



เอกสารประกอบการสอนวิชา 9552203

จำนวนหน่วยกิต 2(1-2-3)

การประเมินภาวะสุขภาพ

ภาคการศึกษา 1/2564

อาจารย์ผู้สอนรชนี ผิวผ่อง

บทที่ 2 หลักการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หัวข้อ

- 2.1 หลักการซักประวัติและการตรวจร่างกาย
- 2.2 การทบทวนอาการตามระบบ
- 2.3 หลักการวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม นักศึกษาสามารถ

- 1) อธิบายหลักการการซักประวัติได้ถูกต้อง
- 2) อธิบายหลักการทบทวนอาการตามระบบได้ถูกต้อง
- 3) บอกหลักการตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ถูกต้อง
- 4) ปฏิบัติทักษะการตรวจร่างกายได้ถูกต้องโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและหลักจริยธรรม
- 5) อธิบายหลักการการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษได้ถูกต้อง

วิธีการเรียนการสอน

- บรรยายแบบมีส่วนร่วม ผ่านออนไลน์ทาง google meet
- ศึกษาด้วยตนเอง
- มอบหมายให้ผู้เรียนวิเคราะห์และอภิปรายกรณีตัวอย่าง

สื่อการเรียนการสอน : สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ (power point) เอกสารประกอบคำสอน กรณีตัวอย่าง วีดีโอ

การวัดผลและประเมินผล:

- การประเมินการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง
- สอบกลางภาค

บทที่ 2

หลักการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายที่ถูกต้องชัดเจนจะช่วยนำไปสู่การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ในด้านต่างๆ ทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคและมีศิลปะในการตรวจร่างกาย รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารกับ ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และการคิดวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องและตรงกับความเป็นจริง ในบทนี้ จะกล่าวถึงหลักการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. หลักการซักประวัติและการตรวจร่างกาย

การซักประวัติ (History taking) หมายถึง การรวบรวมข้อมูลจากการสนทนาโดยอาศัย กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง (subjective data) ที่มีอาการ (sign) และอาการแสดง (symptom) เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล การซักประวัติที่ดีสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด (นงนภัทร รุ่งเนย, 2560) การซักประวัติเป็นศาสตร์และศิลปะ พยาบาลผู้ซักประวัติจะต้องความรู้ในเรื่องโรค มีศิลปะและทักษะในการสื่อสารที่ดี โดยต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ศาสนาและวัฒนธรรม มีการแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพ อ่อนโยน และระมัดระวังคำถามที่อาจกระทบกระเทือนจิตใจของผู้รับบริการหรือคำถามที่ทำให้อึดอัดใจ หรือทำให้เกิดความทุกข์และความวิตกกังวลตามมา ไม่ควรใช้คำถามเดิมซ้ำหลายครั้ง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ อ่อนเพลียหรือไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลควรหยุดซักประวัติก่อน

การซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูล ปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง คือ พยาบาลผู้ซักประวัติ ผู้รับบริการและญาติ สถานที่หรือสิ่งแวดล้อม และการจัดบันทึก (นงนภัทร รุ่งเนย, 2560; รัชนกคชไกร และเวหา เกษมสุข, 2562; Jensen, 2019) ดังนี้

1) พยาบาลผู้ซักประวัติ มีการตั้งเป้าหมายในการซักประวัติ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและกลุ่มอาการ มีทักษะในการสื่อสารทั้งใช้คำพูด (verbal) และแบบไม่ใช้คำพูด (non-verbal) และการเป็นผู้ฟังที่ดี (active listening) ได้แก่ มีความเอื้ออาทร สนใจ เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล การแสดงถึงความเมตตา เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่ตัดสิน รวมทั้งใช้ถ้อยคำและน้ำเสียงที่สุภาพ อ่อนโยน และอดทนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การมีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ แต่งกายสุภาพ มีความสภาพอ่อนโยน ไม่เคร่งขรึมหรือร่าเริงเกินไป รวมทั้งความสามารถในการใช้ວິຈນภาษา เช่น การสัมผัส การพยักหน้า การสบตา ในการซักประวัติควรใช้คำถามและปฏิบัติดังนี้

- 1.1) ใช้ภาษาสุภาพที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจความหมายได้ถูกต้อง ผู้ซักประวัติควรมีความรู้ ความเข้าใจในภาษาถิ่นของผู้ป่วยด้วย ระมัดระวังคำศัพท์บางคำที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- 1.2) ใช้คำถามแบบปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าประวัติได้อย่างอิสระ
- 1.3) ให้ผู้รับบริการขยายความหมายของอาการต่างๆ ที่กล่าวถึง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับตรงกันระหว่างผู้ซักถามกับผู้ป่วย
- 1.4) ให้ผู้รับบริการเล่าอาการด้วยคำพูดของตัวเอง ไม่ควรให้บอกการวินิจฉัยโรค
- 1.5) ให้ผู้รับบริการบอกปริมาณหรือความรุนแรงของอาการ

- 1.6) ทบทวนประวัติบางส่วนที่มีความสำคัญ เพื่อให้แน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้อง
- 1.7) พยายามค้นหาระยะเวลาของการเจ็บป่วยให้ได้ในระหว่างการซักประวัติ บางครั้งผู้รับบริการอาจจำไม่ได้แน่นอน อาจใช้การประมาณระยะเวลาให้ผู้ป่วยทบทวนอาการ เช่น 1 เดือนที่แล้ว อาการเป็นอย่างไร และพยายามให้ผู้ป่วยเล่าประวัติตั้งแต่เริ่มเป็น ด้วย
- 1.8) ไม่ควรใช้คำถามนำ เพราะการถามคำถามนำอาจได้คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ในกรณีที่เป็น ต้องใช้คำถามนำ เช่น ผู้รับบริการไม่สามารถบรรยายลักษณะอาการต่างๆ ได้ หรือตอบไม่ตรงคำถาม
- 1.9) ไม่ควรใช้คำพูดหรือท่าทางที่แสดงถึงการดูถูก ตกใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ต่อพฤติกรรมหรืออาการที่เป็นความผิดปกติของผู้รับบริการ
- 1.10) ไม่ควรคาดคะเนหรืออนุมานว่าสิ่งที่ไม่ได้ถามหรือสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้ตอบ หมายความว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือเหตุการณ์ดังกล่าว นอกจากนี้ไม่ควรละเลยคำบอกเล่าอาการหรือเหตุการณ์ ที่ผู้รับบริการบอก

