

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์
ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางวรรณภา

แห้วดี

นางเพชรรัชต์

มหกิตติไพศาล

นางภาวิณี

สถาพรธีระ

นายไพรวลัย

ร่มซ้าย

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์
ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางวรรณภา	แหวดี
นางเพชรรัตน์	มหิตต์ไพศาล
นางภาวิณี	สถาพรธีระ
นายไพรวลัย	ร่มชัย

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ศึกษา นางวรรณภา แหว่ดี นางเพชรรัตน์ มหิตต์ไพศาล นางภาวิณี สถาพรธีระ นายไพรัช รมชัย
วัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัตถุประสงค์และวิธีการ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ขั้นตอนในการวิจัยแบ่ง
ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการดำเนินการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์
และการกำหนดกรอบแนวคิดโดยใช้รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหา (problem oriented charting)
เป็นต้นแบบในการพัฒนาคู่มือแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ ตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ
โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์มีค่า
เท่ากับ 0.76 และ 2) การทดลองใช้ในระบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 28 คนและศึกษา
คุณภาพการบันทึกจากแฟ้มรายงานของผู้ป่วยจำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในวัดผลประกอบด้วยแบบประเมิน
ความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบมุ่งเน้นปัญหา แบบสอบถามความ
พึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์และแบบ
ประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผล หลังดำเนินการพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้น รู้สึกเห็นด้วยและเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งเกี่ยวกับ
การบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบมุ่งเน้นปัญหา พึงพอใจต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาคุณภาพ
ในการบันทึกทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และผู้ป่วยพึงพอใจต่อกิจกรรมการดูแล

สรุป การบันทึกทางการแพทย์ระบบมุ่งเน้นปัญหาเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย การบันทึกมีความง่าย ชัดเจน และมีความต่อเนื่องสำหรับการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ การบันทึกทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งเน้น
ปัญหา

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
เลขทะเบียน 004450
วันที่
เลขเรียกหนังสือ ๗. ๗๕๑๖๐
๒๕๕๐-๒๕๕๑

JVKK Library



004450

ดร.บันทึกทางการแพทย์ -- ร้อย

ดร.บันทึกแพทย์ -- ร้อย

ดร.บันทึกแพทย์ -- ร้อย

Development of nursing records for suicide risk inpatients admitted to KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Mrs. Wannapa Haewdee, Mrs. Petcharat Mahakitpaisan, Mrs. Pawinee Satapornteera,
Mr. Praiwan Romsai

Objectives: To develop of nursing records for suicide risk inpatients admitted to KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital.

Material and method: The research and development study has the steps in which 2 phases. Step 1: Preparing for an operation by the nursing records situational analysis. Step , The conceptual framework is based on problem oriented charting model for the development of a nursing records guidebook which quality assurance by five qualified experts and the Item-Objective Congruence Index is 0.76 and step 2: The sample was 28 professional nurses and the quality of recording was recorded from 35 patients. The measurement tools include knowledge assessment, satisfaction survey with problem oriented charting in nursing notes, satisfaction questionnaire with training or seminar or workshop, quality of nursing records assessment and activities assessment and satisfaction with the care of patients at risk for suicide. To analyze quantitative data used a descriptive statistics and also used a content analysis for qualitative data.

Results: Professional nurses have increased knowledge ,have an agreeable and very agreeable about nursing notes with problem oriented charting and also satisfied with the workshop. The results of the study on quality of nursing records were largely based on the evaluation criteria. In addition, patients have satisfied with care activities.

Conclusion: Nursing records with problem oriented charting is easy, clear and continuity for care in patients at risk for suicide.

Keywords: nursing records, problem oriented charting, suicide risk inpatients

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ปรึกษา ที่ได้กรุณาแนะนำให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ตั้งแต่ต้นจนสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ คณะผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลที่กรุณาให้คำแนะนำ เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย หอผู้ป่วยฝ้ายคำและหอผู้ป่วยศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนระหว่างดำเนินการวิจัยและให้กำลังใจด้วยดีมาตลอด

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรที่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย สนับสนุน เป็นแรงใจอย่างดียิ่งในการค้นคว้าและให้การช่วยเหลือ เปรียบเสมือน พี่ น้องและครอบครัวเดียวกัน ทำให้การวิจัยที่ผ่านมาเปี่ยมด้วยความสุข

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบรำลึกถึง คุณบิดา มารดา ครอบครัวและญาติมิตรทุกคนที่ช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ซึ่งคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาแด่ คุณบิดา มารดา คณาจารย์ ครอบครัว กัลยาณมิตร ผู้ป่วยและผู้มีพระคุณทุกท่าน มา ณ ที่นี้ด้วย

นางวรรณภา แห้วดี และคณะ

สิงหาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. คำถามการวิจัย	4
3. วัตถุประสงค์	4
4. ขอบเขตการศึกษา	4
5. นิยามศัพท์เฉพาะ	5
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. การบันทึกทางการแพทย์	7
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	16
3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	21
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์	23
5. กรอบแนวคิด	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. ขั้นตอนในการวิจัย	31
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	37
6. การพิจารณาด้านจริยธรรม	37
7. สถานที่ทำวิจัย	38
8. ระยะเวลาในการศึกษา	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
1. การพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	39
2. การประเมินผลการทดลองใช้ในระบบ	42
2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการ	42
2.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	43
2.3 ความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา	44
2.4 ความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ	46
2.5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	49
2.6 การประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	51
2.7 การประเมินกิจกรรมและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วย	54
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
1. สรุปผลการศึกษา	55
2. อภิปรายผล	57
3. ข้อเสนอแนะ	61
บรรณานุกรม	63
ภาคผนวก	
ก. ประวัติผู้วิจัย	68
ข. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	73
ค. คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	89

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	13
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ร่วมโครงการ	42
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	44
ตารางที่ 4 ค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา	45
ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต	47
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	49
ตารางที่ 7 ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย	51
ตารางที่ 8 ผลการตรวจประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	52

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กระบวนการวิเคราะห์การบันทึกทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีระบบ	30

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาล คือการดูแลช่วยเหลือ การสร้างเสริมป้องกัน บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพ และเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานวิชาชีพ(จินตนา ยูนิพันธ์, 2557) เป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ความสามารถทักษะและการตัดสินใจเชิงวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจึงเป็นหลักฐานสำคัญที่ใช้เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาลและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นข้อมูลการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลการประเมินผลและการติดตามแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพและใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย (จันทร์ทิวา เจียรณัย, 2554; พรศิริ พันธสี, 2554)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประจำวันอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะเริ่มแรกใช้การบันทึกแบบบรรยาย (narrative charting) พบปัญหาจากการบันทึกคือ ไม่มีความชัดเจนของการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่ตรงกับปัญหาผู้ป่วย และไม่มีการประเมินผล กล่าวคือพยาบาลมีการบันทึกบรรยายเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นภายในเวรของตนเองเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยไม่ได้ระบุปัญหาชัดเจนว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาความต้องการอย่างไรที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องหรือจำเป็นต้องส่งต่อเวรส่งผลทำให้ไม่ทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและขาดความต่อเนื่องในการดูแลต่อมาจึงได้พัฒนาระบบการบันทึกโดยใช้ระบบ 3 ช่องหรือรูปแบบพาย(PIE charting) ประกอบด้วย ช่องแรกเป็นส่วนของปัญหาอาการ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย (problem) ช่องที่สองเป็นบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (intervention) และช่องที่สามเป็นการประเมินผล (evaluation) พบปัญหาของการบันทึกคือในส่วนของปัญหายังใช้การเขียนปัญหาแบบบรรยายทั่วไปไม่ได้ระบุปัญหาอย่างชัดเจนการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลส่วนมากบันทึกเป็นงานประจำ (routine) ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่องหรือไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของปัญหาหรืออาการของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

จนกระทั่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้นำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบมุ่งปัญหา (problem oriented charting) มาใช้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 เป็นต้นมาซึ่งการบันทึกแบบมุ่งปัญหานี้ถูกพัฒนาครั้งแรกเพื่อใช้ในวงการแพทย์โดย Lawrence Weed (1987;อ้างใน สุรีย์ธรรมิกบรร, 2540) ต่อมาจึงมีการนำมาปรับใช้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีหลักการบันทึกตามรูปแบบ SOAPIE มีความหมายดังนี้ 1) S(Subjective data) คือการบันทึกเกี่ยวกับลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ 2) O(Objective data) คือการรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลจากการสังเกตการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) A(Assessment) คือการนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้4) P (Plan) คือการวางแผนการดูแลหรือเป้าหมายการพยาบาล5) I (Intervention) คือการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและ6) E (Evaluation)คือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลและผลการรักษา การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีข้อดีช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลและปัญหาความต้องการ

ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและในส่วนของผลการประเมินผล จะช่วยให้ทราบการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย สามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญเพื่อการส่งต่อกันระหว่าง พยาบาลในการเฝ้าระวังปัญหาผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มากขึ้นและมีความต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบงาน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณสมบัติตรงตามการได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(Hospital Accreditation: HA) หรือองค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการกำหนดมาตรฐาน (International Organization for Standardization: ISO) ส่งผลทำให้เอกสารสำหรับการบันทึกของพยาบาลหรือแบบฟอร์ม ต่างๆเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งต้องใช้เวลาในการจดบันทึก ประกอบกับการะงานที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ใน ความดูแลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีความยุ่งยากซับซ้อนส่งผลทำให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงอย่าง ไกล่ชิดลดลง และการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต้องทำอย่างเร่งรีบและขาดประสิทธิภาพ จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำหน่ายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามแนวทาง ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG Suicide) ในเดือนตุลาคม 2560 จำนวน 20 แพ้ม เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง จำนวน 12 คน ระดับปานกลางจำนวน 5 คนและระดับเล็กน้อยจำนวน 3 คน ด้านการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า มีการบันทึกเกี่ยวกับการปัญหา อาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับระดับความ รุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่บันทึกแต่ไม่ครบถ้วนทั้งอาการการ พยาบาล และประเมินผลและไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าสาเหตุปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับ ความรู้ ทักษะคิด ขาดแรงจูงใจในการบันทึกทางการพยาบาลหรืออาจมาจากความผิดพลาดใน การจัดการเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเช่นการกำหนดวัตถุประสงค์ไม่ชัดเจนการวางระบบบันทึก ทางการพยาบาลไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบการออกแบบไม่สอดคล้องกับบริบทเน้นแบบฟอร์มแต่ไม่ใช้การ เรียนรู้จากประสบการณ์ (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2554) การบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพจะส่งผลกระทบ ตามมาหลายประการเช่นผู้ป่วยอาจได้รับบริการพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพเนื่องจากไม่มีหลักฐานว่าพยาบาลได้ใช้ กระบวนการพยาบาลและให้การพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (พรศิริ พันธสี, 2554)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส อุครนันท์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนา ระบบ การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในขั้นตอนการวิเคราะห์ สถานการณ์เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลพบว่าบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นประโยชน์ ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยคือ พยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังหรือดูแลผู้ป่วยหรือใช้ใน การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งเป็นหลักฐานทางกฎหมายหลักฐานการเบิกจ่ายงบประมาณหรือใช้เป็น ข้อมูลในการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ชุมชนดูแลต่อเนื่องและสามารถใช้เป็นเครื่องมือประกอบการวินิจฉัยและรักษา ของแพทย์ได้ เนื่องจากแพทย์ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่เห็นพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จะรวบรวมข้อมูลจากบันทึกของพยาบาล ด้านปัญหาจากการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า การเขียน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ระบุปัญหาเป็นความเสี่ยงและเขียนกว้างๆ เช่น “มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง” กิจกรรมไม่เจาะจงและไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเช่นเฝ้าระวังความเสี่ยง เฝ้าระวังการฆ่า

ตัวตาย หรือการดูแลใกล้ชิด ดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่งรวมถึงข้อมูลสนับสนุนไม่ชัดเจนและไม่สามารถนำมาสนับสนุนเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับสูง กลางหรือต่ำ เนื่องจากที่ผ่านมาใช้ตัวพยาบาลเป็นคนประเมินทำให้ระบุความเสี่ยงต่างกันการบันทึกไม่ตรงกับปัญหาที่เอามาจากการวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) บันทึกแล้วนำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ บางครั้งไม่ได้เขียนตาม CPG ซึ่งถ้าดูจากบันทึกประจำวันดูเหมือนว่า“พยาบาลไม่ได้ทำอะไรให้กับผู้ป่วย เหมือนเป็นการเฝ้าระวังมาเรื่อย ๆ แต่ไม่ได้เขียนกิจกรรมลงทั้งๆ ที่พยาบาลทำงานหนักและภาระงานมาก”

คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เกษีกร จำนวน 14 คน (ในเดือนตุลาคม 2560) ถึงการรับรู้และการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลพบว่าทุกวิชาชีพเห็นความสำคัญและมีการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาล และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนา คือ ควรมีการบันทึกให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่กำหนด เขียนให้เห็นสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและสะท้อนกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการบันทึกควรชัดเจน อ่านง่าย ได้ใจความ ดังนั้นจึงมีการจัดทำโครงการวิจัยการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวบรัดและกระชับทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรทีมสหวิชาชีพในการร่วมดูแล รักษาได้ชัดเจนขึ้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์การดำเนินงาน คือการเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับอาเซียน รวมถึงการเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้โดยการสร้างองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อขยายผลใช้ทั่วประเทศสำหรับสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ.2557-2559พบว่า มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 6.08, 6.47 และ 6.35 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) และจากการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี พ.ศ.2557-2559 พบว่าผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีจำนวน 548, 566, 544 ราย มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจำนวน 8, 3 และ 4 รายตามลำดับและมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล 1 คน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559) ภายในปี พ.ศ.2559จึงมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และได้วางแผนการพัฒนาศรณนะทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้ ทักษะในการบำบัดรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้มีความรู้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังมีการปรับโครงสร้างหอผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาให้เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางมากขึ้น โดยกำหนดให้หอผู้ป่วยผ่ายคำเป็นหอผู้ป่วยในเพศชายที่รับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ในความดูแลหอผู้ป่วยชงโครับผู้ป่วยเพศชายโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมก้าวร้าว หอผู้ป่วยเฟื่องฟ้ารับผู้ป่วยเพศชายที่มีปัญหาจากการใช้สุราหรือสารเสพติด และหอผู้ป่วยศรีตรังซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเพศหญิงเพียงหอผู้ป่วยเดียวของโรงพยาบาล รับดูแลผู้ป่วยหญิงทุกการวินิจฉัยโรคและมีความเสี่ยงทุกประเภท รวมถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งยังเป็นผู้ประสานการดูแลระหว่างผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรในวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เกษีกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการสื่อสารกับบุคคลอื่น

เพื่อให้ระบบการดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งของพยาบาลในการสื่อสารกับสหวิชาชีพ ทั้งยังเป็นหลักฐานอ้างอิงถึงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย และเนื่องด้วยปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาล และเนื่องด้วยความต้องการพัฒนางานให้มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพซึ่งจะนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันทีในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จภายในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

2.2 ผลการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในด้านความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และกิจกรรมที่ได้รับการดูแล และความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.2 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ด้านความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกิจกรรมที่ได้รับการดูแล และความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (research and development) ในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ตั้งแต่แรกรับไว้รักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะการบันทึกประจำวันโดยทำการศึกษาทั้งในพยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและศึกษาจากแฟ้มรายงาน

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยฝ่ายคำและหอผู้ป่วยศรีตรังในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2561

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกประจำวันที่ทำโดยพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบการบันทึกระบบมุ่งปัญหา (problem oriented charting) โดยใช้รูปแบบ SOAPIE มีความหมายดังนี้ คือ 1) Subjective data คือการบอกเล่าปัญหาโดยผู้ป่วย 2) Objective data คือการสังเกตโดยพยาบาล 3) Assessment คือการประเมิน 4) Plan คือการวางแผน 5) Intervention คือการปฏิบัติการพยาบาล และ 6) Evaluation คือการประเมินผล

5.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหมายถึงผู้ป่วยจิตเวช เช่นโรคจิตเภทโรคซึมเศร้า โรคนิ่วโพลาหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตและพฤติกรรมที่มีสาเหตุจากการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุรา เป็นต้นที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายทั้งก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) for Suicidality แล้วพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป

5.3 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล พัฒนาโดยผู้วิจัย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งผู้ตอบคำถามต้องได้ 4 คะแนน (ร้อยละ 20) ขึ้นไป จึงถือว่ามีความรู้ในระดับพอใช้

5.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความพึงพอใจที่มีต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) พัฒนาโดยผู้วิจัย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งคำตอบได้แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่พึงพอใจ พึงพอใจเล็กน้อย พึงพอใจ และพึงพอใจอย่างยิ่ง

5.5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการอบรมเพื่อชี้แจงการบันทึกทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา /ประชุมเชิงปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561 (กรมสุขภาพจิต, 2561) คำถามประกอบด้วย 5 ส่วน (จำนวน 19 ข้อ) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าซึ่งแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

5.6 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก (ผ่าน/ไม่ผ่าน) ถ้าผ่านได้ 1 คะแนน ไม่ผ่านได้ 0 คะแนน ซึ่งการบันทึกจะต้องได้ 4 คะแนน (ร้อยละ 20) ขึ้นไป จึงถือว่าบันทึกอยู่ในเกณฑ์พอใช้

5.7 กิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจต่อการดูแลนั้นๆ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่กิจกรรมที่ท่านได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยกิจกรรมอย่างใดบ้าง และท่านรู้สึกเช่นไรต่อกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้รับ

5.8 ผลการพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การประเมินผลการนำการบันทึกทางการแพทย์ไปทดลองใช้จริงในหอผู้ป่วย ด้านความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการแพทย์ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับการบันทึกทางการแพทย์อย่างสอดคล้องกับปัญหาตามระดับของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่าตัวตายสำเร็จภายในโรงพยาบาล

6.2 พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีโดยตระหนักถึงความสำคัญของบันทึกทางการแพทย์ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยและสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นแนวทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ

6.3 มีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีความสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide:CPG Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการบันทึกทางการแพทย์ตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพด้วยกันเอง หรือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลดีทำให้การบำบัดรักษามีความเชื่อมโยงกันทุกอาชีพ และเกิดระบบการดูแลที่มีมาตรฐานและคุณภาพ

6.4 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยการบันทึกทางการพยาบาล แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล และกรอบแนวคิด ดังนี้

1 การบันทึกทางการพยาบาล

1.1 ความหมายการบันทึกทางการพยาบาลมีผู้ให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

การบันทึกทางการพยาบาลหมายถึงการเขียนข้อมูลใดๆที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอันได้แก่การดูแลรักษาป้องกันโรคส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (สุรีย์ ธรรมมิกบวร,2540)

การบันทึกทางการพยาบาลหมายถึงการบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลใดๆที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของการพยาบาลและใช้ในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงตรงกันทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ (อาภรณ์ ทองทิพย์, 2550)

การบันทึกทางการพยาบาลหมายถึงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลเพื่อแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอันได้แก่การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (เยาวเรศ คุณแก้ว,2551)

บันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาล คือ การดูแลช่วยเหลือ การสร้างเสริมป้องกัน บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพ และเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานวิชาชีพ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2557)

สรุป การบันทึกทางการพยาบาลหมายถึง การบันทึกกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ที่พยาบาลกระทำต่อผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่หลัก ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือ การสร้างเสริมป้องกัน บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการบันทึกนั้นต้องมีความครอบคลุมผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม ให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

1.2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะ (2557) กำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4 C ดังนี้

1.2.1 ความถูกต้อง (correct) หมายถึงการเขียนบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสอดคล้องกับอาการอาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วยดังนี้

1.2.1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาลและถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1.2.1.2 รายงานปัญหาถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

1.2.1.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วยถูกต้องและสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.2.1.4 บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วยถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาล

1.2.1.5 บันทึกผลลัพธ์ที่ได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยกิจกรรมการพยาบาลและผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วย

1.2.1.6 ระยะเวลาความถี่ของการบันทึกถูกต้องสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

1.2.1.7 บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทยใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่าง ๆ ถูกต้อง

1.2.2 ความครบถ้วน (complete) หมายถึงการบันทึกที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุมครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่องดังนี้

1.2.2.1 ระบุปัญหาความต้องการของผู้ป่วยหรือสภาวะการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมปัญหาทั้งด้านจิตใจอารมณ์สังคมและเศรษฐกิจ

1.2.2.2 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติ คือการดูแลรักษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การส่งเสริม พึ่งพู่ สุขภาพรวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

1.2.2.3 เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

1.2.3 ความชัดเจน (clear) หมายถึงการเขียนบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษรตัวเลขชัดเจนอ่านง่ายคือ บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือดำด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากลไม่มีรอยลบหากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

1.2.4 ได้ใจความ (concise) หมายถึงการเขียนบันทึกที่กะทัดรัดได้ใจความตรงประเด็นตามสภพความเป็นจริงของผู้ป่วยอ่านแล้วเข้าใจง่ายและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลและชี้บ่งให้เห็นความก้าวหน้าของการพยาบาล

1.3 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มแรกที่มีการบันทึกแบบบรรยาย ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นการบันทึกด้วยรูปแบบการระบุเป็นปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จนกระทั่งใช้การบันทึกโดยผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีข้อดีข้อด้อยแตกต่างกัน

ออกไป มีรายละเอียดดังนี้ (สุรีย์ ธรรมมิกบวร, 2540; พรศิริ พันธสี, 2554; กาญจนา ถานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2558; Lockwood, 2017)

1.3.1 การบันทึกแบบบรรยาย (narrative charting) เป็นวิธีการบันทึกเดิมแบบบรรยาย เป็นระบบการบันทึกที่มีความสะดวก มีความง่ายและมีความยืดหยุ่นที่สุด โดยการเขียนบันทึกตามลำดับเหตุการณ์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาล การรักษา และการตอบสนองต่อการรักษาเป็นวิธีการบันทึกที่มีความง่ายเนื่องจากไม่ต้องกำหนดปัญหา หรือตรวจสอบข้อมูลให้ตรงกัน สามารถใช้ได้ในทุกสถานที่ ที่ให้การพยาบาล แสดงการให้การพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน สมาชิกในทีมสุขภาพสามารถทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ในแต่ละวันดังตัวอย่าง

Date	Time	Progress note
02-01-14	08.30น.	ผู้ป่วยตื่นนอน 1 ครั้งในช่วงเวลากลางคืนปัสสาวะแล้ว ล้างแผลให้แล้ว ไม่บ่นปวดแผลเข้าอาการคงเดิม รับประทานอาหารได้หมดถาด สามารถลุกเดินในห้องโถงได้ 5 นาที โดยไม่ต้องช่วยเหลือ
	09.30น.	ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดโดยรถเข็นนั่ง

จุดอ่อนของการบันทึกแบบบรรยายคือความไม่เป็นระเบียบและซ้ำซ้อน และพยาบาลแต่ละคนอาจมีการบันทึกคนละประเด็นกัน มีความยากในการตรวจสอบอาการของผู้ป่วยในภาพรวม การติดตามปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์จำเป็นต้องศึกษาจากแฟ้มรายงานผู้ป่วยทั้งหมดจึงจะได้ข้อมูลครบถ้วน พยาบาลที่ใช้การบันทึกแบบนี้จึงมีความจำเป็นต้องมีการบันทึกเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล คำสั่งการรักษาของแพทย์ที่ช่วยในการวางแผนดูแล มีการจัดระเบียบข้อมูลให้เป็นระเบียบ และต้องมีการทบทวนการบันทึกอย่างน้อยภายใน 2 วันเพื่อไม่ให้ข้อมูลสำคัญๆถูกกลบหายไป

1.3.2 การบันทึกแบบมุ่งปัญหา (problem oriented charting) เป็นการบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วย โดยมี 4 องค์ประกอบหลักคือ ข้อมูลของผู้ป่วยจากการประเมิน (assessment data) ปัญหาของผู้ป่วย (problem list) แผนการพยาบาล (goal expected outcomes) บันทึกข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย (progress note) โดยใช้รูปแบบ SOAP, SOAPIE หรือ SOAPIER มีความหมายดังนี้ 1) Subjective data คือ การบอกเล่าปัญหาโดยผู้ป่วย 2) Objective data คือ การสังเกตโดยพยาบาล 3) Assessment คือ การประเมิน 4) Plan คือ การวางแผน 5) Intervention คือ การปฏิบัติการพยาบาล 6) Evaluation คือ การประเมินผล 7) Revision คือ การปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วย

การบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหาผู้ป่วยมีข้อดี คือ ปัญหามีความเฉพาะเจาะจง แสดงถึงการดูแลต่อเนื่องกระตุ้นผู้ดูแลทีมสุขภาพทั้งหมดเกี่ยวกับปัญหาที่จะต้องแก้ไขส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกจัดข้อมูลที่ไม่จำเป็นและใช้ดีที่สุดสำหรับการบันทึกที่สรุปเป็นวัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือน

Date	Time	Progress note
02/01/14	14.00น.	Problem I: อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น (มีไข้) S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกตัวร้อนมาก” O: T= 40 องศาเซลเซียส P=90/min R=20 ครั้ง/นาที BP = 118/72mm.Hg. lt. หน้าแดง นอนห่มผ้าตลอด หน้าท้องแบนราบ ไม่มีผื่น ไม่มีกดเจ็บ ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ หายใจหอบตื้น A: มีความพร่องของสารน้ำในร่างกาย (500 cc/24 hrs.)การหายใจขาดประสิทธิภาพ (หายใจตื้น) P:Acetaminophen 500 mg.for fever ดูแลให้ดื่มน้ำ500-2,000 cc/hrs. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน และตรวจเยื่อบุอาการทุก 2 ชั่วโมง

การบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยมีปัญหาบางอย่าง เนื่องจากต้องระบุทุกปัญหาของผู้ป่วย การบันทึกต้องใช้เวลามากและมีความซ้ำซ้อน บางปัญหามีความคาบเกี่ยวกันและข้อมูลที่ใช้นับสนุนอาจซ้ำไปมาบางครั้งพยาบาลอาจลอกแนวปฏิบัตินำมาบันทึกเพื่อการประหยัดเวลา แต่อาจไม่เป็นความต้องการจริง ๆ ของผู้ป่วยและการบันทึกแบบนี้ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว การบันทึกแบบนี้จึงมักจะใช้สำหรับการวางแผนมาตรฐานการพยาบาลหรือใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติ

1.3.3 รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (problem, intervention, evaluation) เกิดหลังจาก SOAP เป็นที่นิยมพัฒนาเพื่อให้การบันทึกมีประสิทธิภาพสูงขึ้นเป็นรูปแบบการบันทึกที่มีความง่าย ประกอบด้วย ปัญหา (problem) การดูแล (Intervention) และการประเมินผล (evaluation) การบันทึกแบบนี้ไม่เน้นที่การวางแผนการดูแล แต่จะนำไปใช้ใน flow sheets และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ปัญหาทางจิตเวชมักจะซับซ้อนยากแก่การวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังนั้นอาจใช้วิธีการบันทึกในลักษณะ PIE Charting

Date	Time	Progress note
02/01/14	14.00น.	P: ผู้ป่วยหยุดยาเองเนื่องจากอาการหิวแล้วลดลง และรู้สึกไม่สุขสบายจากยา I: ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยาที่ใช้ อาการข้างเคียงที่ควรรายงาน อาการข้างเคียงบางอย่างที่ไม่เป็นอันตราย และวิธีการจัดการเหตุผลในการใช้ยาต่อเนื่อง E: มีความรู้เกี่ยวกับยา เข้าใจการใช้ยาต่อเนื่อง บอกถึงอาการข้างเคียงและวิธีการจัดการได้

การบันทึกแบบ PIE Charting มุ่งเน้นตามกระบวนการพยาบาล แต่ไม่มีหัวข้อการวางแผนการพยาบาล จึงอาจทำให้เกิดปัญหาได้สำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์ยังน้อย ซึ่งอาจมีผลต่อการแก้ไขปัญหที่แตกต่างกัน และการดูแลไม่สอดคล้องกัน

1.3.4 รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกที่มุ่งเน้นระบุปัญหาที่มีความเจาะจง แต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ การตระหนัก หรือเหตุการณ์ของ

ผู้รับบริการ วิธีการบันทึกประกอบด้วย Data (รวม subjective, objective เพื่ออธิบาย focus) Action (การปฏิบัติการพยาบาลทันทีและที่วางแผนไว้) และ Response (การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล)

Date	Time	Focus	Progress note
02/01/14	14.00น.	ขาดความรู้ในการรับประทานยาและมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	D: ผู้ป่วยพูดว่าตนเองไม่เข้าใจว่าทำไมต้องรับประทานยา “กลับบ้านแล้ว หายแล้ว ฉันไม่ชอบกินยา กินแล้วอ้วนขึ้น ตาสู้แสงไม่ได้ รู้สึกแย่ง” A: ให้เหตุผลสำหรับการกินยาต่อเนื่อง อธิบายอาการข้างเคียง และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง R: ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเข้าใจเกี่ยวกับยาดีขึ้น จะกินยาต่อ และจะลดอาหารจำพวกแป้ง ของทอดของมันลง

1.3.5 รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (charting by exception) การบันทึกแบบ CBE เป็นรูปแบบการบันทึกที่มุ่งเน้นปัญหาอย่างหนึ่งที่พัฒนาขึ้นให้สะดวก ใช้เวลาไม่มากในการบันทึก และสามารถรับรู้สภาพปัจจุบันของผู้ป่วยได้ การบันทึกทำเป็นช่วงๆเมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่ได้คาดหมายเกิดขึ้น

Date	Time	Progress Note
02-01-14	13.20น.	ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดศีรษะ (2 คะแนน จาก 0-10) หน้าแดง วัดอุณหภูมิทางปากได้ 40 องศาเซลเซียส ให้ Acetaminophen 500 mg ทางปาก ประคบเย็นทางหน้าผาก และให้ดื่มน้ำหวาน 400 ซีซี
02-01-14	14.20น.	วัดอุณหภูมิทางปากได้ 37.5 องศาเซลเซียส หน้ายังคงแดง แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ

การบันทึกแบบ CBE มีปัญหาในการบันทึก คือ 1) ข้อมูลสำคัญบางอย่างอาจไม่ได้รับการส่งต่อกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงขนาดของบาดแผล 2) การบันทึกเป็นช่วงๆอาจทำให้มองไม่เห็นรายละเอียดการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย 3) เมื่อนำการบันทึกแบบนี้มาใช้จะทำให้เสียเวลาในการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย 4) การบันทึกแบบนี้ให้ความสนใจที่กิจกรรมการดูแล ปัญหาอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการดูแลอาจไม่ได้รับการบันทึก

1.3.6 การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computerized)

เป็นการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งเป็นการผสมผสานการบันทึกหลายอย่าง เช่น คำสั่งการรักษาของแพทย์ การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การบันทึกแบบนี้มีข้อดี คือ การบันทึกมีความชัดเจนและอ่านง่าย ลดความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกโดยตัวบุคคล มีระบบป้องกันการแก้ไขตัดแปลงข้อมูล และการลบข้อมูลการบันทึกสามารถทำได้ยาก

และสามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพอื่นได้โดยเร็วการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์มีข้อด้อย คือถ้าใช้ข้อมูลไม่ถูกต้องคอมพิวเตอร์จะไม่สามารถให้ข้อมูลของผู้ป่วยได้ และหากคอมพิวเตอร์ล่มก็ไม่สามารถใช้ข้อมูลผู้ป่วยได้ การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์จำเป็นต้องมีระบบรักษาความปลอดภัย และการบำรุงรักษาที่ดี พยาบาลที่ใช้ต้องได้รับการฝึกสอนเกี่ยวกับการใช้ระบบ และการออกจากระบบเพื่อป้องกันไม่ให้คนที่ไม่ได้เป็นผู้เข้ารหัสเข้าไปใช้งาน และต้องมีความรู้ในการแก้ไขเมื่อระบบมีความผิดพลาดเกิดขึ้น

โดยสรุป รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล มีหัวข้อสำคัญในการบันทึก ประกอบด้วย ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งที่เป็นการบอกเล่าโดยผู้ป่วยและการสังเกตโดยพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งแต่ละรูปแบบอาจมีการบันทึกไม่ครบทุกหัวข้อดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์ที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

รูปแบบการบันทึก	หน่วยงานที่ใช้ประโยชน์	ส่วนที่บันทึก	การประเมิน	การวางแผนและดูแล	ผลลัพธ์และการประเมินผล	รูปแบบการบันทึกความก้าวหน้า
Narrative	- แผนกฉุกเฉิน - การดูแลระยะยาว - การดูแลที่บ้าน - การดูแลเคลื่อนที่	- บันทึกความก้าวหน้า - แผ่นไทม์ - ฐานข้อมูล	- ขั้นตอน: แบบฟอร์มซักประวัติ และรับไว้รักษา - ต่อเนื่อง: การบันทึกความก้าวหน้า	- การวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- บันทึกความก้าวหน้า - การสรุปจำหน่าย	- การบันทึกแบบบรรยายตามช่วงระยะเวลา
Problem-oriented medical record	- แผนกฉุกเฉิน - การดูแลระยะยาว - การดูแลที่บ้าน - การฟื้นฟูสภาพ - สุขภาพจิต	- แผนการดูแล - รายการปัญหา - บันทึกความก้าวหน้า - สรุปจำหน่าย	- ขั้นตอน: ข้อมูลพื้นฐานและแผนการดูแล - ต่อเนื่อง: การบันทึกความก้าวหน้า	- ข้อมูลพื้นฐาน - การวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- บันทึกความก้าวหน้า (ภายใต้อักษร "E" ใน SOAPIER)	- SOAP, SOAPE, SOAPIER - Subjective data - Objective data - Assessment data - Plan - Intervention - Evaluation - Revision
Problem-Intervention Evaluation PIE	- แผนกฉุกเฉิน	- ผังการประเมิน - บันทึกความก้าวหน้า - รายการปัญหา	- ขั้นตอน: แบบฟอร์มการประเมิน - ต่อเนื่อง: การประเมินเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	- ไม่มี; แต่จะรวมอยู่ในบันทึกความก้าวหน้าภายใต้อักษร "P" ใน PIE	- บันทึกความก้าวหน้า (ภายใต้อักษร "E" ใน PIE)	- PIE - Problem - Intervention - Evaluation

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกทางกายภาพ (ต่อ)

รูปแบบการบันทึก	หน่วยงานที่ใช้ประโยชน์	ส่วนที่บันทึก	การประเมิน	การวางแผน และดูแล	ผลลัพธ์และการประเมินผล	รูปแบบการบันทึกความก้าวหน้า
Focus (DAR)	- แผนกฉุกเฉิน - การดูแลระยะยาว	- บันทึกความก้าวหน้า - แผ่นไหล - บัญชีตรวจสอบ	- ขั้นตอน: ประวัติผู้ป่วยและประวัติแรกพบ - ต่อเนื่อง: แบบฟอร์มการประเมิน	- การวางแผนการพยาบาลตามปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- บันทึกความก้าวหน้า (ภายใต้อักษร "R" ใน DAR)	DAR Data Action Response
Charting by exception (CBE)	- แผนกฉุกเฉิน - การดูแลระยะยาว	- แผนการดูแล - flow sheet: บันทึกการสนทนาศึกษา และจำหน่าย - แผนภูมิการดูแล - บันทึกความก้าวหน้า	- ขั้นตอน: การประเมินพื้นฐาน - ต่อเนื่อง: แบบบันทึกคำสั่งการรักษาหรือคำสั่งทางการพยาบาล	- การวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- บันทึกความก้าวหน้า (ภายใต้อักษร "E" ใน SOAPIER)	SOAPIE or SOAPIER
Computerized	- แผนกฉุกเฉิน - การดูแลระยะยาว - การดูแลที่บ้าน - การดูแลเคลื่อนที่	- บันทึกความก้าวหน้า - flow sheet - แผนภูมิการดูแล - ข้อมูลพื้นฐาน - แผนการสอน	- ขั้นตอน: การประเมินพื้นฐาน - ต่อเนื่อง: บันทึกความก้าวหน้า	- ข้อมูลพื้นฐาน - การวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- ผลลัพธ์ตามการดูแล	- การประเมินผลลัพธ์ตามทิศทางผลลัพธ์การเรียนรู้

1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพควรจะมีคุณสมบัติ สามารถใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาเป็นเครื่องมือสื่อสารให้กับทีมผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยได้รวมทั้งเป็นเอกสารสำคัญและเป็นหลักฐานทางกฎหมายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีกระทำโดยพยาบาลผู้มีความชำนาญการอยู่กับผู้ป่วย แต่พบว่ยังมีปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยสนับสนุนให้มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดี และมีคุณภาพ ได้แก่

1.4.1.1 การมีอัตรากำลังที่เพียงพอการมีระบบของหน่วยงานที่ดีและบุคลากรมีประสิทธิภาพ (วัชรินทร์ รัตนสาร, 2543)

1.4.1.2 ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนมีการเพิ่มบทบาทของการเป็นผู้รับผิดชอบทางการแพทย์พยาบาลการตรวจสอบประจำวันการส่งเสริมให้พยาบาลสามารถควบคุมตนเองในการบันทึกการปรับเปลี่ยนระบบการบันทึกให้ง่ายขึ้น กำหนดแบบฟอร์มชัดเจนการจัดทำมาตรฐานการบันทึก และจัดทำคู่มือที่ทันสมัย (จิตรศิริ ชันเงิน, 2542; ณภัทร ธนะพุดินา, 2550)

1.4.2 ปัจจัยภายในบุคคลได้แก่การมีเจตคติที่ดีในวิชาชีพการเห็นความสำคัญความรู้ความสามารถในการบันทึกและความรับผิดชอบของพยาบาล (จิตรศิริ ชันเงิน, 2542)

1.4.3 ปัจจัยภายนอกได้แก่การกำหนดเป็นสมรรถนะหลักพัฒนาอบรมอย่างต่อเนื่อง การฝึกอบรมการตรวจสอบการนิเทศเป็นระยะบรรยากาศในการทำงานและควมมีประสิทธิภาพของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานนั้นๆ (จิตรศิริ ชันเงิน, 2542)

ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่าปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งการจะบันทึกได้ดีต้องได้รับการสนับสนุนและให้ความสำคัญจากผู้บริหารทุกระดับรวมทั้งการกำหนดนโยบายและการสร้างระบบบันทึกให้เป็นมาตรฐานเดียวกันผู้บันทึกต้องมีความตระหนักในสำคัญของการบันทึกมีความรู้ความรับผิดชอบในการบันทึกรวมทั้งมีการฝึกอบรมและการตรวจสอบการนิเทศเป็นระยะและประจำ เพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประสิทธิภาพ

1.5 ปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลและได้ปฏิบัติกันมาเป็นเวลานานแต่ยังพบว่ามีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่สมบูรณ์ทั้งนี้เพราะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการซึ่งจากการทบทวนเอกสารจึงพอสรุปปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้นไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ได้ดังนี้

1.5.1 ผู้บันทึกขาดทักษะความรู้ในการใช้กระบวนการพยาบาลและความสามารถในการเขียนบันทึก (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540; ดารารัตน์ หงส์ทอง, 2547)

1.5.2 ผู้บันทึกมีทัศนคติไม่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยเฉพาะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540; จิตรศิริ ชันเงิน, 2542)

สรุป การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ ข้อมูลทุกอย่างที่พยาบาลบันทึกในแบบฟอร์มการพยาบาล การบันทึกที่ดีต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การมีอัตรากำลังที่เพียงพอการมีระบบของหน่วยงานที่ดีและบุคลากรมีประสิทธิภาพมีเจตคติที่ดีในวิชาชีพการเห็นความสำคัญและมีความรับผิดชอบ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมาย

ทางจิตเวชศาสตร์จะแยกการฆ่าตัวตายสำเร็จจากการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกัน มีศัพท์รวมเรียกว่า “Suicidality” ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึง ความคิด และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Goldsmith et al, 2002) และมีผู้ให้นิยามความหมายของการฆ่าตัวตาย ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2549) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย (suicide) หรืออัตวินิบาตกรรม คือ การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือเป็นอันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรงเพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของคน ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ผ้าหรือเชือก เป็นต้น

มาโนช หล่อตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตายว่า เป็นการกระทำที่มีแนวโน้มจะเกิดอันตรายต่อตนเองโดยไม่ถึงแก่ชีวิต มีหลักฐาน (เห็นชัดหรือไม่ก็ตาม) ว่าบุคคลนั้นๆ ได้ตั้งใจระดับหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ถูกขัดขวาง มีคนช่วยทัน หรือเปลี่ยนใจ ผลของการ suicide attemptนี้อาจมีหรือไม่มีการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้

ณัฐกร จำปาทอง (2554) ได้ให้ความหมายการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่มีเจตนาจะปลิดชีวิตตนเอง ส่วนการทำร้ายตนเอง (Self - harm) หมายถึง การกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษ หรือการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้

จินดา หิรัญเทพ และมนต์ สูงประสิทธิ์ (2555) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) ว่ามีความหมายครอบคลุมถึง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยมีลักษณะความเสี่ยงสูงคือคิดตลอดเวลา มีแผนชัดเจน ตั้งใจชัดเจน วิธีการรุนแรงช่วยเหลือได้ยาก มีอุปกรณ์อันตราย เช่น ปืนอยู่ใกล้ตัว

สรุป การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเองโดยเจตนาและไม่ใช่อุบัติเหตุ ซึ่งอาจทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตหรือไม่ก็ได้

2.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่ามีหลายทฤษฎีที่ได้จัดแบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซึ่งส่วนใหญ่จะมีความเห็นคล้ายคลึงกันผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมและจัดแบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (Goldsmith et al, 2002; Frisch & Frisch, 2002; Shives, 2005; Stuart & Laraia, 2005)

2.2.1 ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation or suicidal thoughts) เป็นความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรมีชีวิตอยู่ยึดมั่นในสิ่งที่คิดหมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตนเองซึ่งจะยังไม่เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

2.2.2 การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicide threat) หรือการสื่อสารการฆ่าตัวตาย (suicidal communication) เป็นสัญญาณเตือนแบบทางตรงหรือทางอ้อมจากทางคำพูดและการกระทำหรือเป็นการวางแผนที่จะทำลายชีวิตตนเองอาจจะไม่เปิดเผยซึ่งจะปรากฏขึ้นก่อนมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

2.2.3 การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) เป็นการกระทำที่มุ่งทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตรายแต่ไม่ถึงเสียชีวิต โดยมีความตั้งใจจะตายอย่างชัดเจนแน่นอน ซึ่งอาจนำไปสู่ความตายถ้าไม่หยุดการทำร้ายตนเอง

2.2.4 การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or simply suicides) เป็นความตายจากการลงโทษตนเองหรือการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

2.2.5 การแสสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการทำให้ร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยทั้งนี้ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตลง

สรุป พฤติกรรมการฆ่าตัวตายอาจมีทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองแต่สิ่งที่คล้ายคลึงกันคือจะมีพฤติกรรมที่บ่งบอกให้ทราบได้ คือการกระทำที่ร้ายตนเอง ซึ่งถ้าการทำร้ายตนเองนั้นเป็นวิธีการที่รุนแรง หรือเกิดขึ้นบ่อยครั้งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้

2.3 การประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Assessment of patients with suicidal behaviors) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถจำแนกได้ดังนี้

2.3.1 การประเมินทางจิตเวช (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551)

การประเมินทางจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินการฆ่าตัวตาย เป็นการตั้งคำถามและสังเกตเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางจิตเวชและทางกาย สภาพจิตในปัจจุบัน โดยมีแนวทางการประเมินทางจิตเวชในผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังนี้

2.3.1.1 ความคิดอยากตายในปัจจุบันประกอบด้วย

- 1) ความคิด ความตั้งใจ แผนการ และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง
- 2) วิธีการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อชีวิต รวมทั้งการเข้าถึงอาวุธปืน
- 3) มีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดการควบคุมอารมณ์ ภาวะไร้ความสุขอย่างมาก อาการแพนิคหรือวิตกกังวล เหตุผลของการมีชีวิตอยู่และแผนสำหรับอนาคต
- 4) การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด
- 5) ความคิด แผนการหรือความตั้งใจที่จะทำร้ายผู้อื่น

2.3.1.2 โรคทางจิตเวช

- 1) อาการของโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตเภท ตัดสารเสพติด และบุคลิกภาพผิดปกติและต่อต้านสังคม
- 2) ประวัติโรคทางจิตเวชและการรักษาในอดีต ประกอบด้วย onset และการดำเนินโรค และการอยู่โรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งการรักษาโรคเนื่องจากสารเสพติด

2.3.1.3 ประวัติการฆ่าตัวตาย

- 1) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง
- 2) ประวัติการฆ่าตัวตาย เจ็บป่วยทางจิตเวช หรือการติดสารเสพติดของคนในครอบครัว

2.3.1.4 สถานการณ์จิตสังคม

- 1) ความเครียดทางจิตสังคมทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งการสูญเสียสัมพันธภาพ ปัญหาทางการเงินหรือการเปลี่ยนแปลง
- 2) ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ความแตกแยกทางครอบครัว ความรุนแรงในบ้านทั้งด้านร่างกาย ทางเพศ หรือการทอดทิ้ง
- 3) อาชีพการงาน ภาวะความเป็นอยู่ รวมทั้งมีเด็กอยู่ในบ้านด้วยหรือไม่ และการสนับสนุนจากภายนอก
- 4) การรวมตัวของครอบครัวและลักษณะของสัมพันธภาพความเชื่อถือทางวัฒนธรรม หรือศาสนาเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย

2.3.1.5 ความเข้มแข็งและความอ่อนแอของผู้ป่วย

- 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา
- 2) อุปนิสัย
- 3) การตอบสนองต่อความเครียดในอดีต
- 4) ความสามารถที่จะทดสอบความจริง
- 5) ความสามารถที่จะอดทนความเจ็บปวดทางจิตใจและความพึงพอใจต่อความต้องการทางจิตใจ

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอาจได้มาจากผู้ป่วยโดยตรง ครอบครัว เพื่อน และแหล่งอื่น และผู้สัมภาษณ์ควรตระหนักว่าข้อมูลที่ได้อาจไม่เที่ยงตรงหรือสมบูรณ์เสมอไป ความเชื่อถือทางวัฒนธรรม และศาสนาอาจมีอิทธิพลต่อความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะพูดเกี่ยวกับความตาย ดังนั้นอาจมีความจำเป็นต้องสำรวจเกี่ยวกับความเชื่อถือทางวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตและการฆ่าตัวตาย

ถ้ามีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ความพยายามล้มเหลวหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองอย่างอื่น ต้องซักถามให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับเวลา ความตั้งใจ วิธีการ และผลที่เกิดตามมาจากพฤติกรรมดังกล่าว ถ้ามถึงสิ่งแวดล้อมในชีวิตขณะนั้นและอาการพิษจากแอลกอฮอล์หรือสารอย่างอื่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง คือ ผู้ป่วยที่มีความตั้งใจสูง มีแผนการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน รุนแรงและเปลี่ยนแปลงไม่ได้ รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงอาวุธปืน

สรุปการประเมินทางจิตเวชเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ต้องมีความคลุมทุกด้าน ได้แก่ ประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต ความคิดอยากตายในปัจจุบัน โรคทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (โรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตเภท ติดสารเสพติด และบุคลิกภาพผิดปกติและต่อต้านสังคม) สถานการณ์จิตสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะสูญเสีย รวมถึงวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาที่อาจมีผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย

2.3.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน

จากการทบทวนพบว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีหลายชนิด ทั้งแบบประเมินสำหรับการประเมินด้วยตนเอง แบบประเมินโดยการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และแบบสังเกตพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งแบบประเมินที่รู้จักอย่างแพร่หลายและนิยมนำมาใช้สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

2.3.2.1 แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการฆ่าตัวตาย (Suicide Probability Scale: SPS) สร้างขึ้นโดย Cull & Gill ในปี ค.ศ. 1988 เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะสิ้นหวังการประเมินตนเองในด้านลบและความไม่เป็นมิตรประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.62 – 0.89 ในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่มีเลยหรือมีเป็นบางครั้ง) ถึง 4 คะแนน (มีมากหรือมีตลอดเวลา) ผลรวมของคะแนนแบ่งเป็น 3 ด้านคือคะแนนความเป็นไปได้ของการฆ่าตัวตาย (a suicide probability score) คะแนนค่าน้ำหนักทั้งหมด (a total weighted score) และค่าปกติที่ (a normalized T- score)

2.3.2.2 แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตายของเบค (Beck Scale for Suicide Ideation: BSI) สร้างขึ้นโดย Beck & Steer สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1991 เป็นแบบประเมินตนเองเพื่อวัดทัศนคติ พฤติกรรมและการวางแผนที่จะฆ่าตัวตายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเครื่องมือนี้ได้พัฒนามาจาก Scale for Suicide Ideation ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยคำถาม 19 ข้อแรกใช้ประเมินระดับความคิดฆ่าตัวตาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือตั้งแต่ 0-2 คะแนน รวม 0-38 คะแนนและสำหรับ 2 ข้อสุดท้ายใช้สำหรับประเมินจำนวนครั้งที่ทำการฆ่าตัวตายครั้งล่าสุดและความต้องการให้ตนเองจบชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งสุดท้าย แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ 1) ความต้องการที่จะตาย (desire for death) จำนวน 5 ข้อ 2) การเตรียมพร้อมที่จะฆ่าตัวตาย (preparation for suicide) จำนวน 7 ข้อ 3) ความต้องการที่จะฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจริง (actual suicide desire) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.87–0.97

