบด้วยกลุ่มข้อมูล 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ข้อมูลทางการพยาบาลซึ่งมีส่วนประกอบย่อย 4 ส่วนคือ ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ชนิดและปริมาณกิจกรรมการพยาบาล กลุ่มที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการประกอบด้วยชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิด เพศ เชื้อชาติ และที่อยู่ กลุ่มที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการ ประกอบด้วยหมายเลขทะเบียน พยาบาลผู้ดูแล วันที่เข้ารับบริการ/รักษาตัวในโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย/สิ้นสุดการใช้บริการ ลักษณะบริการที่ใช้และประมาณการค่าใช้จ่าย (ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์ และโชคชัย อุบลม่วง, 2543) ในการเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากจะใช้ระบบการจำแนกการพยาบาลที่เข้าใจตรงกันแล้ว ยังพบว่าการทำงานของพยาบาลมีกิจกรรมการดูแลมากมาย ซึ่งพยาบาลควรหลีกเลี่ยงการเก็บข้อมูลที่ไม่จำเป็นและไม่สำคัญในการบันทึกทางการพยาบาล

การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทางการแพทย์ จะต้องมีการเก็บข้อมูลทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ สะดวกต่อการวิเคราะห์และการนำไปใช้ ฐานข้อมูลทางการแพทย์จึงควรมีข้อมูลที่จำเป็นทางการแพทย์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สัมพันธ์กันไว้ด้วยกัน กำหนดรูปแบบการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ สามารถจำแนกเป็นกลุ่มตามลักษณะของทางการแพทย์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้แสดงถึงตัวชี้วัดผลของทางการแพทย์ (เกียรติศรี สำนวณเวชพร, 2542)

ประโยชน์ของระบบจำแนกข้อมูลทางการแพทย์

การนำระบบจำแนกข้อมูลทางการแพทย์มาใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันของพยาบาล จะทำให้มีระบบฐานข้อมูลที่มีการรวบรวมไว้อย่างต่อเนื่อง ก่อประโยชน์แก่การพยาบาลทุกด้านอย่างมากมายดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2542; Clark & Lang, 1992)

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ได้แก่

1.1 สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นระบบเพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ และจัดทำนโยบายของผู้บริหารในระบบบริการสุขภาพได้สะดวก และง่ายขึ้น

1.2 สามารถนำข้อมูลทางด้านการพยาบาลมาวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาล และพิจารณาจำนวนบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอและเหมาะสม

1.3 การจำแนกการพยาบาลที่เป็นระบบช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อมูลที่เป็นระบบสามารถนำเข้าในระบบคอมพิวเตอร์ ที่จะสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพ หรือในกรณีที่ไม่มีความรู้ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล ก็สามารถศึกษาจากแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ที่มีอยู่แล้วนำมาวิเคราะห์ได้เช่นเดียวกัน

1.4 ใช้ในการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ ได้สะดวกยิ่งขึ้นและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

1.5 สามารถเปรียบเทียบข้อมูลทางการแพทย์ปฏิบัติการพยาบาลและอัตรากำลังในแต่ละหน่วยงาน โรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่ต่างกัน และส่งเสริมการสร้างฐานข้อมูลทางการแพทย์ในระดับสากล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่

2.1 เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยบริการที่เข้ามาใช้บริการในแต่ละแห่งอย่างเหมาะสม ซึ่งการพัฒนาในเรื่องระบบข้อมูลข่าวสารด้านการพยาบาล ทำให้มองเห็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นลำดับ และชัดเจน

2.2 ช่วยให้มีกรอบแนวคิดและโครงสร้างในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงและแม่นยำ และกระตุ้นให้เกิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการใช้คำจำกัดความในด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.3 ช่วยให้มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลในขอบเขตของวิชาชีพมากขึ้น ไม่เกิดความคลุมเครือว่าสิ่งใดใช่หรือไม่ใช่กิจกรรมการพยาบาล และช่วยให้พยาบาลตัดสินใจในการดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ

2.4 ช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับการดูแลผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้เป็นอย่างดี จากการที่พยาบาลใช้ระบบการจำแนกการพยาบาลเดียวกัน ในสถาบันหรือองค์กรเดียวกัน

3. ด้านการศึกษาพยาบาล ได้แก่

3.1 ช่วยในการเตรียมกรอบแนวคิดสำหรับการวางแผนและการประเมินผล หลักสูตรการเรียนการสอน

3.2 เป็นการสื่อสารที่เกิดการเชื่อมโยงระหว่างหลักสูตรและการปฏิบัติการพยาบาล

3.3 เกิดการบูรณาการในระบบการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารเข้าไปในระดับพื้นฐาน ระดับสูง และการศึกษาต่อเนื่อง

4. ด้านการวิจัย ได้แก่

4.1 จากการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบและมีความชัดเจนในการจำแนกปัญหาทางการแพทย์พยาบาล กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

4.2 ช่วยในการพิจารณานำผลการวิจัยไปใช้ได้ง่ายขึ้น

แม้ว่าปัจจุบันยังมีการใช้ฐานข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลอย่างจำกัดและมีหน่วยงานต่างๆ จำนวนน้อยที่ได้จัดทำระบบข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล อาจจะช่วยข้อจำกัดต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามก็ถือว่าเป็นสิ่งมีประโยชน์ซึ่งพยาบาลควรให้ความสนใจและเริ่มหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อวิชาชีพการพยาบาล ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ปัจจุบันได้มีการสนับสนุนให้มีการนำเอาระบบการจำแนกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลมาใช้หลายระบบโดยได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น ระบบการจำแนกของ NANDA และ เพื่อให้เกิดความเป็นสากลมากขึ้นวิชาชีพการพยาบาลได้พัฒนาระบบ ICNP โดยเริ่มจากฉบับแอลฟา

ระบบการจำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลของอเมริกาเหนือ (The North American Diagnosis Association Taxonomy, NANDA)

ได้เริ่มมีการพัฒนาระบบนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1973 โดยกลุ่มการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลแห่งชาติ (the national group for classification of nursing diagnosis) ในอเมริกาเหนือ (Gordon cited in Kim, & Mority, 1982) ซึ่งประกอบด้วยประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศแคนาดา มีการจัดประชุมทางวิชาการในการพยายามค้นหา จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มองเห็นว่า วิชาชีพการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ (Hogston, 1997) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอนได้แก่ (Gebbie, 1994 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2542)

1. ค้นหาข้อความหรือสิ่งที่พยาบาลระบุว่าเป็นปัญหาทั้งหมด
2. หาข้อตกลงในการจัดหมวดหมู่ของการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1
3. จำแนกกลุ่มของข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นชั้น (class) และชั้นย่อย (subclass)

เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างชั้นต่างๆ

4. หลังจากนั้นจึงมีการลำดับหมายเลขที่เทียบได้กับตัวย่อหรือคำนามที่เรียกชั้นต่างๆ เพื่อสะดวกในการจัดการข้อมูลโดยมือหรือโดยคอมพิวเตอร์

การแบ่งระบบการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA ยึดหลักการแบ่งตามแบบแผนการตอบสนองของมนุษย์ 9 แบบแผน โดยมีหลักการดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2542)

1. ไม่มีการกำหนดว่าแบบแผนใดสำคัญมากกว่าหรือดีกว่าแบบแผนอื่น
2. ระดับความเป็นรูปธรรมเป็นตัวกำหนดการจัดวางหมวดหมู่ของภาษา
3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้รับการพิจารณาตามความหมายของแบบแผน และความหมายของข้อวินิจฉัย ซึ่งต้องสอดคล้องกัน

ความหมายของข้อวินิจฉัย ซึ่งต้องสอดคล้องกัน

4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ทางการพยาบาล
5. ข้อวินิจฉัยบางหมวดที่ยังมีเครื่องหมายวงเล็บเป็นข้อที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม
6. ระบบการลำดับตัวเลขไว้เพื่อช่วยในการประมวลข้อมูลอาจมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

อนาคต

ตัวอย่างการวินิจฉัยการพยาบาลตามแบบแผนทั้ง 9 แบบแผน ได้แก่ (รุจา ภูไพบูลย์, 2542)

แบบแผนที่ 1 การแลกเปลี่ยน (Exchanging)

- 1.1.2.1 โภชนาการเปลี่ยนแปลง: ได้รับมากกว่าความต้องการของร่างกาย
- 1.1.2.2 โภชนาการเปลี่ยนแปลง: ได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