2) **ผู้รับบริการและญาติ** เป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด หากผู้รับบริการไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ ระดับความรู้สึกตัวสับสน หรือเด็กที่ยังเล็ก ควรซักประวัติจากผู้ใกล้ชิด หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ ผู้ให้ประวัติต้องมีความพร้อม เข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือ กรณีไม่สามารถซักประวัติได้จากผู้ป่วยเดิม จดหมายส่งตัว เป็นต้น และบันทึกไว้ในเอกสารว่าได้ประวัติจากใคร

3) **สถานที่หรือสิ่งแวดล้อม** ควรมีความเป็นส่วนตัว มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม เงียบสงบ มีโต๊ะเก้าอี้และเตียงตรวจที่พร้อมใช้งาน ไม่มีกลิ่นรบกวน เป็นต้น

4) **การจดบันทึก** ควรบันทึกเดือนความจำสั้นๆ ในขณะที่กำลังซักประวัติ และบันทึกรายละเอียดทันทีที่ซักประวัติเสร็จ

การซักประวัติผู้รับบริการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติพฤติกรรมส่วนตัวและสังคม ดังนี้

1. **ข้อมูลทั่วไป (Introductory data)** ได้แก่ ชื่อ - สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน อาชีพ การศึกษา ศาสนา

2. **อาการสำคัญ (Chief complaint: CC)** หมายถึง อาการหลักที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 1-3 อาการ และต้องมีระยะเวลาที่มีอาการดังกล่าว คำถาม เช่น มีอาการอย่างไรจึงมาโรงพยาบาล อาการเป็นมานานแค่ไหน ผู้รับบริการจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าคืออาการใด ต้องซักถามให้ได้ว่าปัญหาสำคัญที่สุดที่ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลคืออะไร การบันทึกอาการสำคัญ ควรเขียนเป็นประโยคสั้นๆ กะทัดรัด เป็นคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอง ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์ ไม่เป็นคำบอกเล่าที่เลื่อนลอย และบอกระยะเวลาเสมอ เช่น มีไข้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เป็นต้น

3. **ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness: PI)** หมายถึง รายละเอียดของอาการที่เป็นสาเหตุให้มาโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นเจ็บป่วยจนถึงนำผู้ป่วยมารักษาครั้งนี้ โดยอธิบายรายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ ตามระยะเวลา การรักษา การบรรเทาอาการ หรือการดูแลตนเองอย่างไร ซึ่งอาจใช้หลักการ OLD CARTS (รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข, 2562; Jensen, 2019) ดังนี้

- Onset of symptom (O) คือ การเริ่มต้นของอาการเป็นอย่างไร อาการแสดงที่เริ่มเป็นระยะเวลาที่เริ่มเป็น

- Location of problem (L) คือ ตำแหน่งที่เป็น เกิดตรงตำแหน่งใด
- Duration of symptom (D) คือ ระยะเวลาที่มีอาการ จำนวนครั้ง ความถี่ห่างของการเกิดอาการ เช่น ปวดเริ่มขึ้นครั้งแรกเมื่อใด ขณะ กำลังทำอะไรอยู่ เคยเป็นมาก่อนหรือไม่ อาการนั้นเกิดบ่อยแค่ไหน ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน
- Characteristic of patient (C) คือ ผลกระทบจากอาการนั้นทำให้ผู้ป่วยเป็นอย่างไร เช่น ปวดข้อจนเดินไม่ได้ ปวด ศีรษะจนนอนไม่หลับ เป็นต้น
- Aggravating factors (A) คือ ปัจจัยกระตุ้นให้อาการแย่ลงหรือเป็นมากขึ้น
- Relieving factor (R) คือ ปัจจัยที่ช่วยให้อาการดีขึ้น
- Treatment receive (T) คือ การรักษาที่เคยได้รับมาก่อน
- Severe (S) คือ ความรุนแรงของอาการ เช่น ระดับความปวด 10 คะแนน

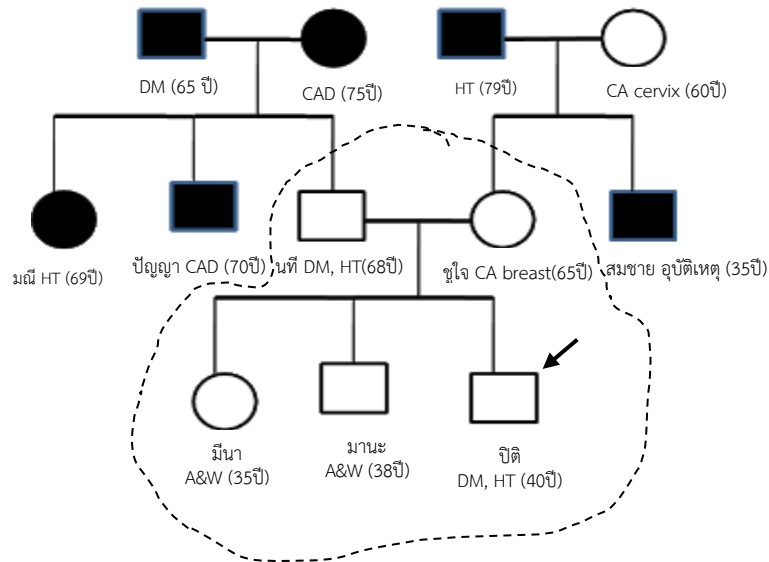
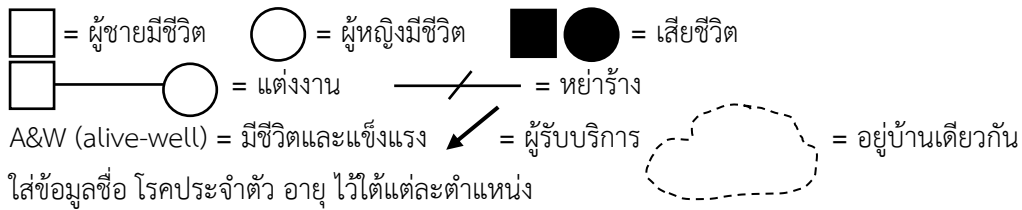
4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history: PH) หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยทั้งหมดก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ การผ่าตัด การได้รับอุบัติเหตุ การตรวจคัดกรองโรค และไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน แต่บางครั้งอาจไม่แน่ใจว่าเกี่ยวข้องกันหรือไม่ ให้บันทึกไว้ในประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่ต้องซักถาม (รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข, 2562; Jensen, 2019) ดังนี้