2.3.2.3 แบบประเมินความคิดในการทำร้ายตนเองของ Firestone (Firestone Assessment of Self Destructive Thought: FAST) สร้างขึ้นโดย Firestone & Firestone ในปี ค.ศ. 1996 เป็นแบบประเมินตนเองมีค่าความเชื่อมั่น 0.88 – 0.94 แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 11 หมวด จำนวนคำถาม 84 ข้อ ประกอบด้วย 1) การดูถูกตนเอง (Self depreciation) จำนวน 8 ข้อ 2) การปฏิเสธตนเอง (Self denial) จำนวน 8 ข้อ 3) มีทัศนคติที่เหยียดหยามตนเอง (Cynical attitude) จำนวน 8 ข้อ 4) การแยกตนเอง (Isolation) จำนวน 8 ข้อ 5) การสบประมาทตนเอง (self contempt) จำนวน 6 ข้อ 6) การติดสารเสพติด (Addictions) จำนวน 8 ข้อ 7) ภาวะสิ้นหวัง (Hopelessness) จำนวน 6 ข้อ 8) การอดอาหาร (Giving up) จำนวน 8 ข้อ 9) การทำร้ายตนเอง (Self-harm) จำนวน 8 ข้อ 10) การวางแผนฆ่าตัวตาย (Suicide plans) จำนวน 8 ข้อ 11) สั่งให้ตนเองฆ่าตัวตาย (Suicide injunction) จำนวน 8 ข้อ ทุกข้อคำถามใช้สำหรับประเมินความถี่ของความคิดทำร้ายตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ การประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 4 คะแนน (คิดเกือบตลอดเวลา)

2.3.2.4 แบบวัดแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (Suicide Intent Scale: SIS) ซึ่งสร้างโดย Beck et al. ในปี ค.ศ. 1974 เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อสำหรับประเมินทัศนคติ พฤติกรรมและการวางแผนที่จะฆ่าตัวตายให้สำเร็จ (committed suicide) คำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือตั้งแต่ 0-2 โดยคำถาม 19 ข้อแรกเท่านั้นที่นำมารวมคะแนน มีคะแนนรวม 0-38 คะแนน แบบสอบถามนี้มีความสอดคล้องภายใน ระดับปานกลาง (Cronbach alpha coefficient= 0.84 – 0.89)

2.3.2.5 แบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (The Nurse's Global Assessment of Suicide Risk:NGASR) แบบประเมินนี้สร้างโดยCutcliffe& Barker ในปี ค.ศ. 2004 เป็นแบบสัมภาษณ์โดยพยาบาลประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อซึ่งแบบประเมินนี้ได้พัฒนา ใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวชการพัฒนาเครื่องมือนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดพฤติกรรม การฆ่าตัวตายซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ 1) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 2) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งทำให้เกิด ปัญหาในการดำรงชีวิตมีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้ 3) มีการเจ็บป่วยทางจิต 4) มีภาวะซึมเศร้า 5) มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 6) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 7) มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน 8) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวหรือมีประวัติฆ่าตัวตายใน ครอบครัว 9) มีการสูญเสียสัมพันธภาพหรือมีความเศร้าโศกเมื่อเร็ว ๆ นี้ 10) มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต 11) มีสถานภาพเป็นหม้ายหรือสูญเสียคู่ชีวิต 12) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 13) มีการสูญเสียสถานะทาง เศรษฐกิจและสังคม 14) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด 15) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ระยะสุดท้ายแบบประเมินนี้แบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 4 ระดับคือความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ระดับน้อยระดับปานกลางระดับสูงและระดับสูงมาก จึงทำให้ง่ายต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระดับ ความเสี่ยงที่มีความแตกต่างกันแบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่และแบบประเมินนี้มีค่า ความเชื่อมั่น 0.9

2.3.2.6 แบบประเมิน MINI ซึ่งพื้นฐานภา กิตติรัตน์ไพบุลย์และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ได้ทำการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชของ Sheehan & Lecrubier (2002) ชื่อ Mini International Neuropsychiatric Interview English Version 5.00 มาแปลเป็นภาษาไทยและ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อใน module C. เป็นส่วนของ Suicidality เป็นการสัมภาษณ์ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มี ทั้งหมด 8 ข้อ และในข้อ 9 เป็นการสัมภาษณ์ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา จำแนกเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ระดับคือ น้อย (คะแนน 1-8) ปานกลาง (คะแนน 9-16) และรุนแรง (คะแนน ≥ 17) มีค่าความเชื่อมั่น 0.86

สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้นำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตายเพื่อนำมาคัดกรอง จำแนกระดับความเสี่ยง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายใน โรงพยาบาลประกอบด้วยคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผู้รับบริการทุกรายด้วย 1 คำถาม เกี่ยวกับ ความคิด พฤติกรรมฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล เมื่อพบความเสี่ยงจึงทำการประเมินต่อด้วยแบบ ประเมิน MINI เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ประเมินซ้ำได้ทุก 1 เดือน) และในการเฝ้าระวัง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประจำวันจะใช้แบบประเมิน HoNOS หัวข้อ 1.2, 1.6 และ 1.7 (รายละเอียดอยู่ใน บทที่ 3 หัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย)



3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2560)

3.1 เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าสู่แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.1.1 พิจารณาตามความเสี่ยง

3.1.1.1 เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน) Suicide attempt: การกระทำที่หวังผลให้จบชีวิตของตนเองแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

3.1.1.2 เคยทำร้ายตนเอง (ใน 3 เดือน) Self-harm: การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประสงค์ต้องการจบชีวิต

3.1.1.3 มีความคิดฆ่าตัวตายและ/หรือวางแผนฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน) Suicide Ideation/Plan: มีความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจจะมีความคิดเกี่ยวกับแผนการกระทำร่วมด้วยแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ

3.1.1.4 โรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder: MDD) หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) ที่มีอาการแสดงของโรคที่กำลังกำเริบ/รุนแรง (ตามดุลพินิจของแพทย์) ร่วมกับมีประวัติเคยทำร้ายตนเอง และ/หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ประการณที่จะตาย

3.1.2 พิจารณาตามแผนการรักษา

โดยแพทย์มีคำสั่งให้เข้าสู่ “แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” โดยมีลายลักษณ์อักษรอ้างอิงเช่น CPG-SUI, Suicide precaution, ประเมินด้วย MINI: Suicide เป็นต้น ใน OPD card หรือ doctor order sheet

3.2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: งานบริการผู้ป่วยใน

3.2.1 การแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.2.1.1 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก (high risk suicide) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน M.I.N.I. (suicidality) ≥ 17 คะแนน
- 2) มีค่าคะแนนจากแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต (Health of the National Outcome Scale: HoNOS) ข้อ 1.2 (ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย), 1.6 (อาการประสาทหลอนและหลงผิด), 1.7 (อารมณ์ซึมเศร้า) ข้อใดข้อหนึ่งหรือหมดทุกข้อ = 4 คะแนน

3) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเข้าตามเกณฑ์ CPG และได้รับวินิจฉัยโรคร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคจิตเภทโรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

3.2.1.2 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง (moderate risk suicide) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน M.I.N.I. (suicidality) = 9-16 คะแนน
- 2) มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน HoNOS ข้อ 1.2, 1.6, 1.7 ข้อใดข้อหนึ่งหรือหมดทุกข้อ = 3 คะแนน

3.2.1.3 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย (low risk suicide) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน M.I.N.I. (suicidality) ≤ 8 คะแนน
- 2) มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน HoNOS ข้อ 1.2, 1.6, 1.7 ข้อใด

ข้อหนึ่งหรือหมดทุกข้อ ≤ 2 คะแนน

3.2.2 แนวปฏิบัติการรับไว้รักษา

3.2.2.1 รับผู้ป่วยไว้รักษา ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการแรกรับหรือกรณีพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายหลังรับไว้รักษาให้ประเมินด้วยแบบประเมิน Sui-1, MINI (suicidality), Thai HoNOS เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายออกเป็นระดับเล็กน้อย (Low risk) ปานกลาง (Moderate risk) มาก (High risk)

3.2.2.2 ผู้ป่วยโรค Schizophrenia, MDD, Bipolar disorder ที่มีอาการแสดงของโรครุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ประเมินเป็นความเสี่ยงระดับสูง (High risk suicide)

3.2.3 การดูแลรักษาประจำวัน

3.2.3.1 ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับความเสี่ยง แบ่งเป็นความเสี่ยงระดับสูง (Intensive care) ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Intermediate care) ความเสี่ยงระดับเล็กน้อย (Low risk care)

3.2.3.2 หลังจากผู้ป่วยมีอาการสงบ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง จัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดหรือการบำบัดรายบุคคลตามความเหมาะสม ได้แก่ Cognitive behavioral therapy, Symptoms management, Adherence therapy, Problem solving therapy, Satir psychotherapy เป็นต้น

3.2.4 แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระดับความรุนแรงแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.2.4.1 การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide)

- 1) แพทย์ประเมินอาการและสภาพจิตใจภายใน 24 ชั่วโมง
- 2) เฝ้าระวังผู้ป่วยโดยสามารถมองเห็นพฤติกรรมผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมอบหมายดูแลแบบ 1:1
- 3) ให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่จำกัด โดยเฉพาะเวลากลางคืนต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
- 4) ให้รับประทานอาหารในพื้นที่กำหนดไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีความแหลม และตรวจนับอุปกรณ์ทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร
- 5) ห้ามใช้เข็มขัด กางเกงมีสายรัด รองเท้าที่มีเชือกผูกหรือ สิ่งของแหลมคม และตรวจค้นหลังจากผู้ป่วยออกนอกตึก เมื่อจำเป็นและ/หรือมีการเปลี่ยนเวร
- 6) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาที และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน
- 7) สื่อสารทึบโดยติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วยและติดที่ป้ายชื่อผู้ป่วยด้วยอักษร "H" (High) และเขียนสื่อสารบนกระดาน
- 8) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่ให้มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย

3.2.4.2 การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (Intermediate care for suicide)

- 1) แพทย์ประเมินและตรวจสภาพจิตผู้ป่วย
- 2) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเวอร์
- 3) ให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่จำกัด ในช่วงกลางคืนผู้ป่วยต้องนอนในพื้นที่ที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการได้เท่านั้น
- 4) ติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ติดที่ป้ายชื่อผู้ป่วยโดยใส่อักษร "M" (Moderate) และเขียนสื่อสารบนกระดาน
- 5) ประเมินความพร้อมในการบำบัดทางจิตสังคม
- 6) ส่งบำบัดทางจิตสังคมเฉพาะ หรือตามสภาพปัญหา ดังนี้
Cognitive behavioral therapy, Symptom management, Adherence therapy, Problem solving therapy, Satir psychotherapy เป็นต้น

3.2.4.3 การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย (Low risk care for suicide)

- 1) แพทย์ประเมินและตรวจสภาพจิตผู้ป่วย
- 2) กรณีผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยทุกครั้ง
- 3) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำทุกวัน
- 4) ติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ติดที่ป้ายชื่อผู้ป่วยโดยใส่อักษร "L" Low และเขียนสื่อสารบนกระดาน
- 5) ประเมินความพร้อมในการบำบัดทางจิตสังคม
- 6) ส่งบำบัดทางจิตสังคมเฉพาะ หรือตามสภาพปัญหา ดังนี้
Cognitive behavioral therapy, Symptom management, Adherence therapy, Problem solving therapy, Satir psychotherapy เป็นต้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประภาส อุครานันท์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในขั้นตอนของการวิเคราะห์สถานการณ์ได้ทำการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่าระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในปัจจุบันของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ใช้การบันทึกแบบมุ่งปัญหา (problem oriented charting)

การใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง และสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อการเฝ้าระวังหรือดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นหลักฐานการเบิกจ่ายงบประมาณ หรือใช้เป็นข้อมูลในการส่งต่อเพื่อให้ชุมชนดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับ

แพทย์เพื่อตัดสินใจให้การวินิจฉัยและรักษาได้ เนื่องจากแพทย์ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่เห็นพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจะดูจากบันทึกของพยาบาล

ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล คือ การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ระบุปัญหาเสี่ยง และเขียนกว้างๆเขียนเป็นงานประจำ (routine) ไม่ได้มาจากปัญหาจริง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น “มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง” กิจกรรมไม่เจาะจงและไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย เช่น เฝ้ารวัง ความเสี่ยง เฝ้ารวังการฆ่าตัวตาย หรือการดูแลใกล้ชิด ดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่งบางครั้งไม่ได้เขียนตาม CPG บางครั้งดูเหมือนไม่ได้ทำอะไรเลย เหมือนเฝ้ารวังมาเรื่อย ๆ แต่ไม่ได้เขียนกิจกรรมลง

ข้อมูลสนับสนุนไม่ชัดเจน และไม่สามารถนำมาสนับสนุนเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับสูง กลาง ต่ำ เนื่องจากที่ผ่านมาใช้ตัวของพยาบาลเป็นคนประเมินทำให้ระดับความเสี่ยงแตกต่างกัน และการบันทึกไม่ตรงกับปัญหาที่เอามาจาก nursing care plan กรณีผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องก้าวร้าวแต่ก็ยังเฝ้ารวังก้าวร้าวหรือไม่มีความคิดเรื่อง suicide ก็ยังเฝ้ารวัง suicide อยู่

การบันทึกไม่มีความต่อเนื่อง กล่าวคือในเวรเข้าบันทึกปัญหาอย่างหนึ่ง เพรบายก็เป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่ง อยากให้มีความต่อเนื่องกัน เช่น ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น paranoid schizophrenia พยาบาลน่าจะมุ่งประเด็นหลักว่าผู้ป่วยมีความคิดหวาดระแวงหรือไม่ ถ้าประเมินได้ว่ามีความคิดหวาดระแวงจริงๆก็ให้ลงปัญหาหวาดระแวง เพรต่อไปก็ให้ดูปัญหาหวาดระแวงเป็นหลัก ถ้าผู้ป่วยหายจากระแวงแล้วค่อยเปลี่ยนปัญหาใหม่ หรือถ้าจะเขียนปัญหาเสริมก็อย่าให้ปัญหาหวาดระแวงหายไปเพื่อจะได้ดูความต่อเนื่องของผู้ป่วย

ไม่มีการบันทึกตามระยะเวลาที่กำหนด คือ ประเภท 1, 2 ให้เขียนทุกวันทุกเวร ประเภท 3 เขียนวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ประเภท 4 เขียนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงถ้ามีการบันทึกตามระยะเวลากำหนดเมื่อมีปัญหาทำให้สามารถตรวจสอบหรือทบทวนเหตุการณ์ได้ว่าเมื่อ 3 วันก่อนเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยคนนี้ คนที่มาตรวจสอบทีหลังสามารถเข้าใจได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในเวรนี้ หรือบางครั้งมีการปฏิบัติแต่ไม่มีการบันทึก

คุณภาพของการบันทึกขึ้นอยู่กับภาระงาน เช่น เพรบาย เพรดึกมีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานจำนวน 2 คน ต้องดูแลผู้ป่วย 50-60 คน สัดส่วนของพยาบาล: ผู้ป่วย ประมาณ 1:25-30 คนทำให้ไม่สามารถบันทึกได้ละเอียด ภาระงานมากจึงเขียนแบบหยาบ ไม่เห็นภาพว่าได้ทำอะไรกับผู้ป่วย และผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง

ลายมืออ่านยาก อ่านไม่ออก การเซ็นชื่อทำให้ไม่รู้ว่าเป็นคนบันทึกตามหาตัวไม่ได้ และเวลาเข้าไปดูผู้ป่วยที่มีปัญหา เพื่อเก็บข้อมูลไปทำ case conference มีรายละเอียดผู้ป่วยน้อยมากเหมือนเขียนตาม ๆ กันไป

ข้อเสนอแนะการบันทึกทางการพยาบาล คือ เสนอแนะให้พัฒนาการเขียนให้ครอบคลุมเขียนตามความเป็นจริงให้เป็นลักษณะเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระบบ SOAPIE ควรจำเพาะเจาะจงในเรื่อง สาเหตุหรือข้อมูลสนับสนุนที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสั้น ๆ กิจกรรมการพยาบาลควรจำเพาะเจาะจงในรายนั้น ๆ

ข้อมูลสนับสนุน ถ้าจะให้มีความชัดเจนควรใช้คะแนนจากแบบประเมิน HoNOS เป็นข้อมูลสนับสนุนในการตั้งข้อวินิจฉัยเพื่อบอกระดับความเสี่ยง และกิจกรรมการพยาบาลจะล้อตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก็จะแนะนำผู้ป่วยไม่ให้ออกจากห้อง ให้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง และไม่ให้ออกไปทำกิจกรรมนอกหอผู้ป่วย

ต้องการพัฒนาให้มีรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจน เพราะแต่ละหอผู้ป่วยมีรูปแบบการเขียนต่างกันหอผู้ป่วยsuicide จะเขียนเกี่ยวกับการมีเหตุ ความรู้สึกท้อแท้หอผู้ป่วยแอลกอฮอล์จะเขียนเกี่ยวกับอาการมือสั่น ความต้องการอยากดื่มเหล้า ซึ่งมีรูปแบบการเขียนคล้ายกัน เพียงแต่ในผู้ป่วย suicide ต้องการให้เพิ่มคะแนนจากแบบประเมินMINI หรือ HoNOS ในแต่ละเวอร์ หอผู้ป่วยแอลกอฮอล์ให้เพิ่มเรื่องคะแนนจากแบบประเมิน CIWA คือต้องการพัฒนาให้ชัดเจนเมื่ออ่านแล้วให้รู้เลยว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นผู้ป่วย severe แต่ตอนนี้เรารู้ว่า severe จากการจำแนกประเภท พยาบาลความรุนแรง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ กันว่าต้องบันทึกอะไรบ้างที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน อาการที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจต้องมาทำความเข้าใจกัน

จากการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และคณะ (2558) ครั้งนี้ได้ทบทวนการบันทึกทางการพยาบาลจากแฟ้มรายงานผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 32 แฟ้ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล มีดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถประเมินได้จาก การใช้เครื่องมือประเมิน เช่น MINI, HoNOS ประเมินจากการซักประวัติ การพูดคุย และจากการสังเกตอาการ ได้แก่ การประเมินด้วย MINI ที่ OPD/IPD ประเมินด้วย HoNOS พูดคุยประเมินอาการจากการซักประวัติการทำร้ายตนเองจากการซักประวัติน้อยใจมารดาไม่แบ่งที่นาให้ จากการสอบถามอาการผู้ป่วยบอกว่าเมียทิ้งอยากผูกคอตายจากการซักประวัติจากญาติ ประเมินผลที่ทางของตนเอง 3 ครั้ง ประเมินความคิดทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง และประเมินอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวงกลัวคนมาฆ่าจนทำร้ายตนเองก่อน

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล/เป้าหมายจากการศึกษาแฟ้มรายงานผู้ป่วย พบว่าการให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบางส่วนไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวและในส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ระบุเป็นความเสี่ยง เช่น เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีประวัติsuicide เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีอาการเศร้า เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีความรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากหูแว่วภาพหลอน และคิดอยากตายเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีภาวะหวาดระแวง เป็นต้น การกำหนดเป้าหมายการดูแลมีความคล้ายตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือตามปัญหาผู้ป่วย ซึ่งกำหนดเป็นกลางๆเช่นเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยปลอดภัยเฝ้าระวังทำร้ายตนเองไม่มีความคิด ทำร้ายตนเองมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองมีอาการเศร้าลดลง มีการรับรู้ตามความเป็นจริง และหูแว่ว ภาพหลอน ลดลง เป็นต้น

3) การวางแผนการพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบตาม Nursing Care Plan สำเร็จรูป ได้แก่ พูดคุยประเมินอาการเปิดโอกาสให้พูดระบายแนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พิจารณาควบคุมพฤติกรรมตรวจเยี่ยมอาการเปลี่ยนแปลงท่าผูกมัด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จัดกิจกรรมให้ระบายความก้าวร้าว ให้กำลังใจกล่าวชมเชย ดูแลให้รับอาหาร ยาและน้ำ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและแผนการทำร้ายตนเอง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ที่ทำงานพยาบาล สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดถึงเป้าหมายชีวิต จัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำสำเร็จด้วยตนเอง เฝ้าระวังทำร้ายตนเอง

4) กิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมไม่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย suicide สำหรับข้อความที่ใช้ในการบันทึกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ suicide ไม่ได้เจาะจงการแก้ไขตามปัญหา

หรือระดับความรุนแรงอาการผู้ป่วย เป็นการใช้คำกว้างๆ ได้แก่ พุดคุยประเมินอาการทางจิตประเมินความคิด suicide พุดคุยประเมินอาการและความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ประเมินอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ประเมินอาการและพฤติกรรม เดินตรวจเยี่ยมอาการประเมินอาการทำร้ายตนเอง สังเกตอาการ/ประเมินอาการ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย เฝ้าระวังทำร้ายตนเอง ระวัง Suicide/ทำร้ายตนเอง เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง เปิดโอกาสให้พูดระบาย setting limit ป้องกัน suicide เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในห้องแยก ดูแลใกล้ชิดอยู่ในสายตา จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สร้างสัมพันธภาพ รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด Mental support, psycho-support ส่งเสริมคุณค่าในตนเอง เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ระวังก้าวร้าว แนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ข้อมูลการอยู่รักษา

5) การประเมินผลการดูแล มีทั้งการประเมินผลสรุปในภาพรวมตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือเป้าหมายการดูแล (summative evaluation) และการประเมินผลตามกิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วย (formative evaluation) การประเมินผลชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย ได้แก่ ไม่พูด ไม่ตอบ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ปฏิเสธทำร้ายตนเองไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วย/บุคคลอื่นไม่เกิดอันตรายและพฤติกรรมก้าวร้าวสิ่งแวดล้อมไม่เกิดความเสียหาย ท้อแท้ ไม่คิดอยากตาย รับปากจะไม่ทำร้ายตนเอง ยังมีน้อยใจอยู่บ้าง MINI = 8 ไม่คิดทำร้ายตนเอง เปื่อหน่าย ท้อแท้ ยังคิดอยากตาย/อยากทำร้ายตนเอง ปฏิเสธความคิดทำร้ายตนเอง (suicide) ไม่พบพฤติกรรมทำร้ายตนเองปฏิเสธความคิดอยากตายผู้ป่วยปลอดภัย มีหูแว่ว ระแวงกลัวคนมาทำร้าย ปฏิเสธอาการทางจิตปฏิเสธอาการหูแว่วภาพหลอน

ปรารภณา คำมีสินธ์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่องผลการศึกษาการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช: กรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในส่วนของการบันทึกทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับมิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วย และมิติการดูแลขั้นต่ำที่พึงได้รับ พบว่าสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ ร้อยละ 82.00 ส่วนใหญ่จะสอดคล้องไปด้วยกัน แต่จะพ้องในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลไม่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบางรายประเมินไม่ตรงกับเกณฑ์ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมสอดคล้องกับมิติของความรุนแรงของความเจ็บป่วย เนื่องจากการจำแนกมีหลายมิติ บางครั้งการบันทึกไม่สอดคล้องกับมิติที่พบปัญหา ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสัญญาณชีพ (Vital Signs:V/S)จำแนกประเภทได้คะแนน 4 แต่การบันทึกใน nurse note ยังเป็นเรื่องก้าวร้าว ทั้งที่ควรจะเป็นเรื่องของ V/S มากกว่าจึงถือว่าเป็นความบกพร่องด้านบุคคล (human error) ที่ขาดความตระหนัก เขียนบันทึกไม่สอดคล้องกับการแยกประเภทจึงได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลควรยึดคะแนนมิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่มีคะแนนสูงสุดเพื่อนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และระบุความรุนแรงของความเจ็บป่วย เช่น 4b (Suicide), 3a (Violent), 3b (V/S) เพื่อใช้ในการส่งต่อเวรและวางแผนการดูแลตามมิติสถานะความรุนแรง

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่พบว่าผลการพัฒนาช่วยให้การบันทึกทางการพยาบาลมีความชัดเจนเป็นรูปแบบเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้น ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น และในที่สุดสามารถส่งผลให้คุณภาพการบริการผู้ป่วยดีขึ้นเช่นกัน ดังการศึกษาต่อไปนี้

ปรารภนา มั่งมูล (2538) ศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวชพบว่า ค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลของการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่ำกว่าเมื่อใช้รูปแบบบันทึกมุ่งปัญหา (ค่าเฉลี่ยในระดับดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพิจารณาความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกแต่ละเรื่องพบว่า ค่าเฉลี่ยในการประเมินภาวะสุขภาพและการนำไปใช้ตามรูปแบบบันทึกที่มุ่งปัญหาสูงกว่ารูปแบบมุ่งความต้องการ ในทางกลับกันค่าเฉลี่ยในการวางแผนการพยาบาลในการใช้รูปแบบมุ่งความต้องการสูงกว่ารูปแบบมุ่งปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลของการบันทึกความต่อเนื่องของการบันทึก โดย ใช้รูปแบบบันทึกที่มุ่งความต้องการ และรูปแบบบันทึกมุ่งปัญหาอยู่ในระดับดี แต่ด้านความถูกต้องทางกฎหมาย อยู่ในระดับต่ำและไม่มีความแตกต่างกัน

อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า (1) ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยในที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย (ก) หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล (ข) วัตถุประสงค์ของรูปแบบบันทึก (ค) นโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ง) การประเมินสมรรถนะ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการฝึกอบรม (จ) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (2) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) ค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เยาวเรศ คุณแก้ว (2551) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ผลการศึกษาพบว่าหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับดีมาก และเห็นว่าแนวทางการพัฒนาโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการพัฒนาจะส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ (2553) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตึกอายุรกรรม ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วย การปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กระบวนการมีส่วนร่วมและติดตาม การนิเทศติดตามเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจทำให้คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้น

