

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

แบบฟอร์มรายงานกรณีศึกษา (Case study)

ชื่อผู้รับบริการ (ระบุเฉพาะชื่อไม่ต้องใส่นามสกุล)..... อายุ.....ปี

เพศ.....สถานภาพสมรส.....เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ภูมิลำเนาเดิม.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

วันที่รับไว้ในความดูแล

แหล่งที่มาของข้อมูล / ผู้ให้ข้อมูล

สิทธิการรักษา

- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ราชการ
- รัฐวิสาหกิจ
- ประกันสังคม
- อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 1 การประเมินทางการพยาบาล

การวินิจฉัยแรกรับ.....

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....

อาการสำคัญ (Chief Complaint: CC)

.....
.....
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness: PI)

.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยอดีต (Past History: PH)

.....
.....
.....
.....

ประวัติการผ่าตัด.....วันที่.....

ประวัติการคลอด.....วันที่.....

ประวัติการแพ้ยา/ แพ้อาหาร.....

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว (Family History: FH)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการรักษาที่ได้รับ (กรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

One day order	Continue order

การประเมินการประเมินสุขภาพ

1. การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน (Functional health patterns)

<p>1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception–health management pattern)</p> <p>1.1 ความรู้สึกของผู้ใช้บริการต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี รับรู้ภาวะสุขภาพว่าเป็นอย่างไร ปัจจัยที่ทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้น </p>
<p>1.2 ผู้ใช้บริการปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง รูปแบบ/วิธีปฏิบัติ แหล่งความรู้ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย ปัจจัยที่ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง <input type="checkbox"/> ด้านบุคคล ได้แก่..... <input type="checkbox"/> หน่วยงานหรือองค์กรสนับสนุน ได้แก่..... <input type="checkbox"/> วัสดุ/อุปกรณ์ ได้แก่..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ได้แก่.....</p>
<p>1.3 ภาวะสุขภาพที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> มีสุขภาพแข็งแรง <input type="checkbox"/> มีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่</p>
<p>1.4 ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ต่อการดำเนินชีวิต..... <input type="checkbox"/> ต่อการทำงาน..... <input type="checkbox"/> ไม่มีผลกระทบ.....</p>
<p>1.5 ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยในครั้งนี้ <input type="checkbox"/> ต่อการดำเนินชีวิต..... <input type="checkbox"/> ต่อการทำงาน..... <input type="checkbox"/> ไม่มีผลกระทบ.....</p>

<p>1.6 การตีมนิ้วหรือเครื่องตีนมินเมา</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ตีมนิ้ว <input type="checkbox"/> เคยตีมนิ้วแต่เลิกตีมนิ้วแล้ว <input type="checkbox"/> ตีมนิ้วและยังตีมนิ้วอยู่ <input type="checkbox"/> ตีมนิ้วเป็นบางครั้ง</p> <p>ระบุชนิด..... ปริมาณ..... ระยะเวลาที่ตีมนิ้ว.....</p> <p>ระยะเวลาที่เลิกตีมนิ้ว.....</p> <p>ปัจจัยส่งเสริม / อุปสรรคในการหยุดตีมนิ้วหรือกลับมาตีมนิ้วใหม่</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.7 การสูบบุหรี่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่แล้ว <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่และยังสูบบุหรี่อยู่</p> <p>ระบุชนิด..... จำนวน..... ระยะเวลาที่สูบบุหรี่.....</p> <p>เคยคิดเลิกสูบบุหรี่หรือเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่.....</p> <p>ใช้วิธีการ.....</p> <p>ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ</p> <p>ปัจจัยส่งเสริม หรืออุปสรรคให้เลิกสูบบุหรี่หรือกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีก</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.8 การใช้อายูหรือสารเสพติด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้ <input type="checkbox"/> เคยใช้แต่เลิกใช้แล้ว <input type="checkbox"/> เคยใช้และยังใช้อยู่</p> <p>ระบุชนิด..... จำนวน..... ระยะเวลาที่ใช้.....</p> <p>เหตุจูงใจให้ใช้สารเสพติด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>รับรู้ผลกระทบของสารเสพติดต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.9 เมื่อมีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ผู้ใช้บริการปฏิบัติอย่างไร</p> <p>การดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาไทย และการใช้บริการสาธารณสุขอย่างไร</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.10 ผู้ใช้บริการทราบหรือไม่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
<p>1.11 การรักษาโดยใช้การแพทย์ทางเลือก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> เคย ระบุวิธีการ.....</p> <p>รู้สึกว่าได้ผลหรือไม่.....</p> <p>ส่งผลต่อสุขภาพอย่างไร.....</p>