- 4.1 การเจ็บป่วยในวัยเด็ก (childhood illness) และประวัติการได้รับวัคซีน
- 4.2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (past illness) เช่น โรคประจำตัว ระยะเวลา การรักษา ใดๆ ผลการรักษา การติดตามรักษา เช่น เป็นโรคหัวใจ มา 5 ปี รักษาด้วยการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดและไม่มีอาการเจ็บหน้าอก มารับยาต่อเนื่องทุก 3 เดือน
- 4.3 ประวัติยาที่ใช้ประจำและข้อบ่งชี้ (current medication and indication)
- 4.4 ประวัติการผ่าตัด การบาดเจ็บ หรือการได้รับอุบัติเหตุ (Surgery, injury, trauma)
- 4.5 ประวัติโรคติดต่อ ระยะเวลาความรุนแรงและโรคแทรกซ้อนต่างๆ
- 4.6 ประวัติเกี่ยวกับอาการแพ้ยา สารอาหาร และอื่นๆ
- 4.7 ประวัติการตั้งครรภ์ (Obstetric history) การคลอด การมีประจำเดือน การแท้งบุตร

5. ประวัติส่วนตัว (Personal and social history) หมายถึง ประวัติเกี่ยวกับการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ อาชีพ ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร การเสพติด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมทางเพศ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ในเด็กควรซักประวัติการ การเลี้ยงดู ภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เป็นต้น

6. ประวัติครอบครัว (Family history; FH) หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ ซึ่งโรคบางอย่างมีลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคธาลัสซีเมีย โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ถ้ามีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต ควรถามสาเหตุการเสียชีวิตด้วย นอกจากนี้ควรซักประวัติการแต่งงาน จำนวนบุตร อายุของบุตร ซึ่งอาจเขียนในรูปผังเครือญาติ (Genogram) หรือ โครงสร้างครอบครัว (Family tree) ซึ่งส่วนใหญ่จะเขียนผัง genogram ประมาณ 3 รุ่น ดังนี้

สัญลักษณ์ในการเขียนแผนผังครอบครัว



รูปแสดง ตัวอย่างแผนผังครอบครัว

2. การทบทวนอาการตามระบบ (Review of systems)

การทบทวนอาการตามระบบ เป็นการซักประวัติ อาการและอาการแสดง การเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพทั่วไปตามระบบอวัยวะต่างๆ ตั้งแต่ศีรษะจนถึงเท้า เพื่อค้นหาอาการ ผิดปกติที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ พยาบาลผู้ซักประวัติอาจทำการทบทวนอาการตามระบบ ในขณะที่ตรวจร่างกายผู้รับบริการเพื่อประหยัดเวลา หากพบความผิดปกติผู้ตรวจจะซักถามเจาะลึกอย่างละเอียด การทบทวนอาการตามระบบ (นงนภัทร รุ่งเนย, 2560; รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข, 2562; Jensen, 2019) มีดังนี้

1. ลักษณะทั่วไป ควรซักถามเกี่ยวกับน้ำหนักลดหรือเพิ่ม ความเหนื่อยล้า ไข้ หรือหนาวสั่น อ่อนเพลีย อาการปวด กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ปัญหาการนอนหลับหรือไม่
2. การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม เช่น อ้วนขึ้นหรือผอมลงหรือไม่ รับประทานอาหารได้ไหม มีคลื่นไส้ อาเจียนไหม มีอาการกระหายน้ำ หายใจหอบเหนื่อย บวมที่ขาหรือเท้าหรือไม่
3. ผิวหนัง ผม และเล็บ : ผื่น (rashes) ก้อน อาการคัน (itching) แห้ง (dryness) การเปลี่ยนแปลงสี (Color changes) ผมและเล็บเปลี่ยนแปลง (hair and nail changes) หรือไม่
4. ศีรษะ : เคยปวดศีรษะ ลักษณะการปวดเป็นอย่างไร ศีรษะเคยมีบาดแผลหรือได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ มีอาการปวดคอ (neck pain)