พวงเพชร สุริยะพรหม และสุขุมล ต้อยแก้ว(2553) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการพัฒนา 2) ขั้นตอนการดำเนินงาน 3) ขั้นตอนการประเมินผล ผลการศึกษา พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบAIE(Assessment, Implementation, Evaluation)ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเป็นระดับปานกลาง ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และได้เสนอแนะว่ากระบวนการพัฒนา

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นระบบเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ และการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจนจะช่วยให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

ณภัทร ธนะพูนินาทและคณะ(2554) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึกและประโยชน์ต่อการพยาบาล

ปรารธนา มั่งมูล และจันทร์ ยี่สุนศรี (2558) ศึกษาวิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์แบบมุ่งปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่า แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และมีความเหมาะสมกับการใช้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเนื่องจากมีคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และมีคู่มือกำกับกับการบันทึกให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกและความถูกต้องทางกฎหมายสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบันทึกแบบมุ่งปัญหามีผลทำให้การบันทึกทางการแพทย์มีความครอบคลุมและถูกต้องทางกฎหมายของการบันทึก ด้านพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ว่าการบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีความสะดวก บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน ช่วยค้นหาข้อผิดพลาดในระยะก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกัน และมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยว่าควรนำการบันทึกแบบมุ่งปัญหามาใช้ในการปฏิบัติงานจริง ควรมีระบบนิเทศติดตาม และพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์เพื่อลดระยะเวลาในการบันทึก

วิทวดี สุวรรณศรวล และคณะ (2559) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการศึกษาศักยภาพกระบวนการปรับปรุงคุณภาพโฟกัสพิดีซีเอ ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ วางแผนในการปรับปรุง นำไปปฏิบัติ ตรวจสอบการปฏิบัติและยืนยันการดำเนินการ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง พบว่า กระบวนการโฟกัสพิดีซีเอช่วยในการปรับปรุงการบันทึกทางการแพทย์ โดยช่วยให้พยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์และอบรมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหลังจากดำเนินการ 1 เดือนพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากผลการศึกษาที่แสดงว่ากระบวนการโฟกัสพิดีซีเอสามารถนำไปใช้ได้จริงในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งผู้บริหารองค์การสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในหน่วยงานตนเองหรือหน่วยงานอื่น ๆ ในองค์กรได้

อรทัย หัวหาญ และคณะ (2559) ศึกษาเรื่องผลการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาล แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์แบบใหม่ 2) ดำเนินการโดยกำหนดพื้นที่วิจัย ประชุม ชี้แจง จัดอบรม ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องและทดลอง 3) การสรุปผลพบว่าแบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่มีลำดับ

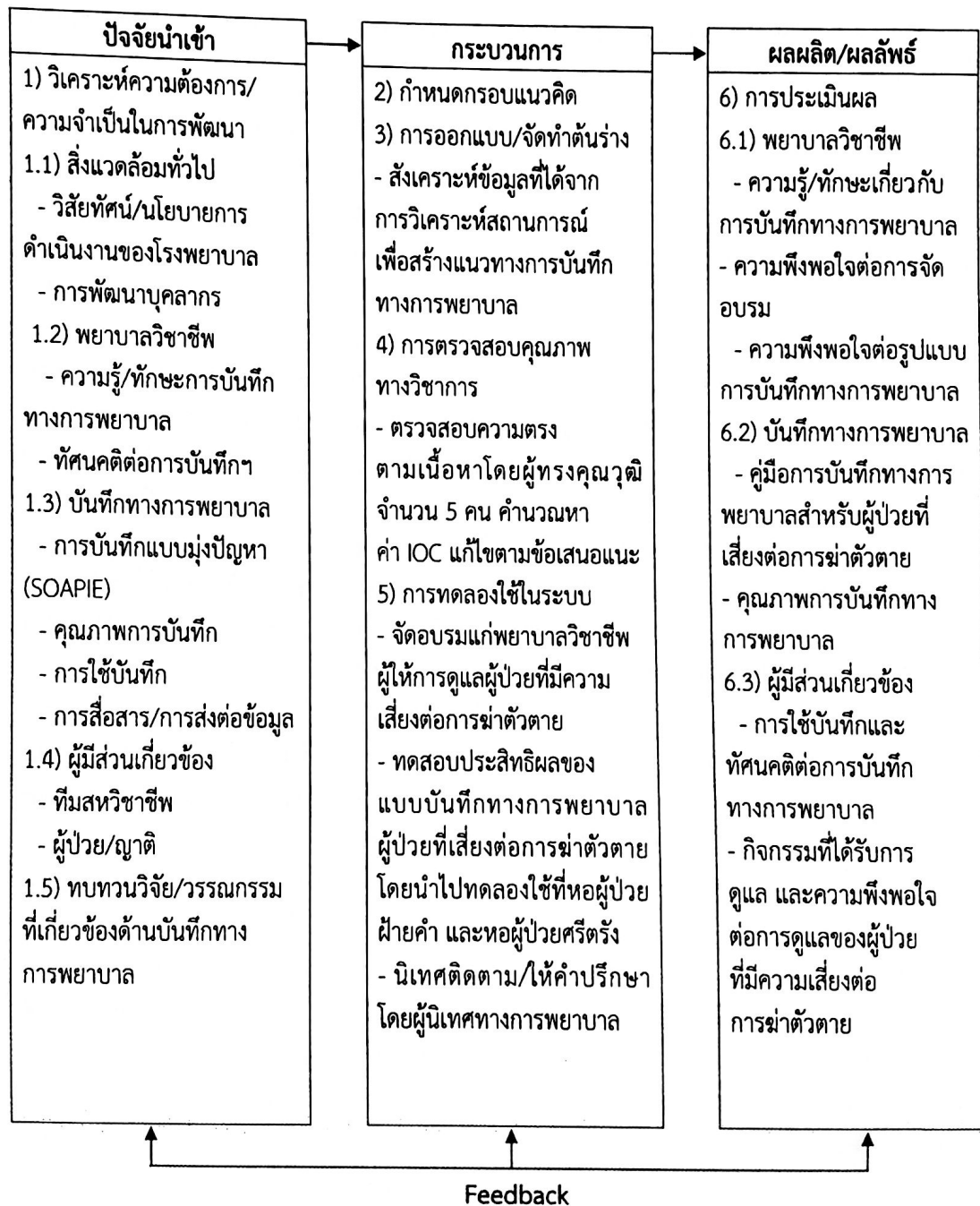
ความสำคัญก่อนหลังของข้อวินิจฉัยหรืออาการ มีจุดชี้เฉพาะของอาการหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบ่งบอกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนของอาการหรือข้อวินิจฉัย มีวันที่ของการลงมือปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนา พบว่าทั้งผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลแบบใหม่แตกต่างจากแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสรุปได้ว่าการบันทึกการวางแผนการพยาบาลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยได้

5. กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(research and development) โดยการใช้แนวทางการเข้าสู่ระบบซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีระบบของ Ludwig Von Bertalanffy (1967) เพื่อพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า(Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต(Output) ผลลัพธ์(Outcome)และผลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งเน้นปัญหา(problem oriented charting)ของWeed(1987; อ้างในสุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) และมีการพัฒนาการบันทึกให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(Clinical Practice Guideline for Suicide:CPG Suicide)ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์(2560) การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 6ขั้นตอนดังนี้ 1)การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา(need analysis) ดำเนินการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาล การทบทวนผลการประเมินการบันทึกทางการพยาบาลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การศึกษาผลการวิจัยของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล การประชุมปรึกษากับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการบันทึกทางการพยาบาล 2) การกำหนดกรอบแนวคิด(conceptual framework) จากการทบทวนวรรณกรรมและประชุมปรึกษาทีมผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำรูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบมุ่งเน้นปัญหา(problem oriented record) ของ Weed (1987; อ้างใน สุรีย์ธรรมิกบวร, 2540)เป็นต้นแบบในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง(prototype development)โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และการทบทวนนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างคู่มือแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลฉบับร่าง 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ(testing)ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index : IOC) และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 5) การทดลองใช้ในระบบ(pilot study) ดำเนินการโดยนำแบบบันทึกทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 6) การประเมินผล (evaluation)โดยการประเมินความสำเร็จตามโครงการและปรับปรุงได้แก่

ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และความพึงพอใจของ ผู้ร่วมโครงการวิจัย เป็นต้น ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กระบวนการวิเคราะห์การบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้รักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีรายละเอียดวิธีดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ขั้นตอนในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

1.1.1 ระยะเตรียมการ ดำเนินการโดย

การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา (need analysis) ดำเนินการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย

- 1) การทบทวนผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2560 และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำหน่ายที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG Suicide) ในเดือนตุลาคม 2560 จำนวน 20 แพ้ม
- 2) การศึกษาผลการวิจัยที่ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การศึกษาของประภาส อุครานันท์ และคณะ (2558) และการศึกษาของปรารถนา คำมีสินธ์และคณะ (2560)
- 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 14 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เกสซ์กร) ในเดือนตุลาคม 2560 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค (GAP analysis) ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 4) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งในและต่างประเทศ
- 5) เขียนโครงการวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อขออนุมัติดำเนินงานตามโครงการและนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่ออนุญาตให้ดำเนินการวิจัย

1.1.2 ระยะพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) โดยการจัดประชุมทีมผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย ในเดือนธันวาคม 2560 เพื่อนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา นำสังเคราะห์และกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย
- 2) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (prototype development) โดยการจัดประชุมทีมผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฝ่ายคำและหอผู้ป่วยศรีตังและที่ปรึกษาโครงการวิจัย ในเดือน ธันวาคม 2560 เพื่อพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลฉบับร่างสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นคู่มือแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลฉบับร่าง 1

3) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (testing) ดำเนินการโดยส่งคู่มือฉบับร่าง 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คนและนักจิตวิทยา 1 คน) ในเดือนธันวาคม 2560 เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแสดงความคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อซึ่งแต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วย	เท่ากับ +1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ 0 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ -1 คะแนน

หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) มีค่าตั้งแต่ .05-1.00 และมีค่า IOC ในภาพรวมเท่ากับ 0.76 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องในระดับดี (Rovinelli & Hambleton, 1977) และปรับปรุงแก้ไขคู่มือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้คู่มือฉบับร่าง 2

1.2 ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลและประเมินผล

1.2.1 การทดลองใช้ในระบบ(pilot study)ดำเนินการโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(หอผู้ป่วยฝ่ายคำและหอผู้ป่วยศรีตัง) ในวันที่ 21,22 มกราคม 2561(หอผู้ป่วยละ 1 วัน) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามคู่มือที่พัฒนาขึ้นใหม่และให้ผู้เข้ารับการอบรมทดลองบันทึกทางการพยาบาลจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ตลอดจนการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการบันทึกทางการพยาบาลและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

1.2.2 ให้พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการนำแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2561 ผู้วิจัยคนที่ 1 ซึ่งเป็นผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ใช้บทบาทของผู้นิเทศในการติดตามกำกับดูแลและเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการ

1.2.3 การประเมินผล (evaluation) ประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ (21,22 มกราคม 2561) ได้แก่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประเมินผลระหว่างการใช้บันทึกทางการพยาบาล (มกราคม-มีนาคม 2561) ได้แก่กิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินผลหลังสิ้นสุดการดำเนินงานตามโครงการได้แก่ ความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา(SOAPIE)และคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการศึกษาปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาลตามคู่มือฯ ในเดือนเมษายน 2561 แล้วปรับปรุงแก้ไขคู่มือตามข้อเสนอแนะ ได้คู่มือบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับสมบูรณ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สำหรับการขยายผลเพื่อนำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาลในโอกาสต่อไป(รายละเอียดของคู่มือฉบับสมบูรณ์ ดังภาคผนวก ค)

1.2.4 จัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้มีหน้าที่โดยตรงในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปฏิบัติงานอยู่ที่หอผู้ป่วยฝ่ายคำ และหอผู้ป่วยศรีตรัง (ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้รักษา) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling)โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาตามโครงการได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน

2.2 การศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยศึกษาจากแฟ้มรายงานของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการศึกษาในระยะการทดลองใช้ และได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งในระหว่างการดำเนินการศึกษา มีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 35 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

3.1.1 คู่มือแนวทางการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ฉบับร่าง 2 (ที่ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเชิงวิชาการ ดังหัวข้อ 3)

3.1.2 พยาบาลวิชาชีพผู้ดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ของ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีดังนี้

ผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 36 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526 ผ่านการอบรมเฉพาะทางทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช 1 ปี ปัจจุบันดำรงตำแหน่งเป็นรองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลด้านเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 26 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปี 2561 ผ่านการอบรมเฉพาะทางทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช 4 เดือนปัจจุบันดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 32 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปี 2547 ผ่านการอบรมเฉพาะทางทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช 1 ปี ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยคนที่ 4 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชชนรินทร์ 30 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ปี 2552 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 เดือนได้รับ อนุมัติบัตรเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปี 2558 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ หอผู้ป่วยชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์

3.1.3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (MINI Suicidality) โดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น(2548) ได้แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงและความน่าเชื่อถือ ของเครื่องมือในประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายตลอดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบตัวเลือก “ใช่” และ “ไม่ใช่” แปลผลจากคะแนนรวมดังนี้

- | | | |
|------|-------------|---|
| 1-8 | คะแนน | มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย น้อย |
| 9-16 | คะแนน | มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ปานกลาง |
| 17 | คะแนนขึ้นไป | มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มาก |

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้เป็นประจำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ สำหรับประเมินระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษ ต่าง ๆ ในกรณีผู้ป่วยในใช้ประเมินในวันแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อไปประเมินซ้ำทุก 1 เดือน ถ้าหาก ผู้ป่วยยังไม่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.1.4 แบบวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วย (Thai version of the Health of the Nation Outcome Scales: Thai-HoNOS) โดยบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ และคณะ(2550) ได้แปลเป็นภาษาไทย และทดสอบความเที่ยงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งที่มี อาการทางจิตระยะกำเริบรุนแรง และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68 ประกอบด้วย 10 หมวด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|-------|-------------------------------------|
| 0 | คะแนน | ไม่มีปัญหา |
| 1 | คะแนน | มีปัญหาเล็กน้อย ไม่ต้องดำเนินการใดๆ |
| 2 | คะแนน | ปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นชัดเจน |
| 3 | คะแนน | ปัญหารุนแรงปานกลาง |
| 4 | คะแนน | ปัญหารุนแรงถึงรุนแรงมาก |

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้เป็นประจำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ สำหรับเฝ้าระวังอาการทางจิตของผู้ป่วยในจิตเวช ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หัวข้อที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ ข้อ 1.2 (ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย) 1.6 (อาการประสาทหลอนและหลงผิด) 1.7 (อารมณ์ซึมเศร้า) แบบประเมินนี้ใช้ประเมิน ในวันที่ 1, 3, 7 ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ต่อไปให้ประเมินทุก 1 สัปดาห์จนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล หรือให้ประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ หรือมีอาการทางจิตรุนแรง

3.2 เครื่องมือสำหรับการประเมินผล

3.2.1 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นคำถามเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล พัฒนาโดยผู้วิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยส่งแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน และนักจิตวิทยา 1 คน) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแสดงความคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ ซึ่งแต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1 คะแนน

ในกรณีผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือเห็นด้วย แสดงว่ามีความคิดเห็นสอดคล้องหรือตรงกันเกี่ยวกับข้อคำถาม (เท่ากับ 1 คะแนน) กรณีแสดงความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่ามีความคิดเห็นไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกันเกี่ยวกับข้อคำถาม (เท่ากับ 0 คะแนน) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI)ได้เท่ากับ 0.98 และเมื่อนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นในพยาบาลวิชาชีพ 20 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.84 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบมี 4 ตัวเลือก (ก, ข, ค และ ง) โดยให้เลือกตอบตัวเลือกที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

16-20	คะแนน มีความรู้ในระดับดีมาก	(ร้อยละ 80-100)
12-15	คะแนน มีความรู้ในระดับดี	(ร้อยละ 60-79)
8-11	คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง	(ร้อยละ 40-59)
4-7	คะแนน มีความรู้ในระดับพอใช้	(ร้อยละ 20-39)
0-3	คะแนน มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง	(ร้อยละ 0-19)

3.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) พัฒนาโดยผู้วิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน และนักจิตวิทยา 1 คน) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 และเมื่อนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นในพยาบาลวิชาชีพ 20 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.82 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่พึงพอใจ พึงพอใจเล็กน้อย พึงพอใจ และพึงพอใจอย่างยิ่ง

3.2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561 (กรมสุขภาพจิต, 2561) ใช้สำหรับประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการคำถามประกอบด้วย 5 ส่วน (จำนวน 19 ข้อ) ได้แก่ เนื้อหาความรู้ที่ได้รับสื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้รูปแบบการถ่ายทอดความรู้วิทยากรและระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

3.2.4 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยอิงกรอบแนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน(ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน และนักจิตวิทยา 1 คน) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 0.97และเมื่อนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มรายงานผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนดำเนินการศึกษาจำนวน 20 แฟ้ม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.84 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก(ผ่าน/ไม่ผ่าน) ถ้าผ่านได้ 1 คะแนน ไม่ผ่านได้ 0 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็น 5 ระดับ ดังนี้

16-20	คะแนน การบันทึกอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	(ร้อยละ 80-100)
12-15	คะแนน การบันทึกอยู่ในเกณฑ์ดี	(ร้อยละ 60-79)
8-11	คะแนน การบันทึกอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	(ร้อยละ 40-59)
4-7	คะแนน การบันทึกอยู่ในเกณฑ์พอใช้	(ร้อยละ 20-39)
0-3	คะแนน การบันทึกอยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง	(ร้อยละ 0-19)

3.2.5 แบบประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่

3.2.5.1 กิจกรรมที่ท่านได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วยกิจกรรมอย่างไรบ้าง

3.2.5.2 ท่านรู้สึกเช่นไรต่อกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้รับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ซึ่งได้รับการชี้แจงแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองใช้แบบประเมินตามแนวทางการดำเนินโครงการ อภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัยหรือปัญหาอุปสรรคและแก้ไขปัญหาพร้อมกันและจัดทำคู่มือการเก็บข้อมูลและเผยแพร่ให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการทดลองใช้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามคู่มือ และภายหลังการดำเนินการเสร็จสิ้น ดังนี้

4.2.1 ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการด้วยแบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4.2.2 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังสิ้นสุดการดำเนินงานตามโครงการ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE)

4.2.3 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการภายหลังการอบรม ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561

4.2.4 ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการดำเนินงานตามโครงการ ด้วยแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

4.2.5 ประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้คำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับในช่วงระยะเวลาการทดลองใช้และประเมินผล (มกราคม-เมษายน 2561) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบวันต่อวัน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้วิจัย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้รับจากแบบคัดกรองเป็นรหัสบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต และการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test

5.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ได้ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาในมนุษย์(ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พิจารณาโครงการได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยหมายเลข 004/2561 เริ่มเดือนธันวาคม 2560 ถึงธันวาคม 2561 คณะกรรมการได้อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยได้ ขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข ดำเนินการดังนี้

6.1 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการตามวิจัยตามหลักการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

6.1.1 พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการทั้งในด้านวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

6.1.2 พยาบาลวิชาชีพ มีสิทธิ์ปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อหน้าที่การทำงานหรือการประเมินความดีความชอบตามตำแหน่งหน้าที่

6.1.3 ผู้วิจัยจะรักษาความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ถูกวิจัย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานในภาพรวม โดยจะแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบล่วงหน้าเพื่อให้ความเห็นชอบ

6.1.4 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมวิจัย

6.1.5 ผู้วิจัยจะตอบข้อคำถามที่พยาบาลวิชาชีพสงสัยจนเสร็จ กรณีที่มีความสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัย

6.1.6 กรณีการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการโดยจัดทำบันทึกข้อความเสนอต่อผู้บังคับบัญชาขององค์กร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับเช่นเดียวกัน โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย

6.2 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

6.2.1 พยาบาลวิชาชีพอาจขอออกจากการวิจัยก่อนครบกระบวนการ ดำเนินการแก้ไขโดยการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ รวมถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับทั้งต่อตัวของพยาบาลเอง ต่อวิชาชีพ และองค์กรตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในการดำเนินโครงการวิจัย

6.2.2 กรณีพยาบาลวิชาชีพไม่พึงพอใจในการเก็บข้อมูลหรือมีข้อสงสัยผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยทุกคน

7. สถานที่ทำวิจัย

หอผู้ป่วยฝ่ายคำและหอผู้ป่วยศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

8. ระยะเวลาในการศึกษา

ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2561

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and development) เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วย การพัฒนาบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และการประเมินผลการทดลองใช้ในระบบมีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา (need analysis) ดำเนินการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ การบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย

1.1.1 การทบทวนผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของ คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2560 และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำหน่ายที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG Suicide)ในเดือนตุลาคม 2560 จำนวน 20 แพ้พบว่า ด้านการบันทึกทางการแพทย์มีการบันทึกเกี่ยวกับการปัญหา อาการ พฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่บันทึกแต่ไม่ครบถ้วนทั้งอาการ การพยาบาลและประเมินผลและไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย

1.1.2 การศึกษาผลการวิจัยที่ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่การศึกษาของประภาส อุครานันท์ และคณะ(2558) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลการศึกษาด้านทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อการบันทึกทางการแพทย์ พบว่า บันทึกทางการแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยคือ พยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังหรือดูแลผู้ป่วย หรือใช้ในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งเป็นหลักฐานทางกฎหมายหลักฐานการเบิกจ่ายงบประมาณ หรือใช้เป็นข้อมูลในการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ชุมชนดูแลต่อเนื่องและสามารถใช้เป็นเครื่องมือประกอบการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์ได้ เนื่องจากแพทย์ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่เห็นพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจะดูจากบันทึกของพยาบาล

ด้านคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยเฉพาะการบันทึกประจำวันพบปัญหา จากการบันทึกทางการแพทย์ว่าการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่ระบุปัญหาเป็นความเสี่ยงและเขียนกว้างๆ เช่น “มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง” กิจกรรมไม่เจาะจงและไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย เช่น เฝ้าระวังความเสี่ยง เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย หรือการดูแลใกล้ชิด ดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่งรวมถึงข้อมูลสนับสนุนไม่ชัดเจน และไม่สามารถนำมาสนับสนุนเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับสูง กลาง ต่ำ เนื่องจากที่ผ่านมาใช้ตัวพยาบาลเป็นคนประเมินทำให้ระบุความเสี่ยงต่างกันการบันทึก

ไม่ตรงกับปัญหาที่เอามาจากการวางแผนการพยาบาล(nursing care plan) บันทึกแล้วนำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ บางครั้งไม่ได้เขียนตาม CPG ซึ่งถ้าดูจากบันทึกประจำวันดูเหมือนว่าพยาบาลไม่ได้ทำอะไรให้กับผู้ป่วยเหมือนเป็นการเฝ้าระวังมาเรื่อย ๆ แต่ไม่ได้เขียนกิจกรรมลง ทั้ง ๆ ที่พยาบาลทำงานหนัก และภาระงานมาก

การศึกษาของปรารภณา คำมีสินนท์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่องผลการศึกษาการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช:กรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในส่วนของการบันทึกทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับมิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วย และมิติการดูแลขั้นต่ำที่พึงได้รับ พบว่าสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ ร้อยละ 82.00 ส่วนใหญ่จะสอดคล้องไปด้วยกัน แต่จะพร่องในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลไม่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบางรายประเมินไม่ตรงกับเกณฑ์ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมสอดคล้องกับมิติของความรุนแรงของความเจ็บป่วย เนื่องจากการจำแนกมีหลายมิติ บางครั้งการบันทึกไม่สอดคล้องกับมิติที่พบปัญหา ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสัญญาณชีพ (Vital Signs:V/S)จำแนกประเภทได้คะแนน 4 แต่การบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นเรื่องก้าวร้าว ทั้งที่ควรจะเป็นเรื่องของ V/S มากกว่าจึงถือว่าเป็นความบกพร่องด้านบุคคล(human error)ที่ขาดความตระหนัก เขียนบันทึกไม่สอดคล้องกับการแยกประเภท

ผลจากการศึกษานี้จึงได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ควรยึดคะแนนมิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่มีคะแนนสูงสุด เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และระบุความรุนแรงของความเจ็บป่วย เช่น 4b(Suicide), 3a(Violent),3b(V/S) เพื่อใช้ในการส่งต่อเวรและวางแผนการดูแลตามมิติสถานะความรุนแรง

1.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 14 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร) ในเดือนตุลาคม 2560 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค (GAP analysis) ของการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้านการรับรู้และการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาล พบว่าทุกวิชาชีพเห็นความสำคัญและมีการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาล และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนา คือควรมีการบันทึกให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เขียนให้เห็นสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและสะท้อนกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ การบันทึกควรชัดเจน อ่านง่าย ได้ใจความ

1.1.4 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลทั้งในและนอกประเทศคณะผู้วิจัยได้มีการทบทวนเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล เช่น รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นต้น

