

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ
พยาบาลมีส่วนร่วมและได้ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยได้ศึกษาดาราศาสตร์ เอกสาร
บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การวางแผนจำหน่าย
 - 1.1 แนวคิด ความหมาย
 - 1.2 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
 - 1.3 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
2. บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย
3. การมีส่วนร่วม และขั้นตอนการมีส่วนร่วม
4. โรคความดันโลหิตสูง
5. การจัดระบบการพยาบาล
6. ความสามารถในการดูแลตนเอง
7. โรงพยาบาลเบตง

การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการในการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม
การดูแลทั้ง 4 มิติ คือ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยให้มี
สุขภาพที่ดี โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดย
การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน

จากภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสภาวะสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน พบว่า ประชาชน
มีความต้องการการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และเป็นที่พึงพอใจ ในขณะเดียวกัน ต้องอยู่
บนพื้นฐานของค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการออกแบบ ระบบบริการและมี
การวางแผนการให้บริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และ
ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นออกไป กระบวนการการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเป็นแนวทางที่จะ
แก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ซึ่งจากการศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยด้านต่าง ๆ เช่น ผลการ

ทดลองของ มาเชต และ โฮลโลแมน (Marchelte & Hollowman, 1986, pp. 12-19) พบว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 0.8 วัน ถ้าพยาบาลวางแผนจำหน่าย เร็วก็นสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น และพบว่าคนที่ผู้ป่วยต้องยืกระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเริ่มวางแผนจำหน่ายช้า เป็นต้น การวางแผนจำหน่ายยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ที่จะป็นกิจกรรม เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่าง โรงพยาบาลและบ้านหรือชุมชนอีกด้วย

1. แนวคิดและความหมาย เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย

แทบบิตต์ (Tabbitt, 1981, pp. 22-26) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง ระบบ การวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะ หนึ่งในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่ง ไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปสู่บ้านของผู้ป่วย

มาร์เชต และ โฮลโลแมน (Marchelte & Hollowman, 1986, p. 12) ให้ความหมายว่าการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการ สนับสนุนให้คำปรึกษา และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โลเวนสไตน์ และ ฮอฟฟ์ (Lowenstein & Hoff, 1994, p. 45) ให้ความเห็นว่าการวางแผน จำหน่ายเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาท สำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่

1. การประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดแผนจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน
3. การประเมินศักยภาพและหน่วยงาน หรือแหล่งประโยชน์ที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับ การช่วยเหลือ และเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม
4. การกำหนดแบบแผนการสอน การดูแลสุขภาพตัวเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

โรเดน และ ทาฟท์ (Roden & Taft, 1990) ให้ความเห็นว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นกลุ่ม ของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่าง ๆ ของความเจ็บป่วย โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ละคน

แมคคีฮาน และ คูลตัน (McKeehan & Coulton, 1985) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยเป็นกระบวนการของการบริการเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การประเมินผล และการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการเตรียมความพร้อมที่จะไปอยู่โรงพยาบาลแห่งใหม่ บ้านหรือ

สถานพักฟื้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังรวมไปถึงการจัดหาแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล

ยูรา และวอลท์ (Yura & Walsh, 1982 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2539, หน้า 2) ให้ความเห็นว่าการวางแผนจำหน่ายจะบรรลุเป้าหมายในด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยนั้นจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ ซึ่งจะสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยอย่างค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วยคืนสู่ภาวะปกติ หรือดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากร และความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537, หน้า 41-42) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการในการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวด้วยการร่วมปรึกษาร่วมกับบุคลากรพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว และสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยให้ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยมุ่งให้มีการดูแลและรักษาต่อเนื่องและมีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมด้วยการปฏิบัติอย่างมีขั้นตอน

จากความหมายข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของการวางแผนจำหน่ายในการวิจัยในครั้งนี้ หมายถึง กระบวนการการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขที่สุด โดยอาศัยการร่วมมือของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม เมื่อต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย (discharge planning model)

โดยที่รูปแบบที่นิยมใช้มีอยู่ 3 รูปแบบ

2.1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสมบูรณ์แบบ (comprehensive discharge planning model) (Rhoads, 1992) เป็นบริการสมบูรณ์แบบ โดยมีกิจกรรมในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงบริการของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน มีการประสานงานของบุคลากรทั้ง 2 สถาบันและเชื่อมโยงบริการของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน มีการประสานงานของบุคลากรทั้ง 2 สถาบัน โดยให้ความสนใจกับความต้องการแบบองค์รวม (holistic) ของผู้ป่วย ทำให้เกิดความคล่องตัวเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การวางแผนจำหน่ายของทีมโรงพยาบาล สนใจความต้องการของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลเป็นหลัก ส่วนของศูนย์บริการ สุขภาพที่บ้านเน้นที่การตอบสนองความต้องการขณะจัดการดูแลที่บ้าน การเตรียมการดูแลเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน ทั้งสอง

หลัก ส่วนของศูนย์บริการ สุขภาพที่บ้านเน้นที่การตอบสนองความต้องการคณะกรรมการดูแลที่บ้าน การเตรียมการดูแลเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน ทั้งสองแห่งนี้จะส่งเสริมการทำงาน ซึ่งกันและกัน ความสำเร็จของการวางแผนจำหน่าย จะขึ้นอยู่กับ การร่วมปฏิบัติงานระหว่าง โรงพยาบาลและศูนย์บริการ และผู้ประเมินผลการบริการวางแผนจำหน่าย คือ พยาบาลเยี่ยมบ้าน การวางแผนจำหน่ายมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวม ข้อมูลซึ่งการทำตั้งแต่เริ่มพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและ ครอบครัว ข้อมูลที่บ้าน ซึ่งในการวางแผน มีทีมสุขภาพของโรงพยาบาลและพยาบาลจาก ศูนย์สุขภาพที่บ้าน ในชุมชนของผู้ป่วยมาร่วมวางแผน ปฏิบัติตามแผนที่ร่วมกันกำหนดขึ้นและ ประเมินผล ส่วนพยาบาลจากศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านจะติดตาม รวบรวมข้อมูล และทบทวน แผนจำหน่ายเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายจึงรับเข้าสู่ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน

2.2 รูปแบบของบาลดริจ (Baldrige Model, 1971 cited in Schneider, Shawver & Martin, 1993) เป็นรูปแบบที่ใช้ได้ใน โรงพยาบาลที่มีการใช้กระบวนการและเกิดปัญหาขัดแย้ง (conflict) ในหน่วยงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพหรือผู้เกี่ยวข้องมีเป้าหมาย ความสนใจ ความคิดเห็นและการรับรู้ นโยบายที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดปัญหาขึ้น แนวคิดนี้ สามารถสรุปข้อตกลงที่จะปฏิบัติงานร่วมกัน

2.2.1 โครงสร้างทางสังคม (social structure) มีทีมสุขภาพ ที่ประกอบด้วย บุคลากรที่มีความหลากหลายทั้งในด้านอาชีพ การดำเนินชีวิต ค่านิยม และความสนใจ เพื่อร่วม ในการพิจารณาข้อขัดแย้ง

2.2.2 สนใจร่วมกัน (interest articulation) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายของแต่ละหน่วยงานที่มีแตกต่างกันในเรื่องความสนใจ เป้าหมายความต้องการ และความคงทน ยังมาจัดเป็นกลุ่มแนวคิดและปัญหา แล้วมาหาข้อสรุป

2.2.3 การแปรญัตติ (legislative transformation) เป็นการจัดกลุ่มที่มีความสนใจ และแนวคิดคล้ายกันมารวมตัวกัน จนสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คณะกรรมการจึงนำข้อ ขัดแย้งมาวิเคราะห์ ซึ่งระหว่างนี้จะมีการต่อรอง ออมชอม เพื่อหาข้อยุติ

2.2.4 การกำหนดนโยบาย (policy formation) เมื่อหาข้อยุติได้แล้ว จะตัดสินใจที่ ดำเนินการหาข้อสรุปก็จะกำหนดนโยบายการวางแผนจำหน่าย บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ กระบวนการและการวางแผนปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่กลุ่มเห็นว่ามีความสำคัญ

2.2.5 การบริการตามนโยบาย (exclusive of the policy) นำโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายที่กลุ่มกำหนดมาปฏิบัติ ถ้ามีข้อขัดแย้งเกิดขึ้น อีกก็จะย้อนกลับ ไปดำเนินการใหม่ ใน ขั้นตอนที่ 1 เพื่อหาข้อยุติและพัฒนาปรับปรุง โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายใหม่