- 1.1.2.3 โภชนาการเปลี่ยนแปลง:มีแนวโน้มได้รับมากกว่าความต้องการของร่างกาย
- 1.2.1.1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- 1.2.2.1 เสี่ยงต่อร่างกายอุณหภูมิเปลี่ยนแปลง
- 1.2.2.2 อุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่าปกติ
- 1.2.2.3 อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ
- 1.2.2.4 การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ
- 1.3.1.1 ท้องผูก
- 1.3.1.1.1 รับรู้ว่าท้องผูก
- 1.3.1.1.2 ท้องผูกบริเวณลำไส้ใหญ่
- 1.3.1.2 ท้องเดิน
- 1.3.1.3 กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- 1.3.2.1.1 กลั้นปัสสาวะไม่ได้เนื่องจากภาวะเครียด
- 1.3.2.1.2 กลั้นปัสสาวะไม่ได้เนื่องจากปฏิกิริยาสะท้อนกลับ
- 1.3.2.1.3 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ในภาวะเร่งด่วน
- 1.3.2.2 ปัสสาวะคั่ง
- 1.4.1.1 การกำซาบเนื้อเยื่อเปลี่ยนแปลง
- 1.4.1.2.1 ปริมาณน้ำเกิน
- 1.4.1.2.2.1 ปริมาณน้ำขาด
- 1.4.2.1 ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง
- 1.5.1.1 การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ
- 1.5.1.2 การกำจัดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
- 1.5.1.3 แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ
- 1.5.1.3.1 ไม่สามารถหายใจเองได้
- 1.6.1.4 เสี่ยงต่อการสำลัก

แบบแผนที่ 2 การสื่อสาร (Communication)

- 2.1.1.1 การสื่อสารทางวาจาผิดปกติ

แบบแผนที่ 3 ความสัมพันธ์ (Relating)

- 3.1.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมผิดปกติ
- 3.1.2 การแยกตัวจากสังคม

- 3.2.1.1.1 การเป็นบิดา มารดา เปลี่ยนแปลง
- 3.2.1.1.2 เสี่ยงต่อการเป็นบิดา มารดา เปลี่ยนแปลง
- 3.2.1.1.2.1 เสี่ยงต่อความผูกพันระหว่างบิดา มารดาและบุตรเปลี่ยนแปลง
- 3.2.1.2.1 การทำหน้าที่ทางเพศผิดปกติ
- 3.2.2.1 เครียดในบทบาทผู้ให้การดูแล
- 3.2.2.2 เสี่ยงต่อภาวะเครียดในบทบาทผู้ให้การดูแล
- 3.2.3.1 บทบาทบิดา มารดาขัดแย้ง

แบบแผนที่ 4 คำนิยม (Valuing)

- 4.1 เครียดทางจิตวิญญาณ
- 4.2 มีโอกาสเพิ่มพูนความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แบบแผนที่ 5 การเลือก / การตัดสินใจ (Choosing)

- 5.1.1.1 ไม่สามารถเผชิญปัญหาส่วนบุคคลได้
- 5.1.1.1.1 ไม่สามารถปรับตัวได้
- 5.1.1.1.2 เผชิญปัญหาโดยการปกป้อง
- 5.1.1.1.3 การปฏิเสธที่ไม่เหมาะสม
- 5.3.1.1 ความขัดแย้งในการตัดสินใจ

แบบแผนที่ 6 การเคลื่อนไหว (Moving)

- 6.1.1.1 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้
- 6.1.1.2 ไม่สามารถทนต่อกิจกรรม
- 6.1.1.2.1 อ่อนเพลีย
- 6.2.1 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง
- 6.4.2 การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพเปลี่ยนแปลง
- 6.5.1.1 การกลืนผิดปกติ
- 6.5.1.2 การให้นมมารดาแก่บุตรไม่มีประสิทธิภาพ
- 6.5.1.3 การให้นมมารดาแก่บุตรมีประสิทธิภาพ
- 6.5.2 การดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำและความสะอาดบกพร่อง
- 6.5.3 การดูแลเกี่ยวกับการแต่งตัวบกพร่อง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ (Perceiving)

- 7.1.2 ความรู้สึกมีคุณค่าตนเองไม่ปกติ

- 7.1.2.1 ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำเรื้อรัง
- 7.1.2.2 ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำเนื่องจากสถานการณ์
- 7.3.1 รู้สึกสิ้นหวัง
- 7.3.2 ความรู้สึกไร้อำนาจ

แบบแผนที่ 8 การรู้ (Knowing)

- 8.1.1 ความรู้บกพร่อง (ระบุ)
- 8.2.2 ความรู้สึกกลับสนเฉียบพลัน
- 8.3 กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลง
- 8.3.1 จำไม่ได้

แบบแผนที่ 9 ความรู้สึก (Feeling)

- 9.1.1 ปวด
- 9.1.1.1 ปวดเรื้อรัง
- 9.2.1.1 เศร้าโศกผิดปกติ
- 9.2.2.1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- 9.2.3.1 กลุ่มอาการได้รับความกระทบกระเทือนหลังถูกข่มขืน
- 9.2.3.1.1 กลุ่มอาการได้รับความกระทบกระเทือนหลังถูกข่มขืน: ปฏิกริยารุนแรง
- 9.2.3.1.2 กลุ่มอาการได้รับความกระทบกระเทือนหลังถูกข่มขืน: ปฏิกริยาเฉียบ
- 9.3.1 วิดกกังวล
- 9.3.2 กลัว

ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลนานาชาติ (International Classification for Nursing Practice, ICNP)

แนวคิดในเรื่อง ICNP เริ่มเกิดขึ้นจากการประชุมของสภาพยาบาลนานาชาติที่จัดขึ้นในกรุงโซล ประเทศเกาหลี โดยสมาคมพยาบาลสหรัฐอเมริกาและสมาคมพยาบาลแคนาดาในปี ค.ศ.1989 (Clark & Lang, 1992; International Council of Nurse, 2000 June) ที่ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะให้สมาคมพยาบาลของแต่ละประเทศได้ร่วมกันพัฒนาระบบการจำแนกการพยาบาลในระบบข้อมูลข่าวสารด้านการบริการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลร่วมกันหาแนวทางในการนำเสนอข้อมูลทางการพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีภาษาร่วม หรือภาษามาตรฐานเพื่อที่จะให้พยาบาลทั่วโลกได้ใช้คำที่เขียนเหมือนกัน มีความหมายโดยมีการอ้างอิงและการจำแนกข้อมูลทางการปฏิบัติการพยาบาล (Henry, 1995) ที่จะช่วยให้เห็นบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจนที่เป็นระบบเดียวกันทั่วโลก ส่งเสริมให้การพยาบาลเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น (Wake & Coenen, 1998) เนื่องจากพบว่าพยาบาลไม่สามารถกำหนดปัญหาทางการพยาบาลและอธิบายถึงสิ่งที่กระทำในการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างเป็นระบบ ไม่มีภาษาหรือข้อมูลที่จะช่วยให้เห็นบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน (Clark, 1996)

การวิเคราะห์ความจำเป็นที่จะต้องมี ICNP มีดังต่อไปนี้ (กฤษฎา แสงดี, 2542)

1. การพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในระบบดูแลสุขภาพที่รวดเร็ว มีการนำระบบข้อมูลข่าวสารด้านคอมพิวเตอร์ มาใช้ในการจัดการและการตัดสินใจ การสืบค้นจากคอมพิวเตอร์นั้นจำเป็นต้องมีภาษาหรือข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งสามารถทำได้โดยการบรรจุข้อมูลทางการพยาบาลเข้าไปในระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ไม่เช่นนั้นการพยาบาลก็จะเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น ไม่มีค่า และไม่มีค่าในในระบบบริการสุขภาพ
2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ทำให้การจัดเรื่องความคุ้มค่าในการบริการนั้นได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อย ๆ พยาบาลต้องสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คุ้มค่า ซึ่งข้อมูลที่แม่นยำ สื่อความหมายตรงกัน และวัดได้ในเชิงปริมาณจึงมีความสำคัญมาก
3. ความต้องการใช้ข้อมูลที่แม่นยำในการตัดสินใจของพยาบาลและกำหนดนโยบายเพิ่มมากขึ้น เช่น การคาดการณ์ด้านกำลังคน เป็นต้น
4. การทำงานประกันคุณภาพการพยาบาลที่เพิ่มสำคัญอยู่ในปัจจุบันนี้ ต้องการข้อมูลที่จะสามารถบอกถึงความต้องการ การพยาบาลของประชาชน และสิ่งที่พยาบาลตอบสนอง รวมทั้งคุณภาพของการตอบสนองด้วย

5. การเพิ่มความสำคัญของการจำแนกโรค เช่น ใช้บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD) ในการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และใช้ในการกำหนดข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพ

6. เป้าหมายที่ยิ่งใหญ่ของพยาบาลคือ ต้องการควบคุมงานและการปฏิบัติของพยาบาลเองในฐานะวิชาชีพ ดังนั้น พยาบาลต้องควบคุมข้อมูลทางการพยาบาลเอง ต้องวัดการปฏิบัติการพยาบาลเอง และต้องกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติเอง จึงจำเป็นต้องมีข้อมูล มีภาษาที่สื่อความหมายได้ตรงกัน ต้องสามารถระบุปรากฏการณ์ทางการพยาบาลได้ อธิบายสิ่งที่ปฏิบัติได้ โดยมีความรู้เป็นพื้นฐาน

ในการตั้งคณะทำงาน ICNP มีทีมที่รับผิดชอบมาจากประเทศต่างๆในขณะนั้น ประกอบด้วย (Clark, 1996; International Nursing Review News, 1994; Wake & Coenen, 1998)

1. นอร์มา แลง (Norma Lang) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา

2. จูน คลาค (June Clark) ประธานของ Royal College of Nursing ประเทศอังกฤษ

3. มาเกรตตา มาเดน สไตส์ (Margretta Maden Styles) นายกสมาคมพยาบาลอเมริกัน

4. แฟดวา แอฟฟารา (Fadwa Affara) ที่ปรึกษาทางการพยาบาลของสภาพยาบาลนานาชาติ เมืองเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

5. แรนดี้ มอร์เทนเซน (Randi Mertensen) ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพและการวิจัยทางการแพทย์ เมืองโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก ซึ่งเข้าร่วมทีมปรึกษาในปี ค.ศ. 1991

6. กุนนา นีลเซน (Gunnar Nielsen) จากสถาบันสุขภาพและการวิจัยทางการแพทย์ของประเทศไทย

7. มาดีลีน เวค (Madeline Wake) รักษาการคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมาเควต จากรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา

8. มากาเร็ต เมอร์ฟี (Margaret Murphy) พยาบาลที่ปรึกษา จากรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา

9. เอมี โคเนน (Amy Coenen) อาจารย์พยาบาลจากมหาวิทยาลัยมาเควต จากรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้ประสานงานโครงการ

การตั้งทีมดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ในการพัฒนา ICNP ดังนี้คือ (Coenen, 1999; International Council of Nurse, 2000 July; Introducing ICN's, 1996)

1. สร้างภาษาที่เป็นสากลสำหรับอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล และพยาบาลกับบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ
2. อธิบายถึงสิ่งที่พยาบาลได้ให้การดูแลต่อบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในสถานที่ต่างๆทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ
3. สามารถเปรียบเทียบข้อมูลทางการพยาบาลระหว่างสถานที่บริการหรือระหว่างช่วงเวลาที่แตกต่างกัน
4. ศึกษาแนวโน้มในการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม ตามการวินิจฉัยการพยาบาล และการบำบัดทางการพยาบาล
5. กระตุ้นให้เกิดการวิจัยทางการพยาบาล จากการเชื่อมโยงระบบข้อมูลทางการพยาบาลและระบบข้อมูลทางด้านสุขภาพ
6. เป็นการเตรียมข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพ ในการติดตามความก้าวหน้าของ ICNP มีการดำเนินงานตามลำดับดังนี้

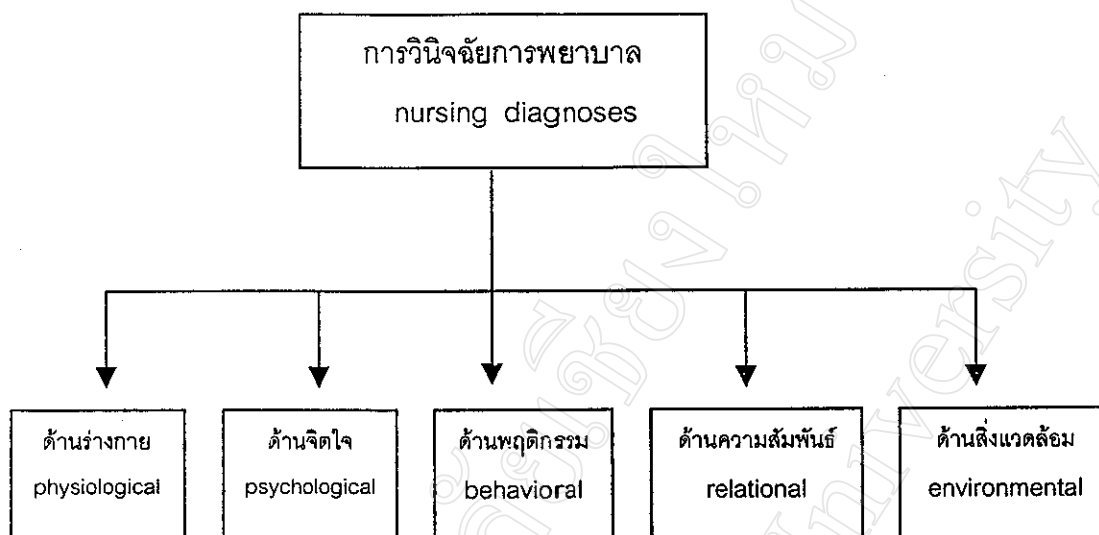
ในปี ค.ศ.1991 ได้มีการสำรวจความคิดเห็นของประเทศสมาชิกสมาคมพยาบาลแต่ละประเทศทั้งหมดรวม 106 ประเทศ เพื่อหาคำตอบว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการใช้ระบบการจำแนกทางการพยาบาลเพื่อที่จะอธิบายถึงสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติอย่างไรบ้าง พยาบาลได้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพยาบาลอย่างไร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเป็นอย่างไรและคุ้นเคยกับระบบการจำแนกที่ทางองค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาหรือไม่ พบว่ามี 22 ประเทศที่มีระบบที่ใช้ในการอธิบายถึงสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติ 17 ประเทศใช้ระบบการระบุปัญหาทางคลินิก และอีก 15 ประเทศที่อธิบายผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Wake et al., 1993) คำตอบที่ได้รับเหล่านี้มีประโยชน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล ระบบฐานข้อมูลที่มีประโยชน์แก่พยาบาลในการให้การดูแลรักษาและบริการ แสดงให้เห็นถึงบทบาทของการพยาบาลในระดับต่างๆชัดเจนขึ้น เป็นพื้นฐานสำหรับการให้การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการสร้างระบบของมาตรฐานของการพยาบาลที่เป็นสากล และสนับสนุนการทำวิจัยทางการพยาบาล ผลคือมีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการ และการวิจัยทางการพยาบาล ที่เกี่ยวกับนโยบายการปฏิบัติการพยาบาล และนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ (Clark & Lang, 1992)

สำหรับระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโลกที่ประเทศต่างๆคุ้นเคยมี 3 ระบบคือ ระบบการจำแนกโรคสากล หรือบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Statistical

Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-III-R) และระบบการจำแนกผู้พิการและทุพพลภาพต่างๆ (International Classification of Impairments Disability and Handicap, ICIDH) ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ในด้านการแพทย์ในเรื่องของการรักษา (Wake et al., 1993)