1.2 การพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.2.1 การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) โดยการจัดประชุมทีมผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัยในเดือนธันวาคม 2560 เพื่อนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา นำสังเคราะห์และกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ได้นำรูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบมุ่งเน้นปัญหา(problem oriented charting)ของWeed(1987;อ้างใน สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(Clinical Practice Guideline for Suicide:

CPG Sulcide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์(2560) นำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.2.2 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (prototype development) โดยการจัดประชุมทีมผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกฝ่ายคำและศัลยกรรมและที่ปรึกษาโครงการวิจัย ในเดือนธันวาคม 2560 เพื่อพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลฉบับร่างสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นคู่มือแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลฉบับร่าง 1 เนื้อหาประกอบด้วย ความเป็นมาของการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การบันทึกรับใหม่ การบันทึกประจำวัน การบันทึกจำหน่าย และตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(รายละเอียดศึกษาได้จากคู่มือแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)

1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (testing) ดำเนินการโดยการศึกษาความตรงตามเนื้อหา(Content validity)โดยส่งคู่มือมือฉบับร่าง 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน และนักจิตวิทยา 1 คน) ในเดือนธันวาคม 2560 เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลการศึกษาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.76 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องในระดับดีและปรับปรุงแก้ไขคู่มือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ในที่นี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือให้ตัดเนื้อหาส่วนของการบันทึกรับใหม่และการบันทึกจำหน่ายออกไป เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้มีการพัฒนาเฉพาะการบันทึกประจำวัน(nurse note) เท่านั้น แต่ผลจากการประชุมของคณะผู้วิจัยและที่ปรึกษาการวิจัยได้พิจารณาและแสดงข้อคิดเห็น คือยังให้คงเนื้อหาในส่วนนั้นไว้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ต้องนำคู่มือไปปฏิบัติได้มองเห็นแนวทางการบันทึกอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้รักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และข้อมูลหลายอย่างของการบันทึกรับใหม่และจำหน่ายมีความเชื่อมโยงกันกับการบันทึกประจำวัน จึงจำเป็นต้องคงเนื้อหาทั้งสองส่วนไว้ แต่ในทางปฏิบัติการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้เน้นที่การพัฒนาการบันทึกประจำวัน

ในเรื่องการยกตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรจำแนกออกเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุจากโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือสุรา ผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ เช่นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เป็นต้น ผลจากการประชุมของคณะผู้วิจัยและที่ปรึกษาการวิจัยได้พิจารณาและแสดงข้อคิดเห็น คือเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสับสนและมีปัญหาในการจดจำที่อาจเกิดจากเนื้อหาที่มากเกินไปและในการดูแลผู้ป่วยประจำวันพยาบาลจะให้การดูแลตามปัญหาหรืออาการไม่ใช่ตามการวินิจฉัยโรค จึงพิจารณาให้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในที่นี้คือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ยกตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและสุราไม่ได้ยกตัวอย่างเนื่องจากสุดท้ายแล้วเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มีความเกี่ยวเนื่อง

กับภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือสุราเช่นเดียวกัน ภายหลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้คู่มือฉบับร่าง 2

2. การประเมินผลการทดลองใช้ในระบบ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการ

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการ จำนวน 28 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.14 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 25.00 เท่ากัน (อายุเฉลี่ย 40.46 ปี SD = 9.93 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.86 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75.00 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 46.43 รองลงมา มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 32.14 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลร้อยละ 78.57 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ร่วมโครงการ (n = 28)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	23	82.14
ชาย	5	17.86
อายุ		
21-30 ปี	7	25.00
31-40 ปี	8	28.57
41-50 ปี	6	21.43
51-60 ปี	7	25.00
อายุเฉลี่ย 40.46 ปี SD = 9.93 ปี ต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 57 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	6	21.43
คู่	19	67.86
หม้าย	2	7.14
หย่าร้าง	1	3.57
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	21	75.00
ปริญญาโท	• 7	25.00

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ร่วมโครงการ (ต่อ) (n = 28)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
1-10 ปี	13	46.43
11-20 ปี	3	10.71
21-30 ปี	9	32.14
31-40 ปี	3	10.71
ประสบการณ์เฉลี่ย 15.18 ปี SD = 12.02 ปี ค่าสุด 2 ปี สูงสุด 37 ปี		
การอบรมบันทึกทางการพยาบาล		
เคย	22	78.57
ไม่เคย	6	21.43

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการอบรม คะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่าก่อนการอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 10.39 คะแนน (ต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน) หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 15.61 คะแนน (ต่ำสุด 11 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Rank test (n = 28)

ระยะการประเมิน	Mean	S.D.	Min	Max
ก่อนการอบรม	10.39	2.34	5	13
หลังการอบรม	15.61	1.17	14	17
	N	Sum of Rank	Z	Asymp. Sig (2 tailed)
คะแนนความรู้ (ก่อน-หลัง)	28	406.00	-4.722	.001

Based on negative ranks

2.3 ความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE)

ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) หลังเสร็จสิ้นโครงการ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการพึงพอใจและ พึงพอใจอย่างยิ่งรวมกันร้อยละ 100.00 ในทุกประเด็น เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะพึงพอใจอย่างยิ่งพบว่ามีมากที่สุด 5 ลำดับแรกดังนี้ (ลำดับที่ 2-4 มีจำนวนเท่าๆกันคือ 16 คนหรือ ร้อยละ 57.14)

ลำดับที่ 1 (ข้อ 5) เนื่องจากทีมผู้ดูแลรักษาทุกคนอ่านระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ร้อยละ 60.71

ลำดับที่ 2 (ข้อ 6) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIEเป็นการบันทึกที่เน้นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมองเห็นได้อย่างชัดเจน ร้อยละ 57.14

ลำดับที่ 3 (ข้อ 16) ทำให้มีบันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนชัดเจนและต่อเนื่อง ร้อยละ 57.14

ลำดับที่ 4 (ข้อ 20) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ SOAPIE ทำให้มีการบันทึกการประเมินข้อมูล ผู้รับบริการตรงกับความเป็นจริง ร้อยละ 57.14

ลำดับที่ 5 (ข้อ 1) การบันทึกครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล ร้อยละ 53.57 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE)
(n = 28)

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		พึงพอใจ อย่างยิ่ง	พึงพอใจ	พึงพอใจ เล็กน้อย	ไม่ พึงพอใจ
1	การบันทึกครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตาม กระบวนการพยาบาล	15 (53.57)	13 (46.43)	-	-
2	การบันทึกมีความรวบรัดกระชับ และสามารถ บันทึกได้ง่าย	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-
3	การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIE ทำให้ มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจน	13 (46.43)	15 (53.57)	-	-
4	เป็นการบันทึกที่มีลักษณะมุ่งเน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง	12 (42.86)	16 (57.14)	-	-
5	ทีมผู้ดูแลรักษาทุกคนอ่านระบบบันทึกทาง การพยาบาล	17 (60.71)	11 (39.29)	-	-
6	เป็นการบันทึกที่เน้นข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน มองเห็นได้อย่างชัดเจน	16 (57.14)	12 (42.86)	-	-
7	ท่านมีความชื่นชอบระบบบันทึกทาง การพยาบาลแบบ SOAPIE	12 (42.86)	16 (57.14)	-	-
8	ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยได้ อย่างรวดเร็ว	13 (46.43)	15 (53.57)	-	-
9	ท่านพึงพอใจในระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบ SOAPIE	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-
10	ทำให้พยาบาลมีเวลามากยิ่งขึ้นในการดูแล โดยตรงแก่ผู้รับบริการ	10 (35.71)	18 (64.29)	-	-
11	ท่านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถสื่อสารกับ ทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพได้	12 (42.86)	16 (57.14)	-	-
12	ท่านมีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล เพื่อการให้บริการอย่างต่อเนื่อง	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE)
(n = 28) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		พึงพอใจ อย่างยิ่ง	พึงพอใจ	พึงพอใจ เล็กน้อย	ไม่ พึงพอใจ
13	ทำให้ท่านสามารถบันทึกข้อมูลการปฏิบัติ การพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง	15 (53.57)	13 (46.43)	-	-
14	การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม ได้เหมาะสมและถูกต้องครบถ้วนกับสภาพ ผู้รับบริการ	13 (46.43)	15 (53.57)	-	-
15	ท่านบันทึกการพยาบาลทุกครั้งหลังจากได้ ติดตามและประเมินผลการผู้รับบริการ	10 (35.71)	18 (64.29)	-	-
16	ทำให้ท่านบันทึกการประเมินผลการพยาบาล ได้อย่างครบถ้วนชัดเจนและต่อเนื่อง	16 (57.14)	12 (42.86)	-	-
17	ท่านสามารถบันทึกการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยทุกราย	15 (53.57)	13 (46.43)	-	-
18	ท่านบันทึกทางการแพทย์ด้วยลายมือที่ สามารถอ่านได้ง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-
19	ทำให้ท่านบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน	13 (46.43)	15 (53.57)	-	-
20	ทำให้บันทึกการประเมินข้อมูลผู้รับบริการ ตรงกับความเป็นจริง	16 (57.14)	12 (42.86)	-	-

2.4 ความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการก่อนนำความรู้ไปปฏิบัติจริงเพื่อ
การบันทึกทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากถึง
มากที่สุด เมื่อพิจารณาเฉพาะความพึงพอใจระดับมากที่สุด พบว่า

ด้านเนื้อหาความรู้ที่ได้รับมีความพึงพอใจ มากที่สุดว่าเหมาะสมทันยุคสมัย ร้อยละ 64.28

ด้านสื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ มีความพึงพอใจมากที่สุดว่า มีความเพียงพอต่อ
จำนวนผู้รับความรู้ ร้อยละ 53.57

ด้านรูปแบบการถ่ายทอดความรู้มีความพึงพอใจมากที่สุดว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ร้อยละ 64.29

ด้านวิทยากรมีความพึงพอใจมากที่สุดที่เปิดโอกาสให้สอบถาม/แสดงความคิดเห็น ร้อยละ 53.57 และพึงพอใจมากที่สุดเกี่ยวกับความรู้ในเนื้อหาที่บรรยาย ร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต (n = 28)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ					
1.1 เหมาะสมทันสมัย	18 (64.28)	10 (35.72)	-	-	-
1.2 เข้าใจง่าย	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-	-
1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้	16 (57.14)	12 (42.86)	-	-	-
1.4 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ	16 (57.14)	12 (42.86)	-	-	-
1.5 ตรงกับความต้องการ	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-	-
2. สื่อ/เอกสาร					
2.1 ดึงดูดความสนใจ	12 (42.86)	15 (53.57)	1 (3.57)	-	-
2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้	12 (42.86)	14 (50.00)	2 (7.14)	-	-
2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-	-
2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้	15 (53.57)	13 (46.43)	-	-	-

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต (n = 28) (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. รูปแบบการถ่ายทอดความรู้					
3.1 ทันยุคสมัย	15 (53.57)	12 (42.86)	1 (3.57)	-	-
3.2 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์	18 (64.29)	10 (35.71)	-	-	-
3.3 เข้าใจง่าย	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-	-
3.4 นำไปใช้ได้	12 (42.86)	15 (53.57)	1 (3.57)	-	-
4. วิทยากร					
4.1 สอนตรงกับเนื้อหา	13 (46.43)	15 (53.57)	-	-	-
4.2 สอนเข้าใจง่าย	11 (39.29)	17 (60.71)	-	-	-
4.3 เปิดโอกาสให้สอบถาม/ แสดงความคิดเห็น	15 (53.57)	13 (46.43)	-	-	-
4.4 ตอบข้อซักถามตรงประเด็น	13 (46.43)	15 (53.57)	-	-	-
4.5 ความรู้ในเนื้อหาที่บรรยาย	14 (50.00)	14 (50.00)	-	-	-
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มี ความเหมาะสม	11 (39.29)	17 (60.71)	-	-	-

2.5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2561 (ขณะทดลองใช้การบันทึกทางการแพทย์) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.86 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 42.86 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 25.71 (อายุเฉลี่ย 29.03 ปี SD = 10.98 ปี ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 70 ปี) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 91.43 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.00 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.43 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 48.57 ได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ ร้อยละ 25.71 มีภูมิลำเนาในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 57.11 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อแรกรับมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ร้อยละ 48.57 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 28.57 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	37.14
ชาย	22	62.86
อายุ		
11-20 ปี	7	20.00
21-30 ปี	15	42.86
31-40 ปี	9	25.71
41-50 ปี	3	8.57
51 ปี ขึ้นไป	1	2.86
อายุเฉลี่ย 29.03 ปี SD = 10.98 ปี ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 70 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	32	91.43
คู่	1	2.86
หย่าร้าง	2	5.71
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	31.43
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	40.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	28.57

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 35) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
F10-F19	5	14.29
F20	17	48.57
F30	9	25.71
F20+F10	3	8.57
F30+F10	1	2.86
ภูมิลาเนา		
ร้อยเอ็ด	1	2.86
ขอนแก่น	20	57.11
มหาสารคาม	5	14.29
กาฬสินธุ์	4	11.43
ชัยภูมิ	2	5.71
เพชรบูรณ์	2	5.71
อุดรธานี	1	2.86
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ประเมินด้วย MINI)		
เล็กน้อย (1-8 คะแนน)	10	28.57
ปานกลาง (9-16 คะแนน)	8	22.86
รุนแรง (17 คะแนนขึ้นไป)	17	48.57
คะแนนเฉลี่ย = 21.00 คะแนน S.D. = 15.42 คะแนน ต่ำสุด = 4 คะแนน สูงสุด = 48 คะแนน		

ข้อมูลระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน HoNOS เฉพาะหัวข้อที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ข้อที่ 1.2, 1.6 และ 1.7) ในวันที่ 1, 3 และ 7 ของการอยู่รักษา มีดังนี้

การประเมิน HoNOS ข้อที่ 1.2 ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าวันที่ 1 ของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก ร้อยละ 40.00 และในวันที่ 3 และ 7 ของการอยู่รักษาส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในระดับเล็กน้อยถึงไม่มีความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 31.4 และ 62.86 ตามลำดับ

การประเมิน HoNOS ข้อที่ 1.6 กลุ่มอาการทางจิต เช่น หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง พบว่าวันที่ 1 ของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย ร้อยละ 57.14 และในวันที่ 3 และ 7

ของการอยู่รักษาส่วนใหญ่มีอาการทางจิตในระดับเล็กน้อยถึงไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 45.71 และ 68.57 ตามลำดับ

การประเมิน HoNOS ข้อที่ 1.7 อาการซึมเศร้า พบว่าวันที่ 1, 3 และ 7 ของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 54.29, 68.57 และ 80.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย (ประเมินด้วย HoNOS) ขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (n = 35)

ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ประเมินด้วย HoNOS)	วันที่ 1 จำนวน (ร้อยละ)	วันที่ 3 จำนวน (ร้อยละ)	วันที่ 7 จำนวน (ร้อยละ)
ข้อที่ 1.2 ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ไม่มี	-	11 (31.43)	22 (62.86)
เล็กน้อย	13 (37.14)	11 (31.43)	8 (22.86)
ปานกลาง	8 (22.86)	10 (28.57)	3 (8.57)
มาก	14 (40.00)	3 (8.57)	2 (5.71)
ข้อที่ 1.6 อาการประสาทหลอนและหลงผิด			
ไม่มี	4 (11.43)	14(40.00)	24(68.57)
เล็กน้อย	20 (57.14)	16(45.71)	9(25.71)
ปานกลาง	5 (14.29)	5(14.29)	2(5.71)
มาก	6 (17.14)	-	-
ข้อที่ 1.7 อารมณ์ซึมเศร้า			
ไม่มี	19 (54.29)	24(68.57)	28(80.00)
เล็กน้อย	10(28.57)	10(28.57)	6(17.14)
ปานกลาง	3(8.57)	1 (2.86)	1(2.86)
มาก	3(8.57)	-	-

2.6 การประเมินคุณภาพ ในการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา (n = 35) พบว่าการบันทึกทางการแพทย์ ผ่านเกณฑ์การประเมินตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเมื่อพิจารณา

เฉพาะการบันทึกทางการแพทย์ประจำวัน พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่

ลำดับที่ 1 (ข้อ 3) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลกิจวัตรประจำวันที่มีความสอดคล้องครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วยร้อยละ 100.00

ลำดับที่ 2 (ข้อ 4) การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล/ประเมินซ้ำเพื่อการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและ/หรือการวัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญร้อยละ 97.14

ลำดับที่ 3 (ข้อ 11) การบันทึกการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide) มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาทีประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อเวรร้อยละ 94.29

ลำดับที่ 4 (ข้อ 10) การบันทึกการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง เช่น ประเมินความเสี่ยงซ้ำทุกวัน และประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 91.43

ลำดับที่ 5 (ข้อ 6) บันทึก การให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่นข้อมูลการเจ็บป่วยการให้คำปรึกษาการแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นร้อยละ 82.86 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการตรวจประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 35)

ลำดับ	รายการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	การประเมินและรับมีการบันทึกข้อมูลสำคัญเช่น อาการสำคัญ	35	0
	อาการผู้ป่วยแรกพบพร้อมระบุปัญหาครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย	(100.00)	(0.00)
2	จัดลำดับปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการด้านร่างกายและหรือ	30	5
	ด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	(85.71)	(14.29)
3	การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และการดูแลกิจวัตรประจำวัน	35	0
	สอดคล้อง ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย	(100.00)	(0.00)
4	การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล /ประเมินซ้ำที่สัมพันธ์กับอาการ หรือ	34	1
	ปัญหาที่สำคัญ	(97.14)	(2.86)
5	การบันทึกการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล เช่น การเปลี่ยนแปลง	28	7
	ทางด้านร่างกาย พฤติกรรมการรักษาของแพทย์	(80.00)	(20.00)
6	บันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่นข้อมูล	29	6
	การเจ็บป่วยการให้คำปรึกษาการแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ	(82.86)	(17.14)

ตารางที่ 8 ผลการตรวจประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 35) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
7	การบันทึกข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้และการฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว	24 (68.57)	11 (31.43)
8	การบันทึกการวางแผนการพยาบาล มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง และมีจุดมุ่งหมายของการพยาบาลแต่ละกิจกรรม	28 (80.00)	7 (20.00)
9	มีการบันทึกอาการและ/หรือปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูลความรู้และการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้	31 (88.57)	4 (11.43)
10	การบันทึกการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง เช่น ประเมินความเสี่ยงซ้ำทุกวัน และประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม	32 (91.43)	3 (8.57)
11	การบันทึกการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง เช่น ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อแเว	33 (94.29)	2 (5.71)
12	บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีข้อบ่งชี้ในการแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วยแบบประเมิน M.I.N.I. และแบบประเมิน HoNOS	26 (74.29)	9 (25.71)
13	การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง มีการประเมินอาการทางคลินิกด้วยแบบประเมิน (HoNOS) ทุก 1 สัปดาห์และแบบประเมิน MINI- Suicide ทุก 1 เดือน	25 (71.43)	10 (28.57)
14	การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย มีการบันทึกอาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย	34 (97.14)	1 (2.86)
15	บันทึกการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	32 (91.43)	3 (8.57)
16	มีการบันทึกข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	25 (71.43)	7 (28.57)
17	การบันทึกวันเดือนปีและเวลาแรกเริ่มมีการบันทึกวันเดือนปีและเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลอย่างครบถ้วน	34 (97.14)	1 (2.86)
18	มีการบันทึกวันเดือนปีและเวลาชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม	29 (82.86)	4 (17.14)

ตารางที่ 8 ผลการตรวจประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 35) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
19	การบันทึกวันเดือนปีและเวลาก่อนจำหน่ายมีการบันทึกวันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายชัดเจน	31 (88.57)	4 (11.43)
20	การลงลายมือชื่อ มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ของผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด	24 (68.57)	11 (31.43)

2.7 การประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.7.1 กิจกรรมที่ท่านได้รับการดูแล เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วยกิจกรรมอย่างไรบ้าง

กิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับส่วนมากแล้วผู้ป่วยจะบอกว่า ในวันแรกๆที่ได้เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจะถูกแยกออกจากผู้ป่วยอื่นให้อยู่ในห้องซัง (ห้องแยก) เพียงคนเดียว มีคุณหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ชาย มาคอยเฝ้าดูตลอดเวลา แต่หลังจากนั้นประมาณ 3-4 วัน ถึงจะได้มาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่น และได้ไปพูดคุยส่วนตัว (individual counseling) กับพยาบาลในห้องเล็ก ๆ ที่หอผู้ป่วยด้านหน้าโรงพยาบาล (ศูนย์จิตประภัสร์) ก่อนถูกให้ออกจากโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง การงดดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดและเมื่อมีปัญหา ไม่สบายใจ ให้พูดคุยกับญาติหรือบอกคนที่อาศัยอยู่ด้วยทันที

2.7.2 ท่านรู้สึกเช่นไรต่อกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้รับ

ในระยะวันแรกๆที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความรู้สึกโกรธที่ถูกขังอยู่คนเดียว น้อยใจญาติที่ไม่อยู่ด้วย บางครั้งถูกมัดติดเตียง แต่หลังจากอาการดีขึ้น จึงรู้ว่าคุณหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ชาย ทุกคนหวังดีไม่อยากให้เขาทำร้ายตนเองซ้ำอีก การฆ่าตัวตายทำให้คนที่อยู่ด้วยเสียใจ คิดว่ากลับบ้านไม่ทำอีก แต่ยอมรับว่าระยะแรกตนเองควบคุมตัวเองไม่ได้จริง ๆ ความคิดมีแต่อยากตาย พอผ่านพ้นระยะนั้นมาได้ก็ต้องขอบคุณคุณหมอ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ให้การดูแลตลอดเวลา ในภาพรวมผู้ป่วยบอกพึงพอใจกับการดูแลของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุก ๆ คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย “พึงพอใจ คุณหมอดูแลดี พูดคุยให้กำลังใจดีมาก”

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่แรกได้รับผู้ป่วยไว้รักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา โดยการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วย การสัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการจัดประชุมทีมผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย ในเดือนธันวาคม 2560 เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด พัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ฉบับร่างและการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้แนวทางการบันทึกทางการแพทย์ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (หอผู้ป่วยฝ่ายคำและหอผู้ป่วยศรีตรัง) ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามคู่มือที่พัฒนาขึ้นใหม่ แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2561 และประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้มีหน้าที่โดยตรงในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปฏิบัติงานอยู่ที่หอผู้ป่วยฝ่ายคำและหอผู้ป่วยศรีตรังโดยมีคุณสมบัติในการคิดเข้า คือ ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาตามโครงการ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ระหว่างดำเนินการศึกษาจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาได้แก่ คู่มือการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพยาบาลวิชาชีพผู้ดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2) เครื่องมือสำหรับการประเมินผล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และการประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ซึ่งได้รับการชี้แจงแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล การทดลองใช้แบบประเมินตามแนวทางการดำเนินโครงการ และมีคู่มือสำหรับพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการทดลองใช้การบันทึกทางการแพทย์และภายหลังการดำเนินการเสร็จสิ้น คือ ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับระบบการบันทึกทางการแพทย์หลังสิ้นสุดโครงการ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการภายหลังการอบรม คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์สำหรับ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังสิ้นสุดโครงการ และกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Sign-Rank test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.14 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 28.57 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.86 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75.00 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 46.43 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ร้อยละ 78.57

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการอบรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$) โดยก่อนการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ 10.39 คะแนน หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 15.61 คะแนน

ด้านความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) หลังเสร็จสิ้นโครงการพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการมีความคิดเห็นด้วยและเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบมุ่งปัญหา โดยมีความคิดเห็น เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ 1) ทีมผู้ดูแลรักษาทุกคนอ่านระบบบันทึกทางการแพทย์ 2) บันทึกทางการแพทย์แบบ SOAPIE เป็นการบันทึกที่เน้นข้อมูลที่ปัจจุบันมองเห็นได้อย่างชัดเจน 3) ทำให้มีบันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนชัดเจนและต่อเนื่อง 4) บันทึกทางการแพทย์แบบ SOAPIE ทำให้มีการบันทึกการประเมินข้อมูลผู้รับบริการตรงกับความเป็นจริงและ 5) การบันทึกครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล

ความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการก่อนนำความรู้ไปปฏิบัติจริง เพื่อการบันทึกทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อพิจารณาเฉพาะความพึงพอใจระดับมากที่สุด พบว่าด้านเนื้อหาความรู้ที่ได้รับมีความพึงพอใจมากที่สุดว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ร้อยละ 57.14 ด้านสื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ มีความพึงพอใจมากที่สุดว่ามีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้ ร้อยละ 53.57 ด้านรูปแบบการถ่ายทอดความรู้มีความพึงพอใจมากที่สุดว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ร้อยละ 64.29 ด้านวิทยากรมีความพึงพอใจมากที่สุดที่เปิดโอกาสให้สอบถาม/แสดงความคิดเห็น ร้อยละ 53.57 และพึงพอใจมากที่สุดที่ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม ร้อยละ 60.71

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขณะทดลองใช้การบันทึกทางการแพทย์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.86 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 42.86 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 91.34 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.00 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 48.57 มีภูมิลำเนาในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 57.11 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ร้อยละ 48.57 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ร้อยละ 22.86

ผลการศึกษาคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา(n=35) พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลประจำวันผ่านเกณฑ์การประเมินสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ 1) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลกิจวัตรประจำวันที่มีความสอดคล้องครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย 2) การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล /ประเมินซ้ำเพื่อการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและ/หรือการวัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ 3) การบันทึกการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide) มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาทีประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อแวน 4) การบันทึกการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง เช่น ประเมินความเสี่ยงซ้ำทุกวัน และประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและ 5) บันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่นข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาการแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 100.00, 97.14, 94.29, 91.43 และ 82.86 ตามลำดับ

การประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ากิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้ ได้แก่ การจำกัดพฤติกรรมในห้องแยก การดูแลใกล้ชิด การเข้าร่วมกลุ่มบำบัด และคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ด้านความรู้สึกในระยะแรกมีความรู้สึกโกรธที่ถูกขังอยู่คนเดียว น้อยใจญาติที่ไม่อยู่ด้วย บางครั้งถูกมัดติดเตียง แต่หลังจากอาการดีขึ้น จึงรู้ได้ว่าคุณหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยทุกคนหวังดีไม่อยากให้เขาทำร้ายตนเองซ้ำอีก ในภาพรวมผู้ป่วยบอกพึงพอใจกับการดูแลของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุก ๆ คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

2. อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในขั้นตอนการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาของ Lawrence Weed (1987; อ้างใน สุริย์ธรรมิกบรร, 2540) นำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล หรือการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าการบันทึกแบบมุ่งปัญหา มีความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้บันทึกในผู้ป่วยใน ข้อดีของการบันทึกรูปแบบนี้ คือ ทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน(กาญจนา ธานะ,อารีวรรณ กลั่นกลั่น, 2558) สามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สำหรับวิชาชีพพยาบาลด้วยกันเองหรือทีมสุขภาพ ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหาในการศึกษานี้ใช้ระบบ SOAPIE note มีความหมายดังนี้ S: Subjective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ O: Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายและจากเอกสารอื่นๆ A: Analysis การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาP: Plan แผนการรักษาพยาบาล: Interventions การปฏิบัติการพยาบาลและE: Evaluation การประเมินผล การพยาบาลทำให้การบันทึกมีความสอดคล้องกับการบันทึกของจิตแพทย์ เนื่องจากในการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยของแพทย์ก็ใช้รูปแบบ SOAP ในการประเมินอาการและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

ในส่วนของการปฏิบัติและการประเมินผลถึงแม้แพทย์ไม่ได้มีการบันทึกโดยตรง แต่แพทย์ก็ใช้กระบวนการนี้ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วย และมีการประเมินผลการรักษาเมื่อมีการตรวจเยี่ยมอาการของผู้ป่วยในครั้งต่อไป ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ที่แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้มาจากการอ่านบันทึกของพยาบาล และการรายงานอาการผู้ป่วยโดยพยาบาล เนื่องจากแพทย์ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ไม่ทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (ประภาส อุครานันท์ และคณะ, 2558) และเมื่อพิจารณาความสอดคล้องด้านวิชาชีพการพยาบาล พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา มีความครอบคลุมและมีความครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลมากที่สุด ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือการประเมินผู้ป่วย (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ การประเมินผล (Evaluation)

ในด้านเนื้อหาของคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2560) นำมาผสานเข้ากับการบันทึกแบบมุ่งปัญหาให้เกิดความชัดเจนและตรงกับปัญหาของผู้ป่วย กล่าวคือให้มีการระบุข้อมูลสนับสนุนให้ตรงกันกับการระบุปัญหาหรือระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งจากคำพูดของผู้ป่วย (S) และจากพฤติกรรมที่สังเกตเห็น คะแนนจากแบบประเมิน M.I.N.I. หรือแบบประเมิน HoNOS (O) เพื่อนำมาจัดระดับความเสี่ยง (เล็กน้อย ปานกลาง มาก) และกำหนดแผนการพยาบาล (P) และการปฏิบัติการพยาบาล (I) ตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบอกว่า “อยากตาย จะฆ่าตัวตาย” จากการสังเกตพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยพยายามใช้ผ้าปูที่นอนนำไปผูกไว้กับผนังห้องแล้วนำผ้าปูอีกด้านหนึ่งนำมาผูกกับคอตนเอง และเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน HoNOS ข้อ 1.2 (ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) ได้ 4 คะแนน พยาบาลจึงได้กำหนดปัญหาของผู้ป่วยคนนี้ว่า “มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับมาก” และมีการวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก จัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ภายในห้องที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเอง จัดให้มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลใกล้ชิดแบบ 1:1 พยาบาลให้การตรวจเยี่ยมอาการ ทุก 15 นาทีและดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรภายในห้องแยก หรือถ้ามีความจำเป็นต้องทำกิจกรรมนอกห้องก็จัดให้มีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา เป็นต้น การบันทึกทางการพยาบาลที่มีการระบุระดับความเสี่ยงช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความตระหนัก และวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ชัดเจนและตรงกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งในระบบการบันทึกแบบเดิมพยาบาลมักระบุปัญหาผู้ป่วยเป็นกลาง ๆ ว่า “มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” กิจกรรมไม่เจาะจงและไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลสนับสนุนไม่ชัดเจน และไม่สามารถนำมาสนับสนุนเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่ได้บันทึกตาม CPG ส่งผลทำให้การวางแผนการดูแลขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของพยาบาลเป็นรายบุคคลซึ่งบางครั้งพบว่าไม่สอดคล้องกัน และเมื่อทำการประเมินผลการพยาบาลทำให้ไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยว่า มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหรือลดลง (ประภาส อุครานันท์ และคณะ, 2558) ภายหลังการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา นำมาผสานกับแนวทางการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้พยาบาลมีการบันทึกและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรารณา มิ่งมูล และจันทร์ ยี่สุนศรี (2558) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา สำหรับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต มีความครอบคลุมและถูกต้องตามกฎหมายของการบันทึกและพยาบาลมีการรับรู้ว่าการบันทึกมีความสะดวกต่อการนำไปใช้

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลัง การอบรม พบว่าหลังการอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทวดี สุวรรณศรวล และคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาล นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่พบว่า หลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในลักษณะร่วมกัน อภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน มีการยกตัวอย่างการบันทึกและการติดตามตรวจสอบ ทำให้พยาบาลมีความรู้ดีขึ้น และช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ดีขึ้นซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของ Knowles (1978,อ้างในสุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544) ว่าผู้ใหญ่จะเกิดการเรียนรู้ได้ดี กรณีเป็นเรื่องที่ตรงกับความต้องการหรือมีความสนใจ โดยลักษณะการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่ดี คือเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผลจากการให้ความรู้ในการศึกษาค้นคว้านี้ โดยการให้ความรู้ตามคู่มือที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นได้ให้พยาบาลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงปัญหา อุปสรรค ในการบันทึกที่ผ่านมาในอดีต แนวทางการพัฒนางานให้มีคุณภาพไปข้างหน้า ตลอดจนมีการทดลองฝึกปฏิบัติ จากสถานการณ์จำลองที่คณะผู้วิจัยสมมติขึ้นมา ช่วยให้พยาบาลมีความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาทักษะการบันทึกของตนเองในการปฏิบัติงานประจำ และภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดด้านเนื้อหาของการอบรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ วิทยากรเปิดโอกาสให้สอบถามหรือแสดงความคิดเห็น รวมถึงระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสมเป็นต้น

ด้านความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE)หลังเสร็จสิ้นโครงการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการรู้สึกพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา เนื่องจากทีมผู้ดูแลรักษาเห็นความสำคัญและอ่านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างชัดเจน ข้อมูลที่บันทึกมีความชัดเจนและเป็นปัจจุบันตรงตามความเป็นจริงกับสถานะผู้ป่วยตลอดจนมีการประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน ชัดเจน และมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา มั่งมูล (2538) ได้ศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา ในโรงพยาบาลจิตเวชพบว่า รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบมุ่งปัญหาทำให้การบันทึกมีความชัดเจน ด้านการประเมินภาวะสุขภาพและการนำไปใช้ตามแผน และสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทร ธนะพุดินาถ และคณะ(2554) และการศึกษาของอรทัย ห้าวหาญ และคณะ(2559) ที่พบว่าภายหลังมีการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลช่วยทำให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านความชัดเจน ความสะดวก สบายในการนำไปใช้ การบันทึกมีความครบถ้วน กะทัดรัด อ่านได้ใจความ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลด้านการสื่อสารในวิชาชีพเดียวกัน หรือกับสหวิชาชีพและเกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในที่สุด

ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างทดลองใช้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด ผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อแรกรับ ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง และเมื่อทำการติดตามอาการของผู้ป่วยด้วยการประเมินด้วยแบบประเมิน HoNOS เฉพาะหัวข้อที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ

ข้อที่ 1.2 (ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) 1.6 (กลุ่มอาการทางจิต เช่น หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง) และ 1.7 (อาการซึมเศร้า) พบว่า คะแนนของแบบประเมินลดลงตามระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนให้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้นเรื่อยๆ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และเมื่อพยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลจากแบบประเมินมาเป็นข้อมูลสนับสนุนประกอบการให้การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลทำให้พยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายชัดเจนขึ้น และเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2560) ซึ่งวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระดับความเสี่ยง (มาก ปานกลาง เล็กน้อย) ส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัยจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และในระหว่างดำเนินการศึกษาไม่มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ

หลังการนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหาไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างที่ดำเนินการศึกษาโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจำนวน 35 คนเกี่ยวกับการบันทึกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาเฉพาะการบันทึกทางการพยาบาลประจำวัน (nurse note) พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นส่วนใหญ่ ในด้านการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล มีการประเมินซ้ำ เพื่อการเฝ้าระวังอาการหรือปัญหาสำคัญในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide) มีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน HoNOS และตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ใน CPG ทำให้การศึกษานี้มีความตรงตามเกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาลและสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) (2557) ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4 C คือ 1) มีความถูกต้อง (correct) ตรงตามความเป็นจริงตามปัญหา อาการอาการแสดงตามสถานะของโรค และสถานะที่เป็นจริงของผู้ป่วย 2) ความครบถ้วน (complete) มีความสมบูรณ์ครอบคลุมครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่อง 3) ความชัดเจน (clear) มีการเขียนบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษรตัวเลขชัดเจนอ่านง่ายและ 4) ได้ใจความ (concise) มีการบันทึกที่กะทัดรัดได้ใจความตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และชี้บ่งให้เห็นความก้าวหน้าของการพยาบาล ซึ่งภายหลังการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลครั้งนี้ทำให้การบันทึกในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพมากขึ้น และตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลมีแนวทางการดูแลและบันทึกเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความเชื่อมโยงต่อเนื่องจากการส่งต่อและเห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านที่ได้พัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลด้วยกระบวนการที่คล้ายคลึงกัน ส่งผลทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้อาจมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่นำมาศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยแต่ละท่านมีการคัดเลือกรูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน หรือประเภทของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของตนเองมากที่สุด รูปแบบที่เลือกนำมาศึกษา เช่น การบันทึกด้วยรูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) หรือรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) หรือ DAR (Data, Action,

Response) แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะใช้การบันทึกด้วยรูปแบบใด กล่าวโดยสรุปแล้วทุกรูปแบบจะมีความสอดคล้องกันกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนดังกล่าวมาแล้วข้างต้น (อาภรณ์ ทองทิพย์, 2550; พวงเพชร สุริยะพรหม และสุษมัล ด้อยแก้ว, 2553; ปราบธนา มั่งมูล และจันทร ยี่สุนศรี, 2558; อรทัย ท้าวหาญ และคณะ, 2559)

การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งนี ได้นั้นให้พยาบาลมีการบันทึกแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงถึงกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2560) ซึ่งการดูแลมีความเข้มข้นตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงจะถูกจำกัดพฤติกรรมให้อยู่ในห้องแยกใกล้ห้องพยาบาล เพื่อสามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลใกล้ชิดแบบตัวต่อตัวในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องออกไปทำกิจกรรมนอกห้องแยก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะอาการกำเริบรู้สึกโกรธ ไม่พอใจกับกฎระเบียบการดูแลที่เข้มงวดและพยายามต่อต้าน แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบและสามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้มีความรู้สึกที่ดีกับกิจกรรมที่ได้รับว่าเป็นการช่วยเหลือตนเองให้ผ่านพ้นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิตมาได้ จากสถานการณ์ที่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิดของตนเองได้ และมีความปลอดภัยจากพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 ในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้เกิดคุณภาพการบันทึกที่ดี พยาบาลวิชาชีพผู้ทำการบันทึกจำเป็นต้องมี ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบการบันทึกทาง การพยาบาล ด้วยระบบมุ่งปัญหาและแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide :CPG Suicide) เป็นอย่างดีและสามารถผสมผสานความรู้ ความเข้าใจ ในทั้งสองเรื่องรวมกันอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคน (ร้อยเปอร์เซ็นต์) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.1.2 เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพและมีความต่อเนื่อง ควรมีการนิเทศ ติดตามและการสอนงาน ภายในหอผู้ป่วยโดยทีมผู้นิเทศหรือผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้พยาบาล วิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติ สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างกระชับและเฉพาะเจาะจงกับปัญหาความต้องการ เป็นการลดภาระการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ฟุ่มเฟือยและไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง รวมทั้งเป็นการลด ภาระงานที่มีปริมาณมากขึ้นในปัจจุบัน ตลอดจนเป็นการศึกษาปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติและผู้นิเทศทางการพยาบาล

3.1.3 หน่วยงานอื่นทั้งในและนอกกรมสุขภาพจิตที่ต้องการนำคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปใช้ ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับ หลักการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบมุ่งเน้นปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตายในหน่วยงาน เพื่อให้สามารถบันทึกได้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และควรมีการประชุมประเมินผลเป็น ระยะเพื่อให้มีคุณภาพการบันทึกที่ดียิ่งขึ้นไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการขยายผลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้นำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล เพื่อเกิดการบันทึกอย่างเป็นแนวทางเดียวกัน

3.2.2 ควรมีการศึกษากการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด และ/หรือสุรา เป็นต้น เพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นรูปแบบเดียวกันและมีคุณภาพเช่นเดียวกัน

3.2.3 ควรเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นระยะ เพื่อใช้เป็นหลักประกันว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กาญจนา ธาระ, อาวีวรรณ กลั่นกลั่น. บันทึกทางการแพทย์พยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร 2558; 42 (1): 164-70.
- กรมสุขภาพจิต. โครงการประชุมวิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย: ก้าวต่อไปในการเรียนรู้สู่โลกแห่งนวัตกรรม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2549.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: บางกอกบล็อก; 2559.
- กรมสุขภาพจิต. การติดตามประเมินผลโครงการ ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: บางกอกบล็อก; 2561.
- เกษราภรณ์ บรรณวงศ์. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. [การศึกษาอิสระมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. คู่มือแนวทางการบันทึกเวชระเบียนและการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2560.
- จิตรศิริ ชันเงิน. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
- จันทร์ทิรา เจียรณย์. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในเอกสารประกอบการสอน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาพยาบาลศาสตรนครราชสีมา. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2554.
- จินตนา ยูนิพันธ์. บันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมืออาชีพ : ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ . การประชุมวิชาการประจำปี สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2557.
- ณภัทร ธนะพุดินา. ผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว.[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2550.
- ณภัทร ธนะพุดินา, นภาพร แก้วนิมิตชัย, ยุวดี เกตสัมพันธ์. ผลการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน. วารสาร มฉก. วิชาการ 2554; 14 (28): 1-21.
- ณัฐกร จำปาทอง. (บรรณาธิการ) MhGAP intervention guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทางฉบับที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
- ดารารัตน์ หงษ์ทอง. ผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

- ธนิดา หิรัญเทพ, มนัท สูงประสิทธิ์. จิตเวชฉุกเฉิน. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิชัย, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
- บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, มานิต ศรีสุรภานนท์, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, พิเชฐ อุดมรัตน์, อลัน กีเตอร์ และคณะ. ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีแห่งประเทศไทย. 2550; 90 (11): 2487-93.
- ประคอง อินสอน การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
- ประภาส อุครานันท์, วัชนีย์ หัตถพนม, ศักรินทร์ แก้วเหาะ, ณสมพล หาญดี, ขนิษฐา สันทนท์, สิวลี เปาโรหิตย์ และคณะ. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์; 2558.
- ปรารธนา คำมีสินนท์, พรดลิต คำมีสินนท์, พิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย, ไพรวลัย รมชัย. ผลการศึกษาการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช: กรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์; 2560.
- ปรารธนา มั่งมุล. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวช [วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
- ปรารธนา มั่งมุล. จันทร ยี่สุนศรี. การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์แบบมุ่งปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2558.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุรินทร์ คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13(3): 125-35.
- พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์อักษร ; 2554.
- พวงเพชร สุริยะพรหม, สุขุมล ด้อยแก้ว. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน. วารสารกองการพยาบาล 2553; 37(2): 1-14.
- มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอนเทอร์ โพรซ์; 2553.
- ยุวดี เกตส์ัมพันธ์. บันทึกการพยาบาล. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2554.
- เยาวเรศ คุณแก้ว. การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ตักผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2559. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์; 2559.

- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG Suicide). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2560.
- วัชรินทร์ รัตนสาร. ประสิทธิภาพของการเขียนบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
- วิหิต สุวรรณสรกุล, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2559; 43(3): 128-36.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์กรมหาชน) คู่มือแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท; 2544.
- สมภพ เรืองตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การประเมินและการรักษา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2551.
- อรทัย ห้าวหาญ, ภูษิตา อินทรประสงค์, จุฑาธิป ศีลบุตร. ผลการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43(2): 25-43.
- อาภรณ์ ทองทิพย์. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นนทบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.
- Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ. editors. The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press; 1974.
- Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
- Bertalanffy LV. General theory of system: application to psychology. Social Science Information 1967; 6(6): 125-36.
- Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 1988.
- Cutcliffe JR, Barker P. The nurses' global assessment of suicide risk: developing a tool for clinical practice. J Psychiatry Ment Health Nurse 2004; 11(4): 393-400.
- Firestone RW, Firestone LA. Firestone assessment of self-destructive thought. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.

- Frisch CN, Fricsh EL. Psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Albany: Delma Thomson Learning; 2002.
- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing suicide: A national imperative. Washington, DC: The National Academies Press; 2002.
- Lockwood W. Documentation: accurate and legal. Retrieved from <http://www.rn.org/courses/coursematerial-126.pdf> [26 Nov 2017]
- Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Education Research 1977; 2: 49-60.
- Shives RL. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2005.
- Stuart WG, Laraia LM. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2005.

การพิจารณา

ภาคผนวก ก
ประวัติผู้วิจัย

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางวรรณภา แหวดี
 (ภาษาอังกฤษ) Wannapa Haewdee
 - 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
 - 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 - 1.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มการพยาบาล
 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 ถ.ชาตะมุนี อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
 โทรศัพท์ 0-4320-9999, 0868573996
 โทรสาร 0-4322-4722
 - 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครรราชสีมา จังหวัดนครรราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526
 - 1.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2530
2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางภาวิณี สถาพรธีระ
 (ภาษาอังกฤษ) Pawinee Sataporntheera
 - 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
 - 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 - 2.3 สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยผ่ายคำ กลุ่มการพยาบาล
 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 ถ.ชาตะมุนี อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
 โทรศัพท์ 0-4320-9999, 0910532279
 โทรสาร 0-4322-4722
 - 2.4 ประวัติการศึกษา
 - 2.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครรราชสีมา จ. นครรราชสีมา ในปี พ.ศ. 2536
 - 2.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2543
 - 2.4.3 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2561

3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางเพชรรัตน์ มหิตดีไพศาล
(ภาษาอังกฤษ) Petcharat Mahakitpaisan
- 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 3.3 สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999, 0897113788
โทรสาร 0-4322-4722
- 3.4 ประวัติการศึกษา
- 3.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
จ. นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2530
- 3.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปี พ.ศ.
2538
- 3.4.3 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2547
4. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายไพรวลัย รมชัย
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Praiwan Romsai
- 4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 4.3 สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยชงโค กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999, 08-4409-4156
โทรสาร 0-4322-4722
- 4.4 ประวัติการศึกษา
- 4.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2531
- 4.4.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2539
- 4.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2548
- 4.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552
- 4.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา) ผู้วิจัยหลัก จำนวน 10 เรื่อง

4.5.1 การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2550 หน้า 24-35

4.5.2 การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2550 หน้า 390-401

4.5.3 ผลการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 7 ปี 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

4.5.4 การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

4.5.5 ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาศติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

4.5.6 การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 299-316

4.5.7 การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551
หน้า 104-117

4.5.8 ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554

4.5.9 การศึกษาข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555

4.5.10 การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการให้บริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2555

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

คำชี้แจง ขอให้ท่านผู้เชี่ยวชาญได้กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านที่มีต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็น			
	เหมาะสม 1	ไม่แน่ใจ 0	ไม่เหมาะสม -1	ข้อเสนอแนะ
1. ความเป็นมาของการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	✓			
2. วัตถุประสงค์	✓			
3. ขั้นตอนการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	✓			
4. แนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	✓			
5. การบันทึกที่ใหม่	✓			
6. การบันทึกประจำวัน	✓			
7. รายงานปัญหาทางการแพทย์พยาบาลและการประเมินผล	✓			
8. บันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ	✓			
9. ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	✓			
10. แบบประเมินความพึงพอใจและคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	✓			

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อ
คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่					ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3	4	5		
1. ความเป็นมาของการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
2. วัตถุประสงค์	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
3. ขั้นตอนการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	1	1	1	1	0	0.8	ใช้ได้
4. แนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	1	1	1	0	1	0.8	ใช้ได้
5. การบันทึกที่รับใหม่	1	1	1	1	1	1.0	ใช้ได้
6. การบันทึกประจำวัน	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
7. รายงานปัญหาทางการแพทย์พยาบาลและการประเมินผล	1	0	1	1	0	0.6	ใช้ได้
8. บันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จิตเวช โดยทีมสหวิชาชีพ	1	1	0	0	1	0.6	ใช้ได้
9. ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	1	0	0	1	1	0.6	ใช้ได้
10. แบบประเมินความพึงพอใจและคุณภาพการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล	1	1	1	0	1	0.8	ใช้ได้

$$\text{ค่า IOC} = \frac{0.8+0.8+0.8+0.8+1.0+0.8+0.6+0.6+0.6+0.8}{10}$$

$$= \frac{7.6}{10} = 0.76$$

สรุปว่า คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้ได้

**แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล
ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย X ทับหัวข้อที่ถูกต้องที่สุด (ทำในกระดาษคำตอบ)

1. ข้อใดคือ ความหมายที่ถูกต้องที่สุด ของการบันทึกทางการพยาบาล
 - ก. การบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในเวร
 - ข. การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียด
 - ค. การบันทึกกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติโดยครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - ง. ถูกทุกข้อ
2. ข้อใดคือ วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุด ของการบันทึกทางการพยาบาล
 - ก. เพื่อการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
 - ข. เพื่อการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วย
 - ค. เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
 - ง. ถูกทุกข้อ
3. ข้อใดคือ ข้อมูลที่สำคัญที่พยาบาลมีการบันทึกเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล/การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช
 - ก. การซักถามอาการจากผู้ป่วยและญาติ
 - ข. การสังเกตอาการ/พฤติกรรมของผู้ป่วย
 - ค. การตรวจด้วยเครื่องมือหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ง. ถูกทุกข้อ
4. ข้อใดเป็นการบันทึกที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 - ก. เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน)
 - ข. เคยทำร้ายตนเอง (ใน 3 เดือน)
 - ค. มีความคิดและ/หรือวางแผนฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน)
 - ง. เป็นโรคจิตเวช เช่น Schizophrenia, Major Depressive Disorder หรือ Bipolar disorder
5. ข้อใดไม่ใช่ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
 - ก. เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
 - ข. เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล
 - ค. เป็นเครื่องมือวิเคราะห์งานของพยาบาล
 - ง. เป็นข้อมูลสำคัญประกอบการวินิจฉัยของแพทย์

6. การบันทึกในข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ก. การประเมินโดยใช้ 2 คำถาม ใช้สำหรับคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ข. การประเมินด้วย MINI suicide ใช้สำหรับประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อแรกรับและประเมินซ้ำทุก 1 เดือน

ค. การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย MINI suicide ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยประจำวัน

ง. การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย HoNOS ข้อ 1.2 (มีความคิดหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ) ใช้สำหรับการเฝ้าระวังผู้ป่วยทุกวันทุกเวร

7. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ก. การบันทึกรับใหม่ใช้การบันทึกในรูปแบบการบรรยาย

ข. การบันทึกประจำวันใช้การบันทึกในรูปแบบของปัญหา

ค. การบันทึกจำหน่ายใช้การบันทึกในรูปแบบของ check list

ง. ถูกทุกข้อ

8. ข้อใดคือ หลักการสำคัญของการวางแผนการพยาบาล

ก. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความเร่งด่วน ความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย และสามารถปฏิบัติได้