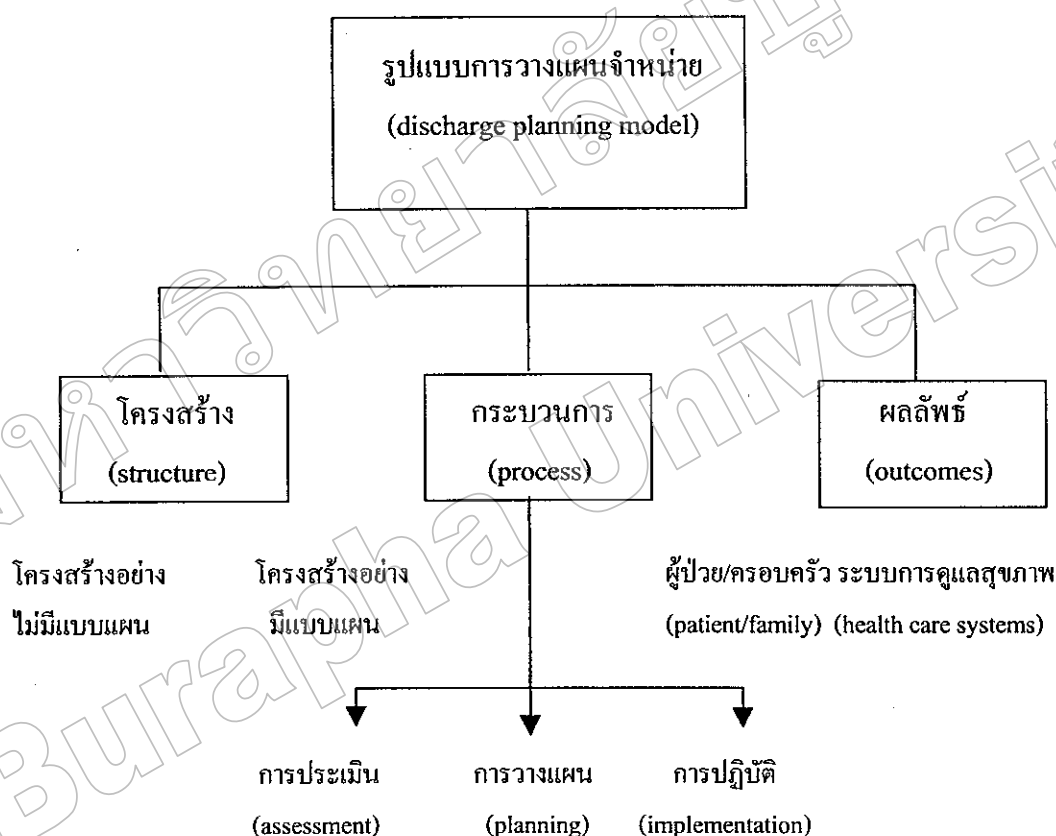
2.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย (discharge planning model) ของแมคคีฮัน และคูลตัน (McKeehan & Caulton's Model, 1985 cited in Jackson, 1994) การสร้างรูปแบบประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ

2.3.1 ด้านโครงสร้างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2.3.2 กระบวนการวางแผนจำหน่าย

2.3.3 ผลลัพธ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ซึ่งขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีฮัน และคูลตัน (McKeehan & Coulton, 1985) แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีฮัน และคูลตัน (Jackson, 1994, p. 493)

มีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

1.1 โครงสร้างอย่างไม่มีแบบแผน (informal) ไม่มีเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ มีการติดต่อประสานงานและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย และครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ไม่มีคู่มือในการปฏิบัติ

1.2 โครงสร้างอย่างมีแบบแผน (formal) ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตัดสินใจ มีการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพประชุมปรึกษา ติดต่อประสานงานระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลและชุมชนมีเอกสารและคู่มือในการปฏิบัติบันทึกการวางแผนจำหน่ายเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ด้านกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

2.1 การประเมิน มีการประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว แหล่งประโยชน์และชุมชน ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีหลักการประเมินดังนี้

2.1.1 สิ่งที่ต้องประเมิน

2.1.1.1 ประเมินความเสี่ยง

2.1.1.2 ประเมินสภาพร่างกายและจิตสังคม

2.1.1.3 ประเมินถึงการรักษาและการฟื้นฟู

2.1.1.4 ประเมินด้านเศรษฐกิจ

2.1.1.5 ประเมินสิ่งแวดล้อม

2.1.2 เวลาที่ต้องประเมิน ประเมินโดยใช้เวลาน้อยที่สุด ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แหล่งประโยชน์ การรักษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

2.1.3 ผู้ประเมิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ

2.2 การวางแผน ขั้นตอนนี้พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการวางแผนเกี่ยวกับการพยาบาลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การวางแผนที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

2.3 การปฏิบัติ การปฏิบัติที่ดีควรมีการเชื่อมโยงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน รูปแบบนี้จะเน้นการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหาร และหัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมสุขภาพจะดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยมีการปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นตามสถานการณ์ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ต้องปฏิบัติตามแผนที่ตกลงร่วมกันให้ได้ก่อนกลับบ้าน สิ่งที่สำคัญคือการติดต่อสื่อสารและประสานกันระหว่างหน่วยงานและทุกคนในทีมสุขภาพมีความสำคัญเท่ากัน

3. ผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พิจารณาได้ทั้ง 2 ด้าน คือ

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ลดระยะเวลาพักในการรักษาตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลลดการกลับเป็นซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ รับรู้คุณค่าของการปฏิบัติตัว และสามารถดูแลตัวเองได้ ให้ครอบครัวได้มีบทบาทในการดูแลที่บ้านได้

3.2 ผลลัพธ์ด้านระบบการดูแล มีผลด้านต้นทุน และประสิทธิผลคำรักษาพยาบาล ผลกระทบของโรงพยาบาลและชุมชน คือความมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลในชุมชน การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยพยาบาลและผู้บริหารจะต้องปรับระบบการดูแล เน้นความเป็นองค์รวม ดูแลผู้ป่วย ทุกรายให้ได้รับการวางแผน / การปฏิบัติ / มีการสอน / แนะนำและสาธิตวิธีการดูแลจนสามารถ ดูแลตนเองได้ ให้ครอบครัวได้มีบทบาทร่วมในการดูแลที่บ้าน

ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของแมคคีฮัน และคูลตัน (McKeehan & Coulton, 1985) โดยใช้โครงสร้างการวางแผนจำหน่ายอย่างมีแบบแผน (formal structure) จากการศึกษารายละเอียดของรูปแบบนี้ พบว่ารูปแบบดังกล่าวเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ร่วมมีวางแผนด้วย มีการประเมินข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีม มีการประสานงานระหว่างทีมและผู้ดูแล มีการบันทึกแผนจำหน่ายเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน มาประยุกต์ในการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย

จากความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการของการส่งเสริมให้มีการดูแลต่อเนื่อง และจำเป็นจะต้องมีขั้นตอนที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่ง พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้กล่าวถึงหลักในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. บุคลากรพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจัดเตรียม ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ที่จะดูแลตนเองให้ สอดคล้อง กับสภาพความเป็นจริงของครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวต้องเกิดขึ้น ได้จริง ทันที่ผู้ป่วยกลับถึงบ้าน ด้วยความร่วมมือในครอบครัวด้วยความเข้าใจที่ต่อกัน
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแหล่งบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถใช้แหล่งบริการสุขภาพได้อย่างมีความสุข

สแตนโฮป และแลนคาสเตอร์ (Stanhope & Lancaster, 1992, pp. 690-691) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบและสิ่งสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักถึง เรื่องต่อไปนี้

1. การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความต้องการความมีคุณค่าของบุคคล ให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนอยู่ใน โรงพยาบาล
2. กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างมีขั้นตอน ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ แรกเริ่ม มีการนำขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ องค์การหรือหน่วยงานมีการติดต่อประสานงานร่วมกัน

1. ระบบการดูแลสุขภาพของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงแหล่งประโยชน์ ค่าใช้จ่าย ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลในเรื่องระยะเวลาในการบริการ การปฏิบัติตนภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีการเลือกตัดสินใจในการรับการดูแลสุขภาพ
3. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ต้องเกิดขึ้นในองค์กรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งมีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้งในระดับผู้ปฏิบัติและการศึกษา

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามวิธีการของจัพพ์ (Jupp, 1986, p. 41) โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การวางแผนจำหน่ายซึ่งจะใช้กับผู้ป่วยทุกราย ส่วนตอนที่ 2 เป็นการปฏิบัติที่ต่อเนื่องจากตอนที่ 1 เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วย ได้แสดงการปฏิบัติและเหตุผลของการปฏิบัติดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวิธีการของจัพพ์