5. ตา การมองเห็นลดลงใหม่ ตาพร่า ตามัว ปวดตา มองเห็นภาพซ้อนหรือไม่ เยื่อบุตาอักเสบหรือไม่ ตาแดงหรือไม่ น้ำตา ขี้ตาไหลสวมน้ำตาหรือคอนแทคเลนส์ใหม่ มีความผิดปกติของสายตาหรือไม่ เช่น สายตาสั้น ยาว เอียง ตาบอดสี มีการมองเห็นชั่วคราว
6. หู การได้ยินเป็นอย่างไร เท่ากันทั้งสองข้างหรือไม่ มีเจ็บหู ปวดหูหรือไม่ มีสารคัดหลั่ง หรือไม่ เคยเป็นหูน้ำหนวกหรือไม่
7. จมูก การได้กลิ่นเป็นอย่างไร มีอาการคัดจมูก คันจมูก เลือดกำเดาออก สั่งน้ำมูกมีเลือดปนหรือไม่ เคยเป็นโรคน้ำคั่งในโพรงไซนัสหรือไม่
8. ปาก มีอาการเจ็บปาก แผลในปาก หรือฝ้าในปาก มีฟันผุหรือไม่ ใส่ฟันปลอม มีกลิ่นปาก เลือดออกตามไรฟันหรือไม่
9. คอ มีก้อนโตผิดปกติหรือไม่ ต่อม้ำไทรอยด์โต มีอาการเจ็บในลำคอ กลืนอาหารลำบาก สำลัก หรือ เสียงแหบหรือไม่
10. เต้านม มีก้อนบริเวณเต้านม ปวด มีสารคัดหลั่งออกตาเต้านมหรือหัวนม เคยให้นมบุตรไหม
11. ระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอ ไอเป็นเลือด มีเสมหะ หายใจลำบาก เจ็บเวลาหายใจใหม่ เวลาหายใจมีเสียงผิดปกติหรือไม่ มีไอหรือไม่ เป็นมานานเท่าใด อะไรกระตุ้นให้ไอมากขึ้น มีใช้ร่วมด้วยหรือไม่ ไอมีเสมหะหรือไม่ ลักษณะเสมหะเป็น กลิ่นเหม็นหรือไม่ ไอเป็นเลือดหรือไม่ ควรถามลักษณะและปริมาณ เจ็บหน้าอกหรือไม่ ลักษณะการเจ็บสัมพันธ์กับการหายใจหรือไม่
12. ระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการสำคัญของระบบ ใจสั่น (Palpitation) เป็นลม (Syncope) เขียว (Cyanosis) ควรถามอาการสำคัญของระบบนี้ คือ หายใจลำบาก (Dyspnea) ไอ และเจ็บหน้าอก (Chest pain) ควรถามว่ามีอาการหายใจลำบากหรือ ๆ ไป เป็นมานานเท่าใด อะไรกระตุ้นให้ไอมากขึ้น ความดันโลหิตผิดปกติใหม่ มีเจ็บหน้าอกหรือไม่ หากมีอาการเจ็บหน้าอก ต้องประเมินให้ได้ว่า ตำแหน่งใด เจ็บแบบเหมือนอะไรทับ เกิดขึ้นตอนไหน ระยะเวลา อาการที่พบร่วมด้วย มีเหงื่อออก ใจสั่นหรือไม่ อาการดีขึ้นเมื่อทำอะไร ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรถามว่าเดินขึ้นบันได 2 ชั้น ได้หรือไม่ นอนหนุนหมอนใบมีประวัตินอนราบไม่ได้หรือไม่ ต้องลุกขึ้นมาหอบกลางดึกหรือไม่ เพราะผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลว
13. ระบบทางเดินอาหาร ควรถามถึงอาการเบื่ออาหาร กลืนอาหารลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน ท้องผูก ตาเหลือง ตัวเหลือง ถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือด สะอึก ปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง อุจจาระผิดปกติหรือไม่
14. ระบบทางเดินปัสสาวะ อาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะคั่งค้าง ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด ประวัติเป็นโรคนิ่วหรือไม่
15. ระบบสืบพันธุ์ มีแผลบริเวณอวัยวะเพศ มีหนองหรือสารคัดหลั่งผิดปกติหรือไม่ มีใส่เลี่ยนหรือไม่ มีอาการปวดบริเวณอวัยวะเพศ หรือมีก้อนผิดปกติหรือไม่ ในผู้หญิงควรซักถามเพิ่มเติมเรื่อง ตกขาว มีเลือดออกหรือสารคัดหลั่งจากช่องคลอดหรือไม่
16. ระบบกระดูกและข้อ มีอาการปวดหลัง ปวดข้อหรือไม่ ถ้ามีปวดข้อไหน มีอาการ บวม แดง ร้อน เคลื่อนไหวได้จำกัดหรือไม่
17. ระบบประสาท มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือไม่ มีอาการชา มีอาการ ปกติหรือไม่ มีเดินเซ มีอาการสั่นหรือไม่ ความจำปกติหรือไม่ พุดได้ปกติหรือไม่

18. ระบบโลหิต มีอาการเลือดออกง่ายหยุดยากหรือไม่ มีเลือดออกผิดปกติทางอืด หรือตามไรฟันหรือไม่ เคยมีประวัติซีดหรือไม่ เคยได้รับเลือดหรือไม่
19. จิตใจ ซักถามถึงความวิตกกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้า

2. หลักการตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกาย (Physical examination) เป็นการขั้นตอนการประเมินสุขภาพปัญหา ค้นหาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหา และประเมินการตอบสนองของผู้รับบริการต่อการรักษา โดยใช้หลักการดู คลำ เคาะ และฟัง ซึ่งต้องอาศัยประสาทสัมผัสทางตา มือ หู จมูก และใช้เครื่องมือช่วย โดยก่อนตรวจร่างกายจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ตรวจร่างกาย ผู้รับบริการ และสถานที่ (Jensen, 2019) ดังนี้

2.1 ผู้ตรวจร่างกาย ต้องคำนึงถึงการป้องกันการติดเชื้อ จากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้รับบริการ ได้แก่ เลือด เสมหะ สารคัดหลั่ง ผิวน้ำหรืออวัยวะที่มีความผิดปกติ และจากการหายใจ รวมทั้งการนำเชื้อโรคจากการสัมผัสผู้ป่วยอื่น หรือจากสิ่งแวดล้อมจากพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย โดยผู้ตรวจต้องใช้หลักการ standard precaution ก่อนตรวจร่างกายผู้รับบริการทุกราย พยาบาลจะต้องตัดเล็บให้สั้น ล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือ hand gel ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนตัว (personal protective equipment: PPE) เช่น ถุงมือ หน้ากาก แว่นตา และ face shield เป็นต้น นอกจากนี้ยังควรปฏิบัติตามการตรวจร่างกายอย่างชำนาญเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจทำให้เกิดเชื้อจากผู้รับบริการได้

2.2 สถานที่ จัดสภาพแวดล้อมในห้องตรวจให้ดูโปร่ง โล่งสบาย สะอาด ปลอดภัย และแสงสว่างเพียงพอ ควรจัดห้องตรวจให้มีความเป็นส่วนตัว หรือมีม่านกันเป็นสัดส่วน กรณีผู้ตรวจเป็นเพศตรงข้ามกับผู้รับบริการตรวจ ควรมีบุคคลที่สามที่เป็นหญิงอยู่ด้วย

2.3 การเตรียมอุปกรณ์หรือเครื่องมือ ควรจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการตรวจครบถ้วน พร้อมใช้งาน และจัดเก็บวางในที่ ๆ เหมาะสม สะดวกในการหยิบใช้ อุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ 1) ไฟฉาย 2) ไม้กดลิ้น 3) ไม้เคาะเข่า หรือค้อนยาง (percussion hammer) 4) สายวัด 5) ปรอทวัดอุณหภูมิ 6) เครื่องวัดความดันโลหิต 7) หูฟัง 8) เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง 9) เครื่องตรวจหู (otoscope) 10) ตรวจตา (ophthalmoscope) 11) เครื่องถ่างรูจมูก (nasal spectrum) 12) ส้อมเสียง (tuning fork) 13) เข็มหมุดหรือเข็มกลัดซ่อนปลาย สำลี และ 14) นาฬิกาที่มีเข็มวินาที