ในการพัฒนาโครงสร้างระบบ ICNP เริ่มแรกนั้น เนื่องจากเป็นระบบใหม่ที่ต้องการให้เป็นระบบที่สามารถใช้ได้ทั่วโลก ซึ่งต้องมีการพัฒนาที่ยาวนานอย่างต่อเนื่อง ทีมงานได้กำหนดโครงสร้างชั่วคราวในการจัดหมวดหมู่ที่ต้องการการประเมินผล ได้มอบหมายให้มอร์เทนสันและนีลเซน รับผิดชอบในเรื่องของระบบโครงสร้าง มอบหมายให้ นอร์มา แลง มากาเร็ต มอร์ฟี และเมตตีลีน เวค รวบรวมคำที่ใช้เป็นฐานข้อมูลในการวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด (Wake & Coenen, 1998) ซึ่งการพัฒนาระบบโครงสร้าง ICNP ขั้นแรกนั้น เป็นการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลเนื่องจากวิเคราะห์ได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาล เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลทั่วโลก (Lutzen & Tishelman, 1996) มีการสำรวจการวินิจฉัยการพยาบาลจากประเทศสมาชิกสหภาพพยาบาลนานาชาติทั้งหมด 116 ประเทศ โดยผ่านทางเอกสารทางวิชาการ การประชุมติดตามการดำเนินงานของ ICNP และจากระบบข้อมูลข่าวสาร เช่น โครงการข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาลออสเตรเลียของโจนส์ 'ไรซ์ และพลาแมต การจำแนกผู้รับบริการในแคร์เบียน สถาบันวิจัยสุขภาพและการวิจัยของเดนมาร์ก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลของอเมริกาเหนือ การวินิจฉัยสุขภาพจิตในชุมชนของลาตินอเมริกา และการพยาบาลขั้นพื้นฐานของสหภาพพยาบาลนานาชาติ เป็นต้น ทำให้เกิดการพัฒนาระบบตั้งชื่อเฉพาะในการวินิจฉัยการพยาบาลขึ้น (Wake & Coenen, 1998) แบ่งการวินิจฉัยการพยาบาลเป็น 5 หมวดหมู่คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านความสัมพันธ์ และด้านสิ่งแวดล้อม (Coenen & Wake, 1996) ในแต่ละหมวดหมู่มีการแบ่งย่อยออกเป็นหมวดหมู่ย่อยไปอีกยกตัวอย่าง เช่น ด้านร่างกาย แบ่งเป็น ระบบไหลเวียนโลหิต ความสุขสบายภาวะโภชนาการ ด้านจิตใจ แบ่งเป็น ความเชื่อ การรับรู้ ด้านพฤติกรรม แบ่งเป็น นิสัยในการรับประทาน การดูแลตนเอง การใช้ระบบบริการสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์แบ่งเป็นการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนในบทบาทต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง เป็นต้น (Wake & Coenen, 1998) ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 การจำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลนานาชาติ



แหล่งที่มา. From Nursing diagnosis in the International Classification for Nursing Practice , Wake & Coenen.1998. Nursing Diagnosis.9 (3) (p.114).

ในปี ค.ศ.1992 แนวคิดเรื่อง ICNP ได้เผยแพร่ไปยังกลุ่มพยาบาลที่เข้าร่วมประชุมที่เมืองเจนีวา โดยมีที่ปรึกษาเฉพาะสาขา จาก 6 ประเทศ ได้แก่ อิสราเอล เนปาล ซิลี เคนยา จาไมกาและญี่ปุ่น เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปใช้นานาชาติ ผลที่ได้รับพบว่ายังมีความคิดที่ไม่ตรงกันระหว่างคำที่ใช้เรียกหรือตั้งชื่อในการพยาบาล เนื่องจากความแตกต่างกันในเรื่องวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศญี่ปุ่น ให้ความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือมากกว่าการเน้นการดูแลตนเอง ในประเทศเนปาล เน้นการพยาบาลในชุมชนในภาพรวมมากกว่าเฉพาะบุคคล เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตจากการคลอดบุตรสูงที่สุดในโลก สาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วัยเด็กหญิง ซึ่งสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์พอ เมื่อมีการตั้งครรภ์ในขณะอายุน้อยก็จะพบปัญหาการเสียชีวิตจากการคลอดได้มาก ดังนั้นวัตถุประสงค์คือการยืดอายุการแต่งงานออกไป 6-10 ปี ซึ่งเชื่อว่าจะแก้ไขปัญหานี้ได้ จากการประชุมครั้งนี้ จึงทำให้ทีมงานต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมที่หลากหลายเหล่านี้เป็นอันดับต้นๆ (Wake & Coenen, 1998)

ในปี ค.ศ.1993 เวคและคณะ (Wake et al., 1993) ได้เริ่มค้นหาข้อมูลในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เมดไลน์ (Med-line) เอ็กซเพอร์ตา เมดิคอล (Experta Medical) และเพิ่มเติมในส่วน

การพยาบาลหรือ Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลที่สำคัญ โดยใช้คำสำคัญในการค้นหา คือ การวินิจฉัยการพยาบาล การจำแนกผู้ป่วย การบำบัดทางการพยาบาล กระบวนการประเมินและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้ข้อมูลจำนวน 168 เรื่อง พบเป็นภาษาอังกฤษ 151 เรื่อง และภาษาอื่นๆ 17 เรื่อง

นอกจากนี้สหภาพพยาบาลนานาชาติได้ตีพิมพ์คำจำกัดความของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ให้กับสมาชิกสมาคมพยาบาลจำนวน 120 ประเทศ ที่เมืองแมดดริด ที่มีการจัดต่อเนื่องกัน พบว่าได้รับความสนใจจากสมาชิกเป็นอย่างมาก โดยในส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถจำแนกได้ 814 ปรากฏการณ์ 14 ข้อวินิจฉัย ได้แก่ ความวิตกกังวล (anxiety) สับสน (confusion) ท้องผูก (constipation) ภาวะเครียด (depression) ท้องเดิน (diarrhea) อ่อนเพลีย (fatigue) กลัว (fear) สิ้นหวัง (hopelessness) อุณหภูมิสูง (hyperthermia) อุณหภูมิต่ำ (hypothermia) นอนไม่หลับ (insomnia) เจ็บปวด (pain) ไร้อำนาจ (powerlessness) ภาวะเครียดจากจิตวิญญาณ (spiritual distress) (Wake & Coenen, 1998) เป็นต้น

จากการศึกษาของ ครูซ และคณะ (Cruz et al., 1994) เพื่อที่จะพัฒนา ICNP ในประเทศบราซิล มีการรวบรวมเอกสารอ้างอิง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 -1992 ในจำนวน 119 ฉบับ พบจำนวนของการวินิจฉัยการพยาบาลมีร้อยละ 39 กิจกรรมการพยาบาลพบร้อยละ 54 และผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบร้อยละ 8 ซึ่งในส่วนของ การวินิจฉัยการพยาบาลในประเทศบราซิล นั้นมีการนำข้อวินิจฉัยมาใช้แตกต่างกันไป เช่นบางแห่งใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของอเมริกาเหนือ หรือบางแห่งไม่ใช้การวินิจฉัยการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบริการเลย

ในปี ค.ศ.1994 มีการประชุมในประเทศแมกซิโก มีผู้ร่วมประชุม 10 ประเทศ ในแถบแอฟริกา อเมริกาเหนือ และอเมริกาใต้ ได้มีการประชุมปรึกษาหารือกัน เพื่อการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือของ ICNP ที่จะนำไปใช้ในส่วนของคุณชน และวางแผนให้การพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในการประชุมยังมีการนำเสนอผลงาน แบ่งกลุ่มการทำงานและสำรวจการให้บริการพยาบาลในชุมชน (ICNP Kellogg Project, 2000 August) ซึ่งสมาชิกจะได้วิเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา การวางแผน การบริหารจัดการ และการพัฒนานโยบายในชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลระดับปฐมภูมิ ตลอดจนการใช้ภาษาสากลในการอธิบาย กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละประเทศ โดยการทดสอบคำศัพท์ที่ใช้ในการอธิบายโดยใช้ ICNP เป็นแนวทางในการพัฒนา (International Nursing Review News, 1993) โดยได้รับการสนับสนุนจากสหภาพพยาบาลนานาชาติ และมูลนิธิเคลล็อก (Kellogg) ซึ่งเป็นองค์การเอกชนในสหรัฐอเมริกา

ที่จัดสรรเงินสำหรับองค์การหรือสถาบันที่มีโครงการต่างๆ ที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา ได้มีการสนับสนุนเงินจากมูลนิธิเคลล็อก จำนวน 719,935 เหรียญสหรัฐอเมริกา ในการพัฒนา ICNP ทั่วโลก (International Nursing Review News, 1996)