ข. กำหนดวิธีการประเมินผลที่สามารถวัดได้และสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย

ค. การระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังที่ตรงตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของแผนการพยาบาล

ง. ถูกทุกข้อ

9. ข้อใดคือลักษณะของการประเมินผลที่ดี

ก. ระบุวิธีปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ข. ระบุผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย

ค. ระบุกิจกรรมที่ได้กระทำตามแผนที่วางไว้

ง. ถูกทุกข้อ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยนาย ก. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท มีประวัติก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ด้วยอาการพยายามฆ่าตัวตายด้วยการผูกคอตาย แต่ญาติช่วยไว้ทัน การประเมินอาการแรกรับผู้ป่วยบอกได้ยินเสียงแว่วบอกให้ไปตาย และมีความคิดหวาดระแวงว่ามีคนจะทำร้าย ตอนนี้ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จึงให้สังเกตอาการในห้องแยก ขณะอยู่ในห้องแยกผู้ป่วยวิ่งชนผนังลูกกรงจนมีแผลแตกที่หน้าผากยาวประมาณ 1 เซนติเมตร เมื่อพยาบาลประเมินซ้ำผู้ป่วยมีท่าทางสับสน บอกไม่แน่ใจว่าคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ แต่ทำไปตามเสียงสั่ง จากสถานการณ์นี้ใช้ตอบคำถามข้อ 10-12

10. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบันทึกประจำวันตามรูปแบบปัญหาในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล
- ก. S: ไม่แน่ใจเหมือนกันว่ามีความคิดฆ่าตัวตายไหม
 - ข. S: ได้ยินเสียงสั่งบอกให้ไปตาย กลัวคนมาฆ่า
 - ค. S: ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการผูกคอตาย ญาติช่วยเหลือไว้ทัน
 - ง. S: ได้ยินเสียงสั่งให้วิ่งเอาหัวชนลูกกรง
11. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบันทึกประจำวันตามรูปแบบปัญหาในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล
- ก. O: มีรอยเชือกรัดที่ลำคอจากการพยายามฆ่าตัวตายมาที่บ้าน
 - ข. O: มีแผลแตกที่หน้าผากยาวประมาณ 1 ซม. จากการวิ่งชนลูกกรง
 - ค. O: MINI = 4 คะแนน (มีประวัติฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล)
 - ง. O: HoNOS = 4 คะแนน (มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง)
12. การบันทึกประจำวันตามรูปแบบปัญหาในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา ข้อใดมีความสำคัญน้อยที่สุด
- ก. A: เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเนื่องจากมีหูแว่วและหวาดระแวง
 - ข. A: ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต
 - ค. A: เสี่ยงต่อการคิดเชื่อเนื่องจากมีรอยฉีกขาดของผิวหนัง
 - ง. A: ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลที่หน้าผาก
13. การบันทึกประจำวันตามรูปแบบปัญหาในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลข้อใดมีความสำคัญน้อยที่สุด
- ก. P: ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
 - ข. P: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต
 - ค. P: ป้องกันติดเชื้อที่รอยฉีกขาดของผิวหนัง
 - ง. P: ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายเพิ่มขึ้นและอาการปวดแผลลดลง
15. การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบปัญหาที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยคนนี้คือข้อใด
- ก. I: ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ให้ทำกิจกรรมนอกตึกได้ภายใต้การดูแล/เฝ้าระวังของพยาบาล
 - ข. I: ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต
 - ค. I: ตรวจเยี่ยมอาการทุก 30 นาทีเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
 - ง. I: ล้างแผลและดูแลไม่ให้บาดแผลเปื่อยขึ้น
16. การบันทึกการประเมินผลตามรูปแบบปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยคนนี้คือข้อใด
- ก. E: ผู้ป่วยปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตายได้ยินเสียงแว่วนานๆ ครั้ง 1-2 ครั้ง/วัน หวาดกลัวลดลง
 - ข. E: ตลอดระยะเวลาช่วงเวรพยาบาลผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย
 - ค. E: บาดแผลแห้งดีไม่มีบวมแดง pain score = 2 คะแนน
 - ง. E: ถูกทุกข้อ

17. ข้อใดไม่ใช่คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- ก. ต้องสะอาดอ่านง่ายเป็นระเบียบ
- ข. ไม่สามารถขุดลบขีดฆ่าถ้าจำเป็นต้องแก้ไขควรแสดงให้เห็นชัดเจนโดยการเซ็นชื่อกำกับ
- ค. นอกจากนี้รายละเอียดที่แสดงให้เห็นว่าเป็นบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของใคร
- ง. ต้องเขียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์รูปแบบการบันทึกควรง่ายต่อการติดตามข้อมูล

18. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจะประกอบไปด้วย

- ก. ระบุปัญหาของผู้ป่วยที่มีข้อมูลสนับสนุนชัดเจน
- ข. การปฏิบัติการพยาบาลมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยไม่ใช่เขียนในเชิงหลักการกว้างๆเท่านั้น
- ค. การประเมินผลการบันทึกควรครอบคลุมการประเมินกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติและประเมิน

ภาพรวมว่าปัญหาได้รับการแก้ไขมากน้อยเพียงใด

- ง. การบันทึกที่มีคุณภาพต้องเขียนในสิ่งที่ปฏิบัติและปฏิบัติตามที่เขียนเสมอ

19. พยาบาลจะมีการพัฒนาในการบันทึกการพยาบาลได้ดังนี้

- ก. มีทัศนคติต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- ข. มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- ค. พัฒนาระบบการคิดให้สามารถคิดวิเคราะห์คิดเชื่อมโยงคิดเปรียบเทียบได้อย่างรวดเร็ว
- ง. พัฒนาทักษะการเขียนเรียบเรียงการเลือกใช้คำที่สามารถสื่อสารได้อย่างกระชับเข้าใจง่าย

20. การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพก่อให้เกิดประโยชน์อย่างไร

- ก. การแสดงให้เห็นคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย
- ข. การแสดงให้เห็นคุณภาพของการพยาบาล
- ค. บันทึกที่สะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจนภายใต้การใช้กระบวนการ

พยาบาล

- ง. มีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบ SOAPIE

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละช่องคะแนนมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง 2 หมายถึงไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
3 หมายถึงเห็นด้วยกับข้อความนั้น 4 หมายถึงเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		4	3	2	1
1	ท่านสามารถบันทึกได้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล				
2	การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIEเอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับสามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ง่าย				
3	การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIEทำให้มองเห็นปัญหาประเด็นสำคัญของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน				
4	การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIEเป็นการบันทึกที่มีลักษณะมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง				
5	ทีมผู้ดูแลรักษาทุกคนอ่านระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล				
6	บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIEเป็นการบันทึกที่เน้นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมองเห็นได้อย่างชัดเจน				
7	ท่านมีความชื่นชอบระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ SOAPIE				
8	บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIEทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญหรือประเด็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว				
9	ท่านมีความพึงพอใจในระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ SOAPIE				
10	บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบSOAPIEทำให้พยาบาลมีเวลามากยิ่งขึ้นในการดูแลโดยตรงแก่ผู้รับบริการ				
11	ท่านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพได้				
12	ท่านมีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล เพื่อการให้บริการอย่างต่อเนื่อง				

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		4	3	2	1
13	ท่านบันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ให้ท่านสามารถบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง				
14	ท่านบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมได้เหมาะสมและถูกต้องครบถ้วนกับสภาพผู้รับบริการ				
15	ท่านบันทึกการพยาบาลทุกครั้งหลังจากการได้ติดตามและประเมินผลอาการผู้รับบริการหลังได้รับการพยาบาล				
16	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ทำให้ท่านบันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนชัดเจนและต่อเนื่อง				
17	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ท่านบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยทุกราย				
18	ท่านบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้ง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก				
19	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ทำให้ท่านบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน				
20	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ทำให้ท่านบันทึกการประเมินข้อมูลผู้รับบริการตรงกับความเป็นจริง				

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนา / ประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามโครงการของ กรม
สุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ

☐ ต่ำกว่า 20 ปี

☐ 20 - 29 ปี

☐ 30 - 39 ปี

☐ 40 - 49 ปี

☐ 50 - 59 ปี

☐ 60 ปีขึ้นไป

3. ตำแหน่ง

☐ แพทย์

☐ พยาบาล

☐ นักวิชาการสาธารณสุข

☐ นักจิตวิทยา

☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

4. งานที่ได้รับผิดชอบ

☐ งานสุขภาพจิต

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5. หน่วยงานที่สังกัด

☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

☐ โรงพยาบาลศูนย์

☐ โรงพยาบาลทั่วไป

☐ โรงพยาบาลชุมชน

☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

☐ กรม/กองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

☐ กรม/กองนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

☐ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

☐ อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ					
1.1 เหมาะสมทันยุคสมัย					
1.2 เข้าใจง่าย					
1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้					
1.4 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ					
1.5 ตรงกับความต้องการ					
2. สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CD ฯลฯ)					
2.1 ดึงดูดความสนใจ					
2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้					
2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้					
2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้					
3. รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรม การดูงาน การทำ กลุ่ม การทำกิจกรรมค่าย ฯลฯ)					
3.1 ทันยุคสมัย					
3.2 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์					
3.3 เข้าใจง่าย					
3.4 นำไปใช้ได้					
4. วิทยากร					
4.1 สอนตรงกับเนื้อหา					
4.2 สอนเข้าใจง่าย					
4.3 เปิดโอกาสให้สอบถาม/แสดงความคิดเห็น					
4.4 ตอบข้อซักถามตรงประเด็น					
4.5 ความรู้ในเนื้อหาที่บรรยาย					
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม					

แบบประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละช่องคะแนนมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ผ่าน

0 หมายถึง ไม่ผ่าน

ลำดับ	รายการ	ประเมินคุณภาพ	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	การประเมินแรกพบ มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญเช่น อาการสำคัญ หรือ ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลอาการผู้ป่วยพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย		
2	การบันทึกวินิจฉัยทางการแพทย์ / จัดลำดับปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ ด้านร่างกายและหรือด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกพบจนกระทั่งจำหน่าย		
3	บันทึกกิจกรรมการพยาบาล และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสอดคล้อง ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย		
4	บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล / ประเมินซ้ำ เพื่อการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ/หรือวัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ		
5	การตอบสนองการรักษาพยาบาล บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลการรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง		
6	บันทึกการให้ข้อมูลระหว่างการดูแล มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษา ในโรงพยาบาลเช่นข้อมูลการเจ็บป่วยการให้คำปรึกษาการแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ		
7	บันทึกทางการแพทย์ ควรจะมีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้และการฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว		
8	มีการบันทึกที่แสดงให้เห็นถึงการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง และมีจุดมุ่งหมายของการพยาบาลแต่ละกิจกรรม		
9	การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน บันทึกอาการและหรือปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูลความรู้และหรือการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้		
10	การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ควรประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำทุกวัน บันทึกทางการแพทย์และประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย		
11	การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาที ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อแวนโดยบันทึกในแบบประเมิน HoNOS 1,3,7 วันของการรับไว้รักษาเท่านั้น		

ลำดับ	รายการ	ประเมินคุณภาพ	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
12	บันทึกทางการแพทย์บาลมี ข้อบ่งชี้ในการแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานบริการผู้ป่วยใน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงประกอบด้วยประเมิน M.I.N.I. ≥ 17 คะแนนและ HoNOS ข้อ 1.2,1.6,1.7ข้อใดข้อหนึ่งขึ้นไปหรือหมด ทุกข้อ = 4 คะแนน		
13	การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายระดับสูง พยาบาลควรประเมินอาการทางคลินิก ด้วยแบบประเมินสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย (HoNOS) ทุก 1 สัปดาห์และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (MINI- Suicide) ทุก 1 เดือน		
14	การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย บันทึกอาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วย และ หรือผู้ดูแล ก่อนการจำหน่าย		
15	บันทึกการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป		
16	การประสานการดูแลต่อเนื่องบันทึกข้อมูล อาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล		
17	มีการบันทึกวันเดือนปีและเวลา แกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล อย่างครบถ้วน		
18	ในช่วงระหว่างการดูแล มีการบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม		
19	ก่อนจำหน่ายมีการบันทึกวันเดือนปีและเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน		
20	การลงลายมือชื่อบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ของผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด		

แบบประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อ

การดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง : ให้ท่านแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
คำถามมีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่

1. กิจกรรมที่ท่านได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วยกิจกรรมอย่างไรบ้าง
2. ท่านรู้สึกเช่นไรต่อกิจกรรมการดูแล เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้รับ

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

ดิฉัน/ผม ชื่อ.....ตำแหน่ง..... เป็นบุคลากร
ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้รับการ
บันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างสอดคล้องกับปัญหา ตามระดับของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งผลทำให้
การดูแลมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่า
ตัวตายสำเร็จภายในโรงพยาบาล ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/
ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการทดลองใช้ในระบบ โดย
พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการจะมีส่วนร่วมในขั้นตอนการนำแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่
พัฒนาขึ้นใหม่ไปทดลองใช้ในการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือน
มีนาคม 2561

โครงการนี้เสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยจะรักษาความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ถูก
วิจัย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานในภาพรวม โดยจะแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพ
ทราบล่วงหน้าเพื่อให้ความเห็นชอบ ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้หากพบว่าท่านรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจที่เป็น
ผลมาจากการเข้าโครงการท่านมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อ
หน้าที่การงานหรือการประเมินความดีความชอบตามตำแหน่งหน้าที่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่จะถือได้ว่า
ท่านได้ทำคุณประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่จะเกิดขึ้นตามมา

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้วิจัย คือ นางวรรณภา แห้วดี โรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 หมายเลขโทรศัพท์ 043-
209999 ต่อ 63210 (มือถือ) 086-857-3996 ได้ตลอดระยะเวลาที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

วันที่.....

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย
การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย บอกวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยในการร่วมกิจกรรม การติดตามผล สิ่งนี้อาจไม่พึงประสงค์รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด และข้าพเจ้าได้ซักถามจนมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า พอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบการสรุปผลการวิจัยหรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวกับการสนับสนุนและกำกับดูแลวิจัยหรือเป็นบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดความอึดอัดหรือไม่สบายใจซึ่งเป็นผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีให้การปรึกษากับข้าพเจ้าโดยไม่คิดมูลค่าทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางวรรณภา แห้วดี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 043-209999 ต่อ 63210

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการและมีลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ภาคผนวก ค
คู่มือบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คู่มือการบันทึกทางการแพทย์
สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2560

คำนำ

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหลักฐานที่สำคัญที่สามารถใช้เป็นหลักฐานการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนอย่างเข้าใจ คือการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ถูกต้อง กระชับรัดกุม เข้าใจง่ายและมีประสิทธิภาพจะสามารถสะท้อนผลการใช้กระบวนการพยาบาล อันเป็นมาตรฐานทางการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบอันดับแรกของการประกันคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งเป็นเกณฑ์ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการรวมทั้งสามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายได้เป็นอย่างดี

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และได้จัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลทุกระดับ นักศึกษาพยาบาล และผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความทุกข์ทรมาน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและพึงพอใจบริการ ผู้จัดทำขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและพยาบาลทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ได้คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเล่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	1
1. ความเป็นมาของการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล	1
2. วัตถุประสงค์	4
3. ขั้นตอนการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล	4
4. แนวคิดการบันทึกทางการพยาบาล	5
5. การบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	7
5.1 การบันทึกรับใหม่	8
5.2 การบันทึกประจำวัน	15
5.3 รายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการประเมิน	21
5.4 การบันทึกการจำหน่าย	24
บรรณานุกรม	28
ภาคผนวก	29
ก. ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล	30
ข. แบบประเมินความพึงพอใจและคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	47
ค. รายนามที่ปรึกษาและผู้วิจัย	52
ง. การเผยแพร่ผลงานวิจัย	55

บทนำ

1. ความเป็นมาของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญหลายประการ คือ (1) เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในทีมพยาบาลรวมถึงทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วรรณิตปปียากร และคณะ, 2552) (2) เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นหลักฐานทางกฎหมายว่าพยาบาลได้ให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยเหตุผลใด การปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาลได้ปฏิบัติอย่างไร ผลจากการปฏิบัติเป็นอย่างไร และผู้ป่วยตอบสนองต่อการปฏิบัติการนั้นอย่างไร (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล, 2539) (3) เป็นส่วนสำคัญในการบริการทางวิชาชีพที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างการปฏิบัติและการประเมินผล (Lyer and Camp, 1995) ซึ่งการบันทึกที่มีคุณภาพจะสะท้อนระดับคุณภาพปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช เป็นการปฏิบัติตามแนวทางของทฤษฎีการพยาบาลโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการแก้ปัญหา ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีขั้นตอนและเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมที่ดีขึ้น การให้การพยาบาลโดยกระบวนการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานทางการพยาบาล เป็นองค์ประกอบอันดับแรกของการประกันคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งเป็นเกณฑ์ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลได้เป็นอย่างดี การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานที่สำคัญที่สามารถใช้เป็นหลักฐานการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนอย่างเข้าใจ ซึ่งการบันทึกที่มีคุณภาพจะสะท้อนระดับคุณภาพของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย การไม่บันทึกแสดงถึงการ ยังไม่มีการปฏิบัติ (Ellis, 1994)

การบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักการ กะทัดรัด เข้าใจง่าย และมีประสิทธิภาพจะสามารถสะท้อนผลการใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานทางการพยาบาล รวมทั้งบันทึกทางการพยาบาลเป็นบันทึกที่มีความสำคัญทางด้านวิชาชีพ เนื่องจากจะสื่อสารถึงความรู้ความสามารถของพยาบาล เอกสิทธิ์ทางการพยาบาล และคุณภาพทางการพยาบาลด้านความร่วมมือประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกันและบันทึกทางการพยาบาลยังสามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายได้เป็นอย่างดี

ลักษณะการบันทึกที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีลักษณะดังนี้ 1) บันทึกข้อมูลที่เป็นจริง ไม่แปลความหมายตามความรู้สึกของตนเอง 2) มีความถูกต้องทั้งด้านจำนวน เวลา การสะกดคำ การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และการลงชื่อ ตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึก 3) มีความสมบูรณ์ของข้อมูล เป็นปัจจุบัน 4) บันทึกเป็นระบบ ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้อ่านทำความเข้าใจข้อมูลได้ง่าย 5) บันทึกมีความชัดเจน อ่านง่าย สะอาดเป็นระเบียบเป็นเอกสารถาวร 6) เก็บบันทึกเป็นความลับ นอกจากผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

จากสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรด้านการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลปัจจุบันมีรูปแบบการบันทึกเป็นแบบมุ่งปัญหา (Problem oriented charting หรือ SOAPIE) การบันทึกครอบคลุมผู้ป่วยที่ดูแลทุกคน คือมีการบันทึกทางการพยาบาลทุกวัน แต่การบันทึกยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติจริง และบ่งบอกมาตรฐานการพยาบาลที่ไม่ชัดเจน ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลและไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผล

การตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพบว่า การบันทึกทางการพยาบาล ยังขาดความชัดเจนต่อเนื่อง และไม่บ่งบอกมาตรฐานการพยาบาลชัดเจน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลประจำวันอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะเริ่มแรกใช้การบันทึกแบบบรรยาย (narrative charting) พบปัญหาจากการบันทึก คือไม่มีความชัดเจนของการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่ตรงกับปัญหาผู้ป่วยและไม่มีการประเมินผล กล่าวคือพยาบาลมีการบันทึกบรรยายเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นภายในเวรของตนเองเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยไม่ได้ระบุปัญหาชัดเจนว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาคือความต้องการอย่างไรที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องหรือจำเป็นต้องส่งต่อเวร ส่งผลทำให้ไม่ทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและขาดความต่อเนื่องในการดูแลต่อมาจึงได้พัฒนาระบบการบันทึกโดยใช้ระบบ 3 ช่องหรือรูปแบบพาย (PIE charting) ประกอบด้วย ช่องแรกเป็นส่วนของปัญหา อาการ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย (problem) ช่องที่สองเป็นบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (intervention) และช่องที่สามเป็นการประเมินผล (evaluation) พบปัญหาของการบันทึก คือ ในส่วนของปัญหายังใช้การเขียนปัญหาแบบบรรยายทั่วไปไม่ได้ระบุปัญหาอย่างชัดเจน การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลส่วนมากบันทึกเป็นงานประจำ (routine) ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่องหรือไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของปัญหาหรืออาการของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

จนกระทั่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้นำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (problem oriented charting) มาใช้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ปีพ.ศ.2556 เป็นต้นมา ซึ่งการบันทึกแบบมุ่งปัญหานี้ถูกพัฒนาครั้งแรก เพื่อใช้ในวงการแพทย์โดย Lawrence Weed (1987; อ้างใน สุรีย์ ธรรมิกบรร, 2540) ต่อมาจึงมีการนำมาปรับใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล มีหลักการบันทึกตามรูปแบบ SOAPIE มีความหมายดังนี้ 1) S (Subjective data) คือ การบันทึกเกี่ยวกับลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ 2) O (Objective data) คือ การรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลจากการสังเกต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) A (Assessment) คือการนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้ 4) P (Plan) คือการวางแผนการดูแลหรือเป้าหมายการพยาบาล 5) I (Intervention) คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วย และ 6) E (Evaluation) คือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลและผลการรักษา การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีข้อดีช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลและปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และในส่วนของผลการประเมินผลจะช่วยให้ทราบการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย สามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญเพื่อการส่งต่อกันระหว่างพยาบาลในการเฝ้าระวังปัญหาผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีความต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เนื่องด้วยโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณสมบัติตรงตามการได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation:HA) หรือองค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการกำหนดมาตรฐาน (International Organization for Standardization:ISO) ส่งผลทำให้เอกสารสำหรับการบันทึกของพยาบาลหรือแบบฟอร์มต่างๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งต้องใช้เวลาในการจดบันทึก ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีความยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลทำให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงอย่างใกล้ชิดลดลง และการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต้องทำอย่างเร่งรีบและ

ขาดประสิทธิภาพ จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำหน่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG Suicide) ในเดือนตุลาคม 2560 จำนวน 20 แพ้มเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงจำนวน 12 คน ระดับปานกลางจำนวน 5 คน และระดับเล็กน้อยจำนวน 3 คน ด้านการบันทึกทางการแพทย์ พบว่ามีการบันทึกเกี่ยวกับการปัญหา อาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่บันทึกแต่ไม่ครบถ้วนทั้งอาการ การพยาบาล และประเมินผลและไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์การดำเนินงาน คือ การเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับอาเซียน รวมถึงการเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้โดยการสร้างองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อขยายผลใช้ทั่วประเทศ สำหรับสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 6.08, 6.47 และ 6.35 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) และจากการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่าผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 548, 566, 544 ราย มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจำนวน 8, 3 และ 4 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล 1 คน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559) ภายในปี พ.ศ. 2559 จึงมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และได้วางแผนการพัฒนาสมรรถนะทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้ ทักษะในการบำบัดรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้มีความรู้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังมีการปรับโครงสร้างหอผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาให้เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางมากขึ้น โดยกำหนดให้หอผู้ป่วยฝ่ายคำเป็นหอผู้ป่วยในเพศชายที่รับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ในความดูแล หอผู้ป่วยชงโครับผู้ป่วยเพศชายโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมก้าวร้าว หอผู้ป่วยเฟื่องฟ้ารับผู้ป่วยเพศชายที่มีปัญหาจากการใช้สุราหรือสารเสพติด และหอผู้ป่วยศรัทธาซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเพศหญิงเพียงหอผู้ป่วยเดียวของโรงพยาบาล รับดูแลผู้ป่วยหญิงทุกการวินิจฉัยโรคและมีความเสี่ยงทุกประเภท รวมถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งยังเป็นผู้ประสานการดูแลระหว่างผู้ป่วยญาติหรือบุคลากรในวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการสื่อสารกับบุคคลอื่น เพื่อให้ระบบการดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ การบันทึกทางการแพทย์เป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งของพยาบาลในการสื่อสารกับสหวิชาชีพ ทั้งยังเป็นหลักฐานอ้างอิงถึงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย และเนื่องด้วยปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาต่อยอดเพื่อการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการแพทย์ และเนื่องด้วยความต้องการพัฒนางานให้มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ดังนั้นกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และเนื่องด้วยวิสัยทัศน์การดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ต้องการมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแล

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงมีการร่วมกันพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ครั้งนี้ เพื่อการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ สามารถบ่งบอกถึงการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ อย่างเข้าใจ มีคุณภาพและได้มาตรฐานวิชาชีพ แล้วจึงจะนำไปขยายผลสำหรับบันทึกทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2.2 เพื่อสื่อสารให้ผู้ร่วมให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ครอบคลุม มีแนวปฏิบัติเดียวกัน และจะได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมปัญหา ความต้องการและมีความต่อเนื่อง

2.3 เพื่อเกิดการเรียนรู้แนวทางการให้การพยาบาล ค้นหาปัญหาของผู้รับบริการอย่างครบถ้วน