<p>1.12 การแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> เคย ระบุชนิดยา อาหาร หรือสารเคมีที่เคยแพ้.....</p> <p>ลักษณะอาการแพ้ ความรุนแรง และจำนวนครั้งที่เคยแพ้</p> <p>.....</p> <p>การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการแพ้.....</p>
<p>1.13 ความช่วยเหลือขณะที่อยู่โรงพยาบาล/หรือเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพ (เรียงลำดับตามความสำคัญ ความเร่งด่วน จากมากที่สุดไปหาน้อย)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.14 การดูแลสุขอนามัย สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย (จากการซักประวัติหรือการสังเกต)</p>
<p>1.14.1 การดูแลสุขอนามัยของร่างกาย เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน ล้างหน้า สระผม ตัดเล็บ ความสะอาดของผม ฟัน เล็บ ผิวหนัง ความสะอาดของเสื้อผ้า รองเท้า ถุงเท้าที่สวมใส่</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.14.2 การดูแลสิ่งแวดล้อม และที่อยู่อาศัย</p> <p>- ลักษณะทั่วไป.....</p> <p>.....</p> <p>- การจัดเก็บของใช้/อุปกรณ์/ของใช้ส่วนตัว.....</p> <p>.....</p>
<p>1.14.3 ความปลอดภัยและการป้องกันตนเอง</p> <p>- เคยได้รับภูมิคุ้มกันหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ระบุ.....</p> <p>- เคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ระบุ.....</p> <p>- ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน มีความปลอดภัยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ปลอดภัย <input type="checkbox"/> ไม่ปลอดภัย</p> <p>ระบุ.....</p> <p>- เคยตรวจร่างกายประจำปีหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ผลการตรวจเป็นอย่างไร.....</p> <p>หากไม่เคยตรวจเป็นเพราะเหตุใด.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern)
2.1 การรับประทานอาหารประจำวัน ชนิดของอาหาร..... วันละ.....มื้อ ปริมาณพลังงาน..... กิโลแคลอรี อาหารเสริม..... <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....
2.2 น้ำ/เครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำ ชนิดของน้ำ/เครื่องดื่ม..... ปริมาณซีซี/วัน <input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
2.3 ปัญหาในการรับประทานอาหาร (ไม่เจริญอาหาร ฟันไม่ดี มีแผลในปาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบาก หรือท้องอืด หรือหิวบ่อยรับประทานมากกว่าปกติ อื่นๆ) <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> มีปัญหา ระบุปัญหา.....
2.4 น้ำหนักตัวและส่วนสูง น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI.....kg/m ² มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง จำนวน.....กิโลกรัม ภายใน.....เดือน
2.5 การหายของบาดแผล <input type="checkbox"/> หายตามปกติ <input type="checkbox"/> หายช้ากว่าปกติ ระยะเวลาที่แผลหาย..... ปัจจัยที่ส่งเสริม/ อุปสรรคในการหายของแผล.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
3. แบบแผนการขับถ่าย (Elimination pattern)
3.1 แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน ลักษณะ ปัญหาในการขับถ่าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... การดูแลแก้ไขปัญหา..... ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการขับถ่ายอุจจาระ
3.2 แบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ การถ่ายปัสสาวะ (กลางวัน).....ครั้ง/วัน (กลางคืน).....ครั้ง/วัน ลักษณะสี.....กลิ่น..... ปริมาณ.....ซีซี/ครั้ง