ความก้าวหน้าต่อมาของกลุ่มประเทศต่างๆที่อยู่ในโครงการ ได้แก่ประเทศบราซิล โคลัมเบีย ชิลี เม็กซิโก บอสวานา และ สวาซีแลนด์ ได้นำเสนอโครงการพัฒนา ICNP หลากหลายรูปแบบ การนำเสนอถึงวิธีคัดเลือกพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการและวิธีการวิจัยเพื่อพัฒนา หาความตรงของคำศัพท์ที่ใช้ใน ICNP และรายงานข้อมูลเกี่ยวกับคำศัพท์ต่างๆที่เกี่ยวข้องตามวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศโคลัมเบีย พบว่ามีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย มีความรุนแรงในชุมชนสูง ประเทศชิลี พบในเรื่องปัญหาครอบครัว และการเสริมพลังในครอบครัว ประเทศเม็กซิโก พบภาวะเครียดในวัยทำงานช่วงอายุ 25 - 40 ปี มีบุตรหลายคนและในช่วงอายุน้อย สุขวิทยาในครอบครัวไม่ดี ประเทศบอสวานา พบในเรื่อง การติดเชื้อเอดส์และการเป็นโรคเอดส์สูง มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (International Council of Nurse, 2000 July) ข้อมูลเหล่านี้ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิดในแต่ละประเทศในวัฒนธรรมที่หลากหลาย โดยประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา ซึ่งมีประเทศ บราซิล โคลัมเบีย และชิลี มีพยาบาลแต่ละประเทศหลายร้อยคนเข้าร่วมโครงการ มีการสร้างบรรยากาศให้เกิดความร่วมมือ และได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นอย่างดี ซึ่งขณะนี้ในกลุ่มประเทศเหล่านี้การพัฒนา ICNP ใกล้จะสมบูรณ์แล้ว ส่วนประเทศในแถบแอฟริกาได้คือ ประเทศบอสวานา คาดว่า จะสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 2000 ประเทศซิมบับเว และ สวาซีแลนด์ คาดว่า จะสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 2001 ซึ่งโครงการของกลุ่มประเทศเหล่านี้จะมีความสมบูรณ์อย่างแท้จริงในปี ค.ศ. 2002 เนื่องจากได้รับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการจากพยาบาลอย่างมากทั้งในส่วนของการพยาบาลระดับปฏิบัติ พยาบาลด้านการศึกษา และการวิจัย นอกจากนี้รัฐบาลยังให้ความสนับสนุนอย่างจริงจังทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (ICNP Bulletin, 2000 April)

ในปี ค.ศ.1995 มีการทดลองนำ ICNP ไปใช้ในประเทศแถบเอเชีย เริ่มจากการประชุมที่จัดโดยสมาคมพยาบาลในไต้หวัน ซึ่งมีสมาชิกในกลุ่มเอเชียแปซิฟิก เข้าร่วมจำนวน 9 ประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น เกาหลี มาเลเซีย นิวซีแลนด์ ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน สิงคโปร์ ซามัวตะวันตก และประเทศไทย ได้มีการอภิปรายถึงความจำเป็นใน ICNP (Wake & Coenen, 1998)

ในปี ค.ศ.1996 ในยุโรป สมาคมสุขภาพและการวิจัยทางการแพทย์ของเดนมาร์ก ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในประเทศต่างๆในกลุ่มยุโรป (European Union, EU) ได้มีโครงการเผยแพร่ ICNP และทดสอบในการนำ ICNP ฉบับแอลฟาซึ่งเป็นการตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรก

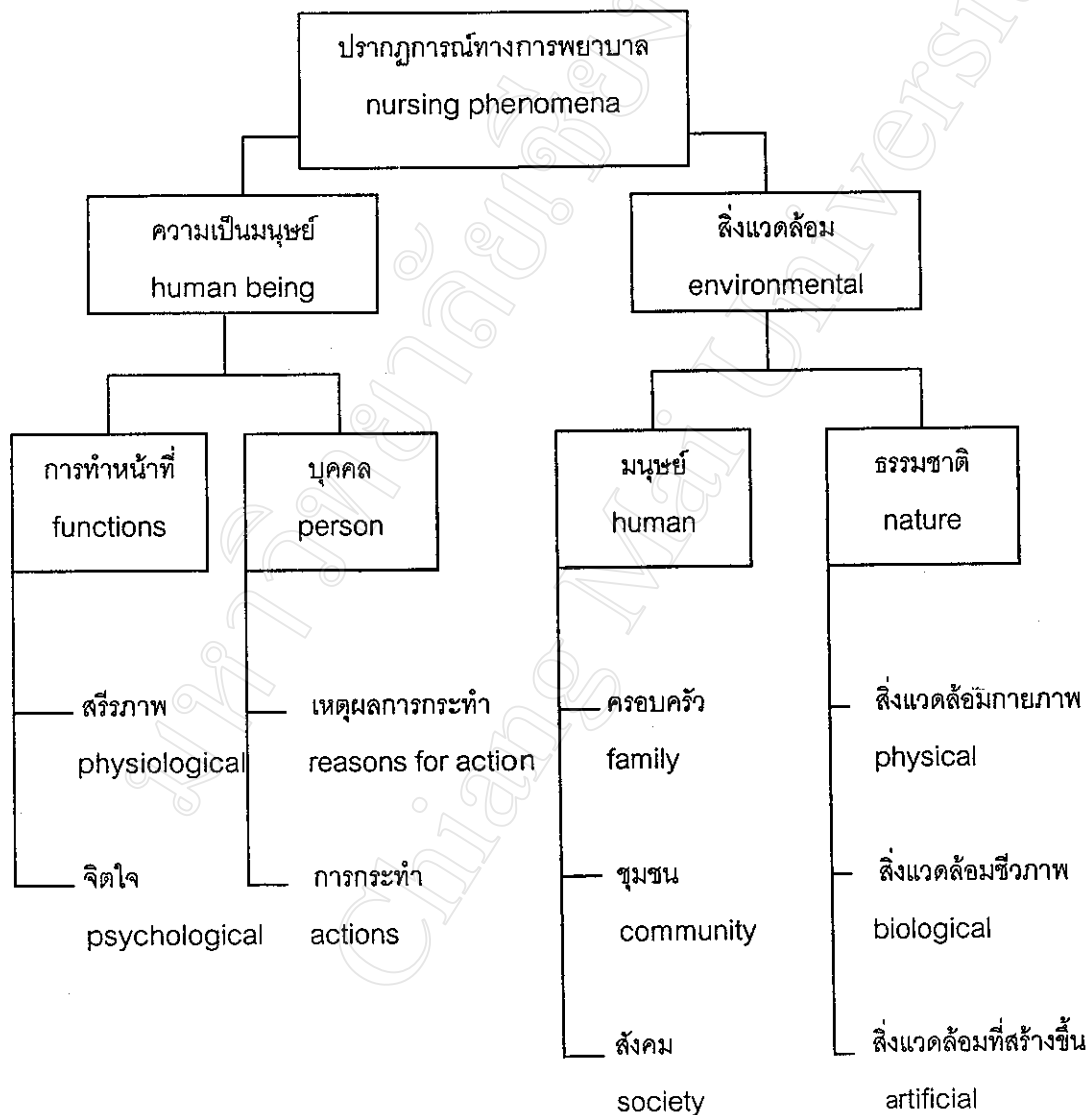
ประกอบด้วย การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาลหรือการบำบัดทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งในส่วนของผลลัพธ์ทางการพยาบาลยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ (Nielsen & Mortensen, 1996; Coenen, 1999) ประเทศที่ได้นำ ICNP ฉบับแอลฟาไปทดลองใช้ คือประเทศ เดนมาร์ก สวิสเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ อิตาลี เบลเยียม ฟินแลนด์ อังกฤษ โปรตุเกส กรีซ ไอร์แลนด์ สวีเดน และเยอรมัน โดยการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่จะเน้นข้อมูลจากการปฏิบัติที่เรียกว่า เทเลเนิสร์ (TELENURSE) (ICNP in Europe, 1996) ซึ่งสร้างโดยสมาคมสุขภาพและการวิจัยทางการพยาบาลของเดนมาร์ก โดยมีผู้รับผิดชอบโครงการคือ แรนดี มอร์เทนเซน เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลเฉพาะ ที่สร้างจาก ICNP (ICNP in Europe, 1996) โดยประกอบด้วย คำศัพท์ที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลพื้นฐานทางการปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลที่จำเป็นทางการพยาบาล และการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ (Clark, 1996; International Council of Nurses, 2000 June) ซึ่งเชื่อว่า จะช่วยบันทึก ประเมินกระบวนการและมีการติดต่อสื่อสารที่สามารถวัดได้จากข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล และในระยะยาวจะช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือ มีข้อมูลในการเตรียมการวิจัย เพื่อช่วยควบคุมคุณภาพทางการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น (ICNP in Europe, 1996)

วัตถุประสงค์ของโครงการเทเลเนิสร์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ ICNP ในยุโรป บนฐานข้อมูลทางการพยาบาลที่จำเป็น และมีระบบการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว การนำข้อมูลมาใช้ในการปรับจะทำให้ง่ายโดยการประมวลผลทางสถิติและแสดงผลในรูปแบบต่างๆกัน และเพื่อเป็นการสาธิตให้กับพยาบาลทั่วโลกให้มีการแสดงความคิดเห็นในการบันทึกข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ โดยจัดครั้งแรกในเดือน ตุลาคมปี ค.ศ. 1996 ที่เมืองเฮเธนส์ และครั้งที่ 2 ที่เมืองลิสบอน ประเทศโปรตุเกส ซึ่งโครงการนี้กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (ศิริพร ชัมภลิจิต และ อังคณา สรียาภรณ์, 2541; International Council of Nurses, 2000 June)

การวินิจฉัยการพยาบาลในฉบับแอลฟาซึ่งเป็นขั้นที่สองนั้นมีการปรับเปลี่ยน โดยเน้นความจำเป็นด้านครอบครัวและด้านชุมชน มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางในหมู่สมาชิกด้วยกันเพื่อเสนอแนวคิดต่างๆ จากการปฏิบัติงาน เช่น การวิเคราะห์ คำว่าชุมชน มีการเสนอว่าหมายความว่ารวมถึงบุคคลด้วย เช่นคำว่า ความรุนแรง อาจเป็นได้ทั้งบุคคล และชุมชน ในที่นี้จึงได้มีมติให้เปลี่ยนการใช้คำว่า การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ซึ่งมีทั้งความเป็นบุคคลและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเห็นว่าสิ่งแวดล้อมไม่ใช่เป็นการตอบสนองของมนุษย์ การใช้ปรากฏการณ์ทางการพยาบาลจะมีความครอบคลุมและกว้างขวางกว่า และให้การวินิจฉัยการ

พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของแกนปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (Wake & Coenen, 1998) เป็นการแบ่งปัญหาการพยาบาลเป็นหมวดหมู่ตามลักษณะของปรากฏการณ์ทางการพยาบาล จะใช้การกระจายกรอบแนวคิดใหญ่ไปสู่กรอบแนวคิดย่อย เล็กลงเรื่อยๆ ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ปรากฏการณ์ทางการพยาบาลของระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลนานาชาติ ฉบับแอลฟา



แหล่งที่มา. From The architecture for an International Classification for Nursing Practice
,Nielsen & Mortensen,1996. International Nursing Review. 43(6) (p.177).

ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (nursing phenomena) หมายถึงภาวะสุขภาพที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

การวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึงชื่อปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่พยาบาลตัดสินใจเรียกและเป็นจุดเน้นที่พยาบาลต้องให้การบำบัดทางการพยาบาล โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลใน ICNP ฉบับแอลฟาประกอบด้วยมโนทัศน์ในแกนการจำแนกปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (phenomena axes) แกนเดียวคือ จุดเน้นการปฏิบัติการพยาบาล (focus of nursing practice) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ส่วน คือ กรอบแนวคิดหลัก ลักษณะเฉพาะหรือคุณสมบัติของกรอบแนวคิด และการนำกรอบแนวคิดและลักษณะเฉพาะนั้นมารวมกันแล้วให้ความหมาย อธิบายได้ดังนี้ (คณะกรรมการจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล, 2542; Nielsen & Mortensen, 1996)

1. กรอบแนวคิดเริ่มจากกรอบแนวคิดใหญ่และกรอบแนวคิดย่อยที่เล็กลงเรื่อยๆ โดยการให้ความหมายจากกรอบแนวคิดใหญ่และกรอบแนวคิดย่อย ซึ่งมีความสัมพันธ์ตามลำดับชั้นไป การให้ความหมายของกรอบแนวคิดใหญ่มีหลัก 2 ประการคือ มีความชัดเจนในกรอบแนวคิดใหญ่ และการวิเคราะห์ลักษณะที่แตกต่างไปในแต่ละระดับของกรอบแนวคิดย่อย ยกตัวอย่างปรากฏการณ์ทางการพยาบาลของกระบวนการหายใจเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นคือ

1.1 การทำหน้าที่ของร่างกาย (physiological functions) เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ : กระบวนการต่างๆ ของร่างกายเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตและส่งเสริมการมีชีวิตอย่างดีที่สุดของบุคคล

1.1.1 กระบวนการหายใจ (respiration) เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับ การทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ : การแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายโดยผ่านทางเดินหายใจ

1.1.1.1 การหายใจ (breathing) เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับ กระบวนการหายใจ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ : กลไกที่มีการสูดอากาศเข้าและระบายอากาศออก

1.1.1.1.1 หายใจลำบาก (dyspnea)) เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับ การหายใจ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ : หายใจไม่สะดวก ต้องออกแรงเพิ่มขึ้น

หายใจสั้น จมูกบาน สลับกับการหายใจลึก ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ พบการเปลี่ยนแปลงของการขยายตัวและการสิ้นสุดเพื่อนของทรวงอก

1.1.1.1.1 หายใจลำบากโดยไม่พบพยาธิสภาพ
ด้านร่างกาย (functional dyspnea) เป็นปรากฏการณ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับ หายใจลำบาก ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ : หายใจไม่สะดวก ต้องออกแรงหายใจเพิ่มขึ้น อาการนี้สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมหรือเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลหรืออารมณ์ โดยไม่พบความผิดปกติทางด้านร่างกาย

1.1.1.1.2 หายใจลำบากจนต้องนั่งหายใจ หรือ
หายใจลำบากจนนอนราบไม่ได้ (orthopnea) เป็นปรากฏการณ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับ หายใจลำบาก ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ : หายใจไม่สะดวก ต้องออกแรงเพิ่มขึ้น ในขณะที่พักหรือนอนราบจนต้องลุกนั่งหายใจ

2. หลักในการแบ่งกรอบแนวคิด มีการเชื่อมต่อในกรอบแนวคิดอย่างเป็นลำดับ การแบ่งกรอบแนวคิดอาจแบ่งเป็น 2 ส่วนหรือมากกว่านั้น ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายหลักและพื้นฐานการจำแนกหรือลักษณะเฉพาะที่ใช้ในการแบ่งจากกรอบแนวคิดใหญ่ไปสู่กรอบแนวคิดย่อยอย่างชัดเจน และเพื่อให้เกิดความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ใน ICNP ฉบับแอลฟา ได้อธิบายการแบ่งแต่ละลำดับชั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล ชัดเจน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. ทุกส่วนประกอบเกี่ยวข้องกับจุดเน้นการปฏิบัติการพยาบาล ในการแบ่งแต่ละชั้น มีกรอบแนวคิดใหญ่คือ ปรากฏการณ์ทางการแพทย์ เป็นจุดใหญ่ในการแบ่งลักษณะเฉพาะแต่ละชั้นของการจำแนก โดยลักษณะเฉพาะแต่ละชั้นจะสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่เป็นจุดหลัก เช่น หายใจลำบาก เป็นปรากฏการณ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับการหายใจ ที่เป็นจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล ในจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมากมายนั้น มีการอธิบายโครงสร้างของคำต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างเหมาะสม จากจุดใหญ่ ไปหาจุดย่อย เล็กลงเรื่อยๆ เช่น

สังคม เศรษฐกิจ การเมือง

ชุมชน

ครอบครัว

คนแต่ละคน เช่น การดูแลตนเอง

การรับรู้ความรู้สึกของแต่ละบุคคล เช่น ปวด คัน

ร่างกายของบุคคล เช่น การเคลื่อนไหว

ส่วนของร่างกาย เช่น ทรวงอก, ศีรษะ, ท้อง

ระบบของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด, ระบบทางเดินหายใจ

อวัยวะของร่างกาย เช่น หัวใจ, ปอด, หลอดเลือด

ลักษณะของเนื้อเยื่อ เช่น ไชกระดูก, กล้ามเนื้อหัวใจ

เซลล์ เช่น epithelial, fibroblast, lymphocyte

ส่วนของเซลล์ เช่น membranes, nucleus, organelles

โมเลกุลใหญ่ เช่น enzyme, structural protein, nucleic acid

โมเลกุลเล็ก เช่น glucose, ascorbic acid

อะตอม เช่น sodium, iron

จากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นว่าปรากฏการณ์ทางการแพทย์แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ความเป็นมนุษย์ (human being) และ สิ่งแวดล้อม (environmental) ซึ่งทั้ง 2 ส่วนมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ด้านความเป็นมนุษย์ แบ่งเป็น การทำหน้าที่ของร่างกาย และบุคคล ซึ่งเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่สามารถแยกกันได้ ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถอธิบายตั้งแต่ระดับการทำหน้าที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย และด้านจิตใจที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความต้องการ ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล จนถึงความเป็นคนทั้งคน

บุคคล หมายถึง คุณภาพของแต่ละบุคคล เป็นพฤติกรรมโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งชีวิตและส่งเสริมการมีชีวิตที่ดีที่สุดของบุคคล บุคคลประกอบด้วย การกระทำ (actions) และเหตุผลการกระทำ (reasons for actions) โดยการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งที่เกิดจากแรงจูงใจด้านจิตใจที่มีผลต่อลักษณะเฉพาะของบุคคล