ปฏิบัติการ	เหตุผล
ตอนที่ 1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	
1. ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องทำการประเมินและวางแผนการดูแลตามความต้องการทางด้านกายภาพ และจิตสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล	เพื่อศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาทางด้านสังคม อันจะเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหามือจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
2. ทำการติดต่อประสานงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น	เพื่อส่งเสริมยกระดับการดูแลตนเองและสนับสนุนให้คำปรึกษาแนะนำ
3. หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า สับสนเกิดขึ้น ก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องค้นหาสาเหตุ	เพื่อประคับประคองด้านจิตใจ และแก้ไขภาวะซึมเศร้า
4. อธิบายและให้คำปรึกษาถึงแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยครอบครัว และบุคคลที่สำคัญเข้ามามีส่วนร่วม	เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวต่อแผนการจำหน่าย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปฏิบัติ	เหตุผล
5. หากเป็นไปได้กำหนดวันที่จะจำหน่าย โดยความเห็นชอบจากครอบครัวและผู้ให้การช่วยเหลืออื่น ๆ	เพื่อเป็นการปรึกษากับครอบครัวก่อนการจำหน่าย และแน่ใจว่าครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือได้ภายหลังการจำหน่าย
6. จัดหาพาหนะสำหรับการขนย้ายหากผู้ป่วยต้องการ	ผู้ป่วยอาจไม่มีพาหนะของตนเองและยังรู้สึกไม่แข็งแรงพอที่จะเดินทางโดยรถประจำทาง
7. สอนและฝึกปฏิบัติผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นก่อนการจำหน่าย	เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองเท่าที่จะทำได้
8. จัดเตรียมสิ่งที่จำเป็นให้พร้อมในวันที่จำหน่าย เช่น ถังออกซิเจน เป็นต้น	เพื่อให้มีสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสามารถใช้ได้ทันทีในช่วงที่ในระหว่างการจำหน่าย
9. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น หมอนอน อุปกรณ์ช่วยเดินโดยการประสานงานกับนักกายภาพบำบัด	หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์เหล่านี้ได้ ควรจัดเตรียมไว้ให้พร้อมที่จะส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยในวันที่กลับบ้าน
10. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการรักษา และวิธีการแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด	เพื่อให้ความรู้และมีให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล
11. ให้ยาสำหรับรับประทานที่บ้าน พร้อมให้คำอธิบายในเรื่องเวลา ขนาด ระยะห่าง และอาการข้างเคียง ให้ความรู้เพิ่มเติม โดยการแจกเอกสาร คู่มือสำหรับผู้ป่วย	เพื่อความเข้าใจและความร่วมมือในแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค และการรักษาพยาบาล
12. แก้ไขปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยในเรื่องของการเดินทาง เช่น แรงกระตุ้นโดยการจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม	เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และรู้สึกสบายใจเกี่ยวกับการเดินทาง
13. ให้บัตรนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา	เพื่อความแน่นอนในการติดตามผลการรักษา
14. ให้หมายเลขโทรศัพท์ของโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในกรณีที่ต้องการติดต่อกับโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปฏิบัติ	เหตุผล
ตอนที่ 2 เฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการการส่งต่อ	
15. สอบถามผู้ป่วยว่าเคยได้รับบริการจาก พยาบาลสาธารณสุขหรือไม่ และพยาบาล สาธารณสุขรับรู้การรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยหรือไม่	เพื่อให้ข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่พยาบาล สาธารณสุขในชุมชน เพื่อจัดการเยี่ยมบ้านขณะที่ ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
16. แจ้งกำหนดวันจำหน่ายแก่ผู้ประสานงานใน ชุมชน ที่จะให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลสาธารณสุข ได้มีการเตรียมพร้อมสำหรับการจำหน่าย
17. หาข้อมูลด้านอาชีพบำบัดในชุมชน	เพื่อการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสมรรถ ภาพที่สามารถหาได้ในชุมชน
18. หากการจำหน่ายต้องการการวางแผนที่ ซับซ้อนควรจัดแยกแผนการพยาบาลตาม ปัญหาของผู้ป่วย	เพื่อให้การวางแผน การประสานงาน และการ ติดต่อสื่อสารสะดวก
19. ติดต่อกับพยาบาลสาธารณสุข เพื่อการเยี่ยม บ้านผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการ จำหน่าย	เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และชุมชนภายหลังการจำหน่าย
20. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังกลุ่มหรือสมาคมที่ให้การ สนับสนุนเป็นพิเศษในชุมชน	เพื่อจัดหาสิ่งสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชน
21. มอบแบบฟอร์มการส่งต่อที่มีข้อความอย่าง สมบูรณ์ ใส่ซองให้กับผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ พยาบาลสาธารณสุข	เพื่อให้พยาบาลสาธารณสุขได้ข้อมูลเกี่ยวกับ ประวัติการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและการ รักษาในขั้นต่อไป
22. สำนวความเรียบร้อยในเรื่องอุปกรณ์ที่ จำ เป็นยา แบบฟอร์มการส่งต่อและบัตรนัด มอบให้กับผู้ป่วย	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์และยาที่เหมาะสม ระหว่างการจำหน่ายกลับไปบ้าน
23. แจ้งให้พยาบาลสาธารณสุขรับทราบหากมี การงดการจำหน่ายผู้ป่วย	เพื่อให้พยาบาลสาธารณสุขงคการเยี่ยมบ้านและ เป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดี ป้องกันความ ขัดแย้ง

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ เนลเลอร์ (Naylor, 1990, pp. 156-161) ซึ่งมีขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายดังต่อไปนี้

1. การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับ เพื่อทราบถึงความต้องการการดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลตามกระบวนการ ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม จนสามารถกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ โดยวางแผนใน 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กำหนดแผนระยะสั้น แผนระยะยาว และแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบอย่างต่อเนื่องทั้งลงบันทึกไว้ โดยวางแผนการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.2 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม กับสภาพความเจ็บป่วยและสภาพของครอบครัว ในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย

2.3 บทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองสนับสนุน ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสม

2.4 การจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

2.5 การใช้แหล่งบริการในชุมชนเพื่อการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ เคลลี และแมคเคลลีแลน (Kelly & McClelland, 1985, p. 387) ประกอบด้วย

1. การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับเมื่ออยู่ที่บ้าน และความต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว
2. ความต้องการการดูแลในปัจจุบัน ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างไรบ้าง
3. ความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้
4. ระยะเวลาที่คาดว่าจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในความดูแลในระดับต่อไป
5. การรักษาและคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับจะนำมาซึ่งความสำเร็จก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
6. แหล่งหรือหน่วยงานที่สะดวก ที่สามารถดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล
8. กระบวนการในการอำนวยความสะดวกสำหรับการส่งต่อเพื่อการดูแลสุขภาพในระดับต่อไป

รูปแบบขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) มีดังต่อไปนี้

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกัน และสามารถร่วมงานกันได้อย่างสร้างสรรค์ต่อไป
3. ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล เพื่อระบุความต้องการของผู้ป่วยทั้งระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว
4. วางแผนการสอนผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ดังนี้
 - 4.1 ผู้ป่วยจะต้องทราบข้อมูล ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษา โรงพยาบาล ระยะเวลา
 - 4.2 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยและสภาพของครอบครัว
 - 4.3 บทบาทของครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือ ประคับประคอง สนับสนุน ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างเหมาะสม
 - 4.4 การจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะฉุกเฉิน
 - 4.5 การใช้แหล่งบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
5. แสวงหาหรือจัดเตรียมสื่อหรือเอกสาร หรือคู่มือเพื่อใช้ในการสอนผู้ป่วยและครอบครัว
6. จัดกิจกรรมการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งให้เกิดทักษะในการปฏิบัติตนอย่างแท้จริง
7. ประเมินการเรียนรู้เพื่อตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด สามารถสังเกตและรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้ครอบคลุมตรงปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการรวบรวมข้อมูลควรจะเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การประเมินสุขภาพและการวางแผนการพยาบาลจะดำเนินอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาโดยเฉพาะช่วงบ่ายพยาบาลจะได้มีโอกาสพบครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ที่มาเยี่ยมพร้อมกับให้คำแนะนำและสอนผู้ป่วย ส่วนในตอนกลางคืนพยาบาลก็จะมีโอกาสได้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Clausen, 1984, pp. 58-61) มีผู้กำหนดบทบาทพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด

24 ชั่วโมง และพูดคุยกับครอบครัว สามารถสังเกตและ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสำคัญมาก ซึ่งได้บาทของพยาบาล ในการวางแผนจำหน่ายไว้หลายท่าน เช่น บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายของ วันเพ็ญ พิชิตพรชัย (2544) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นข้อมูลส่วนของเอกสารสาระความรู้ในขั้นตอนการสร้าง รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้เขียนดังนี้

1. ประเมินความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพและ หรือความต้องการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรใน ทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือการสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเอง ตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรม การดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ระหว่างการใช้เวลากับการ พยาบาลกับปัญหาในระยะเร่งด่วน และเวลาในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
6. ส่งต่อการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ
7. ประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม ตลอดเวลาก่อนจำหน่าย
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประ โยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของการนำ ไปสู่การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

กิลาว (Gikow, 1985, p. 196) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลและแนวคิด เหตุผลในการ ปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 2 บทบาทของพยาบาลและแนวคิด เหตุผลกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของกิตา

บทบาท	แนวคิดและเหตุผล
1. ประเมินความต้องการด้านกายภาพ จิตสังคม อารมณ์ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและญาติ การวางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผล การพยาบาลติดต่อดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	ความรู้ทางทฤษฎี ปรัชญา และกระบวนการพยาบาล
2. ประเมินและศึกษาเกี่ยวกับครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วย	ทฤษฎีทางการศึกษาและประสบการณ์ทางการสาธารณสุข
3. เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัวในระบบ ทีมสุขภาพ	เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพซึ่งระบุไว้ในกฎหมายสาธารณสุข มลรัฐแมสซาชูเซตส์ (department of public health regulations for the common wealth of Massachusetts) ซึ่งกล่าวไว้ว่า พยาบาลมีหน้าที่ประสานงานเพื่อการพยาบาล ต่อเนื่อง ต้องทำหน้าที่เป็นนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลสาธารณสุข และมีประสบการณ์ในการสอน มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลสาธารณสุขและระบบส่งต่อ
4. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด	
5. มีความรู้ในเรื่องการป้องกัน สามารถตัดสินใจ ในการให้คำแนะนำ สอนผู้ป่วยและสมาชิกใน ทีมสุขภาพ สามารถอธิบายถึงแหล่งประกัน สุขภาพ	บทบาทของพยาบาลสาธารณสุข คือ ผู้ค้นหา ผู้ป่วย ผู้ส่งต่อและผู้ประสานงาน
6. แก้ปัญหา สามารถจัดลำดับความสำคัญ มีความ เชื่อมั่นในตนเอง สามารถชี้แนะและ ประสานงานในทีมงาน	ทักษะการเป็นผู้นำจำเป็นสำหรับการสอนและ การประสานงาน
7. ประเมินชุมชนได้อย่างครอบคลุม และนำมา วางแผนการสอนสุขศึกษา เพื่อการปฏิบัติที่ สอดคล้องกับความเป็นจริง	พยาบาลผู้ประสานงานต้องมีการส่งเสริม สมรรถนะในการสอน และมีความรู้ในด้าน จิตวิทยาในการสอน

172299

๑
610.73
๑ ๙๙๙ 5
๑

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่เสนอเป็นแนวทางในการวางแผน
จำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจ
เปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหา
สุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับ
โรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดกิจกรรม ให้สอดคล้อง เหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรใน
ทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผลสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแล
ตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการคัดแปลง
กิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแล
ให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลัน และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
ตามแผนการจำหน่าย
6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความ
พร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้
เหมาะสม ตลอดเวลาก่อนจำหน่าย
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของ
กระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

บทบาทหลักของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญใน
ระบบการบริการการพยาบาลซึ่งเป็นอิสระในการปฏิบัติวิชาชีพ ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแกน
ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ประสานการบริการ
สุขภาพ และบันทึกการรายงานอย่างมีระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามความต้องการอย่าง
ครอบคลุม ซึ่งเป็นการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้การดูแลทางร่างกาย รวมทั้งการแนะแนว
สุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องให้การประสานงานการดูแลร่วมกัน เป็นการพยาบาล
สมบูรณ์แบบ (comprehensive nursing care) เป็นการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลอย่างสูง

ใช้ความรู้ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ สามารถวิเคราะห์สถานะ วินิจฉัย วางแผน การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องให้การดูแลนับตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และยังคงติดตามกับหน่วยสุขภาพอื่นของชุมชน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปฏิบัติการดูแลตาม กฎหมาย และโดยองค์การวิชาชีพ จากการศึกษาของ ไลน์ และบอร์จิสัน (Lile & Borgeson, 1998) ได้ศึกษาความรู้และการรับรู้บทบาท การตอบสนองต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า พยาบาลยังมีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ตามระดับการศึกษา จึงควรมีการพัฒนาการศึกษา โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และพัฒนาบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้นั้นจำเป็นจะต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านจากที่ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะประสบผลสำเร็จก็คือการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลซึ่งดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นผู้ประสานกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแผนการจำหน่าย และ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล (caregiver) และครอบครัว (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2544) และสิ่งที่จะทำให้เกิดความร่วมมือจากบุคคลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น สิ่งที่สำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การสอนและการประสานงาน (ประภัสสรี ขาวงษ์, 2535) ซึ่งถือเป็นเทคนิคที่สำคัญที่จะทำให้การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความช่วยเหลือของพยาบาล รวมและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพจะทำให้ได้รับความร่วมมือในการทำงานทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

จากการรวบรวมบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประมวลได้ว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การทำให้เกิดมีการปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น โดยพยาบาลทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน อันจะทำให้เกิดความพึงพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจ การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เกิดการยอมรับเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย ความสามารถและหน้าที่ในการปฏิบัติตัวต่อสังคม การปรับตัวในสังคมของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อทางศาสนา

2. การติดต่อสื่อสาร เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความคิดเห็น เพื่อให้ความเข้าใจตรงกัน ทักษะการสื่อสาร อย่าง

เหมาะสมจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ซึ่งเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสอน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถ ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย เพื่อช่วยป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน หรือลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนโดยการสอน การสอนซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายและความรับผิดชอบของพยาบาล เพราะการเอาใจใส่ต่อการสอนเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

การที่พยาบาลจะสอนผู้ป่วยนั้น ต้องเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการกำหนดวิถีชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ ในที่นี้จะกล่าวถึงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model-HBM) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการตัดสินใจ (decision-making theory) โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีสถานะ (field theory) ของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951 อ้างถึงใน นิคม มูลเมือง, 2540, หน้า 20-21) แบบจำลองความเชื่อนี้มีสมมติฐานว่าการตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความพร้อมทางด้านจิตวิทยา (psychological readiness) ที่จะกระทำพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ หรือสภาวะที่ถูกถามบุคคลนั้น

การเตรียมการสอนผู้ป่วย นอกจากต้องเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ต้องรู้เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนลงมือสอน จะได้มีการเตรียมเนื้อหาความรู้ได้เหมาะสม ใช้กระบวนการที่เป็นระบบ การสอนอย่างมีแบบแผน ครอบคลุม ตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งการสอนอย่างมีระบบโดยการใช้กระบวนการพยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินสภาพทั่วไป (assessment) เช่น ในการศึกษาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำมาประเมินความต้องการการเรียนรู้
2. การวางแผน ต้องครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการสอน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้สอดคล้องในระยะแรกและระยะต่อไป 2) ลำดับความสำคัญว่าจะสอนเรื่องใดก่อน 3) กำหนดเนื้อหาในลักษณะแผนการสอน 4) เลือกการสอนที่เหมาะสมกับสถานการณ์และรายบุคคล 5) กำหนดวิธีประเมินผล
3. ดำเนินการสอน โดยพยายามจัดการสอนให้สอดคล้องกับผู้เรียนมากที่สุด โดยมีหลักการสอนและการเรียนรู้ ดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องพร้อมมีส่วนร่วม ในกิจกรรมอย่างแท้จริง ให้เรียนจากง่ายไปหายาก มีเกณฑ์ประเมินการฝึก มีการเสริมแรง ปฏิบัติซ้ำบ่อย ๆ
4. การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ร่วมมือปฏิบัติงาน ทำงานไม่ซ้ำซ้อน เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการประสานงาน ควรมีหลักในการปฏิบัติร่วมกันดังนี้

1. กำหนดระเบียบ วิธีปฏิบัติร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษร
2. แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายทราบ และปฏิบัติได้ถูกต้อง
3. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา การปฏิบัติงานร่วมกัน ในเรื่องของการประสานงาน
4. มีการประเมินผลเพื่อปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการประสานงานเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในแต่ละวัน มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การตรวจเยี่ยมประจำวัน (daily rounds) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมพยาบาล ผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องประสานงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกันทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อผู้ป่วยแต่ละคน ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการตรวจจากคาร์เด็กซ์ การบันทึกแผนการพยาบาล แผนการจำหน่ายผู้ป่วย
2. การเยี่ยมตรวจของทีมสหสาขาวิชาการ (multidisciplinary rounds) ร่วมกับแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ซึ่งเป็นการวางแผนเพื่อการประสานงานให้มีการหาอุปกรณ์ ทรัพยากรที่จำเป็นเมื่อกลับบ้าน ผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเสนอประวัติ สภาพความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือครอบครัว
3. ให้ข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นเกี่ยวกับงานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาล สอนบุคลากรใหม่ในการปฐมฤกษ์ คู่มือการตรวจเยี่ยม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแผนการจำหน่ายและสอนการปฏิบัติตัว
4. ประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อการส่งต่อกลับบ้าน โดยมีผู้ช่วยดูแลที่บ้าน (home health care program) การดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาในโรงพยาบาล (after care program) การติดตามตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (outpatient follow up) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยกลางวัน (day care center) สถานบริการพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (long term convalescent หรือ nursing home care) เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพยาบาลกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลักของพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ

1. วินิจฉัยตามปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ
2. วินิจฉัยตามการคาดการณ์ล่วงหน้า เกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังจำหน่าย

การกำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วย แผนการจำหน่ายที่ดีควรมีลักษณะสำคัญดังนี้

1. มีความสอดคล้องของแผนจำหน่ายที่พยาบาลกำหนดขึ้นกับแผนการจำหน่าย หรือแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มกำหนดแผนจำหน่าย และต้องเป็นผู้ประสานงานที่ีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย และผสมผสานแผนการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2. มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวิธีการประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนด

3. เนื้อหาในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ ทั้งสาระและวิธีการปฏิบัติ ซึ่งควรประกอบด้วยแผนการปฏิบัติในแต่ละวัน และแผนการปฏิบัติในระยะยาว

แผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรประกอบด้วยเนื้อหาและประเด็นหลัก ๆ ที่จะใช้ในการสอน หรือการพัฒนาความสามารถด้านต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย แผนการจำหน่ายควรเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ตามระบบ METHOD ของคิวคังไซ (Cucuzzo, 1976 อ้างถึงใน บุญศรี ปราบ ณ ศักดิ์ และศิริพร จิรวัดนกุล, 2538, หน้า 138-140) ประกอบด้วย

M (medication) เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับนำกลับ ไปรับประทานที่บ้านจะต้องเขียนระบุชื่อยา ขนาด และกำหนดเวลารับประทาน ผล และฤทธิ์ข้างเคียงของยา ตลอดจนอาการแพ้ยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และวิธีปฏิบัติเมื่อแพ้ยา

E (economic) ประเมินการค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย สามารถรับภาระได้ในกรณีที่ต้องติดต่อขอรับการรักษาต่อเนื่อง และมาโรงพยาบาลเพื่อติดตามผลการรักษา

T (treatment) เป็นวิธีปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาพยาบาลตนเอง เช่น การการมาพบแพทย์ตามนัด การตรวจความผิดปกติในร่างกาย เช่นอาการชาตามร่างกาย ส่วนนี้จะระบุวิธีปฏิบัติต่าง ๆ อย่างชัดเจนพอที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้

H (health education) เป็นแนวทางปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยดี

O (outpatient referral) เป็นการติดต่อสถานที่ บุคคล วิธีการติดต่อไปยังบุคคล หน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยต่อภายหลังจำหน่าย

D (diet) ข้อมูลด้านอาหารที่มีความจำเป็น โดยเฉพาะผู้ป่วยบางโรคที่ต้องควบคุมอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ จึงต้องระบุประเภท ปริมาณของอาหารที่ผู้ป่วยจะต้องรับประทาน หรือไม่รับประทานอย่างชัดเจน สอดคล้องตามสภาพของโรค และความเป็นจริงในชีวิตและสังคมได้

ระบบ METHOD เป็นแนวทางการเขียนบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติตัว และความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งแผนการบันทึกจะมีคุณภาพขึ้นอยู่กับการยอมรับจาก

ผู้ป่วย และญาติ ครอบครัวปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และทักษะของพยาบาลที่จะกระทำ
ได้ถูกต้องชัดเจน

การปฏิบัติการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการจำหนายนั้บุคคลากร
ทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติตามแผน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้วางแผนร่วม
กับผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผน ต้องประสานงานกับบุคคลากรในทีมสุขภาพ
อื่น ๆ รวมทั้งส่งต่อแผนเพื่อให้สมาชิกทีมสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. การให้ความช่วยเหลือและกระทำแทน
2. การกระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย

ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง

3. การสอน
4. การให้คำปรึกษา
5. การส่งต่อไปยังแหล่งประ โยชน์อื่น และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

การประเมิน พยาบาลวิชาชีพต้องร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลประเมินผลตามเกณฑ์ในแต่ละ
เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ทั้งการประเมินผลระยะสั้นและระยะยาว การประเมินสามารถกระทำได้
โดยการตรวจร่างกาย การสังเกต การปฏิบัติ การสอบถาม พูดคุย และตัดสินใจ พฤติกรรมหรือ
การเรียนรู้ว่าก้าวหน้าหรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมายอาจต้องวางแผนและ
หาวิธีการปฏิบัติใหม่

การมีส่วนร่วม และขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ความหมายการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษว่า participation ในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Websiter, 1991, p. 858) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมเข้าร่วม การร่วมมือกันหรือการเป็น
หุ้นส่วนกันซึ่ง ริฟสัน (Lipson, 1990, pp. 10-11) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมไว้ 2 ลักษณะ คือ การมี
ส่วนร่วมเป็น มรรคหรือกลวิธีพัฒนา เพื่อนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้
(participation ad a mean) และการมีส่วนร่วมในการพัฒนา (participation as an end) และยังมี
นักวิชาการอีกหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมคือ การมี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับเรื่องผลประโยชน์ และ
การประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนา

เบอร์กลีย์ (Berkley, 1975 อ้างถึงใน โสภิต สุวรรณะ, 2541, หน้า 18) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมคือ การที่ผู้นำอนุมัติให้ผู้ตามจำนวนมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุดเท่าที่จะมากได้

พิภพ ธงไชย (2528 อ้างถึงใน นิคม ผัดแสน, 2540, หน้า 10) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมคือการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ปรึกษาและแนวทางการบริหารด้วยกลุ่มของตนเอง

ออตตาเวย์ (Ottaway, 1966 อ้างถึงใน นิคม ผัดแสน, 2540, หน้า 12) ได้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วม การที่สมาชิกของกลุ่มมีความสนใจ มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการศึกษา ทำความเข้าใจและดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งและการมีส่วนร่วม จะนำไปสู่การร่วมมือในการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการทำงาน หมายถึง การที่ผู้บริหาร หรือผู้นำได้ใช้กลยุทธ์ การนำบุคลากรในหน่วยงานหรือองค์กรผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ในการกำหนดนโยบาย หรือหรือแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความพึงพอใจและมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของงานหรือองค์กร นำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติและการพัฒนาคุณภาพงานให้ดียิ่งขึ้น

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ปัจจุบัน แนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ เน้นการพัฒนาที่ยั่งยืน จึงได้มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งมีการนำมาใช้นานแล้ว และที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ ทางด้านการเมืองการปกครอง คือการที่ได้ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกเสียงเลือกตั้ง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร หรือ ส.ส. และการมีส่วนร่วมในการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พุทธศักราช, 2540 ซึ่งจากการได้เปิดโอกาสให้ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมรับรู้ข่าวสาร และร่วมปฏิบัติโดยการเลือกตัวแทนจากตนเข้าไปแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบในการกระทำของผู้แทนตน แม้จะมีความคิดเห็นที่ตรงหรือไม่ตรงกับตนเองก็ตาม ส่งผลทำให้เกิดความสงบเรียบร้อยในการเมืองการปกครองของประเทศไทย การมีส่วนร่วมในการพัฒนามีอยู่ทุกวงการไม่ว่าจะเป็นวงการทางการศึกษา วงการธุรกิจ และรวมถึงวงการแพทย์ และพยาบาล ซึ่งได้เห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมซึ่ง วชิราภรณ์ เชี่ยววัฒนา (2536, หน้า 44-45) กล่าวว่าในการมีส่วนร่วมโดยกระบวนการกลุ่มว่า การเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการแสดงถึงการตัดสินใจ ในการยอมรับว่ามีประโยชน์ต่อตัวเองและหน่วยงานของตนเอง โดยมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถทำได้โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน เป็นการระดมทรัพยากร ทั้งด้านการเงินและ

ความสามารถของบุคคลเข้าร่วมกับหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ เพื่อได้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพประชาชน ก็คือ การให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุด

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (participation theory)

ได้มีผู้เขียนเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมไว้ดังต่อไปนี้คือ

แพตต์แมน (Pateman, 1970, pp 14 -18 อ้างถึงใน ดิน ปรัชญพฤทธิ, 2533, หน้า 642 - 643) ได้แบ่งทฤษฎีการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. ทฤษฎีความเป็นผู้แทน ทฤษฎีนี้เน้นความเป็นผู้แทนของผู้นำและถือว่าการมีส่วนร่วมและการถอดถอนผู้นำเป็นเรื่องหมายของการที่จะทำให้หลักประกันของการบริหารงานที่ดี อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้เน้น การวางโครงสร้างของสถาบัน เพื่อการเป็นเครื่องมือให้ผู้ตามเข้ามีส่วนร่วมเท่านั้น เช่นการเลือกตั้งทั่วไป การเลือกตั้งโดยคะแนนลับ การประชุมปรึกษาหารือประจำปี จะเห็นว่าการมีส่วนร่วมตามนัยของทฤษฎีนี้ ไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ตามได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจขององค์กรอย่างแท้จริง ผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการตัดสินใจ ได้แก่บรรดาผู้นำค่างที่เสนอตัวเข้ารับการเลือกตั้ง ส่วนผู้ตามนั้นเป็นเพียงไม้ประดับเท่านั้น
2. ทฤษฎีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์ไม่เพียงแต่การเข้าพิจารณาเลือกตั้งหรือถอดถอนผู้นำเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของนโยบาย ยิ่งกว่านั้นทฤษฎีนี้ยังมองการมีส่วนร่วมเป็นการให้การศึกษาและพัฒนาทางการเมืองและสังคมที่มีความรับผิดชอบนั้นก็คือ การไม่ยอมให้มีส่วนร่วมนับว่าเป็นการคุกคามต่อเสรีภาพของผู้ตาม

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ประกอบด้วยการเริ่มในการคิดค้นปัญหา ตัดสินใจ การดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) ได้แก่ผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ และผลประโยชน์ทางสังคมหรือผลประโยชน์ด้านบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation)

โดยในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นร่วมตัดสินใจในการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ลดอุปสรรค

ในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม ใช้ลักษณะของทฤษฎีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม คือเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในการคิด รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุภายใต้โครงสร้างของการวางแผนจำหน่ายอย่างมีแบบแผน ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กรจะส่งผลต่อความพึงพอใจ ในการปฏิบัติงานวางแผนจำหน่าย และช่วยแก้ปัญหาในการให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ จากการศึกษาของเลวิน (Lewin, 1986 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ สุกใส, 2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมกลุ่มคนขนาดเล็กในองค์กร การทำให้ทราบผลดีของการมีส่วนร่วมและการเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยค้นหาสาเหตุของปัญหาของหน่วยงาน และพยายามแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งมีพื้นฐาน อยู่บนความไว้วางใจกัน ในระหว่างคนทำงานด้วยกัน พยายามสร้างบรรยากาศให้เหมาะสมแก่การทำงาน โดยให้แต่ละฝ่ายแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งจะนำไปสู่การร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหขององค์กรในที่สุด (เสาวลักษณ์ สุกใส, 2542) จึงนำมาใช้ในการจัดระบบบริการ โดยการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากร ซึ่งพบว่า จะส่งผลดีต่อการพัฒนางาน และพัฒนาบุคลากรร่วมกัน จึงจำเป็นจะต้องมีเทคนิคและวิธีการที่จะชักนำบุคลากรให้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด ซึ่งจากการศึกษาจากตำราและเอกสารสามารถทำได้ดังนี้

1. การเตรียมหรือระบุพื้นที่ปฏิบัติการ เช่น กิจกรรมที่ต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมอยู่ในสถานที่ องค์กรใด ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวก็จะร่วมไปถึงการเตรียมบุคลากร ให้สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนา
2. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
3. จัดตั้งกลุ่มให้มีรูปแบบเหมาะสม เช่น คุณสมบัติ และจำนวนสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเตรียมทำงานกับกลุ่ม
4. ชี้แจงรายละเอียดของวิธีการวัตถุประสงค์ และเป้าหมายหลักของกลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจในแนวคิดของกลุ่มให้ไปในทิศทางเดียวกัน
5. กระบวนการสำคัญที่ใช้ในการทำงานให้เกิดการมีส่วนร่วมขององค์กร
 - 5.1 การศึกษาแบบอรูปนัย (informal) เป็นวิธีการเรียนรู้แบบนอกระบบ ใช้การอภิปรายหรือการปรึกษาหารือเป็นหลัก
 - 5.2 พัฒนาความสัมพันธ์ ความสามารถของกลุ่มในการแก้ไขปัญหาโดยคำนึงถึงการใช้ความสนใจร่วมเป็นตัวกำหนดกลุ่มสมาชิกของกลุ่ม

5.3 แสดงบทบาทที่เหมาะสมของ "ตัวกระตุ้น" (change agents) เพื่อเป็นการสนับสนุนกระบวนการเรียนการสอนที่มุ่งให้เกิดจิตสำนึก ให้มองเห็นปัญหาและต้องแก้ไขปัญหา ร่วมกันจึงจะสำเร็จ

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension disorders)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มนี้ ที่เป็นอันตราย จนได้ถือ เป็นภัยอันตรายเงียบ ที่เรามิอาจเพิกเฉยได้ เนื่องจากพบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นถึง 4.25 เท่า มีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลถึงปีละ 86,700 ราย และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 26-31.6) (Thailand Health Research Institute, National Health Foundation, 1991-1992 อ้างถึงใน ชาตรี บานชื่น, 2544) ในจำนวนผู้ป่วยโรคนี้พบว่า ส่วนใหญ่ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential หรือ idiopathic hypertension) มีอยู่ประมาณ 92-94 ของประชากรที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคนี้จะมีผลต่อการส่งเลือดไปเลี้ยงสมองและไต ทำให้เกิดภาวะไตวาย พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนมากพบในช่วงอายุ 35-55 ปี ผู้ป่วยชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้มากกว่าผู้ป่วยหญิงประมาณ 2 เท่า และมีผู้สันนิษฐานเกี่ยวกับสาเหตุไว้หลายประการ แต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง และเชื่อว่าต้องมีหลายสาเหตุ (Freis, 1973, p. 275) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุข เนื่องจากเป็น โรคเรื้อรังรักษาไม่หายและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยจะไปทำลายอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ระบบหลอดเลือดของ สมอง หัวใจ และไต (Houst, 1994, p. 243) อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันหรือเกิดความพิการได้ แต่เราสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นได้ ถ้ามีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงนอกจากกรรมพันธุ์ที่เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แล้ว ยังมีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ ๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โรคอ้วน ซึ่งมีผลมาจากพฤติกรรม การรับประทาน อาหารที่ไม่ถูกต้อง การบริโภคเกลือแกง เกินความต้องการของร่างกาย ล้วนแล้วแต่สามารถป้องกันและควบคุมได้ โดยการให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและมีวิธีการในการปฏิบัติที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และกระบวนการที่จะส่งเสริมในผู้ป่วยและผู้รับบริการ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้นั้น จำเป็นต้องมีการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขมากที่สุด

ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่ความดันของหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติในขณะที่พักและสูงคงอยู่ตลอดเวลา (Kaplan, 1992) การประเมินความดันโลหิตสูงของคนไทยนั้นอิงจากรายการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย (พ.ศ. 2538) ร่วมกับผลการรายงานแนวทางการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2539 และ The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (1997 อ้างถึงใน ส่วนของพฤติกรรมและสังคม, 2542, หน้า 16) สรุปได้ดังนี้

ความดันโลหิตปกติ เมื่อวัดได้ค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตปกติค่อนข้างสูง เมื่อวัดได้ค่าความดันซิสโตลิก 130-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 85-89 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงแบ่งได้ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 (stage 1) ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย เมื่อวัดได้ค่าความดันซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท

ระยะที่ 2 (stage 2) ความดันโลหิตสูงปานกลาง เมื่อวัดได้ค่าความดันซิสโตลิก 160-179 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 100-109 มิลลิเมตรปรอท

ระยะที่ 3 (stage 3) ความดันโลหิตสูงรุนแรง เมื่อวัดได้ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยตั้งแต่ อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปตามการวินิจฉัยของแพทย์ และเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมาไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ และไม่เป็นผู้ป่วยในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลเบตง

เกณฑ์ 6 ประการ ที่ใช้ประเมินค่าความแม่นยำของความดันโลหิต (Beare & Mayers, 1994, p. 734)

1. ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่านั่งที่สบาย แขนวางในระดับหัวใจ ไม่สูบบุหรี่ หรือดื่มกาแฟมาก่อนวัด 30 นาที
2. วัดหลังจากนั่งพัก 5 นาที
3. ขนาดของผ้าพันรอบแขนควรมีขนาดพอเหมาะ ควรพันประมาณ 1/3 ของแขน

4. วัดด้วยเครื่องที่เป็นมิลลิเมตรปรอท (a mercury sphygmomanometer) และเครื่องได้รับการตรวจสอบแล้วว่าปรับถูกต้อง
5. ค่าความดันควรบันทึกทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ค่าไดแอสโตลิก บันทึกเมื่อเสียงเริ่มหายไป
6. วัดประมาณ 2 ครั้ง หรือมากกว่าแล้วนำมาเฉลี่ย ถ้าวัดครั้งที่ 1 และ 2 ต่างกัน 5 มิลลิเมตรปรอท ให้วัดซ้ำอีกครั้ง

ชนิดของความดันโลหิตสูง (Beare & Myers, 1990)

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) ชนิดนี้พบได้บ่อย คือ พบมากกว่า 90% ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด
2. ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (secondary hypertension) ชนิดนี้จะพบไม่บ่อย คือ พบ 5-10 % ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาจเกี่ยวข้องกับการที่ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) มีการทำงานมากขึ้น การสร้างฮอว์โมนบางชนิดมีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน การรับประทานไปแคสเซียมและแคลเซียมไม่เพียงพอ การหลังเร็นนินผิดปกติ การขาดสารขยายหลอดเลือด เช่น โพรสตาแกรนดิน (Prostaglandin) ความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือดความอ้วน การมีวาสคิวลาโกรสแฟกเตอร์ (Vascular Growth Factor) เพิ่มขึ้น และความเปลี่ยนแปลงในการขนส่งไอออน (ion) ผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ (Opail, 1992 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2537, หน้า 132) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีด และหรือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด (peripheral resistance) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจาก

$$\text{ความดันโลหิต} = \text{การสูบฉีดโลหิตของหัวใจ (cardiac output)} \times \text{แรงต้านทานการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย (total peripheral resistance)}$$

ดังนั้นการเกิดพยาธิสภาพของความดันโลหิตสูง จึงเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และความต้านทานรวมของหลอดเลือดส่วนปลาย

อาการของภาวะความดันโลหิตสูง (เกษม วัฒนชัย, 2532, หน้า 40)

1. ปวดศีรษะข้างเดียวและมึนศีรษะบริเวณท้ายทอย มักมีเลือดกำเดาออกบางครั้งเป็นอาการที่พบบ่อย เนื่องจากเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น หลอดเลือดในสมองจะบีบตัวมากขึ้น ตรงบริเวณหลอดเลือดเยื่อหุ้มสมองด้านนอก จึงทำให้เกิดอาการปวดศีรษะและมึนศีรษะ

2. อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจเต้น หูอื้อ หน้ามืดตาคลาย อาการจะไม่รุนแรงเหมือนภาวะอื่น นอกจากจะมีอาการของเลือดคั่งในสมอง

3. อาการคลื่นไส้อาเจียน มักสืบเนื่องมาจากปวดศีรษะที่รุนแรง ถ้าพบอาการนี้ต้องรีบไปพบแพทย์

4. อาการอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) มือเท้าชาเปลี้ยจะเป็นที่กระดูกและกล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่ สภาพนี้จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อยแต่จะไม่สามารถฟื้นแข็งแรงเช่นเดิมได้

การรักษา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การควบคุมด้วยการใช้ยา และไม่ใช้ยาโดยการปฏิบัติตัว เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การลดอาหารเค็ม การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการลดภาวะเครียด เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากผลของความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่าง ๆ

เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ หลอดเลือดทั่วร่างกายจะมีการแข็งตัว เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายดังนี้

1. หัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานอย่างหนัก เนื่องจากภายในหลอดเลือดแดงมีแรงดันเพิ่มขึ้น ยังมีแรงดันสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจจะไม่สามารถขยายตัวให้พอกับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ในหลอดเลือดแดง ยิ่งแรงดันสูงมากผู้ป่วยจะมีอาการหอบรุนแรง นอนราบไม่ได้ และถ้าแรงดันสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจจะไม่ทำงาน จึงไม่สามารถขยายตัวให้พอกับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ในที่สุดหัวใจห้องล่างซ้ายจะพอและไม่ทำงาน จึงไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ ทำให้เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้หัวใจไม่ทำงานเกิดภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว

2. หลอดเลือดในสมองแตก แรงกดดันที่เกิดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดเป็นตุ่มเล็ก ๆ ที่ผนังหลอดเลือดเรียกว่า หลอดเลือดโป่งพอง เมื่อความดันสูงขึ้นกระแทกกัน อาจทำให้ตุ่มเหล่านี้แตกและเลือดไหลพุ่งออกมา เกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมองที่อยู่ข้างเคียงหรือทำให้สมองไม่สามารถทำงานได้

3. หลอดเลือดแข็งตัว จากการที่ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดมีน้ำหนักรวมและเลือดไหลผ่านไม่สะดวก ปริมาณเลือดจึงลดลง

ถ้ามีการบดงอหรืออุดตันร่วมด้วยเลือดจะไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และถ้าเป็นที่สมองจะทำให้เป็นอัมพาต และการพูดผิดปกติได้

4. ไตวาย ถ้าภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมากและเป็นมานาน จะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ไตทำงานไม่เต็มที่ถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดภาวะไตวายและโลหิตเป็นพิษจากไตพิการจนไม่สามารถขับปัสสาวะได้

5. การเปลี่ยนแปลงที่เรตินา ภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดที่ตาหนาขึ้น และมีการบดงอมากขึ้น ในรายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดอาจแตก และมีเลือดซึมออกมา ทำให้ประสาทตาเสื่อมสมรรถภาพและตาบอดได้

จะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับอวัยวะที่สำคัญของร่างกายได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และเรตินา ถึงแม้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเป็นพยาธิสภาพของโรคก็ตาม แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และผู้ที่มิพบอาการมากที่สุดที่จะให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือตัวผู้ป่วยที่จะต้องปฏิบัติหรือมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่สนใจและละเลยในการดูแลตนเองแล้วอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ การดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การจัดระบบการพยาบาล

การจัดระบบการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย ในลักษณะของการมอบหมายงาน ซึ่งปัจจุบันนิยมแบ่งการดูแลเป็น 5 แบบ คือ

1. แบบรายผู้ป่วย (case modality)
2. แบบหน้าที่ (functional modality)
3. แบบเป็นทีม (team modality)
4. แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nursing care modality)
5. แบบผสม (multiple modality)

และแบบที่เพิ่มมาอีก 1 คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (nursing care management) ซึ่งรูปแบบแต่ละรูปแบบมีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย แบบการทำงานเป็นทีม (team modality) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รูปแบบการดูแลเป็นทีม (team modality)

เนื่องจากบุคลากรมีหลายระดับ ความต้องการนิเทศการพยาบาลมีมากขึ้น โดยเฉพาะการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง มุ่งหวังการพยาบาลเป็นรายบุคคล โดยให้บุคคลทำงานร่วมกัน

เป็นกลุ่ม อาจประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคนักศึกษาพยาบาลมีการประชุมปรึกษา
 ทางการพยาบาล ประสานงานช่วยเหลือกันทำงาน ให้ประโยชน์ต่อกันในการวางแผนการดูแล
 ผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล เป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยและสร้างพัฒนาการของ
 บุคลากรด้วยในเวลาเดียวกันทำให้พยาบาลทุกคนได้มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถของตนที่มีอยู่
 ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย และได้ศึกษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สร้างขวัญกำลังใจแก่พยาบาล และ
 เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคน ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถและเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานและ
 สามารถตรวจสอบและประเมินผลได้ง่าย ผู้รับบริการพอใจเพราะได้รับการเอาใจใส่จากพยาบาล
 หลายระดับ แต่วิธีนี้จะไม่ให้ผลเท่าที่ควรในหน่วยงานที่มีบุคลากรทางการพยาบาลน้อย แต่ผู้ป่วย
 มากและผู้นำทีมจะต้องมีความสามารถในการเป็นผู้นำที่ดี จึงจะสามารถนำทีมการพยาบาลได้อย่าง
 มีประสิทธิภาพ(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537, หน้า 29)

ซึ่งในการมอบหมายงานเป็นทีม มาเยอร์ (Mayor, 1968 อ้างถึงใน อุดมรัตน์
 สงวนศิริธรรม, 2534, หน้า 196-198) กล่าวว่า การมอบหมายงานเป็นทีม (tam method) เป็นการ
 มอบหมายงานให้บุคลากรทำเป็นกลุ่มเล็ก โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มแบ่ง
 ความรับผิดชอบจากหัวหน้าตึก และกระจายความรับผิดชอบไปยังบุคลากรอื่นที่ร่วมปฏิบัติงาน
 ด้วยความเชื่อว่า ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยจำนวนน้อยลงและการทำงานเป็นกลุ่มเล็กจะช่วยให้
 การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดขึ้น การตัดสินใจของหัวหน้าทีมทำได้ดีขึ้น สามารถนิเทศงานได้อย่างใกล้ชิด
 และความสัมพันธ์กับบุคลากรต่าง ๆ ในการทำงานเป็นทีมจะต้องเริ่มตั้งแต่หัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็น
 ผู้บริหารในหอผู้ป่วยแห่งนั้น ครอน (Kron, 1971 อ้างถึงใน อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534,
 หน้า 196) เพราะเป็นการมอบอำนาจหน้าที่จากหัวหน้าหอผู้ป่วยไปยังหัวหน้าทีม

ลักษณะการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาล ซึ่งเป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยของ
 หอผู้ป่วยกรรมหญิง โรงพยาบาลเบตง จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของการใช้รูปแบบ
 การดูแลโดยใช้ระบบทีมการพยาบาลพบว่า อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง
 สอดคล้องกับ เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัย (2544) ซึ่งกล่าวว่าการจัดการมอบหมายงานการดูแลแบบเป็น
 ทีมและตามหน้าที่อาจเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานเนื่องจากพยาบาลที่ได้รับมอบหมายงานจะ
 หมุน-เวียนสับเปลี่ยนหน้าที่กันในแต่ละเวร ไม่มีผู้ใดที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่การปฏิบัติตาม
 รูปแบบที่ชัดเจนร่วมกับการพัฒนาแบบบันทึกอย่างเป็นระบบ ครบถ้วนและครอบคลุมถึงปัญหา
 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผน
 จำหน่ายและสามารถสื่อสารกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังนั้นใน
 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบมีแบบแผน ผู้วิจัยได้นำวิธีการบันทึกข้อมูลด้วยการสร้างแบบฟอร์ม
 บันทึกกิจกรรม การสอน การแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลที่จะเป็นเครื่องมือในการ

สื่อสารให้ผู้รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วย เช่น การวางแผนด้านการสอนผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร
และการออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างครบถ้วน
สมบูรณ์

ระบบการพยาบาลสำหรับ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในโรคความดันโลหิตสูง ได้มีผู้ศึกษา
เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
และความดันโลหิตสูงของสตรีสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบผล
ของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นการดูแลที่
บ้าน ที่สร้างขึ้นตอนทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการ
วิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลง
ผลการวิจัยได้เสนอแนะให้ประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ ณ โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพอื่นๆ
และงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมหาราช
นครเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย พบว่าผู้สูงอายุบางรายมีความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องใน
บางเรื่อง เช่น การรับประทานยา การรับประทานยา และการพักผ่อน ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะ
แทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นผู้ที่จำเป็นต้อง
ได้รับการส่งเสริมเรื่องความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่าง
เหมาะสม เพื่อควบคุมพยาธิสภาพไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ที่รุนแรง