<p>ปัญหาการถ่าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....</p> <p>การดูแลแก้ไข.....</p> <p>ปัญหาการกลั้น / ควบคุมการปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>การดูแลแก้ไข.....</p>
<p>3.3 อาการเหงื่อออกมากผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการขับถ่าย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)</p>
<p>4.1 การทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำได้บางส่วน <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้</p> <p>กิจกรรมที่ทำเหมาะสมกับเพศและวัย <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม</p> <p>เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ.....</p>
<p>4.2 แบบแผนในการออกกำลังกาย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ</p> <p>วิธีออกกำลังกาย..... ระยะเวลาออกกำลังกาย..... นาที/ครั้ง</p> <p>ความถี่..... ครั้ง / สัปดาห์</p>
<p>4.3 กิจกรรมในยามว่าง</p> <p>ชนิดของกิจกรรมยามว่าง.....</p>
<p>4.4 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน</p> <p>พัฒนาการสอดคล้องกับวัย / เพศ</p> <p><input type="checkbox"/> สอดคล้อง <input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้อง ระบุ.....</p> <p>ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ใส่ตัวเลขของระดับความสามารถ)</p> <p><input type="checkbox"/> การเข้าห้องน้ำ <input type="checkbox"/> การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> การทำอาหาร <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวทั่วไป <input type="checkbox"/> การแต่งตัว <input type="checkbox"/> การดูแลความสะอาดบ้าน <input type="checkbox"/> การหิว</p> <p><input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวบนเตียงในกรณีผู้ป่วยพักบนเตียง <input type="checkbox"/> การซื้อของ / ทำกิจกรรมนอกบ้าน</p>
<p>ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม จำแนกเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 0 : ทำได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ในผู้สูงอายุที่ลุกได้เอง แต่เวลาเดินต้องใช้ไม้เท้า หรือในผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องเตือนให้ทำ</p> <p>ระดับ 2 : ต้องการความช่วยเหลือ หรือต้องการคำแนะนำจากผู้อื่น แล้วทำเองต่อได้ เช่น ต้องมีผู้ช่วยพยุงขึ้นจากเตียง แล้วลุกเดินได้หรือในผู้รับบริการที่ต้องมีผู้คอยแนะนำหรือบอกในการทำกิจกรรม จากนั้นทำเองได้</p> <p>ระดับ 3 : ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ร่วมกับใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ผู้ที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย ต้องการผู้ช่วยพยุงข้างซ้าย และใช้ไม้เท้าช่วยเดิน หรือในผู้รับบริการที่ต้องมีคนคอยดูแลให้ทำกิจกรรมตลอดเวลา</p> <p>ระดับ 4 : ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย หรือไม่สามารถทำตัวเอง ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำกิจกรรมให้ตลอดเวลา</p>
<p>4.5 ปัญหาในการเคลื่อนไหว (Movement/activities)</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่าปกติ (Hypoactivity) <input type="checkbox"/> มากกว่าปกติ (Hyperactivity) <input type="checkbox"/> ปกติ</p>

ระบุลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ทื่อ ๆ แข็ง ๆ (Rigid) <input type="checkbox"/> ผ่อนคลายสบายๆ (Relaxed) <input type="checkbox"/> กระสับกระส่าย (Restless) <input type="checkbox"/> พลุ่พลุ่ <input type="checkbox"/> กระวนกระวาย (Agitation) <input type="checkbox"/> พฤติกรรมที่ทำซ้ำ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัว (Mannerisms) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลักษณะการก้าวเดิน และการประสานกันของกล้ามเนื้อ ต่างๆ (Gait and coordination)..... สอดคล้องกับวัย /เพศ <input type="checkbox"/> สอดคล้อง <input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้อง ระบุ.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย
5. แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ (Sleep-rest pattern)
5.1 การนอนหลับ <input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ แบบแผนการนอน..... ระยะเวลาอนตอนกลางคืน.....ชั่วโมง ระยะเวลาอนตอนกลางวัน.....ชั่วโมง ความรู้สึกเมื่อตื่นนอน.....
5.2 ปัญหาในการนอน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... อุปกรณ์หรือยาที่ช่วยในการนอนหลับ..... ลักษณะการนอน <input type="checkbox"/> หลับสนิท <input type="checkbox"/> หลับไม่สนิท <input type="checkbox"/> ผื่น <input type="checkbox"/> ไม่ผื่น สาเหตุที่ต้องทำให้ให้นอนดิ๊กหรือตื่นเข้าเกินไป.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ
6. แบบแผนการรู้คิด การรับรู้ การสื่อสาร
6.1 การรู้คิด (Cognition)
6.1.1 ระดับความรู้สึกตัว (Consciousness) <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (Alert) <input type="checkbox"/> ครึ่งหลับครึ่งตื่น (Stuporous) <input type="checkbox"/> สับสน (Confused) <input type="checkbox"/> มึนงง (Drowsiness) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว (Coma)
6.1.2 ความจำ (Memory) <input type="checkbox"/> Immediate memory <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> Recent memory <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> Remote memory <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
6.1.3 การรับรู้ (Orientation) <input type="checkbox"/> การรับรู้เวลา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> การรับรู้สถานที่ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> การรับรู้บุคคล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....

<p>6.1.4 ความรอบรู้พื้นฐาน (Fund of information) ประเมินครอบคลุมใน 2 ด้านหลัก ได้แก่</p> <p>6.1.4.1 ความรู้รอบตัวเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>6.1.4.2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.5 การตัดสินใจ (Judgement) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.6 การรู้จักตน (Insight) <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ไม่ดี</p>
<p>6.1.7 ความคิดแบบเป็นรูปธรรม และนามธรรม (Concrete or abstract thinking)</p> <p>6.1.7.1 ความคิดแบบรูปธรรม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>6.1.7.2 ความคิดแบบนามธรรม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.8 กระบวนการคิด (Thinking process)</p> <p>6.1.8.1 เนื้อหาความคิด (Thought content) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>6.1.8.2 รูปแบบความคิด (Form of thought) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.9 ความตั้งใจ (Attention) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.2 การรับรู้ (Perception)</p>
<p>6.2.1 ความรู้สึกผ่านประสาทสัมผัส (Sensation)</p> <p> การประเมินการได้ยิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p> การมองเห็น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p> การรับกลิ่น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p> การรับรส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p> การสัมผัส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.2.2 การรับรู้ (Perception) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.3 การติดต่อสื่อสาร (Communication)</p> <p> การใช้ภาษาพูด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p> การใช้ภาษากาย/ท่าทาง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p> การใช้น้ำเสียง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการรู้คิด การรับรู้ การสื่อสาร</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7. แบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ (Self-perception, self-concept, emotional status pattern)</p>
<p>7.1 การรับรู้ตนเองหรือเอกลักษณ์ในตนเอง</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p> <p>.....</p>
<p>7.2 การรับรู้ภาพลักษณ์ (Body image) ของตนเอง</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p> <p>.....</p>

<p>7.3 การเห็นคุณค่าของตนเอง (Self-esteem)</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p> <p>.....</p>
<p>7.4 สภาพอารมณ์ (Emotional status)</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p> <p>.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship pattern)</p>
<p>8.1 การอยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> อยู่กับครอบครัว <input type="checkbox"/> อยู่กับผู้อื่น</p> <p>ระบุจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วย.....</p>
<p>8.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> มีปัญหา ระบุ.....</p>
<p>8.3 การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>
<p>8.4 ความรู้สึกของผู้ใช้บริการ/คนในครอบครัว หรือคนที่อาศัยอยู่ด้วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ/หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ใช้บริการ</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>
<p>8.5 การทำงานหรือการเรียน</p> <p>ระบุผลกระทบ.....</p>
<p>8.6 บทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ชุมชน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เข้าร่วม ระบุเหตุผล.....</p> <p><input type="checkbox"/> เข้าร่วม ประเภทของกิจกรรม.....</p>
<p>8.7 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)</p>
<p>8.7.1 เพื่อน / ผู้ร่วมงาน <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี ระบุ.....</p>
<p>8.7.2 การพึ่งพาผู้อื่นเหมาะสมกับสถานภาพหรือวัย</p> <p><input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....</p>
<p>8.7.3 ลักษณะของการช่วยเหลือระหว่างผู้ใช้บริการกับเพื่อน / ผู้ร่วมงาน</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>
<p>8.7.4 สังเกตพฤติกรรมที่ผู้ใช้บริการแสดงออก (ต่อผู้สัมภาษณ์)</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>

<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern)</p>
<p>9.1 แบบแผนทางเพศ</p>
<p>9.1.1 ปัญหาเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>
<p>9.1.2 โรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>การป้องกันโรคจากเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ป้องกัน ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ป้องกัน ระบุ.....</p>
<p>9.1.3 ความคิดเห็นเรื่องเพศ</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>
<p>9.2 แบบแผนการเจริญพันธุ์</p>
<p>9.2.1 กรณีเป็นสตรี ประจำเดือนครั้งแรกเมื่อ.....</p> <p>ลักษณะการมีประจำเดือน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>วิธีการแก้ไข.....</p>
<p>9.2.2 การคุมกำเนิด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่คุมกำเนิด ระบุเหตุผล.....</p> <p><input type="checkbox"/> คุมกำเนิด ระบุวิธี.....</p> <p>ปัญหาเรื่องการคุมกำเนิด</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10. แบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern)</p>
<p>10.1 การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตของผู้ใช้บริการที่ทำให้เกิดความเครียด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p> <p>วิธีการจัดการปัญหา.....</p> <p>ส่วนใหญ่สามารถจัดการกับปัญหา <input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ ระบุ.....</p>
<p>10.2 ความรู้สึกเครียด <input type="checkbox"/> ไม่บ่อยครั้ง <input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง</p> <p>วิธีช่วยให้รู้สึกคลายความเครียด.....</p> <p>ผลที่เกิดขึ้น.....</p>

<p>10.3 เมื่อเกิดความเครียด ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ คือ..... ระบุสถานภาพหรือความสัมพันธ์..... รูปแบบความช่วยเหลือ.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11. แบบแผนคุณค่า ความเชื่อและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Value-belief-spiritual pattern)</p>
<p>11.1 จุดมุ่งหมาย/เป้าหมายในชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>
<p>11.2 แผนการสำหรับอนาคต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>
<p>11.3 ความรู้สึกต่อการใช้ชีวิตในแต่ละวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความน่าสนใจ / ทำท่าย ระบุเหตุผล.....</p> <p><input type="checkbox"/> มีความน่าสนใจ / ทำท่าย ระบุเหตุผล.....</p>
<p>11.4 สิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ระบุ.....</p>
<p>11.5 สิ่งที่สำคัญ/มีความหมายต่อชีวิต ระบุ.....</p>
<p>11.6 หลักในการดำเนินชีวิต ระบุ.....</p>
<p>11.7 ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยครั้งนี้</p> <p>ระบุ.....</p>
<p>11.8 ความเชื่อตามศาสนา ความเชื่อตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมประจำท้องถิ่น</p> <p>ระบุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนคุณค่า ความเชื่อและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

สรุปการประเมินแบบแผนสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. การตรวจอื่นๆ พร้อมคำอธิบายความหมายและวิธีตรวจอย่างย่อ (การตรวจทางรังสี การส่องกล้อง (Endoscopy) การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ เช่น CT scan, MRI, PET scan)

วันที่ตรวจ	การตรวจ	ผลการตรวจ	วิธีการตรวจ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ

การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ตามพยาธิสภาพของโรค ตามทฤษฎี กับกรณีศึกษาในประเด็นที่สำคัญ

พยาธิสภาพของโรคตามทฤษฎี	พยาธิสภาพกรณีศึกษา
สาเหตุ / ปัจจัย และพยาธิสภาพ	
การประเมิน / การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค(การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่นๆ)	

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....

สรุปภาวะสุขภาพ

.....
.....
.....

ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล และ เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล

สรุปผลการเยี่ยมและข้อเสนอแนะในการเยี่ยมครั้งต่อไป

.....
.....
.....

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....

สรุปภาวะสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล และ เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล

สรุปผลการเยี่ยมและข้อเสนอแนะในการเยี่ยมครั้งต่อไป

.....

.....

.....

.....