2.4 การเตรียมผู้รับบริการ เพื่อการตรวจร่างกาย โดย

2.3.1 แนะนำตัว ชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการและแจ้งให้ผู้รับบริการทราบขั้นตอนและวัตถุประสงค์ในการตรวจ เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ ให้เกียรติผู้รับบริการโดยการเรียกผู้รับบริการใช้สรรพนามแทนที่เหมาะสม เช่น คุณ... คุณยาย คุณป้า

2.3.2 จัดท่าทางผู้รับบริการให้เหมาะสม ท่าในการตรวจร่างกายจะเป็นท่านั่งหรือนอนหงาย กรณีผู้ตรวจหน้าคน ควรจะยืนตรวจทางด้านขวามือของผู้รับบริการ การจัดท่าอาจขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่จะตรวจด้วย ดังนี้

A) ท่านั่ง (seat) ให้ผู้รับบริการนั่งที่เก้าอี้ หรือนั่งบนเตียงตรวจ ท่านั่งสามารถใช้ตรวจทั่วไประบบทางเดินหายใจ ในหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นต้น

B) ท่านอนหงาย (Supine) ผู้รับบริการนอนหงาย มีอยู่ข้างลำตัว ผ้าคลุมตั้งแต่หน้าอกจนถึง

เท้า ทำนี้สามารถใช้ตรวจทั่วไป ระบบหัวใจหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และระบบทางเดินอาหารเป็นต้น

C) ท่านอนหงายชันเข้า (dorsal recumbent) จัดผู้รับบริการนอนหงายชันเข้าขึ้น แยกขาทั้งสองข้างออก ใช้ผ้าคลุมตั้งแต่หน้าอกถึงเท้า เปิดเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ควรใช้ผ้าปิดตาผู้รับบริการ และใช้ปลายผ้าห่มพันปลายเท้าให้เรียบร้อย ทำนี้เตรียมสำหรับผู้รับบริการตรวจระบบสืบพันธุ์ ช่องคลอด ฝีเย็บ และบริเวณทวารหนัก

D) ท่าตะแคงข้าง (lateral recumbent) ผู้รับบริการตะแคงข้างซ้ายในท่าสบายงอตัวเล็กน้อย ใช้ผ้าคลุมตั้งแต่อกถึงเท้า ทำนี้สำหรับการฟังหัวใจ หรือ คลำม้าม

เทคนิคการตรวจร่างกาย ด้วยการดู คลำ เคาะ ฟัง มีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

1. **การดู (Inspection)** เป็นการสังเกตตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามา และตลอดช่วงของการตรวจ เครื่องมือในการตรวจ ได้แก่ ตา และจมูก โดยสังเกตภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว พฤติกรรม กริยา ท่าทาง อารมณ์ สีของผิวหนัง อาการบวม แดง การเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ ความผิดปกติของส่วนต่างๆ ของร่างกาย อาการผิดปกติทางจิตใจ เช่น การสบตา สีหน้า และ อารมณ์ นอกจากการ สังเกตแล้ว กลืนกาย/กลืนลมหายใจ

2. **การคลำ (Palpation)** เป็นการตรวจโดยอาศัยการรับรู้จากการสัมผัสด้วยนิ้วมือและ ฝ่ามือ สิ่งที่ต้องสังเกตในการคลำ ได้แก่ ความหยาบละเอียด ความนุ่ม อุณหภูมิ ก้อน ขนาด การกดเจ็บ ความแข็ง การเคลื่อนไหว หรืออยู่กับที่ เทคนิคการคลำ มี 2 วิธี คือ

2.1 การคลำตื้น (Light palpation) ใช้ปลายนิ้วมือ 2-3 นิ้ว วางติดกัน แล้วสัมผัสหรือ กดไปเบาๆ ลึกไม่เกิน 2 เซนติเมตร สามารถใช้มือเดียวหรือสองมือ เช่น ใช้มือเดียวคลำการเต้นของหัวใจ ตำแหน่งที่หัวใจเต้นแรงที่สุด (PMI) คลำความชุ่มชื้น อุณหภูมิของผิวหนัง ใช้ 2 มือ คลำต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำไทรอยด์

2.2 การคลำลึก (Deep palpation) เพื่อค้นหาขอบเขตของอวัยวะ/ก้อนที่อยู่ลึกลงไป ใช้นิ้วมือ 2-4 นิ้ว วางติดกัน ใช้นิ้วมือกดลึกประมาณ 3.5-5 เซนติเมตร รอบๆอวัยวะที่ต้องการตรวจ อาจใช้มือเดียวหรือ 2 มือก็ได้เช่นกัน การคลำโดยใช้ 2 มือ เช่น อวัยวะในช่องท้อง การตรวจครรภ์ เป็นต้น การคลำตบไต ม้าม มือหนึ่งจะอยู่ด้านหน้าท้อง มืออีกข้างหนึ่งหนุนแผ่นหลังไว้บริเวณเอว เพื่อช่วยยกอวัยวะที่ต้องการตรวจให้สูงขึ้น

3. **การเคาะ (Percussion)** เป็นการตรวจโดยใช้ปลายนิ้วมือเคาะลงบนผิวหนังตรงตำแหน่ง ของอวัยวะ ภายในที่ต้องตรวจ แล้วฟังเสียงสะท้อนของเสียงที่เคาะเพื่อดูลักษณะและ/หรือขนาดของอวัยวะนั้นๆ เมื่อเคาะ เช่น เสียงก้อง (resonance) ก้องมาก (hyper resonance) เสียงโป่ง (tympany) เสียงทึบ (dullness) หรือเสียงทึบมาก (flatness) ซึ่งเสียงที่ได้ยินคือเสียงที่เกิดจากการสั่นสะเทือนของการเคาะผ่านอวัยวะที่ต้องการตรวจ มี 2 วิธี คือ

3.1 การเคาะโดยตรง (Direct percussion) โดยใช้นิ้วมือ ใ้งอปลายนิ้ววาง นิ้วกลาง หรือใช้ฝ่ามือ สันมือ หรือกำปั้นข้างที่ถนัด เคาะลงบนผิวหนังตรงตำแหน่งที่ต้องการตรวจ เช่น การเคาะไตเพื่อตรวจอาการเจ็บที่เกิดจากไต หรือกรวยไตอักเสบ หรือ Costovertebral Angle (CVA) การตรวจทำได้โดยให้ผู้รับบริการนั่งตัวตรง ผู้ตรวจยืนอยู่ด้านหลังกำมือ ข้างที่ถนัดแน่นๆ แล้วทุบลงบนตำแหน่ง Costovertebral angle ด้วยแรงพอสมควร ถ้าเจ็บบริเวณที่เคาะแสดงว่าเป็นกรวยไตอักเสบ เป็นต้น

3.2 การเคาะโดยอ้อม (Indirect percussion) คือการเคาะผ่านนิ้วมือข้างที่ไม่ถนัด ช่วยไม่ให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้รับบริการ เสียงที่ได้ยินจะชัดเจน ใช้ตรวจอวัยวะในช่องท้อง ปอด โดยวางมือข้างที่ไม่ถนัดทาบบนผิวหนัง ตำแหน่งที่ต้องการตรวจ ให้ส่วนปลายของนิ้วกลางทาบตรงตำแหน่งที่ต้องการตรวจ แล้วใช้ส่วนปลายของนิ้วชี้หรือ

นิ้วกลางอีกข้างหนึ่งเคาะลงบน ข้อนิ้วของนิ้วกลางที่วางแนบอยู่ การเคาะให้กระดกข้อมือขึ้น 2 จังหวะ แล้วฟังเสียงสะท้อนจากการเคาะ ในการเคาะควรเคาะให้แรง และเร็ว เพื่อให้เกิดการสั่นสะเทือนที่มีประสิทธิภาพ ควรใช้ปลายนิ้ว ไม่ใช่ตัวในการเคาะ การเคาะเบาเกินไปหรือใช้นิ้ว ในการเคาะจะไม่เกิดเสียงสะท้อนจากอวัยวะที่ต้องการตรวจ เสียงที่ได้ยินเมื่อเคาะ มีดังนี้

- เสียงโป่ง (tympany) เกิดจากการเคาะกระเพาะอาหาร
- เสียงราบ (flatness) เกิดจากการเคาะ กระดูก กล้ามเนื้อ
- เสียงทึบ (dullness) เกิดจากการเคาะตับ
- เสียงก้อง (resonance) เกิดจากการเคาะปอด
- เสียงก้อง มาก (hyper resonance) เกิดจากการเคาะลำไส้

4. การฟัง (Auscultation) อาจฟังโดยตรง เช่น เสียงไอ เสียงหายใจ การทำงานของอวัยวะในร่างกาย เช่น เสียงการเต้นของหัวใจ การเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยใช้หูฟัง หรือ stethoscope มี 2 ด้าน คือ ด้านไดอะแฟรม (Diaphragm) เป็นรูปกลมพื้นที่หน้าตัดกว้างแบบเรียบใช้ฟังเสียงที่มีความถี่สูง และด้านเบลล์ (Bell) เป็นรูปกรวยทรงระฆัง ใช้ฟังเสียงที่มีความถี่ต่ำ โดยต้องออกแรงกดให้แนบสนิทกับผิวหนัง แต่ถ้าเป็นด้านเบลล์ไม่จำเป็นต้องออกแรงกด จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เงียบ วางหูฟังลงบนผิวหนังตำแหน่งอวัยวะที่จะตรวจ ไม่วางผ่านเสื้อผ้า เพราะจะทำให้เสียงที่ได้ยินน้อยลง ไม่เพียงแต่ฟังเสียงเท่านั้น แต่ควรอธิบายความดัง (intensity) ความถี่ (pitch) ช่วงระยะเวลาที่ได้ยิน (duration) และลักษณะของเสียงที่ได้ยิน (quality) ควรใช้เวลาในการฟังจนกว่าจะมั่นใจว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเช่นไร หากได้ยินหลายเสียงปะปนกัน ควรตัดเสียงที่คิดว่าไม่เกี่ยวข้องออก เช่น หากต้องการฟังเสียงหัวใจแต่ได้ยินเสียงหายใจของผู้รับบริการ ก็บอกให้ผู้รับบริการหายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจพักหนึ่งเพื่อไม่ให้เกิดเสียงหายใจขณะฟังเสียงหัวใจ (รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข, 2562)

การตรวจร่างกายตามขั้นตอน การตรวจร่างกายควรกระทำตามลำดับ และตรวจให้ครอบคลุมทุกระบบโดยตรวจส่วนหรือระบบที่สงสัยว่ามีพยาธิสภาพให้ละเอียด แล้วตรวจระบบอื่นๆ ขั้นตอนการตรวจร่างกายประกอบด้วย การตรวจลักษณะทั่วไป (General appearance) การตรวจสัญญาณชีพ และการตรวจร่างกายแต่ละระบบหรือส่วน ซึ่งมีหลักการตรวจ 2 วิธี คือ

- 1) Head-to-toe assessment criteria เริ่มจากการตรวจลักษณะทั่วไป สัญญาณชีพ ศีรษะ หน้า ตา หู จมูก ช่องปาก คอ ทรวงอก ไปจนถึงแขน ขา
- 2) Body Systems assessment criteria เริ่มจากการตรวจลักษณะทั่วไป สัญญาณชีพและ ตรวจตามระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดิน อาหาร เป็นต้น

3. หลักการวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเก็บสิ่งส่งตรวจ เป็นกระบวนการในการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค การคัดกรอง และการตรวจติดตามการดำเนินของโรค ซึ่งใช้เป็นข้อมูลแบบ objective data (OD) การส่งตรวจ เช่น การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ การเก็บอุจจาระส่งตรวจ การเก็บเสมหะส่งตรวจ การเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ รวมทั้งการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วย

คลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า และการตรวจสอบกล้อง เป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งหากการเก็บหรือการส่งตรวจไม่ถูกต้องและเหมาะสมอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ผิดพลาดและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องตามมาได้ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้ผลการตรวจที่มีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงถึงขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ได้แก่

- 1) การส่งสิ่งส่งตรวจถูกคน ทั้งใบนำส่ง ภาชนะที่บรรจุ ต้องตรวจสอบให้ถูกต้อง
- 2) การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณผิวหนังหรืออวัยวะภายนอกให้น้อยที่สุด เช่น ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกในการเก็บปัสสาวะส่งตรวจ ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 70% แอลกอฮอล์ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อเพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อจากผิวหนัง
- 3) การเก็บสิ่งรักษาสิ่งส่งตรวจเพื่อป้องกันการเน่าเสียหรือมีกลิ่นก่อนส่งไปห้องตรวจในน้ำแข็งหรือเก็บในตู้เย็น เช่น การส่งตรวจปัสสาวะ กรณียังไม่สามารถส่งตรวจได้ทันที
- 4) การเจาะเลือดอย่างถูกหลักการ เช่น การตรวจเพาะเชื้อจากเลือด ให้ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 2% chlorhexidine หรือ povidone-iodine ทิ้งให้แห้ง เปลี่ยนหัวเข็มอันใหม่ก่อนใส่เลือดลงขวด โดยเข็มแทงทะลุเข้าไปในจุดยาง
- 5) การเจาะเลือดส่งตรวจค่าเกลือแร่ไม่ดูดเลือดแรงเพราะจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตก หรือในการเตรียมตรวจค่าไขมันในเลือดหรือน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารก่อน
- 6) ภาชนะที่ใช้บรรจุสิ่งส่งตรวจต้องถูกชนิด ปริมาณสิ่งส่งตรวจต้องเพียงพอ

การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะนำข้อมูลไปประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายของผู้รับบริการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยปัญหา พยาบาลจะต้องมีความรู้ว่าการตรวจต่างๆ มีค่าปกติเท่าใด เมื่อผลการตรวจผิดปกติจะเกิดจากสาเหตุใดได้บ้าง ซึ่งจะกล่าวอย่างละเอียดในการตรวจร่างกายตามระบบ

4. การบันทึกผลการตรวจร่างกาย

การบันทึกข้อมูลจากการซักประวัติและผลการตรวจร่างกาย เพื่อบันทึกข้อมูลพื้นฐาน และรายละเอียดที่จำเป็น เพื่อการสื่อสารได้ชัดเจน และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย หลักทั่วไปในการบันทึก

- 1) ควรบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นจากคำบอกเล่า ข้อมูลที่สำคัญ และมีความหมายต่อการวินิจฉัยโรค สามารถใช้ประกอบเหตุผลในการตัดสินใจวินิจฉัย ให้การรักษาและการพยาบาล เช่น อาการและอาการแสดงที่ปกติ/ไม่ปกติ พฤติกรรมที่ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้ง ข้อมูล ส่งตที่เป็นประโยชน์ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
- 2) ใช้คำบรรยายเฉพาะข้อมูลที่มีนัยทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจชัดเจน ไม่ใช่คำแสดงทั่วไป เช่น ไม่ควรบรรยายว่าความดันโลหิตปกติดี แต่ควรอธิบายว่าความดันโลหิต 120/80 mmHg เป็นต้น
- 3) ไม่จำเป็นต้องบันทึกทุกสิ่งที่เห็น และไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการหรือครอบครัวมากเกินไป
- 4) ควรจดบันทึกสั้นๆ ไม่ควรจดบันทึกรายละเอียดทั้งหมดเพราะการจดยละเอียดใช้เวลา จะทำให้การซักประวัติ การประเมินภาวะสุขภาพ และการตรวจร่างกายไม่ต่อเนื่อง โดยผู้ตรวจควรแจ้งให้

ผู้รับบริการทราบก่อน เป็นการเคารพสิทธิของผู้รับบริการ และทำการบันทึกรายละเอียดทั้งหมดทันทีที่ การซักประวัติ ประเมินภาวะสุขภาพ และการตรวจร่างกายเสร็จสิ้น

- 5) ไม่ควรคัดลอกผลการซักประวัติ ประเมินภาวะสุขภาพ และการตรวจร่างกายที่ผู้ให้การดูแลคนอื่นที่ได้ จดบันทึกไว้ก่อนแล้ว เพราะจะทำให้ขาดความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ รวมทั้งเป็นการผิดจริยธรรม และเป็น พ ดังนั้น อันตรายต่อผู้รับบริการหากข้อมูลที่คัดลอกมานั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปแล้ว และเป็น ประเด็นที่สำคัญนำไปสู่การตัดสินใจให้การรักษา
- 6) หากจำเป็นต้องใช้คำย่อ ควรใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน หากคำย่อ บางคำ เป็นสากล แต่มีความหมายต่างกันในต่างสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ออร์โธปิดิกส์ให้ความหมาย ROM คือ Range of Motion หรือ Restriction of Movement สูติแพทย์ให้ความหมาย ROM คือ Rupture of Membrane ทุกระดับได้ brane และกุมารแพทย์ให้ความหมาย ROM ว่า Right Otitis Media จิตเวชให้ ความหมาย ROM คือ Routine บริการที่คืน Outcome Measurement เป็นต้น ดังนั้นควรมีคำขยาย ชัดเจนเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เช่น ROM of ดังกล่าว elbow ก็จะทำให้เข้าใจได้ว่า ROM คือ Range of Motion ไม่ใช่ Rupture of Membrane หรือ Right Otitis Media เป็นต้น
- 7) บันทึกผลการตรวจร่างกายนี้ไม่ควรลบ หากมีการเปลี่ยนแปลงควรขีดฆ่าและลงวันที่ และชื่อผู้ทำการ เปลี่ยนแปลงกำกับไว้
- 8) ในการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ และการตรวจร่างกายเป็นภาษาอังกฤษ ควรคำนึงถึงหลัก ไวยากรณ์ด้วย เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ถูกต้อง ตรงกับที่ผู้บันทึกอยากสื่อความหมาย

รูปแบบการบันทึกผลการตรวจร่างกาย

การบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจร่างกายสามารถบันทึกได้หลายรูปแบบ การ บันทึกแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (SOAP charting) เป็นการบันทึกที่นิยมใช้ ซึ่งเป็นการเขียนรายงานที่เน้นการใช้ปัญหา เป็นหลัก เป็นการดูแลผู้ใช้บริการทุกคนแบบองค์รวมตามปัญหาที่พบ จะทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ ได้ อย่างถูกต้องแท้จริง การบันทึกแบบ SOAP อธิบายหลักการ (รัชชก คชไกร และเวหา เกษมสุข, 2562) ดังนี้

1.1 Subjective data (S) หรือข้อมูลเชิงจิตวิสัย คือ การบันทึกข้อมูลที่ผู้รับบริการบอกเกี่ยวกับอาการ หรือ ความรู้สึกของผู้รับบริการ เช่น อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ควร บันทึกเฉพาะประวัติที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นความสัมพันธ์ในแง่สาเหตุ อาการแทรกซ้อนหรือความรุนแรง การบันทึกข้อมูลเชิงจิตวิสัยนี้ควรบรรยายสิ่งที่ผู้รับบริการบอกตามจริง ซึ่งอาจไม่ครบถ้วน ควร ซักถามจนได้ข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปสู่การวินิจฉัย เช่น ผู้รับบริการบอกว่าปวดศีรษะมาก ข้อมูล เท่านั้นไม่เกิดประโยชน์ ในการวินิจฉัย ผู้ตรวจต้องซักถามเพิ่มเติมถึงลักษณะการปวด ความรุนแรง ปวดที่ใด ปวดอย่างไร ปวดในเวลาใด เป็น ต้น หากต้องใช้เครื่องมือในการบอกว่าปวดมากเท่าใด ก็ควรบอกชนิดของเครื่องมือที่ใช้นั้นด้วย

1.2 Objective data (O) ข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย คือ การบันทึกข้อมูลที่เป็นเชิงประจักษ์ สามารถตรวจหรือ วัดได้ มีข้อมูลประกอบ มีหลักฐานยืนยันชัดเจน เช่น ผลการตรวจร่างกายจากการตรวจโดยผู้บันทึก ผลการตรวจเลือด และผลการฉายภาพรังสี (X-ray) ควรบันทึกเฉพาะข้อมูลที่สัมพันธ์กับปัญหานั้นๆ อาจเป็นผลที่เป็นบวก หรือลบก็ได้ ในการบันทึกข้อมูลเชิงวัตถุวิสัยนี้ควรบันทึกอย่างเป็นลำดับขั้น ตอบตามระบบและเทคนิคการบันทึกข้อมูลเชิงวัตถุ

วิสัย มีหลักการ ดังนี้ บันทึกตำแหน่งที่พบ บอกระดับของผลการตรวจพบ (grading) ผลการตรวจร่างกายบางระบบ ต้องการการบอกระดับ เพื่อประเมินความผิดปกติ การอธิบายการพบก้อนและรอยโรค ต้องอธิบายผิวสัมผัส (texture) ว่ามีลักษณะเช่นไร เช่น เรียบ (smooth) นุ่ม (Soft) หรือแข็ง (firm) ขนาดที่พบ (Size) ให้บันทึกขนาดจากจุด 2 จุด เป็นเซนติเมตร หรือมิลลิเมตร และการเพิ่มขนาดของก้อนหรือรอยโรค รูปร่าง การเคลื่อนที่ (mobility) สามารถเคลื่อนที่ได้หรือไม่ (moves freely under skin) หรือติดแน่น (fixed) การกดเจ็บ (tenderness) ร้อนเมื่อสัมผัส (heat) สีของก้อนหรือรอยโรค (Color) ตำแหน่งที่พบ (location) สารคัดหลัง (discharge) สี ลักษณะ และจำนวนของสารคัดหลังที่ออกมาจากก้อนหรือรอยโรค

1.3 Assessment (A) คือ การบันทึกข้อมูลที่เป็นประเด็นนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหา เช่น อาการ อาการแสดง เหตุผลเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา การวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งหากเป็นการติดตาม (follow up) อาจเขียนวิเคราะห์ ความก้าวหน้าของการรักษาโรค หรือวินิจฉัยปัญหาก็ได้

1.4 Plan (P) คือการบันทึกแผนการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องได้แก่ แผนการรักษา การส่งขอ คำปรึกษา และเหตุผลในการส่งตรวจ การรักษา หรือขอคำปรึกษาดังกล่าว

นอกจากนี้ยังมีการบันทึกแบบการวาดภาพ (Illustration) จะทำในกรณีการวาดภาพสามารถอธิบายได้ดีกว่าการบรรยาย การบันทึกแบบผัง และทำเครื่องหมาย (Low sheet and check List) จะทำให้สะดวกในการบันทึกข้อมูลและสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงภาวะของผู้รับบริก ติดตามแต่ละครั้ง โดยบันทึกวันที่ตรวจ และผลการตรวจต่างๆ ในแต่ละวันซึ่งจะทำให้สามารถแสดง ดูแลรักษา และการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการในแต่ละการตรวจติดตามได้ชัดเจนมากขึ้น การบันทึกโดยการบรรยาย (narrative charting) เป็นการบรรยายการประเมิน ภาวะสุขภาพผู้รับบริการ (assessment) การวินิจฉัยปัญหา (diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (Intervention) และ ผลกระทบของกิจกรรมการพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว กลุ่ม หรือชุมชน ตามลำดับเวลา (chronological) ซึ่งบันทึกเพื่อดูความก้าวหน้าของปัญหา (progress note) ที่ กรอบชัดเจน ซึ่งอาจเขียนบรรยายไว้เป็นหลักหรือเขียน ประกอบกับเครื่องมืออื่นๆ เช่น low sheet หรือ the list ก็ได้ การบันทึกรายงานผู้รับบริการโดยยึดหลักการ แก่ปัญหา (Problem Oriented Medical Record POMR) เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาเป็นหลัก ประกอบด้วยส่วน ที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน (data base) และรายงานความก้าวหน้า (progress note) ประกอบด้วยข้อมูลเชิงจิตพิสัย (subjective data) ข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย (objective data) การประเมิน (assessment) และการวางแผน (plan)

เอกสารอ้างอิง

นางนภัทร รุ่งเนย. (2560). *การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข (บรรณาธิการ). (2562). *การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรช.

Estes, M. E. Z. (2014). *Health assessment and physical examination*. Cengage Learning.

Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.

Jensen, S. (2019). *Nursing health assessment: a best practice approach*. Edition 3.

Philadelphia: Wolters Kluwer Health.