4. ลักษณะของกรอบแนวคิดใหญ่จะสืบเนื่องมาถึงกรอบแนวคิดย่อยในแต่ละระดับ การอธิบายในแต่ละกรอบแนวคิดย่อย จะมีลักษณะของกรอบแนวคิดใหญ่

5. ลักษณะเฉพาะแต่ละกรอบแนวคิดสามารถอธิบายลักษณะเฉพาะของกรอบแนวคิดนั้นด้วยลักษณะที่แตกต่างออกไป

การจำแนกปรากฏการณ์ทางการแพทย์ของ ICNP ฉบับแอลฟา จะมีการจำแนกที่แตกต่างจากระบบการจำแนกทางการแพทย์อื่นๆ โดยมีการให้เหตุผล และความหมายในกรอบแนวคิดตั้งแต่กรอบแนวคิดใหญ่ และกรอบแนวคิดย่อย ที่เกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่องกันเป็นลำดับ และทั่วทุกทิศทาง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในลักษณะคนทั้งคน (holistic system) โดยมีแกนเดียวคือ จุดเน้นการปฏิบัติการพยาบาล

การประชุมติดตามของคณะทำงาน ICNP ในเดือนมกราคมปี ค.ศ. 1988 ได้มีการปรับปรุงในส่วนของ ICNP ฉบับเบต้าขึ้น ซึ่งคือการพัฒนาในฉบับแอลฟาให้มีความสมบูรณ์ขึ้น จากความร่วมมือของสมาชิกสมาคมพยาบาลทั่วโลกในการพัฒนาคำศัพท์ที่ใช้ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ใช้คำที่กะทัดรัดได้ใจความ ใช้คำที่มีแนวโน้มใช้กันมาก มีความหมายชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องใช้กรอบแนวคิดของ ICNP เป็นหลัก (International Council of Nurses, 2000 emerging beta)

ในเดือนกันยายนปี ค.ศ.1998 ผู้แทนจากประเทศสมาชิกได้เข้าร่วมประชุม The 2nd Workshop on The ICNP-Asian/Pacific Region ที่เมืองไทเป ประเทศไต้หวัน การประชุมครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแทนจากประเทศต่างๆ รวม 14 ประเทศในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย คุกไอร์แลนด์ ฮองกง เกาหลี มาเลเซีย นิวซีแลนด์ ฟิลิปปินส์ ไชลอน ฮ่องกง ไอร์แลนด์ ศรีลังกา ไต้หวัน ทอนก้าไอร์แลนด์ ซามัวตะวันตก และประเทศไทย ผลคือทำให้แต่ละประเทศมีความตื่นตัวในการพัฒนาระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลนานาชาติเข้าไปทดลองใช้ในประเทศของตนมากขึ้น (ศิริพร ชัมภลจิต และอังคณา สรียาภรณ์, 2541; ICNP Bulletin, 1999 August)

สหภาพพยาบาลนานาชาติได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์ข้อหนึ่งของ ICNP ว่า ICNP มีการอธิบายถึงกรอบแนวคิดที่ชัดเจน ซึ่งไม่ขึ้นกับกรอบทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่งหรือรูปแบบการพยาบาลใดๆ (Nielsen & Mortensen, 1997) แต่ต้องการให้เกิดบูรณาการเข้าได้กับระบบการจำแนก หรือทฤษฎีการพยาบาลต่างๆที่มีอยู่ได้ โดยกิจกรรมในโครงการที่ทีมงานได้ดำเนินต่อคือ (International Nursing Review News, 1994)

1. การพัฒนาอย่างต่อเนื่องในส่วนของเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย คำศัพท์ใหม่ๆ การกลั่นกรองคำศัพท์จากที่ต่างๆ หรือการเพิ่มคำศัพท์ที่พบในการปฏิบัติพยาบาล และการพัฒนาในส่วนของระบบโครงสร้างเพื่อความสะดวก ประโยชน์ที่ได้รับจากการรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาล ความสอดคล้องในระบบข่าวสารด้านสุขภาพ ตลอดจนการใช้ระบบคอมพิวเตอร์
2. การประเมินผล ในการวิจัยทั้งในส่วนของเนื้อหา และโครงสร้าง รวมถึงการทดสอบคำศัพท์ที่ใช้
3. การประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในส่วนของระบบคอมพิวเตอร์ หรือการบันทึกทางการพยาบาล
4. การเผยแพร่โดยการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การแปลความหมายของคำ การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ในสื่อต่างๆ

5. การฝึกอบรมและการให้การสนับสนุน ในการนำ ICNP ไปใช้ เช่น ในระบบการบันทึก การพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ การพัฒนาแนวทางการให้ความร่วมมือจากพยาบาลในที่ ต่างๆ เป็นต้น

6.แนวคิดด้านการตลาด ระบบการจำแนกถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบันทึกทาง การพยาบาล เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์

โดยสรุป ICNP เป็นการพยายามที่จะให้ภาษาสากลที่จะสามารถติดต่อสื่อสารกับ พยาบาลทั่วโลก เพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในการอธิบายการปฏิบัติการพยาบาล ว่า พยาบาลทำอะไร(กิจกรรมการพยาบาล) ในการตอบสนองต่อภาวะที่ผู้รับบริการมีปัญหา (การวินิจฉัยการพยาบาล) ซึ่งจะเกิดผลต่อผู้รับบริการ(ผลลัพธ์ทางการแพทย์) เป็นกรอบแนวคิด เดียวกันในวิชาชีพการพยาบาล ที่จะสามารถสอดคล้องกับระบบการจำแนก และทฤษฎีการ พยาบาลต่างๆที่มีอยู่แล้ว จะเกิดขึ้นได้จากการใช้องค์ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมี การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ไม่คงที่ ช่วยให้พยาบาลทั่วโลกสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ มอง เห็นความรับผิดชอบของวิชาชีพการพยาบาลในการปรับปรุงภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของ ผู้รับบริการ เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาและวิจัย ซึ่งต้องอาศัยศึกษา การพัฒนาและการปรับปรุง อย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในโรงพยาบาลน่าน

โรงพยาบาลน่าน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง ประจำจังหวัดน่าน อยู่ในเขต 9 ภาคเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย รวมทั้งหมด 170 คน (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน ติดต่อกับการสนทนา , พฤศจิกายน 10, 2543) มีจำนวนหอผู้ป่วยทั้งหมด 17 หอผู้ป่วย 1 งานการพยาบาลดังนี้คือ การพยาบาลอายุรกรรม จำนวน 6 หอผู้ป่วย การพยาบาลศัลยกรรมจำนวน 5 หอผู้ป่วย การพยาบาลกุมารเวชกรรม จำนวน 3 หอผู้ป่วย การพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมจำนวน 3 หอผู้ป่วย และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ ที่ต้องรับผิดชอบมากมาย โดยเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพรวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของระบบบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลน่าน แต่เดิมมีแบบบันทึกที่ต้องรับผิดชอบบันทึกมากมายแตกต่างกันไปในแต่ละหน่วยงาน แต่การบันทึกเหล่านั้นยังขาดระบบระเบียบตามกระบวนการพยาบาล เนื้อหาที่บันทึกยังขาดข้อมูลทางการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการบันทึกแต่ละหน่วยงานมีความยุ่งยาก มีความซ้ำซ้อนในการบันทึก นอกจากนั้นพยาบาลเองก็มองการบันทึกว่าเป็นงานที่ใช้เวลามากเกินไปในการปฏิบัติงาน และยังไม่ตระหนักว่าการบันทึกที่มีจะก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเองอย่างไรบ้าง ไม่มีการใช้ข้อมูลในการศึกษาหรือการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล ข้อมูลที่บันทึกไว้กระจัดกระจายไม่เป็นระบบ เมื่อต้องการค้นหาหรือศึกษาปัญหาของผู้รับบริการแต่ละราย ต้องใช้เวลาศึกษาข้อมูลย้อนหลังนาน หรือไม่สามารถนำข้อมูลที่มีนั้นมาประมวลผลได้ว่ามีปัญหาอย่างไรกับผู้รับบริการ และได้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนอย่างไร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำบัญชีจำแนกโรคเพื่อคิดค่าใช้จ่ายในการให้การรักษายาบาล และการนำกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมเข้ามาคิดค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลโดยรวม โรงพยาบาลน่านก็เช่นกัน ในหน่วยงานอื่นส่วนใหญ่สามารถคิดค่าใช้จ่ายเพื่อนำมาคิดค่ารักษายาบาลโดยรวมได้ แต่ในส่วนของกลุ่มงานการพยาบาล ยังไม่มีข้อมูลที่จะนำมาคิดค่าใช้จ่ายได้ เนื่องจากฐานข้อมูลที่สำคัญทางการพยาบาลยังไม่ได้มีการจัดทำขึ้น ทำให้ไม่สามารถคิดค่าใช้จ่ายในการให้การพยาบาลได้ นอกจากนั้นบางครั้งยังพบว่าการร้องเรียนเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในการรับบริการพยาบาล เมื่อค้นหาแบบบันทึกทางการพยาบาลย้อนหลัง พบว่าไม่มีการบันทึกที่แสดงให้เห็นถึงการดูแลที่เป็นระบบได้

จากปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน ได้ตระหนักถึงเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่บ่งชี้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนต้องเรียนรู้วิธีการเขียนบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง และปฏิบัติโดยไม่มีข้อยกเว้น เป็นสิ่งซึ่งแสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพ และเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยตรง จึงได้มีการพัฒนาระบบการบันทึกมาเป็นลำดับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยเริ่มจากการระดมสมองจากพยาบาลในระดับปฏิบัติในแต่ละงานการพยาบาล ว่าระบบการบันทึกทางการพยาบาลควรจะมีข้อมูลที่สำคัญอะไรบ้าง โดยอ้างอิงแบบฟอร์มจากกองการพยาบาลซึ่งได้มีการพัฒนามาโดยลำดับเช่นกัน แต่เนื่องจากมีหลายงาน จึงทำให้แบบฟอร์มที่ออกมาไม่สามารถใช้ฐานข้อมูลทางการพยาบาลเดียวกันได้ จึงได้มีการปรับปรุงให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สามารถใช้แบบฟอร์มเดียวกันได้ทุกหน่วยงาน แต่อาจมีบางหอผู้ป่วยที่ใช้แบบบันทึกแตกต่างกันบ้าง เช่น หอผู้ป่วยหนัก

เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2542 กองการพยาบาลได้กำหนดตัวอย่างแบบฟอร์มในการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เป็นแนวทางการบันทึกร่วมกัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน จึงได้จัดโครงการเชิงรุก โดยให้คำปรึกษาเรื่องแนวทางการใช้ข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในในแต่ละหอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการประมาณ 2 เดือน โดยมีวิทยากรที่มีประสบการณ์ในการเขียนข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 3 คน โดยเห็นว่า ข้อมูลที่จำเป็นทางการพยาบาลที่สำคัญบางส่วนได้พัฒนาค่อนข้างสมบูรณ์แล้ว แต่ในส่วนของการให้ข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลระดับปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้ ความเข้าใจ ว่าควรจะเขียนลักษณะอย่างไร และมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานอย่างไร การจัดโครงการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เบื้องต้น เพื่อให้พยาบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญของการวินิจฉัยการพยาบาล และมีเจตคติที่ดีต่อการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล และนำแนวทางการวินิจฉัยการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติและการบันทึกทางการพยาบาล โดยรูปแบบการวินิจฉัยการพยาบาลนั้นไม่ได้นำการวินิจฉัยการพยาบาลในระบบใดระบบหนึ่งโดยเฉพาะ ผู้เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค รวม 150 คน เนื้อหาวิชาการกล่าวถึง ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาล ลักษณะของการวินิจฉัยการพยาบาล แนวคิดการเขียนข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล และข้อแนะนำในการเขียนการวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินผลโครงการหลังจากนั้น 6 เดือน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการเขียนการวินิจฉัยการพยาบาลมากขึ้น เห็นว่าการเขียนการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญต่อวิชาชีพ

เดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2542 ตัวแทนของกลุ่มงานการพยาบาลน่าน ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการสารสนเทศทางการพยาบาลซึ่งจัดโดยชมรมสารสนเทศทางการพยาบาลร่วมกับกองการพยาบาล มีพยาบาลเข้าร่วมประชุมจากทั่วประเทศ จากหลายหน่วยงานการพยาบาล คือ การพยาบาลอายุรกรรม การพยาบาลศัลยกรรม การพยาบาลกุมารเวชกรรม การพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและร่วมกันพัฒนาจำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ชมรมพยาบาลสารสนเทศแห่งประเทศไทย, จดหมายข่าว เมษายน, 2542) มีการสำรวจข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พยาบาลพบในการปฏิบัติงานที่แปลจากฉบับแอลฟา จำนวน 194 ข้อ ผลการสำรวจโดยรวมพบว่า พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อที่กำหนดไว้ โดยมีจำนวนการพบมากน้อยตามลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (กฤษฎา แสงวงศ์ ดิตตอเป็น การส่วนตัว, สิงหาคม 17, 2543) ต่อมาในการประชุมครั้งที่ 2 ในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2543 มีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนมากมีการนำเสนอการพัฒนาโปรแกรมต้นแบบระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ในระบบคอมพิวเตอร์ในการบันทึกทางการพยาบาล (prototype ICNP) โดยใช้ฉบับแอลฟาเป็นแนวทางเพื่อทดลองใช้ในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการนำเสนอรายละเอียดฉบับเบต้า ซึ่งอยู่ในระหว่างการแปลของคณะกรรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนานำ ICNP มาใช้ให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามพยาบาลผู้ปฏิบัติพยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับ ICNP เนื่องจากเป็นระบบที่เริ่มนำเข้ามาพัฒนาในประเทศไทย ซึ่งต้องอาศัยการศึกษา เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำเอาระบบดังกล่าวไปใช้กันมากขึ้น จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

ผู้วิจัยซึ่งได้ติดตามการดำเนินงานของการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลน่านมาโดยตลอด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาในการให้การพยาบาลนั้นมีการใช้การวินิจฉัยการพยาบาลหรือการบันทึก ซึ่งสอดคล้องกับความรู้พื้นฐานที่พยาบาลระดับปฏิบัติได้รับความรู้มาบ้างแล้วจากโครงการให้คำปรึกษาการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล และเนื่องจากพยาบาล โรงพยาบาลน่านเองยังไม่คุ้นเคยกับระบบจำแนกทางการพยาบาลระบบใดมาก่อน การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาข้อวินิจฉัยการพยาบาล ว่ามีความใกล้เคียงกับ ICNP ของสหภาพพยาบาลนานาชาติ ที่ได้รับการแปลโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่างๆ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร ใกล้เคียงกันหรือไม่ โดยใช้คู่มือพิจารณาความหมายของคำที่ใช้ในการจำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบ (คณะกรรมการจำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาล, 2542) และศึกษาว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พยาบาลใช้จริงเป็นแบบใด เพื่อนำผลวิจัยเสนอผู้บริหารกลุ่มงานการ

พยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นว่ารูปแบบที่เสนอโดยสหภาพพยาบาลนานาชาติ มีความเหมาะสม และเป็นไปได้เพียงใดในการนำมาใช้ และหากมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบของ ICNP ก็จะเป็นการพัฒนาฐานข้อมูลทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อวินิจฉัยการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลน่าน โดยใช้กรอบแนวคิดปรากฏการณ์ทางการพยาบาลของ ICNP ของสหภาพพยาบาลนานาชาติ ฉบับแปล

ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ความเป็นมนุษย์ (human being) และ สิ่งแวดล้อม (environmental) ซึ่งทั้ง 2 ส่วนมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในระดับ ปฐมภูมิและทุติยภูมิ ส่วนที่ 1 ด้านความเป็นมนุษย์ แบ่งเป็น การทำหน้าที่และบุคคล ซึ่งเชื่อว่า เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่สามารถแยกกันได้ ซึ่งการทำหน้าที่แบ่งเป็น การทำหน้าที่ ของร่างกายซึ่งสามารถอธิบายตั้งแต่ระดับการทำหน้าที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย และด้านจิตใจที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความต้องการ ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับบริการกับพยาบาล จนถึงความเป็นคนทั้งคน ส่วนบุคคล หมายถึง คุณภาพของแต่ละบุคคล เป็นพฤติกรรมโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งชีวิตและส่งเสริมการมีชีวิตที่ดีที่สุดของบุคคล ประกอบด้วยการกระทำ (actions) และเหตุผลการกระทำ (reasons for actions) โดยการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งที่เกิดจากแรงจูงใจด้านจิตใจที่มีผลต่อลักษณะเฉพาะของบุคคล ส่วนที่ 2 ด้านสิ่งแวดล้อมนั้นประกอบด้วย มนุษย์และธรรมชาติ ส่วนของมนุษย์ประกอบด้วย ครอบครัว ชุมชน สังคม ส่วนของธรรมชาติประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น

การวินิจฉัยการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลน่านใช้ จะนำไปสู่การจัดทำ ฐานข้อมูลทางการพยาบาล