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถที่
ซับซ้อนในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิตดำรงหรือส่งเสริมโครงสร้างหน้าที่
และพัฒนาการของมนุษย์ให้ดำเนิน ไปสู่ขีดสูงสุด เพื่อความผาสุกของชีวิต ซึ่งเปลี่ยนแปลงตาม
พัฒนาการของชีวิต ภาวะสุขภาพ อิทธิพลทางการศึกษา และวัฒนธรรม ประสบการณ์ในชีวิตและ
แหล่งประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ไวท์ (White, n.d. อ้างถึงใน พนิกา
คามพงศ์, 2520) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลมีพื้นฐานจากความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
ความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมาจากกลุ่มครอบครัวและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน
กลุ่มครอบครัวและวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดให้คนมีความแตกต่างกัน ในด้านลักษณะนิสัย
(characteristic) ค่านิยมความต้องการและมาตรฐานทางพฤติกรรม การที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล

ตรงตามความต้องการนั้น แผนการพยาบาลควรตอบสนองความต้องการและสัมพันธ์กันระหว่างความต้องการของพยาบาลในฐานะผู้ให้ (provider) กับความต้องการของผู้ป่วยในฐานะผู้ให้บริการ (consumer)

ซึ่งมีทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์มีอยู่หลายท่าน เช่น ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1971 อ้างถึงใน นวลละออ สุภาพล, 2527, หน้า 263-270) ซึ่งกล่าวไว้ว่าความต้องการพื้นฐานของมนุษย์มี 5 ประการได้แก่

1. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs or basic needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต และคงไว้ซึ่งคุณภาพของสรีระ
2. ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เป็นความต้องการความปลอดภัยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (love and belonging needs) บุคคลเรียนรู้จากตนเอง จากการตอบสนองของผู้อื่น เช่น พฤติกรรมที่ผู้อื่นยอมรับซึ่งกันและกัน
4. ความต้องการเป็นที่ยอมรับและยกย่อง (esteem needs) บุคคลทุกคนต้องการเป็นคนมีคุณค่าและต้องการการยอมรับจากสังคม
5. ความต้องการตระหนักในคุณค่าของตัวเอง (the needs, of self actualization) เป็นการพัฒนาความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ บุคคลต้องการรู้จักตนเองเข้าใจความสามารถความถนัด ความสนใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจผลักดันให้บุคคลเลือกทำในสิ่งที่ตนต้องการด้วยความพึงพอใจหรือเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่าเป็นความสำคัญที่ต้องปฏิบัติ

คนที่ 2 ได้กล่าวถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งความต้องการดังกล่าวเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในมนุษย์โดยทั่วไป ทั้งนี้ในผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะพักฟื้น เฮย์ และ แอนเดอร์สัน (Hay & Anderson, n.d. อ้างถึงใน ชุพาพิน ประสานอิทธิม, 2538) ได้แบ่งความต้องการของคนกลุ่มนี้ได้ดังนี้

1. ความต้องการเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาที่ได้รับ
2. การเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน
3. การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ
4. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเข้ากับสังคมได้ตามปกติ
5. ความต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มหรือสังคมในเรื่องความเจ็บป่วย หรือความพิการ
6. ความต้องการได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี
7. ความต้องการที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอุปกรณ์เพื่อชดเชยความไร้สมรรถภาพ

8. ความต้องการบรรลุจุดหมายของชีวิต
9. ความต้องการการประทับประคองทางด้านอารมณ์
10. ความต้องการระงับความกลัวหรือความวิตกกังวล
11. ความต้องการกำลังใจและความเข้าใจ
12. ความต้องการการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

จากทฤษฎีความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow) และจากทฤษฎีความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังของ เฮย์ และแอนเดอร์สัน ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และผู้ป่วยทั่วไป จะประกอบด้วยความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้องทั้งในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ซึ่งมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้อธิบายถึงความสามารถในโครงสร้าง 3 ระดับ ซึ่งบุคคลพัฒนามาจากพื้นฐาน แต่ละองค์ประกอบ มีความต้องการความสามารถที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น สำหรับการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการกระทำที่จงใจ (deliberate action) ไม่เฉพาะในการดูแลตนเองเท่านั้น ความสามารถและองค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งขององค์ประกอบพื้นฐาน ได้แก่ ความสนใจและค่านิยมส่วนบุคคล การกระทำที่จงใจนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะรู้ (knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (doing) และคุณสมบัติ หรือปัจจัยที่มีผลต่อแสวงหาเป้าหมายการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง (power component necessary for general self-care) โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวถึงพลังความสามารถ 10 ประการ โดยสรุปเป็นความรู้ เจตคติ และทักษะซึ่งทำให้บุคคลของมนุษย์ที่กระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ทั้งความสามารถ 10 ประการ ซึ่งได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ (Orem, 1985) ตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ สภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จะเป็นในการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อการปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

ระดับที่ 3 ความสามารถเพื่อการปฏิบัติในการดูแลตนเอง (capabilities for specific self care) ซึ่งได้แก่ความสามารถดังต่อไปนี้

ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative) เป็นการตรวจสอบและประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและผลที่ได้รับ

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถที่เกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติกิจกรรม (productive operating) เป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 100 คน ที่มาติดต่อกับการรักษาศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลประสาทพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ของ โอเรม (Orem, 1985) ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าพยาบาลควรจะเป็นสื่อกลางในการแนะนำครอบครัวให้ช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น ยูรา และวอลท์ (Yura & Walsh, 1982 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2539, หน้า 2) ได้ให้ความหมาย ของการ-วางแผนจำหน่ายไว้ว่า การวางแผนจำหน่ายให้บรรลุนั้นจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย อย่างค่อยเป็นค่อยไป และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง จากภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติโดยใช้ทรัพยากรและความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วย ผู้ดูแลและแหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นในการเตรียมความรู้ของผู้ดูแลจึงถือเป็นสิ่ง สำคัญซึ่งเป็นบทบาทด้านหนึ่งของพยาบาล ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการสอนผู้ป่วย

ประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต เคยประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา มีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (self-efficacy) สูง ซึ่งจะช่วยให้เขามีความมั่นใจว่าเขาสามารถเรียนรู้ว่าเขาจะสามารถเรียนรู้สิ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ เช่น แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งแนวคิดการมีส่วนร่วมในการทำงาน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการสร้างระบบการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และได้รับการสอน แนะนำอย่างครบถ้วน ให้สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเพื่อให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีการปฏิบัติอย่าง

ต่อเนื่องในหอผู้ป่วย เนื่องจากการนำโครงสร้างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบมีแบบแผนของ แมคคีฮัน และคูลตัน (McKeehan & Caulton, 1985) มาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ผู้ปฏิบัติคือพยาบาลได้ร่วมสร้างรูปแบบ เพื่อลดปัญหา ความขัดแย้งของรูปแบบที่จะนำไปใช้ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายด้วยเหตุผลจากการ ที่ตนเองได้มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าว

โรงพยาบาลเบตง

โรงพยาบาลเบตงเป็น โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 190 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการระดับตติยภูมิ ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอเบตงและอำเภอใกล้เคียงตามระบบส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมให้การตรวจรักษาด้วยการใช้ยาและการควบคุมอาหาร

หอผู้ป่วยที่ให้การรักษามะเร็งโรคมะเร็ง 2 หอผู้ป่วยคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคอายุรกรรมทั่วไปส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการในระดับ 2-4 จำแนกโดยใช้เกณฑ์ของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยประเภทที่ 1 จะถูกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (I.C.U.) ส่วนผู้ป่วยประเภทที่ 4 เป็นผู้ป่วยที่เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน และกลุ่มที่ไม่สามารถกลับบ้านด้วยตนเองได้นอนพักเพื่อรอญาติมารับกลับบ้านจึงนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมีจำนวนเตียงรวม 24 เตียง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง มีจำนวนเตียง 24 เตียงและห้องพิเศษจำนวน 4 ห้อง

ระบบการวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลเบตง ได้มีการกำหนดเอกสารในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นกลุ่มโรค โดยมีเอกสารการวางแผนจำหน่ายใส่ไว้ในส่วนหน้าของแฟ้มประวัติผู้ป่วย และมีขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังนี้ 1) มีการสรุปการวางแผนจำหน่ายวันที่แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยในวันสุดท้าย 2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาที่บ้าน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และการไปพบแพทย์ตามใบนัด ซึ่งผู้รับคำแนะนำจะมีเพียงคนเดียว อาจจะเป็นผู้ป่วยเองหรือญาติ ไม่มีการรับฟังร่วมกันระหว่างญาติและผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพยาบาลเทคนิค 3) มีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยดังนี้ ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยรักษาในโรงพยาบาลเบตงและมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบมีการชักประวัติเพื่อบันทึกในแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยส่งให้ฝ่ายเวชกรรมสังคมเพื่อลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเยี่ยมบ้านต่อไป ส่วนในรายที่อยู่นอกเขตความรับผิดชอบก็มีการปฏิบัติเช่นเดียวกัน แตกต่างในเรื่องแบบฟอร์มประวัติของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน