

คู่มือ

การบันทึกทางการพยาบาล

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

มกราคม 2551

Y
0.5
91ค
51



คู่มือ

การบันทึกทางการพยาบาล

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

มกราคม 2551

เลขทะเบียน.....	000968
วันที่.....	8 ม.ค. 2551
เรียกหนังสือ.....	พ 100.5
.....	ย 191ค 881 ค.1

คำนำ

การบันทึกทางการแพทย์เป็นหลักฐานที่สำคัญที่สามารถใช้เป็นหลักฐานการใช้กระบวนการพยาบาลทั้งห้าขั้นตอนอย่างเข้าใจ คือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ถูกต้อง กระชับ เข้าใจง่ายและมีประสิทธิภาพจะสามารถสะท้อนผลการใช้กระบวนการพยาบาล อันเป็นมาตรฐานทางการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบอันดับแรกของการประกันคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งเป็นเกณฑ์ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งสามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายได้เป็นอย่างดี

คณะกรรมการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2549 และได้จัดทำชุดคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลทุกระดับ นักศึกษาพยาบาลและผู้ที่มิบทบาทหน้าที่ในการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความทุกข์ทรมาน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและพึงพอใจบริการ ผู้จัดทำขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และ พยาบาลทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจนได้คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเล่มนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คณะผู้จัดทำ

มกราคม 2551

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	1
1. ความเป็นมาของการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. ขั้นตอนการดำเนินงาน	2
4. แนวคิดบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	3
5. แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้ในหอผู้ป่วย	4
5.1 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่และคู่มือการใช้ฯ	5
ตัวอย่างการบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่	10
5.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	12
ราชชนรินทร์ (กรณีรับใหม่) และคู่มือการใช้ฯ	
ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (กรณีรับใหม่)	16
5.3 การวางแผนการพยาบาล ปัญหา..... และคู่มือการใช้ฯ	17
ตัวอย่างการบันทึกการวางแผนการพยาบาล	20
5.4 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือการใช้ฯ	21
ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	24
บรรณานุกรม	26
ภาคผนวก	27
1. การจำแนกประเภทผู้ป่วย	28
2. การบันทึกปัญหา / ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	29
3. คำย่อที่ใช้บ่อยในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	30
4. ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล	32
รายนามอาจารย์ที่ปรึกษาการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	55
รายนามคณะกรรมการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	55

บทนำ

1. ความเป็นมาของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล

ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช เป็นการปฏิบัติตามแนวทางของทฤษฎีการพยาบาลโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีขั้นตอน และเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมที่ดีขึ้น การให้การพยาบาลโดยกระบวนการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานทางการพยาบาล เป็นองค์ประกอบอันดับแรกของการประกันคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งเป็นเกณฑ์ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลได้เป็นอย่างดี การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานที่สำคัญที่สามารถใช้เป็นหลักฐานการใช้กระบวนการพยาบาลทั้งห้าขั้นตอนอย่างเข้าใจ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

การบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักการ กระทั่งรัด เข้าใจง่ายและมีประสิทธิภาพ จะสามารถสะท้อนผลการใช้กระบวนการพยาบาล และมาตรฐานทางการพยาบาล รวมทั้งบันทึกทางการพยาบาลเป็นบันทึกที่มีความสำคัญทางด้านวิชาชีพ เนื่องจากจะสื่อสารถึงความรู้ความสามารถของพยาบาล เอกสิทธิ์ทางการพยาบาล และคุณภาพทางการพยาบาลด้านความร่วมมือประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกัน และบันทึกยังสามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายได้เป็นอย่างดี (ประรณนา มั่งมุล , 2539)

ลักษณะการบันทึกที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีลักษณะดังนี้ 1) บันทึกข้อมูลที่เป็นจริง ไม่แปลความหมายตามความรู้สึกของตนเอง 2) มีความถูกต้องทั้งด้านจำนวน เวลา การสะกดคำ การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และการลงชื่อ ตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึก 3) มีความสมบูรณ์ของข้อมูล เป็นปัจจุบัน 4) บันทึกเป็นระบบ ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านทำความเข้าใจข้อมูลได้ง่าย 5) บันทึกมีความชัดเจน อ่านง่าย สะอาดเป็นระเบียบ เป็นเอกสารถาวร 6) เก็บบันทึกเป็นความลับ นอกจากผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ , 2540)

จากสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรด้านการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลปัจจุบันมีรูปแบบการบันทึกเป็นแบบบรรยาย การบันทึกครอบคลุมผู้ป่วยที่ดูแลทุกคน 100 % คือ บันทึกทางการพยาบาลทุกวัน ทุกเวร แต่การบันทึกยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติจริง และไม่บ่งบอกมาตรฐานการพยาบาลที่ชัดเจน ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลยังขาดความชัดเจนต่อเนื่อง และไม่บ่งบอกมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช

กลุ่มการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงดำเนินการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยทุก หอผู้ป่วย ตัวแทนพยาบาลระดับปฏิบัติการจากหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการ บันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ สามารถบ่งบอกถึงการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่าง เข้าใจและได้มาตรฐานวิชาชีพ

2. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

- ศึกษาปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล
- ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล
- จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติดำเนินการ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

- ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการเพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล
- ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
- ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้

- นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลไปทดลองปฏิบัติ
- ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการเพื่อปรับปรุงแก้ไข
- ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล (ฉบับร่าง)

ระยะที่ 4 สรุปผล

- สรุปผลการดำเนินงาน
- จัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล

4. แนวคิดการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลเป็นการบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานการใช้กระบวนการพยาบาลทั้งห้าขั้นตอนอย่างเข้าใจ เป็นหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสะท้อนการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล ซึ่งหลักของการบันทึกข้อความต้องกระชับรัดเป็นไปตามความเป็นจริง มีเหตุผล และมีความถูกต้องเป็นสำคัญ

การบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง จะต้องแสดงถึงลักษณะสำคัญดังนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2540)

1. ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาล ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณให้ปรากฏแก่ชุมชน
2. ความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล
3. ข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล จะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้องทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง
4. ข้อมูลทางการพยาบาลต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และต้องคงอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถาวร

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน ครอบคลุมด้าน กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์และการตรวจร่างกายและนำข้อมูลที่ได้นำบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นข้อความที่สรุปเกี่ยวกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเฉพาะรายครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม ซึ่งได้จากการนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลและสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ความต้องการ โดยอาศัยความรู้ กรอบแนวคิด ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และบันทึกในรูปแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาลในหัวข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้แล้ว (การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแกนสำคัญของกระบวนการพยาบาล ช่วยให้เห็นสภาพการณ์ของผู้ป่วยเชิงสุขภาพ)

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรม หรือกำหนดยุทธวิธีที่ใช้ในการ ป้องกัน ลด หรือแก้ปัญหของผู้รับบริการตามลำดับความสำคัญของปัญหา บันทึกในรูปแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้แล้วโดยอาศัยความรู้ ทักษะเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลหรือเทคนิคการให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งปัญหาที่สำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการทำกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล ซึ่งคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่ภาวะสุขภาพ กิจกรรม

การพยาบาลอาจจะกระทำด้วยตัวพยาบาล ให้ผู้ป่วยกระทำ หรือให้ครอบครัวเป็นผู้กระทำตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดแผนการพยาบาลเป็นแนวทาง และบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล ช่อง กิจกรรมการพยาบาล

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่บอกได้ว่าเป้าหมายการพยาบาล ซึ่งกำหนดไว้ในช่องเกณฑ์การประเมินผลว่าจะบรรลุความสำเร็จเพียงใด พยาบาลจะประเมินผลความก้าวหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยตามกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ รวมทั้งทบทวนแผนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมาย และบันทึกการประเมินผลการพยาบาลว่าได้รับผลตามเกณฑ์ที่กำหนด ครบถ้วน หรือได้ผลไม่ครบถ้วนในช่อง การประเมินผล

5. แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในหอผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- 5.1 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่
- 5.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (กรณีรับใหม่)
- 5.3 การวางแผนการพยาบาล
- 5.4 แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Report)

5.1 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่

1. วันที่แรกรับ.....	ครั้งที่.....	เวลา.....น.
2. ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....		
3. อาการสำคัญน่าสงสัย.....		
4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษา		
ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน.....		
5. ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่นๆ		
5.1 โรคทางกรรมพันธุ์ (กาย/จิต)	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ.....
5.2 โรคทางกาย	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ.....
5.3 การผ่าตัด	☐ ไม่เคย	☐ เคย..... ครั้ง ระบุ.....
5.4 อุบัติเหตุ	☐ ไม่เคย	☐ เคย..... ครั้ง ระบุ.....
5.5 การแพ้ยาหรือสารต่างๆ	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ.....
5.6 สิ่งเสพติด	☐ ไม่ใช้	☐ ใช้ (ระบุชนิด / ระยะเวลา / ปริมาณ).....
5.7 ปัญหาด้านกฎหมาย	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ.....
ดึก	ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี	H.N A.N

6. พัฒนาการตามวัย

- 6.1 การตั้งครรภ์/การคลอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
- 6.2 การทำหัตถการที่ได้อายุ ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....
- 6.3 การดูแล ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 6.4 การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....

7. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต

- 7.1 ประวัติขาดทางจิต ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุสาเหตุ.....
- 7.2 ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....
- 7.3 ประวัติการหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- 7.4 ประวัติการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....

8. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

9. จิตวิญญาณ (ความเชื่อ ความศรัทธา ทัศนคติ ค่านิยม สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ฯลฯ ของครอบครัว)

☐ เชื่อการรักษาแผนปัจจุบัน ☐ แพทย์ทางเลือก (เช่น แพทย์แผนไทย)

☐ ไสยศาสตร์ ระบุ

☐ อื่นๆ

10. ท่านยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่

☐ ยินยอม โรงพยาบาล.....สถานีนามข.....

☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

11. ลงชื่อ.....

ผู้ชักประวัติ

5.1.1 คู่มือการใช้แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่

1. ใช้แบบบันทึกนี้กับผู้ป่วยในวันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
2. ให้ระบุตึก ชื่อ สกุล อายุ HN / AN ของผู้ป่วยให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้
3. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยให้ครบทุกหัวข้อ แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มให้เสร็จสิ้นอย่างน้อยภายใน 24 ชั่วโมง แต่ถ้ายังไม่สามารถประเมินข้อมูลบางอย่างได้ในเวลานั้น อาจเนื่องมาจากสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น อาละวาด พุดไม่รู้เรื่อง หรือกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ ให้บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังได้เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถให้ข้อมูลได้ และให้มีการบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพครบถ้วนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย
4. บันทึกข้อมูลด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำลงในช่องว่าง (.....) ด้วยข้อความที่สั้นกะทัดรัด อ่านง่ายได้ใจความสำคัญและทำเครื่องหมาย / ลงใน [] ที่ท่านเลือกตอบ
5. วิธีการบันทึกแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยรับใหม่ในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้
 - ข้อ 1. ให้ระบุวันที่ เดือน ปี จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - ข้อ 2. ให้ระบุชื่อ - สกุลผู้ให้ข้อมูล และระบุความเกี่ยวข้อง / ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยให้ข้อมูลเองให้ระบุว่าเป็น “ผู้ป่วย”
 - ข้อ 3. อาการสำคัญน่าสงสัย หมายถึง อาการรุนแรง ที่สำคัญที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ให้เขียนบรรยายสั้น ๆ เพื่อระบุนาการเด่น ๆ ที่ญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประมาณ 2 – 3 อาการ (เป็นอาการที่รุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ เช่น คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ฯลฯ) และระบุระยะเวลาที่มีอาการเป็นวัน หรือกรณีที่ไม่ทราบระยะเวลาแน่ชัดหรือมีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ ให้เขียนคำว่า “เป็นมาเรื่อย ๆวัน”
 - ข้อ 4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต / การรักษา ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน หมายถึง ประวัติการเริ่มป่วยทางจิตเช่น ลักษณะของอาการ ความถี่ การรักษาที่ได้รับและผลของการรักษาที่ได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ให้เขียนบรรยายสั้น ๆ กะทัดรัด ได้ใจความ โดยเริ่มตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก ลักษณะอาการ ความถี่ และการรักษาที่ได้รับแต่ละครั้ง จากอดีตจนถึงวันนำส่งโรงพยาบาลครั้งนี้

- ข้อ 5. ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่น ๆ หมายถึงการเจ็บป่วยอื่น ๆ หรือประวัติอื่น ๆ นอกเหนือการเจ็บป่วยทางจิตทั้งที่เคยเป็นและกำลังเป็นอยู่ เกี่ยวกับโรคทางกรรมพันธุ์ โรคทางกาย การผ่าตัด อุบัติเหตุ การแพ้ยาหรือสารเสพติดต่าง ๆ ปัญหาด้านกฎหมาย ให้ทำเครื่องหมาย / ลงใน [] ถ้าพบว่ามีหรือ ใช้ ให้ระบุรายละเอียดลงในช่องว่างให้ชัดเจนได้ใจความ.....
- ข้อ 6. พัฒนาการตามวัย หมายถึงพฤติกรรม หรือการทำบทยาทของหน้าที่ที่ควรทำได้ตามความเป็นจริงของแต่ละวัย ดังต่อไปนี้
- 6.1 การตั้งครรภ์ / การคลอด หมายถึงประวัติขณะตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาผู้ป่วยในกรณีไม่ปกติ ให้ระบุรายละเอียดว่าเป็นอะไร
 - 6.2 การทำบทยาทหน้าที่ได้ตามวัย หมายถึงบทยาทหน้าที่ตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ เหมาะสมหรือไม่ในแต่ละวัยที่เป็นจริง ถ้าไม่เหมาะสมให้ระบุรายละเอียดด้วยว่าอย่างไร / วัยใด
 - 6.3 การสูญเสีย ให้ถามประวัติการสูญเสียทั้งอดีต และปัจจุบันว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้ระบุรายละเอียดด้วยว่าเรื่องใด / เมื่อใด (ระยะเวลา)
 - 6.4 การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา หมายถึงวิธีการ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำเพื่อจัดการปัญหาคับข้องใจ หรือ ทำให้เกิดความเครียด ถ้าไม่เหมาะสมให้ระบุรายละเอียดถึงวิธีการและ พฤติกรรม
- ข้อ 7. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต หมายถึงความสนใจในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงบทยาท หน้าที่เดิมไว้ได้ ดังต่อไปนี้
- 7.1 ประวัติการขาดยา ถ้าเคยระบุเหตุผล เพราะเหตุใด
 - 7.2 ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ถ้าเคยระบุชื่อของโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ไปรับการรักษา
 - 7.3 ประวัติการหลบหนีจากโรงพยาบาล
 - 7.4 ประวัติการทำร้ายตนเอง /ฆ่าตัวตาย ถ้าเคยให้ระบุวิธีและระยะเวลาที่เคยทำร้ายตนเอง
- ข้อ 8. ความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง ทศนคติ ทำที ความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัวรวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว

ข้อ 9. จิตวิญญาณ หมายถึง ความเชื่อ ความศรัทธา ทศนคติ ค่านิยม ของครอบครัวเกี่ยวกับ
การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการรักษา รวมถึงให้ระบุรายละเอียดให้ชัดเจนได้
ใจความ

ข้อ 10. ท่านยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่ หมายถึง การ
ประเมินความต้องการของญาติในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่าย โดย
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ายินยอมให้ทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน [] หน้าข้อความ
ยินยอมระบุโรงพยาบาลหรือสถานีนามข ในกรณีไม่ยินยอมให้ทำเครื่องหมาย ☒
ลงใน [] หน้าข้อความไม่ยินยอม พร้อมลง ชื่อ - สกุล และความเกี่ยวข้องกับ
ผู้ป่วย

ข้อ 11. ลงชื่อ - สกุล ผู้ชักประวัติให้ชัดเจนและให้ลงตำแหน่ง RN / TN ให้ชัดเจน

5.1.2 ตัวอย่างการบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่ ลงในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่

1. วันที่แรกรับ 1 ตุลาคม 2550 ครั้งที่ 1 เวลา 9.00 น. 2. ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ นางมา ใจดี เกี่ยวข้องเป็น มารดา 3. อาการสำคัญนำส่ง อะอะอาละวาด ทำร้ายมารดา กลางคืนไม่นอน เป็นมากก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน		
4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษา ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึม แยกตัวเอง หดหู่ได้ตอบคนเดียว หงุดหงิดง่าย รับประทานอาหารแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อาการทุเลา ผู้ป่วยจึงหยุดยาเอง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการหงุดหงิดง่าย กลางคืนไม่นอน ลูกเดินไป-มา เปิดโทรทัศน์เสียงดัง มารดาบอกจะดูค่า ดาขวาง จะทำร้ายมารดา 3 วันก่อนมา หงุดหงิดมากขึ้น อะอะอาละวาด ทำร้ายมารดา มารดาจึงใช้ไม้ฟาดอย่างแรงที่ศีรษะผู้ป่วย มีแผลแตก แพทย์เย็บ 10 stitch ก่อนนำส่งโรงพยาบาล		
5. ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่นๆ 5.1 โรคทางกรรมพันธุ์ (กาย/จิต) ☒ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... 5.2 โรคทางกาย ☒ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... 5.3 การผ่าตัด ☒ ไม่เคย ☐ เคย.....ครั้ง ระบุ..... 5.4 อุบัติเหตุ ☒ ไม่เคย ☐ เคย.....ครั้ง ระบุ..... 5.5 การแพ้ยาหรือสารต่างๆ ☒ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... 5.6 สิ่งเสพติด ☐ ไม่ใช้ ☒ ใช้ (ระบุชนิด / ระยะเวลา / ปริมาณ) บุหรี่วันละ 3 มวน นาน 10 ปี 5.7 ปัญหาด้านกฎหมาย ☒ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....		
ตึกชงโค	ชื่อ - สกุล นาย ก ใจดี อายุ 30 ปี	H.N 00001 AN 00001

6. พัฒนาการตามวัย

- 6.1 การตั้งครรภ์/การคลอด ☒ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
- 6.2 การทำหัตถการที่ได้อตามวัย ☒ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....
- 6.3 การสูญเสีย ☐ ไม่มี ☒ มี ระบุ บิดาเสียชีวิต 2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล
- 6.4 การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา ☐ เหมาะสม ☒ ไม่เหมาะสม ระบุ คุณามารดา
โทษคนอื่น

7. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต

- 7.1 ประวัติขาดยาทางจิต ☐ ไม่เคย ☒ เคย ระบุสาเหตุ คิดว่าตนเองหายแล้ว
- 7.2 ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ☒ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....
- 7.3 ประวัติการหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ☒ ไม่เคย ☐ เคย
- 7.4 ประวัติการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ☒ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....

8. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวกลมเกลียวกันดี ไม่มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว เมื่อมีปัญหาในครอบครัวจะพูดคุยกัน

9. จิตวิญญาณ (ความเชื่อ ความศรัทธา ทัศนคติ ค่านิยม สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ฯลฯ ของครอบครัว)

- ☒ เชื้อการรักษาแผนปัจจุบัน ☐ แพทย์ทางเลือก (เช่น แพทย์แผนไทย)
- ☒ ศาสนาพุทธ ระบุ คิดว่าผีบิดาไม่พอใจ ทำให้มีอาการ "เป็นบ้า พุดไปทั่ว" มารดาพาไปรักษาพระ/หมอธรรม
อาการไม่ดีขึ้น
- ☐ อื่นๆ.....

10. ท่านยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่

☐ ยินยอม โรงพยาบาลสถานีนามัย

☒ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ นางมา ใจดี

เกี่ยวข้องกับ มารดา ของผู้ป่วย

ลงชื่อ จิตดี มีเมตตา

ผู้ชักประวัติ (RN)

5.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (กรณีรับใหม่)

(5) ว.ด.ป	(6) ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม	(7) กิจกรรมการพยาบาล	(8) การประเมินผล
(5.1)	(6.1) มีโทรศัพท์แจ้งการรับผู้ป่วยใหม่	(7.1) * รับแจ้งการรับผู้ป่วย	(8.1) ผู้ป่วยชื่อ
(5.2) เสร็จ.....	จาก	(7.2) - แจ้งทีมการพยาบาล	นามสกุล
(5.3) เวลา.....	[] งานบริการก่อนและหลังพบแพทย์		อาการ
	[] เวรนอกเวลา		
(5.4) เวลา	(6.2) รับใหม่จาก [] OPD [] เวรนอก	(7.3) * ตรวจสอบความถูกต้องของ	(8.2) [] ถูกต้อง/ครบถ้วน
	เวลา	ผู้ป่วย/เอกสาร/เวชภัณฑ์	[] ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
(5.5) ประเภทผู้ป่วย...	(6.3) ครั้งที่		- แก้ไขโดยแจ้งงานบริการก่อน
	(6.4) มาด้วยอาการ		/หลังพบแพทย์
		(7.4) * ประเมินปัญหาความต้องการ	(8.3) - ปัญหา/ผลการช่วยเหลือ
		เร่งด่วนของผู้ป่วยและให้การช่วย	(ถ้ามี) ระบุ
		เหลือเบื้องต้น	
		(7.5) * ประเมินปัญหาความต้องการ	(8.4) ตามแบบ
		ของผู้ป่วยและญาติ โดยการสังเกต	[] บันทึกประวัติฯ
		และสัมภาษณ์	[] ประเมินเพื่อวางแผนจำหน่าย
	(6.5) * อาการแรกเริ่ม	(7.6) * วัดสัญญาณชีพ	(8.5) T = °C
			P = ครั้ง/นาที
			R = ครั้ง/นาที
			BP = mm Hg
		(7.7) * ปฐมนิเทศผู้ป่วยและญาติ	(8.6) ญาติ [] ตอบถูกต้อง
		เกี่ยวกับระยะเวลาการรักษา/สถานที่/	[] ตอบไม่ถูกต้อง
	(6.6) บาดแผล / คติ	บุคคล/การปฏิบัติตัว/การฝากทรัพย์สิน/	- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
		สิน/การเยี่ยม/การติดต่อกับ ร.พ	(8.7) ผู้ป่วย [] ตอบถูกต้อง
			[] ตอบไม่ถูกต้อง
			[] ผู้ป่วยไม่พร้อม
			- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
		(7.8) * นัดญาติมาเยี่ยมประมาณ	(8.8) วันที่นัด
		2 สัปดาห์ พร้อมให้ใบนัด	
			(8.9) ลงชื่อ
			ตำแหน่ง
(1) ตึก	(2) ชื่อ - สกุล		(3) HN
	อายุ ปี		(4) AN

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หมายเหตุ แบบบันทึกจริงไม่มีหมายเลขในที่นี่ กำกับหมายเลขเพื่อให้สอดคล้องกับคู่มือการใช้แบบบันทึก

5.2.1 คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (กรณีรับใหม่)

ให้บันทึกทางการแพทย์ในกรณีผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ให้บันทึกให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้ โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

ช่องที่ (1) ตีกรให้บันทึก ชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน

ช่องที่ (2) ชื่อ – สกุล ให้บันทึกชื่อ – สกุล โดยระบุคำนำหน้าชื่อผู้ป่วยด้วย

เช่น นาย นาง นางสาว

อายุ ให้ระบุจำนวนเต็มเป็นปี

ช่องที่ (3) HN ย่อมาจาก Hospital number ให้บันทึกเลขที่ทั่วไปของผู้ป่วย

ช่องที่ (4) AN ย่อมาจาก Admission number ให้บันทึกเลขที่รับไว้รักษาใน

โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2

ช่องที่ (5) ว.ค.ป ขั้นตอนการบันทึกมีดังนี้

บันทึกวัน เดือน ปีที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย

5.1 (เวร.....) ให้บันทึกช่วงของเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษา เช่น เวรเช้าให้บันทึก

เป็นช่วงเวลาในเวรเช้า คือ 08.00 – 16.00 น.

5.2 เวลา.....ให้บันทึกเวลาที่ได้รับแจ้งจากงานบริการผู้ป่วยรับไว้รักษาใน

โรงพยาบาล เช่น เวลา 10.00 น.

5.3 เวลา.....บันทึกเวลาที่ได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วย

5.4 ประเภทผู้ป่วย ให้จำแนกและบันทึกประเภทผู้ป่วย เช่น ประเภท 1 หรือ 2

หรือ 3 หรือ 4

ช่องที่ (6) ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม มีขั้นตอนการบันทึก ดังนี้

6.1 มีโทรศัพท์แจ้งการรับผู้ป่วยใหม่จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน [] หน้าข้อความงานบริการก่อนและหลังพบแพทย์ หรือเวร on call

6.2 รับใหม่จากหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน [] หน้าข้อความที่ OPD. หรือเวรนอกเวลา

6.3 ครั้งที่ ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

6.4 มาด้วยอาการ ให้บันทึกอาการสำคัญนำส่ง หมายถึง อาการรุนแรงที่สำคัญที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ให้เขียนบรรยายสั้นๆ เพื่อระบุอาการเด่นๆ ที่ญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประมาณ 2-3 อาการ (เป็นอาการที่รุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ เช่น คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ฯลฯ) และระบุระยะเวลาที่มีอาการเป็นวัน หรือกรณีที่ไม่

ทราบระยะเวลาแน่ชัดหรือมีอาการกำเริบเป็นพักๆ ให้เขียนคำว่า "เป็นมา
เรื่อยๆ.....วัน"

6.5 อาการแรกเริ่ม ให้บันทึกอาการที่ได้จากการสังเกต ตรวจร่างกาย
สัมภาษณ์ ผู้ป่วยแรกเริ่มที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ให้เขียนบรรยายสั้นๆ ได้
ใจความ

6.6 บาดแผล / คดี ให้บรรยายลักษณะบาดแผล ตำแหน่งบาดแผล ให้
ละเอียด หรือกรณีมีคดีความให้ระบุว่าเป็นคดีอะไร ดำเนินการอยู่ในระยะใด

ช่องที่ (7) กิจกรรมการพยาบาล ให้บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาล
ได้กระทำจริงในการบริการรับผู้ป่วยใหม่ดังนี้

7.1 รับแจ้งการรับผู้ป่วย ให้ลงบันทึกในข้อ (8.1) ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ระบุคำ
นำหน้านาม อาการที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หยาบคาย
ฆ่าตัวตาย ฯลฯ

7.2 แจ้งทีมการพยาบาลเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย

7.3 ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย / เอกสาร / เวชภัณฑ์ และให้ลงผล
การตรวจสอบในข้อ (8.2) โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความ ถูกต้อง / ครบถ้วน
หรือไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน

7.4 ประเมินปัญหาความต้องการเร่งด่วนของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ
เบื้องต้น ให้บันทึกการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่จำเป็น เช่น การให้ยา PRN โดยการบันทึกชื่อยา
ขนาด เวลา ที่ให้ด้วยปากกาแดง และให้ระบุปัญหา/ผลการช่วยเหลือ (ถ้ามี) ในข้อ (8.3) ด้วย
ข้อความที่สั้นๆ กระชับ เข้าใจง่าย

7.5 ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยการ
สังเกตและสัมภาษณ์ ตามที่พบในแบบบันทึกข้อ (8.4) โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง []
หน้าข้อความบันทึกประวัติหรือประเมินเพื่อวางแผนจำหน่าย

7.6 วัดสัญญาณชีพ ให้วัดสัญญาณชีพผู้ป่วยรับใหม่และบันทึกผลในข้อ
(8.5)

7.7 ประเมินทิศผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับระยะเวลาอยู่รักษา / สถานที่ /
บุคคล / การปฏิบัติตัว / การฝากทรัพย์สิน / การเยี่ยม / การติดต่อกับทางโรงพยาบาล ให้บันทึกลง
ในข้อ (8.6) ด้านญาติ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความ ตอบถูกต้องหรือตอบไม่
ถูกต้อง กรณีไม่ถูกต้อง ต้องมีการแก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม และในข้อ (8.7) ด้านผู้ป่วย โดยใส่
เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความ ตอบถูกต้องหรือตอบไม่ถูกต้อง กรณีตอบไม่ถูกต้อง
ต้องมีการแก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือผู้ป่วยไม่พร้อม

7.8 นัดญาติมาเยี่ยมประมาณ 2 สัปดาห์พร้อมให้ใบนัด ให้บันทึกวัน
เดือน ปี ที่นัดญาติให้มาเยี่ยมผู้ป่วยในข้อ (8.8)

ช่องที่ (8) การประเมินผล

- ข้อ (8.1) (8.2) (8.3) (8.4) (8.5) (8.6) (8.7) (8.8) ได้กล่าวไปแล้วในช่องที่

(7) กิจกรรมการพยาบาล

- ข้อ (8.9) ให้บันทึกชื่อ – สกุล และตำแหน่ง ของผู้บันทึกให้ชัดเจน

อ่านง่าย

หมายเหตุ เมื่อเขียนผิด ห้ามลบ ให้เขียนเส้นตรงกร่อมข้อความที่เขียนผิดแล้ว
เซ็นชื่อกำกับ และเขียนคำที่ถูกต้องค่อท้ายข้อความที่เขียนผิด

5.2.3 ตัวอย่างบันทึกทางการแพทย์

ลงในแบบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (กรณีรับใหม่)

(5) ว.ค.ป	(6) ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม	(7) กิจกรรมการพยาบาล	(8) การประเมินผล
(5.1) 1 ตค. 50	(6.1) มีโทรศัพท์แจ้งการรับผู้ป่วยใหม่	(7.1) * รับแจ้งการรับผู้ป่วย	(8.1) ผู้ป่วยชื่อ นาย ก.
(5.2) เวร 8-16 น.	จาก	(7.2) - แจ้งทีมการพยาบาล	นามสกุล ใจดี
(5.3) เวลา 10.00 น.	☒ งานบริการก่อนและหลังพบแพทย์		อาการ เอะอะอาละวาด
	☐ เวนนอกเวลา		ทำร้ายมารดา
(5.4) เวลา 10.10 น	(6.2) รับใหม่จาก ☒ OPD ☐ เวนนอก	(7.3) * ตรวจสอบความถูกต้องของ	(8.2) ☒ ถูกต้อง/ครบถ้วน
	เวลา	ผู้ป่วย/เอกสาร/เวชภัณฑ์	☐ ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
(5.5) ประเภทผู้ป่วย 1	(6.3) ครั้งที่ 1		- แก้ไขโดยแจ้งงานบริการก่อน
	(6.4) มาด้วยอาการ เอะอะอาละวาด		หลังพบแพทย์
	ทำร้ายมารดา กลางคืนไม่นอน เป็น	(7.4) * ประเมินปัญหาความต้องการ	(8.3) - ปัญหา/ผลการช่วยเหลือ
	มากมา 3 วัน	เร่งด่วนของผู้ป่วยและให้การช่วย	(ถ้ามี) ระบุ
		เหลือเบื้องต้น	
		ให้ยา PRN Halo 5 mg  at 10.15 น.	ผู้ป่วยหลับ หลังได้รับยาลด 30 นาที
		- จัดให้อยู่ในห้องแยก	
		(7.5) * ประเมินปัญหาความต้องการ	(8.4) ตามแบบ
		ของผู้ป่วยและญาติ โดยการสังเกต	☒ บันทึกประวัติฯ
		และสัมภาษณ์	☐ ประเมินเพื่อวางแผนจำหน่าย
	(6.5) * อาการแรกรับ	(7.6) * วัดสัญญาณชีพ	(8.5) T = 37.1°C P = 90 ครั้ง/นาที
	สีหน้าบึ้งตึง พูดเสียงดัง คำเจ้าหน้าที		R = 26 ครั้ง/นาที BP = 110/80 mm Hg 
	พยายามคาย "มึงอย่ามายุ่งกับกู" ขณะพูด	(7.7) * ประเมินเพศผู้ป่วยและญาติ	(8.6) ญาติ ☒ ตอบถูกต้อง
	กำหมัดแน่น ถีบประตูดังเสียงดัง ไม่อยาก	เกี่ยวกับระยะเวลาอยู่รักษา/สถานที่/	☐ ตอบไม่ถูกต้อง
	อยู่รักษา ไม่อยากเปลี่ยนเสื้อผ้าต้อง	บุคคล/การปฏิบัติตัว/การฝากทรัพย์สิน	- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
	กระตุ้นจึงยอมเปลี่ยน	สิน/การเยี่ยม/การติดต่อกับ ร.พ	(8.7) ผู้ป่วย ☐ ตอบถูกต้อง
	(6.6) บาดแผล/คัต		☐ ตอบไม่ถูกต้อง
	- ไม่พบร่องรอยของบาดแผล		- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
	- ไม่มีคัต		กรณีตอบไม่ถูกต้อง
		(7.8) * นัดญาติมาเยี่ยมประมาณ	☒ ผู้ป่วยไม่พร้อม
		2 สัปดาห์ พร้อมให้ใบนัด	(8.8) วันที่นัด 25 ตค. 49
			(8.9) ลงชื่อ จิตติ มีเมตตา
			ตำแหน่ง RN
(1) ตึก ชงโค	(2) ชื่อ - สกุล นาย ก ใจดี อายุ 30 ปี		(3) HN -0001 (4) AN 00001

5.3 การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่

17

(5) วันเริ่มต้นปัญหา วันครบประเมิน ปัญหา	(6) ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์	(7) กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	(8)
			เกณฑ์การประเมินผล
			ผลการประเมิน
	(6.1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	(8.1) เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเอง	ก้าวร้าว โดยประเมินจากสีหน้า การแสดงออก	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	และผู้อื่น เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว	ทางคำพูด พฤติกรรม	☐ ไม่แสดงพฤติกรรม
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยนำวัตถุที่	ก้าวร้าว
	(6.2) S :-	เป็นอันตราย เช่น ของมีคม กระบอก ออกจาก	☐ ผู้ป่วย/บุคคลอื่น ไม่เกิด
	-	ผู้ป่วยให้มากที่สุด รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้	อันตรายจากพฤติกรรมก้าว-
	-	กระตุ้นผู้ป่วยน้อยที่สุด	ร้าว
	O :-	☐ จัดเตรียมทีมการช่วยเหลือเพื่อจำกัด	☐ สิ่งแวดล้อมไม่เกิด
	-	พฤติกรรมก้าวร้าว ที่อาจเพิ่มมากขึ้น	ความเสียหาย
	-	☐ พิจารณาควบคุมพฤติกรรม เช่น การผูกมัด	☐
	(6.3) วัตถุประสงค์	เมื่อพบว่าผู้ป่วยและบุคคลอื่น อาจได้รับอันตราย	
	☐ ผู้ป่วย บุคคลอื่น และ	จากพฤติกรรมก้าวร้าวและพิจารณาผิด PRN ตาม	☐
	สิ่งแวดล้อมปลอดภัย	แผนการรักษาของแพทย์	
	☐ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำ	(8.2) ลงชื่อ RN/TN
	ลดลงหรือไม่มี	ตามความต้องการของร่างกาย และมีการขับถ่ายที่	
	☐	เหมาะสมขณะถูกผูกมัด / จำกัดบริเวณ	
	☐	☐ ตรวจสอบและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยขณะถูกผูกมัด	
		ทุกครั้งชั่วโมง	
		☐ เมื่อผู้ป่วยสงบ อธิบายความจำเป็นที่ต้อง	(8.3) ผลการประเมิน (ให้ใส่เครื่องหมาย✓ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ)
		ควบคุมพฤติกรรมและปลดปล่อยการผูกมัด	วัดป
		☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		☐ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยระบายความก้าวร้าวใน	กำหนดครบถ้วน
		ทางสร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกายกีฬาากลาง-	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		แจ้ง และแนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม	กำหนดข้อที่
		☐ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยมี	ไม่ได้ผลข้อที่
		พฤติกรรมที่เหมาะสม	
		☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำตามแผนการรักษา	
		☐ สังเกตพฤติกรรมข้างเคียงของการใช้ยา	
		☐	
		☐	(8.4) ลงชื่อ RN/TN
(1) ตึก	(2) ชื่อ-สกุล อายุ ปี	(3) HN (4) AN	

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หมายเหตุ แบบบันทึกจริงไม่มีหมายเลขในที่นี่ กำกับหมายเลขเพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายในคู่มือการใช้แบบบันทึก

5.3.1 คู่มือการใช้แบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล

ให้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยจะต้องวางแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่ เป็นปัญหาที่ 1 ซึ่งแผนการพยาบาลปัญหาที่ 1 จะอยู่ด้านหลังของแบบบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (กรณีรับใหม่) สำหรับปัญหาที่ 2-3-4 จะมีเฉพาะการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ให้บันทึกให้ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้ โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

ช่องที่ (1) คิก ให้บันทึกชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน

ช่องที่ (2) ชื่อ - สกุล ให้บันทึกชื่อ - สกุล โดยระบุสรรพนามนำหน้า ชื่อผู้ป่วย เช่น

นาย นาง นางสาว

อายุ ให้ระบุจำนวนเต็ม นับเป็นปี

ช่อง (3) HN ย่อมาจาก Hospital number ให้บันทึกเลขที่ทั่วไปของผู้ป่วย

AN ย่อมาจาก Admission number ให้บันทึกเลขที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2

ช่องที่ (5) วันเริ่มปัญหาและวันครบประเมินปัญหา ให้บันทึก ดังนี้

- วันเริ่มปัญหา บันทึก วัน ...เดือน.....ปี..... ที่พบปัญหา

- วันครบประเมินปัญหา บันทึกวัน ...เดือน.....ปี..... ที่กำหนดให้เป็นวันครบประเมินปัญหา

ช่องที่ (6) ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์ ให้บันทึก ดังนี้

6.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป็นข้อความสรุปเกี่ยวกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเฉพาะรายครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม ซึ่งได้จากการนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลและสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ความต้องการโดยอาศัยความรู้ กรอบแนวคิด ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล (การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแกนสำคัญของกระบวนการพยาบาล ช่วยให้เห็นสถานการณ์ของผู้ป่วยเชิงสุขภาพ)

6.2 ข้อมูลสนับสนุน ให้ระบุข้อมูลที่เป็นทั้ง Subjective data ซึ่งแทนด้วย “S” และ Objective data ซึ่งแทนด้วย “O”

- Subjective data (S) หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าโดยตรงของผู้ป่วย ญาติ พี่น้อง บุคคลใกล้ชิด หรือผู้นำส่ง มักจะได้จากการสัมภาษณ์

- Objective data (O) หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต พิจารณาผู้ป่วยอย่างละเอียด เกี่ยวกับลักษณะทั่วไป อาการ และอาการแสดง น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง ความคิด และการตัดสินใจของผู้ป่วย บางครั้งเกี่ยวข้องไปถึงสิ่งแวดล้อมทางบ้าน ที่ทำงาน หรือโรงเรียน

6.3 วัตถุประสงค์ เป็นข้อความที่แสดงให้เห็นถึงผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมการพยาบาล โดยใส่เครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีข้อความที่กำหนดไว้แล้วนั้น ยังไม่ครบถ้วนและต้องการกำหนดเพิ่มเติมให้มากขึ้นก็สามารถบันทึกในช่องว่างที่เหลือและใส่เครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความนั้นๆ

ช่องที่ 7 กิจกรรมการพยาบาล เป็นข้อความที่กำหนดแผนกิจกรรมหรือยุทธวิธีที่ใช้ในการป้องกัน ลด หรือแก้ปัญหของผู้ป่วย โดยใส่เครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ต้องการสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อความ และสามารถเพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาลพร้อมใส่เครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความนั้นๆ

ช่องที่ 8 เกณฑ์การประเมินผลและผลการประเมิน

8.1 เกณฑ์การประเมินผล เป็นข้อความที่กำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนสามารถวัดได้โดย ใส่หมายเลข 1 2 3 ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ต้องการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์การประเมินผล ลงในช่องว่างที่เหลือพร้อมใส่หมายเลขลงใน ☐ หน้าข้อความนั้นๆ

8.2 ลงชื่อผู้วางแผนการพยาบาล โดยระบุชื่อ – สกุล ให้ชัดเจน และทำเครื่องหมายวงกลมรอบตำแหน่ง RN / TN

8.3 ผลการประเมิน

- ว.ค.ป. (วัน...เดือน...ปี) ให้ระบุวัน เดือน ปี ที่ทำการประเมินซึ่งเป็นวัน เดือนเดียวกันกับที่กำหนดไว้ในช่องวันครบประเมินปัญหา

- ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความได้ผลตามเกณฑ์ที่กำหนดครบถ้วน หรือได้ผลตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อที่ (ใส่หมายเลขข้อความที่ได้ผล และไม่ได้ผล ข้อที่ (ใส่หมายเลขข้อความที่ไม่ได้ผล)

8.4 บันทึกชื่อ – สกุล ของผู้ทำการประเมินให้ชัดเจน พร้อมทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตำแหน่ง RN / TN

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้เพิ่มการวางแผนการพยาบาลปัญหาที่ 2,3,4

5.3.2 ตัวอย่างการบันทึกการวางแผนการพยาบาล ฉบับแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล

20

ปัญหาที่1.....

(5) วันเริ่มต้นปัญหา วันครบประเมิน ปัญหา	(6) ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์	(7) กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	(8)
			เกณฑ์การประเมินผล
			ผลการประเมิน
	(6.1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☒ ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	(8.1) เกณฑ์การประเมินผล
1 ตค.50-3 ตค.50	เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเอง	ก้าวร้าว โดยประเมินจากสีหน้า การแสดงออก	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	และผู้อื่น เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว	ทางคำพูด พฤติกรรม	☐ 1 ไม่แสดงพฤติกรรม
	(6.2) ข้อมูลสนับสนุน	☒ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยนำวัตถุที่	ก้าวร้าว
	S :- เอะอะอาละวาด ทำร้ายมารดา	เป็นอันตราย เช่น ของมีคม กระชก ออกห่างจาก	☐ 2 ผู้ป่วย/บุคคลอื่น ไม่เกิด
	กลางคืน ไม่นอน	ผู้ป่วยให้มากที่สุด รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้	อันตรายจากพฤติกรรมก้าว-
	-	กระตุ้นผู้ป่วยน้อยที่สุด	ร้าว
	O :- สีหน้าบึ้งตึง พูดเสียงดัง	☒ จัดเตรียมทีมการช่วยเหลือเพื่อจำกัด	☐ 3 สิ่งแวดล้อมไม่เกิด
	หยาบคาย "มึงอย่างมาอยู่กับกู"	พฤติกรรมก้าวร้าว ที่อาจเพิ่มมากขึ้น	ความเสียหาย
	กำหมัด ถีบประตูดึงเสียงดัง	☒ พิจารณาควบคุมพฤติกรรม เช่น การผูกมัด	☐
	(6.3) วัตถุประสงค์	เมื่อพบว่าผู้ป่วยและบุคคลอื่น อาจได้รับอันตราย	
	☒ ผู้ป่วย บุคคลอื่น และ	จากพฤติกรรมก้าวร้าวและพิจารณาผิด PRN ตาม	☐
	สิ่งแวดล้อมปลอดภัย	แผนการรักษาของแพทย์	
	☒ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	☒ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำ	(8.2) ลงชื่อ จิตติ มีเมตตา RN/TN
	ลดลงหรือไม่มี	ตามความต้องการของร่างกาย และมีการขับถ่ายที่	
	☐	เหมาะสมขณะถูกผูกมัด / จำกัดบริเวณ	
	☐	☒ ตรวจเยี่ยมและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยขณะถูกผูกมัด	
		ทุกครึ่งชั่วโมง	
		☒ เมื่อผู้ป่วยสงบ อธิบายความจำเป็นที่ต้อง	(8.3) ผลการประเมิน (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)
		ควบคุมพฤติกรรมและปลดปล่อยการผูกมัด	หมาย✓ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
		☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	วคป 3 ตค.49
		☐ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยระบายความก้าวร้าวใน	☒ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		ทางสร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกายกีฬาากลาง-	กำหนดครบถ้วน
		แจ้ง และแนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่กำหนด
		☒ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยมี	ข้อที่.....
		พฤติกรรมที่เหมาะสม	ไม่ได้ผลข้อที่ -
		☒ ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาตามแผนการรักษา	
		☒ สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของการใช้ยา	
		☒ อธิบายเหตุผล/ความจำเป็นที่ต้องจำกัด	
		พฤติกรรมผู้ป่วย	(8.4) ลงชื่อ จิตติ มีเมตตา RN/TN
		☐	
(1) คึก ชงโค	(2) ชื่อ-สกุล นาย ก. ใจดี อายุ 30 ปี	(3) HN 00001 AN 00001	

5.4.1 คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

5.4.1.1 ให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในกรณีดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ให้บันทึกให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้ โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

ช่องที่ (1) ตีกรให้บันทึกชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน

ช่องที่ (2) ชื่อ - สกุล ให้บันทึกชื่อ - สกุลโดยระบุคำนำหน้าชื่อผู้ป่วยด้วย เช่น นาย นาง นางสาว

- อายุให้ ระบุเป็นจำนวนเต็มเป็นปี

ช่องที่ (3) HN ย่อมาจาก Hospital number ให้บันทึกเลขที่ทั่วไปของผู้ป่วย

ช่องที่ (4) AN ย่อมาจาก Admission number ให้บันทึกเลขที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2

ช่องที่ (5) - บันทึกวัน เดือน ปี ขั้นตอนการบันทึกมีดังนี้

- กรณีที่อาการผู้ป่วยค่อนข้างคงที่ ให้บันทึกช่วงของเวลา เช่นกรณีเฝ้าไข้ให้บันทึกเป็นช่วงเวลาในเฝ้าไข้คือ 08.00 - 16.00 น.

- กรณีผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงชัดเจน ให้บันทึกเวลาที่เกิดอาการเช่นเวลา 10.00 น. ลงในช่อง ว. ค. ป.

- บันทึกประเภทของผู้ป่วยตามการจำแนกประเภท (ตามภาคผนวก 1) เพื่อประเมินความสำคัญของความต้องการการพยาบาล

ช่องที่ (6) - ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม มีขั้นตอนการบันทึกดังนี้

- บันทึกปัญหา / ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ตรงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแผนการพยาบาล

- บันทึกข้อมูลสนับสนุนที่ประเมินได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย / จากการสังเกตหรือตรวจสอบของพยาบาลลงในช่อง ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- การบันทึกปัญหา / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

ช่องที่ (7) บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำจริงให้กับผู้ป่วยโดยอ้างอิงจากกิจกรรมการพยาบาล ที่กำหนดไว้แล้วในแผนการพยาบาล (ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีเครื่องหมาย ☒ ใน ☐ หน้าข้อความต่างๆ)

ช่องที่ (8) การประเมินผล ให้บันทึกผลการตอบสนองของผู้รับบริการต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับลงในช่องการประเมินผล เมื่อบันทึกเสร็จสิ้นในแต่ละครั้งแล้ว มีช่องว่างเหลืออยู่ให้ขีดเส้นตรงคร่อมช่องว่างในช่องการประเมินผลที่เหลืออยู่นั้นแล้วให้ผู้บันทึกลงชื่อ และ ตำแหน่ง ให้ชัดเจน อ่านง่าย

5.4.1.2 การบันทึกจะบันทึกตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (ตามภาคผนวก 1) ดังนี้

ประเภท 1-2 ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการบันทึกทางการพยาบาลทุกวันและ ทุกเวร โดยพยาบาลวิชาชีพ กรณีพยาบาลเทคนิคเป็นผู้บันทึกให้พยาบาลวิชาชีพตรวจสอบ พร้อมเซ็นชื่อผู้ตรวจสอบ

ประเภท 3 ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการ บันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์ ในเวร 08.00 – 16.00 น. โดยพยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลเทคนิค

ประเภท 4 ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการบันทึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเวร 08.00 – 16.00 น. โดยพยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลเทคนิค

5.4.1.3 บันทึกการพยาบาลทุกครั้งที่มีแพทย์พิจารณาเปลี่ยนแปลงการรักษา

5.4.1.4 เมื่อเขียนผิด ห้ามลบ ให้ขีดเส้นตรงคร่อมคำ / ข้อความ ที่เขียนผิด แล้วเซ็นชื่อกำกับ แล้วเขียนคำ / ข้อความ ที่ถูกต้องต่อท้ายคำ / ข้อความที่เขียนผิด

5.4.1.5 การบันทึกจะบันทึกต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.4.2 ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์

ลงในแบบบันทึกทางการแพทย์

ว.ด.ป (5)	ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม (6)	กิจกรรมการพยาบาล (7)	การประเมินผล (8)
1 ต.ค 50 (8-16 น.) (1)	- เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและ ผู้อื่น เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว	- พุดคุยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว	- ผู้ป่วยพูดคุยได้ตอบพยาบาล เสียงดัง จะให้เปิดประตูห้อง
14.10 น.	ข้อมูล :- ผู้ป่วยเข้าประตูห้องแยกและร้อง ตะโกนเสียงดัง "เปิดประตูเดี๋ยวนี้" จะกลับ บ้าน" สีหน้าบึ้งตึง คางขวาง	- อธิบายเหตุผล/ความจำเป็นที่ ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาล - จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย และจัดเตรียมทีมเข้าจำกัดพฤติ- กรรม โดยการผูกมัดผู้ป่วยไว้บน เตียง	- ผู้ป่วยพูดคุยได้ตอบพยาบาล เสียงดัง จะให้เปิดประตูห้อง แยก บอกไม่อยากจะอยู่โรงพยา- บาล จะกลับบ้าน - ไม่รับฟังเหตุผล ยังตะโกน เสียงดังตลอดเวลา - ผู้ป่วยจัดขึ้น คืนวันขณะ เจ้าหน้าที่เข้าผูกมัด แต่ไม่ได้ รับบาดเจ็บ
15.00 น.	ข้อมูล :- ขณะถูกผูกมัดยังร้องตะโกนคำ เจ้าหน้าที่เป็นพักๆ สลับกับคืนรนไปมา ใช้สันเท้ากระแทกที่นอนเสียงดัง	- ตรวจเช็ข้มผู้ป่วย ดูแลไม่ให้เกิด บาดเจ็บบริเวณที่ถูกผูกมัด ป้อนน้ำ ให้ได้ 1 แก้ว - ให้ยาจิต Halo 5 mg (m) at 15.00 น. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ	- ไม่มีบาดเจ็บ - ดื่มน้ำได้ 1 แก้ว - หลังให้ยาประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยสงบลง คางปรีอ หลับๆ ตื่นๆ จิตดี RN
(16-24 น.) (2)	- เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและ ผู้อื่น เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว	- พุดคุยประเมินความรู้สึกและ พฤติกรรม	- ผู้ป่วยบอกว่ายังรู้สึกหงุดหงิด แต่ลดลงกว่าเดิม
17.00 น.	ข้อมูล :- ผู้ป่วยเข้าประตูห้องแยกเสียงดัง หลังจากคืนรนจนผ้าผูกมัดหลุด เรียกเจ้า หน้าที่ให้เปิดประตู จะไปรับประทานอาหาร อาหาร พร้อมผู้ป่วยอื่นๆ "จะเปิดหรือไม่ เปิด ถ้าไม่เปิดจะพังประตูออกไปเดี๋ยวนี้"	- แนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม - อธิบายเหตุผล/ความจำเป็นที่ต้อง ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก - ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและ ยาในห้องแยก - จัดเก็บผ้าผูกมัด จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเหมาะสม	- รับปากว่าจะไม่ทำเสียงดัง - รับฟังเหตุผล - รับประทานได้ - หลังรับประทานอาหารแล้ว ผู้ป่วยนั่งๆ นอนๆ อยู่บนเตียง
		สม	หลับได้ประมาณ 20.20 น. สมชาย RN
(1) ดึกขงโค	(2) ชื่อ - สกุล นาย ก ใจดี อายุ 30 ปี		(3) HN 00001
			(4) AN 00001

บรรณานุกรม

- ปรารธนา มิ่งมูล. 2539. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2546. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. บริษัทสามเจริญ จำกัด : กรุงเทพฯ ฯ.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. 2543. เอกสารการสอนชุดวิชานโนมติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-15. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช: กรุงเทพฯ.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. 2536. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 1. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ ฯ.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ล้อมอำนาจและ วิทร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ) .2540. กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 13. ขอนแก่นการพิมพ์ : ขอนแก่น.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. 2546. กฎหมายและข้อระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาล. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์บริษัทสำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด : กรุงเทพฯ ฯ.
- Chinn, P.L Kramer MK. 1999. Theory and nursing : Integrated Knowledge development. St Louis : Mosby

ภาคผนวก

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	การรับรู้เวลา สถานที่	การควบคุมตนเอง	ศักยภาพส่วนบุคคล			
			การดูแลตนเอง	การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม	การมีสัมพันธภาพ	สมรรถนะสภาพทางกาย
			ด้านกิจวัตรประจำวัน	ทำไม่ได้	ทำได้	ไม่มี
1. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน	ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง	ควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นอันตรายต่อผู้อื่น คนเองและ/หรือทรัพย์สินเกิดขึ้นทันทีทันใด* และ/หรือได้รับการดูแลพ้นจากภาวะฉุกเฉิน แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ยังเป็นอันตรายต่อผู้อื่น คนเอง และ/หรือทำลายทรัพย์สิน* สิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นคนเอง และ/หรือทำลายทรัพย์สิน* มีความคิดในคุณค่าของตนเองต่ำ*	ต้องการทำให้หรือทำได้เองในบางส่วน	ทำไม่ได้	ทำได้	มีอุบัติเหตุเกิดภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต (ABC)* มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับสัญญาณชีพเป็นอันตรายต่อชีวิต*
2. ผู้ป่วยแกร็บ	สับสน*	ดูตนเองได้ โดยมีการช่วยเหลือตนเองได้	ทำให้ง่ายขึ้น	ทำให้ง่ายขึ้น	ทำได้	ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย แต่ไม่เสี่ยงต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยร่งรัดบำบัด	ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว	ดูตนเองได้ โดยมีการช่วยเหลือตนเองได้	ทำให้ง่ายขึ้น	ทำให้ง่ายขึ้น	ทำได้	ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย แต่ไม่เสี่ยงต่อชีวิต
4. ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว	ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว และไกลตัว	ดูตนเองได้ โดยมีการช่วยเหลือตนเองได้	ทำให้ง่ายขึ้น	ทำให้ง่ายขึ้น	ทำได้	ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย

หมายเหตุ * เป็นประเด็นสำคัญในการใช้จำแนกประเภทผู้ป่วย ให้ระบุและลงบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์

2. การบันทึกปัญหา / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล หมายถึง การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งได้จากการรวบรวมการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นระบบ ภายใต้การวิเคราะห์ด้วยความระมัดระวัง (Shoemaker, 1985)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล หมายถึง ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว หรือเสี่ยงต่อการเกิด ซึ่งพยาบาลมีสิทธิตามกฎหมายและมีความสามารถในการรักษาได้ โดยความรู้ ความสามารถที่เกิดขึ้นจากการศึกษาและประสบการณ์ (Gordon, 1987)

แนวทางการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. การกำหนดภาวะสุขภาพ (มีปัญหาสุขภาพ เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและสุขภาพดี) 2. เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเชื่อมต่อกันด้วยคำว่า “เนื่องจาก” การค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำคัญมาก เพราะทำให้พยาบาลทราบแนวทางในการให้การพยาบาล เพื่อแก้ไขหรือส่งเสริมภาวะสุขภาพนั้น

รูปแบบการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะสุขภาพดี
ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่งเสริม)
2. คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะพบปัจจัยเสี่ยง
เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยเสี่ยง)
3. มีปัญหาสุขภาพ
ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยที่ทำให้เกิด)

แนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (a nursing diagnostic statement) จัดเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความคิดที่ต้องฝึกบ่อยๆ เมื่อชำนาญขึ้นก็จะสามารถเขียนข้อวินิจฉัยได้ง่าย พยาบาลอาจใช้แนวทางต่อไปนี้ในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ไม่ใช่ความต้องการการรักษายาพยาบาล เช่น “เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ” ไม่ใช่ “ความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น”
2. ใช้ “เนื่องจาก” เชื่อมข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล
เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของมนุษย์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องคำว่า “เนื่องจาก” บ่งบอกความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันเท่านั้น ไม่ได้หมายความว่าข้อความในส่วนหลังต้องเป็นสาเหตุโดยตรงของข้อความในส่วนแรกเหมือนการใช้คำว่า “มีสาเหตุจาก” เพราะในสภาพเป็นจริงแล้ว มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั้นๆ ที่พยาบาล

จำเป็นต้องคำนึงถึงร่วมกัน เช่น เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว

3. ใช้ข้อความที่ไม่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย เช่น “เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการไม่มีห้องดูแลเฝ้าระวัง”
4. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล อย่างนำคุณค่าและมาตรฐานของตัวพยาบาล มามีอิทธิพลต่อการเขียนวินิจัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีพื้นฐานจากข้อมูลปรนัย ข้อมูลอ้อมที่รวบรวมจากผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมืออย่างดีหรือจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้
5. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล
6. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล
7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน
8. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้
9. ควรหลีกเลี่ยงการใช้การวินิจฉัยโรคของแพทย์ในข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อตกลงเบื้องต้นของการบันทึกปัญหา / ข้อวินิจัยทางการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. มาตรฐานขั้นต่ำ การบันทึกปัญหา / ข้อวินิจัยทางการพยาบาล คือ สามารถระบุแกนของปัญหาได้ (Problem list) และมีข้อมูลสนับสนุนที่สอดคล้องกับปัญหา
2. กรณีผู้ป่วยมีหลายปัญหาให้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
3. ให้บันทึกปัญหาที่สามารถแก้ไข หรือบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้จริง
4. เมื่อเขียนผิด ห้ามลบ ให้ขีดเส้นตรงคร่อมคำที่เขียนผิด แล้วเซ็นชื่อกำกับ แล้วเขียนคำที่ถูกต้องต่อท้ายข้อความที่เขียนผิด

3. คำย่อที่ใช้บ่อยในการบันทึกทางการพยาบาล

คำย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
V / S	Vital sign	สัญญาณชีพ
Present reality		การให้ข้อมูลที่เป็นจริง
(M)	Muscle	การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
(V)	vein	การฉีดยาเข้าเส้นเลือด
Benz	Benzhexol	ชื่อยา Antiparkinsonism

Halo	Haloperidol	ซ็อลา Antipsychotic
T	Temperature	อุณหภูมิร่างกาย
P (PR)	Pulse Rate	อัตราการเต้นของหัวใจ
R (RR)	Respiratory Rate	อัตราการหายใจ
BP	Blood pressure	ความดันโลหิต
DC	Discharge	จำหน่าย
H.V	Home Visit	เยี่ยมบ้าน
h.s.	hora somni	at bed time (ก่อนนอน)
p.c.	post cibum	after meals (หลังอาหาร)
a.c.	ante cibum	before meal (ก่อนอาหาร)
(Rt)	Right	ข้างขวา
(Lt)	Left	ข้างซ้าย
mmHg		มิลลิเมตรปรอท

4. ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา			ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นว่า	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง	ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาอย่างไรต่อการรับรู้นั้นๆ และ	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	และผู้อื่น เนื่องจาก	อาการเกิดขึ้นในช่วงเวลาใด และระดับความ	☐ ผู้ป่วยและผู้อื่นไม่ได้
	☐ หูแว่ว	ก้าวร้าวรุนแรงของพฤติกรรม	รับอันตรายจากอาการ
	☐ ภาพหลอน	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่าง	ประสาทหลอนของผู้ป่วย
	☐	สม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ	☐ ผู้ป่วยไม่มีอาการหูแว่ว
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ เข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับอาการประสาท	☐ ผู้ป่วยไม่มีภาพหลอน
	S :-	หลอนที่ผู้ป่วยบอก	☐
	-	☐ ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเมื่อผู้ป่วยมีอาการ	
	-	ประสาทหลอน และให้ความมั่นใจในความ	☐
	O :-	ปลอดภัย และการขอความช่วยเหลือ	
	-	☐ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงอาการประสาท	
	-	หลอนได้อย่างอิสระ และหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วย	ลงชื่อ RNTN
	วัตถุประสงค์	เผชิญปัญหากับอาการประสาทหลอนได้อย่าง	
	☐ สามารถแยกแยะการรับรู้ของ	เหมาะสม	
	ตนเองได้ตามความเป็นจริง	☐ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตาม	ผลการประเมิน
	☐ ควบคุมตนเองได้ เมื่อเกิดอาการ	ความเหมาะสม	วคป.
	ประสาทหลอน	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา	
	☐ ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนในเวลา	
	☐ หูแว่วลดลงหรือหายไป	กลางคืนอย่างเพียงพอ	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐ ภาพหลอนลดลงหรือหายไป	☐ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย	กำหนดครบถ้วน
	☐	☐	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐	☐	กำหนดข้อที่
		☐	ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RNTN
ดีก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น และทำร้าย	ก้าวร้าว โดยประเมินจากสีหน้า การแสดงออก	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	ตนเอง เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง	ทางคำพูด พฤติกรรม	☐ ไม่มีอันตรายต่อ
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ด้วยท่าที	ตนเองและบุคคลอื่น
	S :-	ที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ	☐ ผู้ป่วยบอกว่าอาการ
	-	☐ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก และ	หวาดระแวงลดลง จนไม่มี
	-	ประเมินความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยขณะพูดคุย	อาการหวาดระแวง
	O :-	☐ ขอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ตำหนิ หรือ	☐
	-	ต่อต้านความคิดเห็นของผู้ป่วย	
	-	☐ ให้ความมั่นใจถึงความปลอดภัยขณะที่ผู้ป่วย	☐
	วัตถุประสงค์	รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีอาการหวาดกลัว	
	☐ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย	มากให้บอกพยาบาล เพื่อจะได้รับการช่วยเหลือ	
	☐ อาการหวาดระแวงลดลง	ที่เหมาะสม	ลงชื่อ RN/TN
	☐	☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีอุปกรณ์	
	☐	เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น ไม่มีสิ่งของที่ก่อให้เกิดอันตราย	
		ต่อผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น อาวุธต่างๆ หรือสิ่งต่างๆ ที่	ผลการประเมิน
		จะนำมาทำเป็นอาวุธ เช่น มีด ไม้ แก้ว เชือก เป็นต้น	วัดป
		☐ พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยง	
		ท่าทีกระชับกระซิบที่ทำให้ผู้ป่วยระแวงสงสัย	
		☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของ	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		แพทย์ และสังเกตอาการและฤทธิ์ข้างเคียงของยา	กำหนดครบถ้วน
		พร้อมทั้งลงบันทึกในรายงานเพื่อประเมินอาการ	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		เปลี่ยนแปลง	กำหนดข้อที่
		☐	ไม่ได้ผลข้อที่
		☐	
			ลงชื่อ RN/TN
เด็ก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเอง	ก้าวร้าว โดยประเมินจากสีหน้า การแสดงออก	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	และผู้อื่น เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว	ทางคำพูด พฤติกรรม	☐ ไม่แสดงพฤติกรรม
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยนำวัตถุที่	ก้าวร้าว
	S :-	เป็นอันตราย เช่น ของมีคม กระบอก ออกจาก	☐ ผู้ป่วย/บุคคลอื่น ไม่เกิด
	-	ผู้ป่วยให้มากที่สุด รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้	อันตรายจากพฤติกรรมก้าว-
	-	กระตุ้นผู้ป่วยน้อยที่สุด	ร้าว
	O :-	☐ จัดเตรียมทีมการช่วยเหลือเพื่อจำกัด	☐ สิ่งแวดล้อมไม่เกิด
	-	พฤติกรรมก้าวร้าว ที่อาจเพิ่มมากขึ้น	ความเสียหาย
	-	☐ พิจารณาควบคุมพฤติกรรม เช่น การผูกมัด	☐
	วัตถุประสงค์	เมื่อพบว่าผู้ป่วยและบุคคลอื่น อาจได้รับอันตราย	
	☐ ผู้ป่วย บุคคลอื่น และ	จากพฤติกรรมก้าวร้าวและพิจารณาผิด PRN ตาม	☐
	สิ่งแวดล้อมปลอดภัย	แผนการรักษาของแพทย์	
	☐ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำ	ลงชื่อ RN/TN
	ลดลงหรือไม่มี	ตามความต้องการของร่างกาย และมีการขับถ่ายที่	
	☐	เหมาะสมขณะถูกผูกมัด / จำกัดบริเวณ	
	☐	☐ ตรวจสอบและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยขณะถูกผูกมัด	ผลการประเมิน
		ทุกครั้งชั่วโมง	วัดป
		☐ เมื่อผู้ป่วยสงบ อธิบายความจำเป็นที่ต้อง	
		ควบคุมพฤติกรรมและปลดปล่อยการผูกมัด	
		☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		☐ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยระบายความก้าวร้าวใน	กำหนดครบถ้วน คือ
		ทางสร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกายที่พาลกลาง-	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		แจ้ง และแนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม	กำหนดข้อที่
		☐ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยมี	ไม่ได้ผลข้อที่
		พฤติกรรมที่เหมาะสม	
		☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาตามแผนการรักษา	
		☐ สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของการใช้ยา	
		☐	
			ลงชื่อ RN/TN
ดีก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมิน สังเกตอาการและพฤติกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ต่อตนเอง	แสดงออก	(ใส่หมายเหตุหน้าข้อความที่ต้องการ)
	ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม เนื่องจาก	☐ ดูแลความปลอดภัยด้านร่างกาย โดยจัดให้	☐ ผู้ป่วย ผู้อื่น และ
	มีพฤติกรรมแสดงออกมาก	อยู่ในห้องที่ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น และจำกัด	สิ่งแวดล้อม ไม่ได้รับ
	ข้อมูลสนับสนุน	พฤติกรรม ถ้าจำเป็น	ความเสียหาย
	S :-	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	☐ ผู้ป่วยสงบ ไม่วุ่นวาย
	-	☐ ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออกในขอบเขต	☐ มีพฤติกรรมแสดง
	-	ที่เหมาะสม	ออกที่เหมาะสม
	O :-	☐ ช่วยให้การรับรู้และสนองตอบต่อสิ่งเร้าตาม	☐
	-	ความจำเป็น ด้วยการบอกความจริง และไม่	
	-	ส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	☐
	วัตถุประสงค์	☐ จัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา	
	☐ ผู้ป่วย ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม	อาการของผู้ป่วย	ลงชื่อ RN/TN
	ปลอดภัย	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาตามแผนการรักษา	
	☐ มีพฤติกรรมแสดงออกที่	☐	
	เหมาะสม		ผลการประเมิน
	☐	☐	วคป.
	☐		
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดครบถ้วน
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ดก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมินปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย	และภาวะขาดสุรา / สารเสพติด	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	ตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม	☐ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่เงียบสงบ เพื่อลด	☐ ไม่มีอาการคัน
	เนื่องจาก	การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม	☐ ไม่มีอาการคลื่นไส้
	☐ ภาวะขาดสุรา	☐ ป้องกันอันตรายจากการชัก และ	อาเจียน อ่อนเพลีย
	☐ ภาวะขาดสารเสพติด (ระบุ)	อุบัติเหตุ	☐ ไม่มีเหงื่อออก
		☐ ประเมินความรู้สึกตัว และวัด Vital sign	☐ ไม่มีวิตกกังวล หงุดหงิด
	ข้อมูลสนับสนุน	ทุก 4 ชั่วโมง จนกว่าจะ stable	หัวใจเต้นเร็ว
	☐ มีประสาทหลอน (ระบุ)	☐ ประเมินอาการประสาทหลอน และ	☐ รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล
		การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล	☐ ไม่ชัก
	☐ มีประวัติเกี่ยวกับการดื่มสุรา	☐ ในเวลากลางคืนเปิดไฟให้มีแสงสว่าง	☐ นอนหลับได้ตลอดคืน
	และสารเสพติดของผู้ป่วย	เพียงพอ เพื่อลดอาการประสาทหลอน	6-8 ชั่วโมงติดต่อกัน
	☐ รุนแรงอยู่ไม่นิ่ง	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน	☐ สิ่งแวดล้อมไม่ได้รับ
	☐ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย	อย่างเพียงพอในเวลากลางคืน	ความเสียหาย
	☐ วิตกกังวล เศร้า หรือหงุดหงิด	☐ Orientation เรื่องวัน เวลา สถานที่	☐
	☐ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง	บุคคล ตามความเหมาะสม	
	☐ นอนไม่หลับ	☐ ดูแลกิจวัตรประจำวัน และให้ได้รับ	☐
	☐ ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ และ	สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ	ลงชื่อ RN / TN
	บุคคล	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา	
	☐ เพื่อ	☐ อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เมื่อมีภาวะสับสน	ผลการประเมิน
	☐ ชัก	กระวนกระวาย	วัดป
	☐ สัน มีเหงื่อออก	☐ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ในการดูแล	
		ผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการ การตอบสนอง และ	
	วัตถุประสงค์	การดูแลผู้ป่วย	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ	☐ จัดให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตสังคม	กำหนดครบถ้วน
	ขาดสุรา / ขาดสารเสพติด	อย่างเหมาะสม	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐ ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม	☐	กำหนดข้อที่
	ปลอดภัย		ไม่ได้ผลข้อที่
	☐	☐	
			ลงชื่อ RN / TN
เด็ก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินความเสี่ยงต่อการออกนอก	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการออกนอกโรงพยาบาล	โรงพยาบาล โดยไม่ได้รับอนุญาต	(ใส่หมายเหตุหน้าข้อความที่ต้องการ)
	โดยไม่ได้รับอนุญาต เนื่องจาก	- รวบรวมข้อมูลและสังเกตพฤติกรรม	☐ ผู้ป่วยไม่ออกนอก
	☐ ปฏิเสธการเจ็บป่วย	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	โรงพยาบาล
	☐ อายกกลับบ้านมาก	- บอกวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัด	☐ รับฟังข้อมูลและเข้าใจ
	☐ มีอาการทางจิต (ระบุน)	- พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก	สามารถบอกเหตุผลที่ต้อง
		ต่อตัวเอง และแผนการรักษา	อยู่โรงพยาบาล
	☐ ญาติขาดการติดต่อ	☒ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล	☐ ผู้ป่วยปฏิบัติตาม
		- อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความจำเป็นและ	แผนการรักษาพยาบาล
		กฎระเบียบต่างๆ ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล	☐ ผู้ป่วยสามารถอยู่
	ข้อมูลสนับสนุน	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก	โรงพยาบาลจนครบ
	S :-	รับฟัง ไม่ตำหนิ	กำหนดนัดญาติมารับได้
	-	☒ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวันนัดหมายที่ญาติจะมาเยี่ยม	☐
	-	☒ มอบหมายเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด และตรวจ	
	O :-	เช็กผู้ป่วยให้อยู่ในสายตา ตลอด 24 ชั่วโมง	ลงชื่อ RN/TN
	-	☐ จัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม	
	-	☒ เฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา	
		สังเกตอาการ	ผลการประเมิน
		☒ เฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา	วัดป.
	วัตถุประสงค์	สังเกตอาการ	
	☐ ผู้ป่วยไม่ออกนอกโรงพยาบาล	5 วันข้างหน้า	
	ก่อนได้รับอนุญาต		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐ ผู้ป่วยยอมรับแผนการรักษา		กำหนดครบถ้วน
	และยินยอมอยู่รักษาในโรงพยาบาล		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐		กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ดีก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมิน
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยง	เกณฑ์การประเมิน
	เสี่ยงต่อการทำร้ายชีวิตตนเอง	ต่อการทำร้ายชีวิตตนเอง และแผนการ	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	เนื่องจาก	☐ จัดผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ที่ทำงานพยาบาล เพื่อ	☐ ไม่มีพฤติกรรมทำร้าย
	☐ มีอารมณ์เศร้าในระดับรุนแรง	สังเกตและตรวจสอบผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ชีวิตตนเอง
	☐ มีความรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	☐ มีสีหน้าและคำพูดที่
	☐	- ให้อาสาช่วยระบายความรู้สึกที่ตึงเครียด	แสดงถึงความพึงพอใจที่จะ
		- ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม	มีชีวิตอยู่
	ข้อมูลสนับสนุน	ร่วมกับผู้ป่วย กำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำ	☐ บอกเป้าหมายการมี
	S :-	ได้ด้วยตนเอง กิจกรรมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ	ชีวิตอยู่ได้
	-	☐ ชมเชยและเสริมแรงทางบวก เมื่อผู้ป่วย	☐ บอกว่า "ไม่มีความคิด
	-	สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จ	อยากตายแล้ว"
	O :-	☐ สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดถึงเป้าหมายชีวิต	☐
	-	☐ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา	
	-	☐	☐
		☐	ลงชื่อ RN/TN
	วัตถุประสงค์		
	เพื่อให้ผู้ป่วย		
	☐ ปลอดภัย		ผลการประเมิน
	☐ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง		วัด
	☐ มีอารมณ์เศร้าลดลง		
	☐		
	☐		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดครบถ้วน
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ดีก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เกณฑ์การประเมินผล
	มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก	☐ สังเกตอาการใกล้ชิด ประเมินความคิด	(ใส่หมายเหตุหน้าข้อความที่ต้องการ)
	☐ รับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า	อารมณ์ พฤติกรรม	☐ มีพฤติกรรมซึมเศร้า
	☐ ภาวะหวาดกลัว	☐ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึก	ลดลง
	☐ ถอนพิษสารเสพติด	☐ จำกัดการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม	☐
	☐ ไม่พึงพอใจภาพลักษณ์	ที่เป็นอันตรายต่อตนเอง	
	☐ ขาดทักษะการเผชิญภาวะวิกฤต	☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย	☐
	☐ ภาวะท้องอืด ท้องเฟ้อ	☐ กระตุ้นให้ทำกิจกรรมตามสภาพอาการ	
	☐ ภาวะสูญเสีย	ความสามารถ	
	☐ กระบวนการคิดผิดปกติ	☐ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	
	☐ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา	☐ ร่วมกับผู้ป่วยประเมินข้อดีของตนเอง และ	ลงชื่อ RN/TN
	☐	ผู้อื่น วิธีการเผชิญปัญหา วิธีผ่อนคลายความเครียด	
		☐ ชมเชยเมื่อมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่	ผลการประเมิน
	ข้อมูลสนับสนุน	เหมาะสม	วคป.
	S :-	☐ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา	
	-	☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง	
	-	☐	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	O :-		กำหนดครบถ้วน
	-	☐	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	-		กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
	วัตถุประสงค์		
	☐ ภาวะซึมเศร้าลดลง		
	☐		
			ลงชื่อ RN/TN
ศก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มดำเนินการ	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมิน
ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บต่อ	☐ ประเมินสัญญาณชีพ ความรุนแรงของฤทธิ์	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	ร่างกาย เนื่องจาก <i>อุบัติเหตุ</i>	ข้างเคียงของยา ความรุนแรงของพิษสารเสพติด	☐ ผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย
	☐ ภาวะพิการ / ทพพลภาพ	ภาวะถอนพิษสารเสพติด การเคลื่อนไหว/	ต่อร่างกาย
	☒ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา	ข้อจำกัดทางกาย	☐
	☐ การเคลื่อนไหวผิดปกติ /	☐ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ต่อ	
	มีข้อจำกัดทางกายที่เป็นอุปสรรค	สภาพอาการ	☐
	ต่อการเคลื่อนไหว	☐ ประเมินความรู้ และทักษะการแก้ไขร่วมกับ	
	☐ พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง	ผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตน	ลงชื่อ RN/TN
	☐ พิษสารเสพติด	☐ ชมเชยและส่งเสริม เมื่อผู้ป่วยสามารถ	
	☐ ภาวะถอนพิษสารเสพติด	ปฏิบัติได้เหมาะสม	
	☐	☐ ช่วยเหลือและดูแลการเคลื่อนไหว การทำ	ผลการประเมิน
		กิจวัตร ตามสภาพอาการ และความต้องการที่	วัดป.
	ข้อมูลสนับสนุน	เหมาะสมของผู้ป่วย	
	S :-	☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย	
	-	☐ ดูแลให้ทำกิจกรรมบำบัดตามความเหมาะสม	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	-	☐ ดูแลให้ได้รับการรักษาและยา ตามแผนการ	กำหนดครบถ้วน
	O :-	รักษาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตฤทธิ์ข้างเคียง	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	-	☐ ให้ข้อมูล ส่งเสริม สนับสนุนให้ญาติมี	กำหนดข้อที่
	-	ส่วนร่วมในการดูแล	ไม่ได้ผลข้อที่
	วัตถุประสงค์	☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการ	
	☐ ผู้ป่วยปลอดภัย	เปลี่ยนแปลง	
	☐	☐	
		☐	
			ลงชื่อ RN/TN
เด็ก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม พยาธิ	เกณฑ์การประเมินผล
	แบบแผนการนอนแปรปรวน	สภาพทางกาย และรูปแบบการนอนเดิม	(ใช้เฉพาะหน้าข้อความที่ต้องการ)
	เนื่องจาก	☐ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหา อาการ และ	☐ ผู้ป่วยนอนหลับใน
	☐ กระบวนการความคิดผิดปกติ	ความต้องการของผู้ป่วย	เวลากลางคืนได้ติดต่อกัน
	☐ อารมณ์แปรปรวน	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในห้องนอนที่เหมาะสม	6-8 ชั่วโมง
	☐ สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง	กับสภาพอาการ	☐ สีสหน้าสดชื่นขึ้น ไม่
	☐ ไม่สุขสบายเนื่องจากพยาธิ	☐ ให้ความมั่นใจถึงความปลอดภัยขณะอยู่ ร.พ	สติสัมปชัญญะ ไม่อึดโรย ขอบค
	สภาพทางกาย	ถ้ามีปัญหาให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากพยาบาล	ไม่กล้า
	☐ อื่นๆ (ระบุ)	ได้	☐
		☐ จำกัดการแสดงออกทางอารมณ์ และ	
	ข้อมูลสนับสนุน	พฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น	☐
	S :-	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่พอเหมาะในเวลา	
	-	กลางวัน เช่น ออกกำลังกาย เพื่อให้หลับสบายได้	
	-	ในเวลากลางคืน	ลงชื่อ RN/TN
	O :-	☐ ดูแลให้ได้รับการรักษาและยาตามแผนการ	
	-	รักษา	
	-	☐ พิจารณารายงานแพทย์ หากผู้ป่วยยังนอน	ผลการประเมิน
	วัตถุประสงค์	ไม่หลับ	วคป.
	☐ ผู้ป่วยนอนหลับในเวลา	☐	
	กลางคืนได้อย่างเพียงพอ		
	☐	☐	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐		กำหนดครบถ้วน
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ดีก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ พุคคยกับผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้	เกณฑ์การประเมินผล
	ไม่สุขสบาย วิตกกังวล เนื่องจาก	พูดระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการรักษา ตลอดจน	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	ฤทธิ์ข้างเคียงของยา	พูดถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	☐ สืบหาผู้ป่วยสดชื่นขึ้น
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผล และ	ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีอาการ
	S :-	ฤทธิ์ข้างเคียงของยา วิธีการจัดการหรือแก้ไข	หน้ามืด ลึนแข็ง พูดชัดขึ้น
	-	เบื้องต้น	☐ ผู้ป่วยไม่พูดบ่นเรื่อง
	-	☐ อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึง	การไม่ยอมรับประทานยา
	O :-	ประโยชน์และความสำคัญของการรักษาด้วยยา	☐ ผู้ป่วยได้รับการรักษา
	-	รวมทั้งวิธีการแก้ไขเบื้องต้น	ด้วยยาต้านโรคจิตครบทั้ง
	-	☐ สอนผู้ป่วยให้รู้จักการสังเกตอาการและ	ชนิดและขนาดตามแผนการ
	วัตถุประสงค์	สื่อสาร เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม	รักษา
	☐ ผู้ป่วยมีความสุขสบาย	☐ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา	☐
	☐ ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง	☐ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	
	☐ ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา	หากเปลี่ยนแปลง พิจารณารายงานแพทย์	☐
	☐	☐ บันทึกทางการพยาบาล และรายงานแพทย์	ลงชื่อ RN/TN
	☐	เมื่อเกิดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	
	☐	☐	
			ผลการประเมิน
		☐	วัดป.
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดครบถ้วน
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ตึก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด อยู่เป็นเพื่อน	เกณฑ์การประเมินผล
	วิตกกังวล ระดับ.....	เข้าใจความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	เนื่องจาก	ใช้คำพูดต่างๆ ชัดเจน	☐ ผู้ป่วยมีทักษะในการ
	☐ รับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า	☐ สังเกตอาการใกล้ชิด ประเมินความคิด	เผชิญความวิตกกังวล
	☐ ไม่พึงพอใจภาพลักษณ์	อารมณ์ พฤติกรรม ระดับความวิตกกังวล	☐
	☐ เผชิญภาวะวิกฤต	☐ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคิด	
	☐ กระบวนการความคิดผิดปกติ	ความรู้สึก	☐
	☐ ถอนพิษสารเสพติด	☐ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วย กิจกรรมการรักษา	
	☐ ขาดความรู้ทักษะ	☐ จำกัดการแสดงออกที่รบกวนผู้อื่น	ลงชื่อ RN/TN
	☐ บุคลิกภาพไม่เหมาะสม	☐ จัดสิ่งแวดล้อม ให้ความมั่นใจในความ	
	☐ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา	ปลอดภัย ลดการกระตุ้น	
	☐ รับรู้ว่าถูกคุกคาม	☐ ช่วยผู้ป่วยหาวิธีลดความวิตกกังวล และ	ผลการประเมิน
	☐ สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป	กระตุ้นให้ทำ เช่น หายใจลึกๆ ผ่อนคลาย	วัดป.
	☐ อยู่โรงพยาบาลนาน / ยาก	กล่อมเนื้อ	
	กลับบ้านมาก	☐ กระตุ้นทำกิจกรรมบำบัดตามสภาพอาการ	
	☐	☐ กระตุ้นและดูแลให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ ร่วมกับผู้ป่วยประเมินสาเหตุ วิธีการเผชิญ	กำหนดครบถ้วน
	S :-	ปัญหาที่เคยใช้ได้ผล พร้อมทั้งแนะนำวิธีอื่น	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	-	เพิ่มเติม	กำหนดข้อที่
	-	☐ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์	ไม่ได้ผลข้อที่
	O :-	พฤติกรรมเหมาะสม	
	-	☐ ช่วยเหลือ ดูแลให้มีความสุขสบาย ตามสภาพ	
	-	อาการ และความต้องการที่เหมาะสม	
	วัตถุประสงค์	☐ ดูแลให้ได้รับการรักษาและยา ตามแผนการ	
	☐ เพื่อให้ความวิตกกังวลลดลง	รักษาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตฤทธิ์ข้างเคียง	
	หรืออยู่ในระดับปกติ	☐ ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม และ	
	☐	ให้คำแนะนำการดูแล	
		☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการ	
		เปลี่ยนแปลง	ลงชื่อ RN/TN
เด็ก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
ปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		เกณฑ์การประเมินผล
	ล้มพันธภาพทางสังคมบกพร่อง	☐ ประเมินความบกพร่องในการมีสัมพันธภาพ	(ใส่หมายเหตุหน้าข้อความที่ต้องการ)
	เนื่องจาก	กับผู้อื่น	☐ ผู้ป่วยสามารถพูดคุย
	☐ กระบวนการความคิดผิดปกติ :	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	กับผู้อื่นได้
	หลงผิด ; ระวังไม่ไว้วางใจ	☐ กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วม	☐ ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม
	☐ ขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม	กิจกรรม เริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายๆ	กิจกรรมบำบัดได้
	ภายนอกโรงพยาบาล เป็นเวลานาน	☐ แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้อื่น และเป็น	☐ ผู้ป่วยไว้วางใจผู้อื่น
	☐ ขาดทักษะทางสังคม	ตัวแบบการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	☐
	☐	☐ ชมเชย หรือให้กำลังใจ หรือเสริมแรง เมื่อ	
		ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้	☐
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีของผู้อื่น และสังคม	
	S :-	☐ ส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการ	ลงชื่อ RN/TN
	-	ดูแลผู้ป่วย	
	-	☐ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่าง	
	O :-	ต่อเนื่อง	ผลการประเมิน
	-	☐	วัดป
	-		
	วัตถุประสงค์	☐	
	☐ มีทักษะการสร้างสัมพันธภาพ		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	และทักษะในการสื่อสาร		กำหนดครบถ้วน
	☐ มีความไว้วางใจผู้อื่น		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐		กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ฝึก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

ก่อนเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ได้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมิน
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการ	เกณฑ์การประเมินผล
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจาก	เจ็บป่วย และการดูแลตนเอง และภาวะเสี่ยงต่อ	(ได้เครื่องหมายหน้าข้อความที่ต้องการ)
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ตรง	การกลับเป็นซ้ำ	☐ ผู้ป่วยและครอบครัว
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	กับความเป็นจริง	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	มีความรู้ ความเข้าใจ
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ การตัดสินใจไม่เหมาะสม	☐ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษามะเร็ง	☐ ผู้ป่วยและครอบครัว
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ ขาดความรู้	แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	ให้ความร่วมมือ และ
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ ไม่ร่วมมือในการรักษา	☐ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น	ปรับตัวปฏิบัติตามแผนการ
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ คิดว่าการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ	☐ สอนผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะในการ	รักษา
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ ท้อแท้กับปัญหา	เผชิญต่อความเครียด การควบคุมอารมณ์ การแก้	☐
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ ไม่มีระบบการสนับสนุน	ปัญหา การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม การรู้จัก	
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ แผนการรักษาขัดกับวัฒนธรรม	กาลเทศะ และวิธีการคล้ายเครียด	☐
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	ความเชื่อ	☐ จัดเข้ากลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย /	☐ สักทักษะทางสังคมที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย	ลงชื่อ RN/TN
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	ครอบครัวไม่เหมาะสม	☐ สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐	ตามความคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของตนเอง	
ก่อนเริ่มต้นปัญหา		ที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น	ผลการประเมิน
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน	☐ แนะนำแหล่งสนับสนุน และช่วยเหลือ	วัดป.
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	S :-	ในชุมชน	
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	-	☐	
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	-		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	O :-	☐	กำหนดครบถ้วน
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	-		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	-		กำหนดข้อที่
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	วัตถุประสงค์		ไม่ได้ผลข้อที่
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้		
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ		
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	การรักษา		
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	☐ ร่วมมือและปรับตัวตามแผนการ		
ก่อนเริ่มต้นปัญหา	รักษา		ลงชื่อ RN/TN
เด็ก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

เริ่มต้นปัญหา รพบประเมิน	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)		เกณฑ์การประเมินผล
				ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐	ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร	เกณฑ์การประเมินผล
	สุขอนามัยส่วนบุคคลบกพร่อง		ประจำวันด้วยตนเอง	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	เนื่องจาก	☐	ช่วยผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อมีอาการ	☐ มีความสามารถในการ
	☐ กระบวนการความคิดผิดปกติ		ซึมเศร้า มีการตัดสินใจบกพร่อง	ดูแลตนเอง
	☐ ภาวะอารมณ์แปรปรวน	☐	ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ	☐ สุขอนามัยส่วนบุคคล
	☐ ภาวะถอนพิษสารเสพติด		ตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบทำกิจกรรม	สะอาด และเหมาะสม
	☐ พยาธิสภาพทางกาย / สมอง		ด้วยตนเอง เมื่อสามารถทำได้	☐
	☐ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา	☐	ให้เวลาผู้ป่วยในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง	
	☐ รูปแบบการดำรงชีวิต	☐	ชมเชยและเสริมแรงทางบวก เมื่อผู้ป่วย	☐
	เปลี่ยนแปลง		สามารถรับผิดชอบทำกิจวัตรประจำวันด้วย	
	☐ ภาวะสูงอายุ		ตนเองได้	ลงชื่อ RN/TN
	☐ ทุพพลภาพ	☐	สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม	
	☐		บำบัด เรื่อง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล	ผลการประเมิน
		☐		วัดป
	ข้อมูลสนับสนุน			
	S :-	☐		
	-			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	-			กำหนดครบถ้วน
	O :-			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	-			กำหนดข้อที่
	-			ไม่ได้ผลข้อที่
	วัตถุประสงค์			
	☐ มีสุขอนามัยส่วนบุคคลดีขึ้น			
	☐			
				ลงชื่อ RN/TN
ดีก	ชื่อ-สกุล	HN		
	อายุ ปี	AN		

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมิน
วันครบประเมิน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เกณฑ์การประเมินผล
ปัญหา	ไม่สุขสบาย เนื่องจาก	☐ ประเมินสัญญาณชีพ ความรุนแรงของ	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	☐ อาการเจ็บ	อาการที่ไม่สุขสบาย	☐ ผู้ป่วยสุขสบาย
	☐ อาการไข้	☐ ประเมินความคิด พฤติกรรม อารมณ์ คอ	
	☐ อาการคัน	สภาพอาการ	☐
	☐ อาการปวด	☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย	
	☐ อาการไอ	☐ ช่วยเหลือและดูแลความสุขสบาย คามสภาพ	☐
	☐ อาการวิงเวียนศีรษะ	อาการ และความต้องการที่เหมาะสมของผู้ป่วย	
	☐ อาการคลื่นไส้	☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการ	
	☐ จากผลข้างเคียงการรักษา	เปลี่ยนแปลง	
	คิว ECT	☐ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา	ลงชื่อ RN/TN
	☐	☐	
			ผลการประเมิน
	ข้อมูลสนับสนุน	☐	วคป.
	S :-		
	-		
	-		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	O :-		กำหนดครบถ้วน
	-		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	-		กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
	วัตถุประสงค์		
	☐ ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย		
	☐		
			ลงชื่อ RN/TN
ศึก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมิน
วันครบประเมินปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินความรู้สึก ความเชื่อ และ	เกณฑ์การประเมินผล
	มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่	คำนึงเกี่ยวกับเรื่องเพศ	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	เหมาะสม เนื่องจาก	☐ สนทนาหรือจัดกิจกรรม เพื่อเบี่ยงเบน	☐ มีพฤติกรรมทางเพศ
	☐ บกพร่องในการตัดสินใจ	ความต้องการทางเพศ เช่น จัดให้พูดคุย	ที่เหมาะสม
	☐ ภาวะอารมณ์แปรปรวน	กับเพื่อนๆ และทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์	☐ มีการแสดงออกทาง
	☐ ความคิดผิดปกติ	ร่วมกัน	คำพูดที่เหมาะสม
	☐ ขาดความรู้เรื่องเพศ	☐ จัดให้ผู้ป่วยได้ใช้พลังงานอย่าง	☐ ผู้ป่วยแต่งกายเรียบร้อย
	☐ รับรู้ในคุณค่าของตนเอง	เหมาะสม เช่น ออกกำลังกาย ช่วยทำ	เหมาะสม
	ลดลง	ความสะอาดดี เช็ดกระจกภายในหอ	☐
	☐ พยาธิสภาพทางสมอง	ผู้ป่วย จัดเก้าอี้รับประทานอาหาร	
	☐	☐ ให้ข้อมูล อาการ และช่วยผู้ป่วยหาวิธี	☐
		ป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ จัดให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจทาง	ลงชื่อ RN / TN
	S :-	เพศที่เหมาะสม เช่น จัดให้เข้าร่วมกิจกรรม	
	-	นันทนาการ	ผลการประเมิน
	-	☐ ดักเตือนเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศ	วัดผล
	O :-	ที่ไม่เหมาะสม	
	-	☐ ชมเชยผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมแสดงออก	
	-	ทางเพศที่เหมาะสม	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		☐ ให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา	กำหนดครบถ้วน
	วัตถุประสงค์	☐	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐ มีการแสดงพฤติกรรม		กำหนดข้อที่
	ในทางที่เหมาะสม	☐	ไม่ได้ผลข้อที่
	☐		
			ลงชื่อ RN / TN
ชื่อ-สกุล	HN		
อายุ ปี	AN		

[illegible]

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ	และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	เนื่องจากมีภาวะติดเชื้อ ใน	☐ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และป้องกัน	☐ ภาวะติดเชื้อหายไป
	☐ ระบบทางเดินอาหาร	การแพร่เชื้อ	☐ ไม่แพร่กระจายเชื้อ
	☐ ระบบผิวหนัง	☐ ควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้อื่น	ผู้อื่น
	☐ ระบบทางเดินหายใจ	ตามชนิดของเชื้อ/ช่องทางการติดเชื้อ	☐
		☐ ประเมินสัญญาณชีพ และอาการของภาวะ	
	ข้อมูลสนับสนุน	ติดเชื้อลุกลาม	☐
	S :-	☐ ดูแลให้ได้รับการรักษา และตามแผนการรักษา	
	-	☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย เมื่อมีอาการ	
	-	เปลี่ยนแปลง	ลงชื่อ RN/TN
	O :-	☐	
	-		ผลการประเมิน
	-	☐	วัดป.
	วัตถุประสงค์		
	☐ ภาวะติดเชื้อลดลง/หายไป		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ		กำหนดครบถ้วน
	ผู้อื่น		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	☐		กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ดีก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เกณฑ์การประเมินผล
	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	☐ ประเมินความรู้ ความคิด ความรู้สึก ต่อการ	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	และ หรือจากฤทธิ์ข้างเคียงของ	รักษาด้วยไฟฟ้า ทั้งก่อนและหลังทำการรักษา	☐ ผู้ป่วยปลอดภัย
	การรักษาไฟฟ้า เนื่องจาก	☐ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการรักษา	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
	☐ ไม่ร่วมมือ	และการปฏิบัติตัว	☐
	☐ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการ	☐ ดูแลให้ผู้ป่วย โดยงดอาหารและน้ำทางปาก	
	ปฏิบัติตัว	อย่างน้อย 6 ชั่วโมง	☐
	☐ กระบวนการความคิด/อารมณ์	☐ ดูแลถอดเครื่องประคับ ชุดชั้นใน ฟันปลอม	
	ผิดปกติ เช่น วิดกกังวล กลัว	แบบถอดได้	
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ ดูแลให้ปัสสาวะก่อนทำการรักษา	
	S :-	☐ ประเมินสัญญาณชีพ และสภาพร่างกาย	
	-	ก่อนและหลังการรักษา	ลงชื่อ RN/TN
	-	☐ ดูแลให้ได้รับการรักษาและยา ตามแผนการ	
	O :-	รักษา	ผลการประเมิน
	-	☐ ดูแลการทรงตัว การเคลื่อนไหวหลังการรักษา	วตป.
	-	☐ ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ หลังการรักษา	
	วัตถุประสงค์	☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการ	
	☐ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ	เปลี่ยนแปลง	☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	แทรกซ้อน	☐	กำหนดครบถ้วน
	☐		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
		☐	กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
เด็ก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

วันเริ่มต้นปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล
วันครบประเมิน ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์		ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เกณฑ์การประเมินผล
	มีความสามารถในการทำกิจวัตร	☐ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และ	(ใส่หมายเลขหน้าข้อความที่ต้องการ)
	ประจำวัน เนื่องจาก	ความสามารถในการดูแลตนเอง	☐ ผู้ป่วยสามารถ
	☐ มีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม	☐ ส่งเสริมวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	ดำเนินชีวิตประจำวัน
	☐ มีการปรับตัวต่อแผนการรักษา	☐ ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	ในโรงพยาบาลได้อย่าง
	☐ มีทักษะการเผชิญปัญหา	☐ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้	เหมาะสม
		☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย	☐
	ข้อมูลสนับสนุน	☐ ดูแลให้ได้รับการรักษาและยาตามแผนการ	
	S :-	รักษาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตฤทธิ์ข้างเคียง	☐
	-	☐ ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม และให้	
	-	คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย	ลงชื่อ RN/TN
	O :-	☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการ	
	-	เปลี่ยนแปลง	ผลการประเมิน
	-	☐	วคป.
	วัตถุประสงค์	☐	
	☐ ผู้ป่วยมีความสามารถในการ		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
	ดูแลตนเองได้		กำหนดครบถ้วน
	☐		☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
ชื่อ-สกุล	ชื่อ-สกุล	HN	
อายุ ปี	อายุ ปี	AN	

การวางแผนการพยาบาล ปัญหาที่.....

บันทึกปัญหา	ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน / วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ)	เกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมิน
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เกณฑ์การประเมินผล
	มีความสามารถในการทำกิจกรรม	☐ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และ	(ใส่หมายเหตุหน้าข้อความที่ต้องการ)
	บำบัด เนื่องจาก	ความสามารถในการทำกิจกรรม	☐ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ
	☐ มีการปรับตัวต่อแผนการรักษา	☐ ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมเหมาะสมตามความ	ทุกครั้ง
	☐ มีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม	สามารถ สภาพอาการ และความสนใจ	☐ ผู้ป่วยสามารถทำ
	☐	☐ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จ	กิจกรรมได้ โดยไม่ต้อง
		☐ ช่วยเหลือ ดูแลความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ตาม	กระตุ้น
	ข้อมูลสนับสนุน	สภาพอาการ และความต้องการที่เหมาะสม	☐
	S :-	☐ ดูแลให้ได้รับการรักษาและยาตามแผนการ	
	-	รักษาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตฤทธิ์ข้างเคียง	☐
	-	☐ ประสาน/ติดตามญาติเยี่ยม และให้คำแนะนำ	
	O :-	การดูแลผู้ป่วย	
	-	☐ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เพื่อเตรียม D/C	ลงชื่อ RN/TN
	-	☐	
	วัตถุประสงค์	☐	ผลการประเมิน
	☐ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำ		วัดป.
	กิจกรรมบำบัดได้ดียิ่งอย่างต่อเนื่อง		
	☐		
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดครบถ้วน
			☐ ได้ผลตามเกณฑ์ที่
			กำหนดข้อที่
			ไม่ได้ผลข้อที่
			ลงชื่อ RN/TN
เด็ก	ชื่อ-สกุล	HN	
	อายุ ปี	AN	

5. รายนามอาจารย์ที่ปรึกษาการพัฒนานักศึกษาทางการพยาบาล

1. อาจารย์สมใจ เจียรพงษ์ พยาบาลวิชาชีพ 8 รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น
2. อาจารย์กฤษณา คล้ายเพชร พยาบาลวิชาชีพ 8 กรรมการฝ่ายวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น
3. นางวรางรัตน์ ทะมั่งกลาง พยาบาลวิชาชีพ 8 วช หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6. รายนามคณะกรรมการพัฒนานักศึกษาทางการพยาบาล

นางสาวจุรีย์	อิงสำราญ	รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลฝ่ายวิชาการ	ประธาน
นางสิริภัก	สุขเสริม	รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลฝ่ายบริการ	รองประธาน
นางสิวลี	เปาโรหิตย์	หัวหน้าตึกเฟื่องฟ้า	คณะกรรมการ
นางวรรณภา	แห้วดี	หัวหน้าตึกขงโค	คณะกรรมการ
นางสาวจิรารัตน์	พิมพ์ดีด	หัวหน้าตึกพิเศษ	คณะกรรมการ
นางทัศนีย์	ศิริมุกดากุล	หัวหน้าตึกฝ่ายคำ	คณะกรรมการ
นางศิริวรรณ	ฤกษ์ธนะขจร	หัวหน้าตึกศรีตรัง	คณะกรรมการ
นางประกายดาว	โถมโสภา	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นางมัลลิกา	พูนสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นางสาวอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นางเจตน์ภาดา	นาคบุตร	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นางปรารถนา	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นางจิตรประสงค์	สิงห์นาง	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นายพนพล	กัณหากุล	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นางบุญเรือง	ร่วมแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ 6	คณะกรรมการ
นางภาวิณี	สถาพรธีระ	พยาบาลวิชาชีพ 7	คณะกรรมการ
นางศิริพร	ธงยศ	พยาบาลวิชาชีพ 6	คณะกรรมการ
นางณัฐิกา	ราชบุตร	พยาบาลวิชาชีพ 7	เลขานุการ