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

- ศึกษาปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- จัดตั้งคณะผู้ดำเนินการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- เขียนโครงการการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุมัติดำเนินงานตามโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ

- ประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างทีมผู้วิจัย เพื่อร่วมกันออกแบบและจัดทำต้นร่าง คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ฉบับร่าง 1
- ส่งคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา เพื่อศึกษาคำวนาคำดัชนีความสอดคล้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
- การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (testing) ดำเนินการโดยส่งคู่มือฉบับร่าง 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน และนักจิตวิทยา 1 คน) ในเดือนธันวาคม 2560 เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแสดงความคิดเห็นในคำถามแต่ละข้อ ซึ่งแต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1 คะแนน

ในกรณีผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือเห็นด้วย แสดงว่ามีความเห็นสอดคล้องหรือตรงกันเกี่ยวกับหัวข้อการบันทึก กรณีแสดงความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่าไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับหัวข้อการบันทึกนั้น หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาคำดัชนีความสอดคล้อง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะทดลองใช้

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการสื่อสารคู่มือบันทึกทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามคู่มือที่พัฒนาขึ้นใหม่ ให้ผู้เข้ารับการอบรมทดลองบันทึกทางการพยาบาลจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ ตลอดจนการศึกษาปัญหาอุปสรรค ในการบันทึกทางการพยาบาลและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

- พยาบาลวิชาชีพนำบันทึกทางการพยาบาลที่ปรับปรุงไปทดลองปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผล

- ประชุมทีมผู้วิจัย เพื่อปรับปรุงแก้ไขคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล ฯ

- สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ ประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบมุ่งปัญหา (SOAPIE) ความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ การประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการประเมินกิจกรรมที่ได้รับการดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการศึกษาปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาลตามคู่มือฯ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้คู่มือบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับสมบูรณ์ ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สำหรับการขยายผลเพื่อนำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาลในโอกาสต่อไป

- จัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับสมบูรณ์และเผยแพร่แก่ทุกหอผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. แนวคิดการบันทึกทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลเป็นการบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน เป็นหน้าที่สำคัญที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสะท้อนการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล ซึ่งหลักของการบันทึกข้อความต้อง กะทัดรัด เป็นไปตามความเป็นจริง มีเหตุผล มีความ ถูกต้องเป็นสำคัญ การบันทึกข้อมูลมีความต่อเนื่อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน และลดความซ้ำซ้อน การบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริงจะต้องแสดงถึงลักษณะสำคัญ ดังนี้

4.1 หลักการเบื้องต้น

4.1.1 การบันทึกทางการพยาบาลต้องแสดงถึงลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาลทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณให้ปรากฏแก่ชุมชน

4.1.2 แสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล

4.1.3 ข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล จะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง

4.1.4 ข้อมูลทางการพยาบาลต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และต้องคงอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถาวร

4.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ

การปฏิบัติใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการกระทำตามขั้นตอนที่มีระเบียบแบบแผน เพื่อประโยชน์ในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการพยาบาลทางจิตเวช เป็นการปฏิบัติให้การพยาบาลในรูปแบบของการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว เริ่มต้นจากการสังเกตและการประเมินผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการพยาบาลได้มาจากทฤษฎีการพยาบาลต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการปรับตัว ซึ่งเน้นการปรับตัวของมนุษย์ เพื่อให้อยู่รอดปลอดภัย ทฤษฎีพัฒนาการ เน้นในเรื่องการเจริญเติบโต และทฤษฎีระบบ (ศรีพินล ดิษยบุตร, 2553) การลำดับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเริ่มจาก 1) การประเมินผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่า เป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้น และปัญหาต้องใช้เวลาในการแก้ไข ลำดับความสำคัญก่อนและหลังของปัญหา 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การให้การพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล (สุนีย์ เกียรติงิ้ว, 2554)

4.2.1 การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นการประเมินสภาพทั่ว ๆ ไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การประเมินจะเริ่มต้นด้วยประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินด้านการแต่งกาย ความสะอาด ทั่วไป ด้านสุขอนามัยเพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินความคิดของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด หรือไม่ ประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดผิดปกตินั้นๆ ต่อไปหรือไม่ มีบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นควบคุมจิตใจของตน ด้วยหรือไม่ การรับรู้ ประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นอย่างไร การรับรู้ที่ผิดปกติที่เรียกว่าประสาทหลอนมีอย่างไร มีเป็นครั้งคราวเป็นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือมีอยู่ตลอดเวลา ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่นอย่างไรบ้างและพฤติกรรมโดยทั่วๆ ไปของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะอารมณ์ที่ราบเรียบ อารมณ์ที่เปลี่ยนเร็ว ในการประเมินอารมณ์และการแสดงออก ควรประเมินโดยอาศัยพื้นฐานด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วย และประเมินอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การใช้สิ่งเสพติด ซึ่งกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยที่มุ่งเน้น การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย และนำข้อมูลที่ได้นำบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ในแบบบันทึกประจำวัน

4.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นข้อความที่สรุปเกี่ยวกับสภาพปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเฉพาะราย ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา ซึ่งได้จาก การนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล และสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ความต้องการ โดยอาศัยความรู้ กรอบแนวคิด ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และบันทึกในแบบฟอร์ม การวางแผนการพยาบาลในหัวข้อข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้แล้ว (การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแกนสำคัญของกระบวนการพยาบาล ช่วยให้เห็นสภาพการณ์ของผู้ป่วยเชิงสุขภาพ)

4.2.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรม หรือกำหนดยุทธวิธีที่ใช้ในการป้องกัน ลด หรือแก้ปัญหของผู้รับบริการตามลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การวางแผนในขั้นแรก หรือระยะแรก ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ ระยะให้การพยาบาลต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย พยาบาลต้องเรียงลำดับความสำคัญก่อนและหลัง พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์ หรือ

ตัวชี้วัดในการประเมินผลไว้ ถ้ามีการวางแผนที่ดี จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาล (วิจิตรากุสมภ์และคณะ, 2554) บันทึกในแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้แล้ว โดยอาศัยความรู้ ทักษะเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล หรือเทคนิคการให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งปัญหาที่สำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว

4.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการทำการกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่ภาวะสุขภาพ กิจกรรมการพยาบาลอาจจะกระทำด้วยตัวพยาบาลให้ผู้ป่วยกระทำ หรือให้ครอบครัวเป็นผู้กระทำตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดแผนการพยาบาลเป็นแนวทาง และบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลในช่องกิจกรรมการพยาบาล

4.2.5 การประเมินผล (Evaluation) ถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการตรวจสอบภายหลัง ที่บอกได้ว่าเป้าหมายการพยาบาล ซึ่งกำหนดไว้ในช่องเกณฑ์การประเมินผลว่าบรรลุความสำเร็จเพียงใด พยาบาลจะประเมินผลความก้าวหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยตามกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ รวมทั้งทบทวนแผนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมาย และบันทึกการประเมินผลการพยาบาลว่าได้รับผลตามเกณฑ์ที่กำหนดครบถ้วน หรือได้ผลไม่ครบถ้วนในช่องการประเมินผล การประเมินผลตามเป้าหมายของพยาบาลนั้น พยาบาลจะประเมินความสำเร็จในการทำงานของตน โดยพิจารณาถึงความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยสังเกตว่า พยาบาลได้ทำตามที่กำหนดไว้หรือไม่ มีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง และได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามความจำเป็น แต่การตัดสินใจที่ดีที่สุดก็คือ ตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติตนเอง (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553)

5. การบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หลักการโดยทั่วไปในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน คือ การบันทึกต้องมีความครอบคลุม ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้รักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ก็ใช้หลักการเดียวกัน ประกอบด้วยการบันทึกกับใหม่ การบันทึกประจำวัน และการบันทึกจำหน่ายหรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และมีเอกสารหรือแบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

5.1 การบันทึกกับใหม่

5.1.1 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่

5.1.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยรับใหม่

5.2 การบันทึกประจำวัน

5.2.1 แบบบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note)

5.2.2 รายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการ

ประเมินผล

5.3 การบันทึกจำหน่าย

5.3.1 แบบบันทึกความก้าวหน้าและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยทีม

สหวิชาชีพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความต้องการพัฒนาเฉพาะแนวทางการบันทึกประจำวัน แต่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงได้นำเสนอทั้งในส่วนของกรบันทึกรับใหม่ และการบันทึกจำหน่ายรวมไว้ด้วย มีรายละเอียดดังนี้

5.1 การบันทึกรับใหม่

5.1.1 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ รวบรวมข้อมูล ชักประวัติญาติ ผู้นำส่ง และหรือผู้ป่วยที่รับไว้รักษา โดยจะบันทึกประวัติผู้ป่วยในแบบฟอร์มแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่ในคอมพิวเตอร์ และพิมพ์เอกสารแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่ เพื่อจัดเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วยทุกราย มีหลักการบันทึกดังนี้

5.1.1.1 หลักการเบื้องต้น

- 1) ใช้แบบบันทึกนี้กับผู้ป่วยในวันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- 2) ให้ระบุตึก ชื่อ สกุล อายุ HN/AN ของผู้ป่วยให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้
- 3) บันทึกข้อมูล เกี่ยวกับ อาการสำคัญนำส่งประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่น ๆ พัฒนาการตามวัย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิตความสัมพันธ์ในครอบครัว จิตวิญญาณ โดยการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยให้ครบทุกหัวข้อ แล้วบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ ให้เสร็จสิ้นอย่างน้อยภายใน 24 ชั่วโมง แต่ถ้ายังไม่สามารถประเมินข้อมูลบางอย่างได้ในเวลานั้น อาจเนื่องมาจากสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น อาละวาด พูดไม่รู้เรื่อง หรือกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ ให้บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังได้เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถให้ข้อมูลได้และให้มีการบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพครบถ้วนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย

5.1.1.2 วิธีการบันทึกแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยรับใหม่ มีดังนี้

- 1) ให้ระบุวันที่ เดือน ปีที่รับไว้รักษา จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา เวลาที่นำผู้ป่วยส่งถึงหอผู้ป่วย
- 2) ให้ระบุชื่อ - สกุล ผู้ให้ข้อมูล และระบุความเกี่ยวข้อง/ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยให้ข้อมูลเอง ให้ระบุว่าเป็น “ผู้ป่วย”
- 3) อาการสำคัญนำส่ง หมายถึง อาการรุนแรง ที่สำคัญที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ให้บันทึกบรรยายสั้น เพื่อระบุอาการเด่น ๆ ที่ญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลประมาณ 2-3 อาการ (เป็นอาการที่รุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ เช่น คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ฯลฯ) และระบุระยะเวลาที่มีอาการเป็นวัน ให้เขียนคำว่า “เป็นมาเรื่อย ๆวัน”
- 4) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษา ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน หมายถึงประวัติการเริ่มเจ็บป่วยทางจิต เช่น ลักษณะของอาการ ความถี่ การรักษาที่ได้รับและผลของการรักษาที่ได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ให้เขียนบรรยายสั้น ๆ กะทัดรัด ได้ใจความ โดยเริ่มตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก ลักษณะอาการ ความถี่ และการรักษาที่ได้รับแต่ละครั้งจากอดีตจนถึงวันนำส่งโรงพยาบาลครั้งนี้

5) ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่นๆ หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย หรือประวัติอื่นๆ นอกเหนือการเจ็บป่วยทางจิตทั้งที่เคยเป็นและกำลังเป็นอยู่ เกี่ยวกับโรคทางกรรมพันธุ์ โรคทางกาย การผ่าตัด อุบัติเหตุ การแพ้ยา การใช้สารเสพติดต่าง ๆ และปัญหาด้านกฎหมาย ถ้าพบว่ามี หรือ ใช้ ให้ระบุรายละเอียดให้ชัดเจนได้ใจความ

6) พัฒนาการตามวัย หมายถึง พฤติกรรม หรือการทําบทบาทของหน้าที่ที่ควรทําได้ ตามความเป็นจริงของแต่ละวัย เช่น

6.1) การตั้งครรภ์/การคลอด หมายถึง ประวัติขณะตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาผู้ป่วย ในกรณีไม่ปกติให้ระบุรายละเอียดว่าเป็นอะไร

6.2) การทําบทบาทหน้าที่ได้ตามวัย หมายถึง บทบาทหน้าที่ตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ เหมาะสมหรือไม่ในแต่ละวัยที่เป็นจริง ถ้าไม่เหมาะสมให้ระบุรายละเอียดด้วยว่า อย่างไร/วัยใด

6.3) การสูญเสีย ให้ถามประวัติการสูญเสียทั้งอดีตและปัจจุบันว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้ระบุรายละเอียดด้วยว่าเรื่องใด/เมื่อใด (ระยะเวลา)

6.4) การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา หมายถึง วิธีการ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจําเพื่อจัดการปัญหาคับข้องใจ หรือ ทำให้เกิดความเครียด ถ้าไม่เหมาะสมให้ระบุรายละเอียดถึงวิธีการและ พฤติกรรม

7) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต หมายถึง ความสนใจในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงบทบาท หน้าที่เดิมไว้ได้ ดังต่อไปนี้

7.1) ประวัติการขาดยาถ้าเคยระบุเหตุผล เพราะอะไร

7.2) ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ถ้าเคยระบุชื่อของโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น

7.3) ประวัติการหลบหนีจากโรงพยาบาล

7.4) ประวัติการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ถ้าเคยให้

ระบุวิธีและระยะเวลาที่เคยกระทำ

8) ความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง ทักษะ ทักษะ ความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว

9) จิตวิญญาณ หมายถึง ความเชื่อ ความศรัทธา ทักษะ ค่านิยม ของครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการรักษา รวมถึงให้รายละเอียดให้ชัดเจนได้ใจความ

10) ท่านยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่ หมายถึง ญาติผู้ป่วยต้องการประเมินความต้องการของญาติในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ายินยอมให้ทำ เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความยินยอม และระบุโรงพยาบาลหรือสถานื่อนามัย ในกรณีไม่ยินยอมให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความไม่ยินยอม

11) ลงชื่อ-สกุล ผู้ให้ประวัติให้ชัดเจน และระบุความเกี่ยวข้อง/ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

12) ลงชื่อผู้ช้กประวัติและตำแหน่ง

ตัวอย่างแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่

1. วันที่แรกรับ.....ครั้งที่.....เวลา.....
 2. ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้อง.....
 3. อาการนำส่งสำคัญ.....
 4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษา.....
 5. ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่น ๆ.....
 - 5.1 โรคทางกรรมพันธุ์.....
 - 5.2 โรคทางกาย.....
 - 5.3 การผ่าตัด.....
 - 5.4 อุบัติเหตุ.....
 - 5.5 การแพ้ยา.....
 - 5.6 การใช้สารเสพติด.....
 - 5.7 ปัญหาทางกฎหมาย.....
 6. พัฒนาการตามวัย
 - 6.1 การตั้งครรภ์/การคลอด.....
 - 6.2 การทำบาบาทหน้าที่ตามวัย.....
 - 6.3 การสูญเสีย.....
 - 6.4 การจัดการกับความเครียด.....
 7. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต
 - 7.1 ประวัติขาดยาทางจิต.....
 - 7.2 การรักษาที่โรงพยาบาลอื่น.....
 - 7.3 การหลบหนีจากโรงพยาบาล.....
 - 7.4 การทำร้ายตนเอง.....
 8. ความสัมพันธ์ในครอบครัว.....
 9. จิตวิญญาน (ความเชื่อ ความศรัทธา ทัศนคติ ค่านิยม ฯลฯ ของครอบครัว).....
 10. ท่านยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่

☐ ยินยอม (ระบุ ชื่อโรงพยาบาล.....)

☐ ไม่ยินยอม
- ลงชื่อผู้ให้ประวัติ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
- ลงชื่อ ผู้ซักประวัติ.....ตำแหน่ง.....

ชื่อ - สกุล	HN
ตึก อายุ ปี	AN

5.1.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยรับใหม่

5.1.2.1 หลักการเบื้องต้น

- 1) ใช้แบบบันทึกนี้กับผู้ป่วยทุกรายในวันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- 2) ให้ระบุตึก ชื่อ สกุล อายุ HN/AN ของผู้ป่วยให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้
- 3) บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา/อาการ/พฤติกรรม (อาการสำคัญนำส่ง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล) กิจกรรมการพยาบาล/การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และการประเมินผล

5.1.2.2 วิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยรับใหม่ในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยรับใหม่ ต้องมีการบันทึกในกรณีผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้ง เมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้ โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

- ช่องที่ (1) ให้บันทึก ชื่อตึกผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน
- ช่องที่ (2) ชื่อ - สกุล ให้บันทึกชื่อ - สกุล โดยระบุคำนำหน้าชื่อผู้ป่วยด้วย เช่น นาย นาง นางสาว อายุให้ระบุจำนวนเต็มเป็นตัวเลขบอกว่าอายุกี่ปี
- ช่องที่ (3) HN ย่อมาจาก Hospital number ให้บันทึกเลขที่หัวไปของผู้ป่วย
- ช่องที่ (4) AN ย่อมาจาก Admission number ให้บันทึกเลขที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 วันเดือนปีที่รับไว้รักษา ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล มีวิธีการบันทึก ดังนี้

- ช่องที่ (5) วันเดือนปีที่รับไว้รักษา มีขั้นตอนการบันทึกมีดังนี้
 - 1) บันทึกวัน เดือน ปีที่รับไว้รักษาในตึกผู้ป่วย
 - 2) เวร..... ให้บันทึกช่วงของเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษา เช่น เวรเช้าให้บันทึกเป็นช่วงเวลาในเวรเช้า คือ 08.00 – 16.00 น.
 - 3) เวลา.....ให้บันทึกเวลาที่ได้รับแจ้งจากงานบริการผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น เวลา 10.00 น.
 - 4) เวลา.....บันทึกเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วย
 - 5) ประเภทผู้ป่วย ให้จำแนกและบันทึกประเภทผู้ป่วยและความต้องการการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยพึงได้รับ เช่น ประเภท 3b หรือ 2b หรือ 1c
- ช่องที่ (6) ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม มีขั้นตอนการบันทึก ดังนี้
 - 1) มีโทรศัพท์แจ้งการรับผู้ป่วยใหม่จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน [] หน้าข้อความงานบริการก่อนและหลังพบแพทย์ หรือเวร on call

2) รับใหม่จากหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ใส่เครื่องหมาย ✓
ใน [] หน้าข้อความที่ OPD. หรือ เวรนอกเวลา

3) ครั้งที่ ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารูปแบบ
ผู้ป่วยใน

4) มาด้วยอาการ ให้บันทึกอาการสำคัญนำส่ง หมายถึง
อาการรุนแรง ที่สำคัญที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ให้เขียนบรรยายสั้นๆ เพื่อระบุดูอาการเด่นๆ ที่
ญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประมาณ 2-3 อาการ (เป็นอาการที่รุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติไม่สามารถดูแลที่
บ้านได้ เช่น คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ฯลฯ) และระบุระยะเวลาที่มีอาการเป็นวัน หรือ
กรณีที่ไม่มีทราบระยะเวลาแน่ชัดหรือมีอาการกำเริบเป็นพักๆ ให้เขียนคำว่า “เป็นมาเรื่อย ๆ 5 วัน”

5) อาการแรกเริ่ม ให้บันทึกอาการที่ได้จากการสังเกต ตรวจ
ร่างกาย สัมภาษณ์ผู้ป่วยแรกเริ่มที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ให้เขียนบรรยายสั้นๆ ได้ใจความ

6) บาดแผล/คดีให้บรรยายลักษณะบาดแผล ตำแหน่ง
บาดแผล ให้ละเอียด หรือกรณีมีคดีความให้ระบุว่าเป็นคดีอะไร ดำเนินการอยู่ในระยะใด

ช่องที่ (7) กิจกรรมการพยาบาล ให้บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาล
ได้กระทำจริงในการบริการรับผู้ป่วยใหม่ดังนี้

1) รับแจ้งการรับผู้ป่วย ให้ลงบันทึกในข้อ (8.1) ชื่อ-สกุล
ผู้ป่วย ระบุค่านำหน้า อาการที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น พฤติกรรม ก้าวร้าว ผ่าตัวตาย ฯลฯ

2) แจ้งทีมการพยาบาลเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย โดยปฏิบัติตาม
P-IP-001

3) ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย/เอกสาร/เวชภัณฑ์ และ
ให้ลงผลการตรวจสอบในข้อ (8.2) ถูกต้อง/ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน
[] หน้าข้อความ

4) ประเมินปัญหาความต้องการเร่งด่วนของผู้ป่วย และให้
การช่วยเหลือเบื้องต้น ให้บันทึกการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่จำเป็น เช่น การให้ยา PRN โดยการบันทึกชื่อ
ยา ขนาด เวลา ที่ให้ด้วย ปากกาแดง และให้ระบุปัญหา/ ผลการช่วยเหลือ (ถ้ามี) ในข้อ (8.3) ด้วยข้อความที่
สั้นๆ กระชับรัดกุม เข้าใจง่าย

5) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดย
การสังเกตและสัมภาษณ์ตามที่พบในแบบบันทึกข้อ (8.4) โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความ
บันทึกประวัติหรือประเมินเพื่อวางแผนจำหน่าย

6) วัดสัญญาณชีพ ให้วัดสัญญาณชีพผู้ป่วยรับใหม่และบันทึก
ผลในข้อ (8.5)

7) ประเมินทิศผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับระยะเวลาอยู่รักษา /
สถานที่/บุคคล /การปฏิบัติตัว/การฝากทรัพย์สิน/การเยี่ยม/การติดต่อกับทางโรงพยาบาลให้บันทึกลงในข้อ
(8.6) ด้านญาติโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความตอบถูกต้องหรือตอบไม่ถูกต้อง กรณีไม่ถูกต้อง
ต้องมีการแก้ไข โดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม และในข้อ (8.7) ด้านผู้ป่วย ตอบถูกต้องหรือตอบไม่ถูกต้อง โดยใส่

เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความตอบถูกต้อง หรือตอบไม่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยไม่พร้อม กรณีตอบ ไม่ถูกต้องต้องมีการแก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม

8) นัดญาติมาเยี่ยมประมาณ 2 สัปดาห์พร้อมให้ใบนัด ให้บันทึกวัน เดือน ปี ที่นัดญาติให้มาเยี่ยมผู้ป่วยในข้อ (8.8)

ช่องที่ (8) การประเมินผล

1) ข้อ (8.1) (8.2) (8.3) (8.4) (8.5) (8.6) (8.7) (8.8) ได้กล่าวไปแล้วในช่องที่ (7) กิจกรรมการพยาบาล

2) ข้อ (8.9) ให้บันทึกชื่อ - สกุล และตำแหน่ง ของผู้บันทึกให้ชัดเจนอ่านง่าย

หมายเหตุ เมื่อเขียนผิด ห้ามลบ ให้เขียนเส้นตรงคร่อมข้อความที่เขียนผิดแล้วเซ็นชื่อกำกับ และเขียนคำที่ถูกต้องต่อท้ายข้อความที่เขียนผิด

ตัวอย่างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยรับใหม่

(5) ว.ค.ป	(6) ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม	(7) กิจกรรมการพยาบาล	(8) การประเมินผล
(5.1)	(6.1) มีโทรศัพท์แจ้งการรับ	(7.1) * รับแจ้งการรับผู้ป่วย	(8.1) [] รับทราบอาการ
(5.2) เวร.....	ผู้ป่วยใหม่จาก [] งานบริการ	(7.2) - แจ้งทีมการพยาบาล	การช่วยเหลือเบื้องต้น (ถ้ามี)
(5.3) เวลา....	ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน		
(5.4) เวลา	[] เวรนอกเวลา	โดยปฏิบัติตามระเบียบ P-IP-001	
(5.5) ประเภท	(6.2) รับใหม่จาก [] OPD	(7.3) ตรวจสอบความถูกต้องของ	(8.2) [] ถูกต้อง/ครบถ้วน
ผู้ป่วย...	[] เวรนอกเวลา	ผู้ป่วย/เอกสาร/เวชภัณฑ์	[] ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
	(6.3) ครั้งที่		- แก้ไขโดยแจ้งงานบริการ
	(6.4) มาด้วยอาการ	(7.4) * ประเมินปัญหาความ	ก่อน/หลังพบแพทย์
		ต้องการเร่งด่วนของผู้ป่วย	(8.3) ปัญหา/ผลการ
		และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น	ช่วยเหลือ
	(6.5) * อาการแรกรับ	(7.5) * ประเมินปัญหาความ	(ถ้ามี) ระบุ
		ต้องการเร่งด่วนของผู้ป่วย	(8.4) ตามแบบ
		โดยการสังเกตและสัมภาษณ์	[] บันทึกประวัติ
		(7.6) * วัดสัญญาณชีพ	[] ประเมินเพื่อวางแผน
			จำหน่าย
			(8.5) T = °C
			P = ครั้ง/นาที
			R = ครั้ง/นาที
			BP = mm Hg.
		(7.7) * ประเมินเหตุผู้ป่วยและญาติ	(8.6) ญาติ [] ตอบถูกต้อง
		เกี่ยวกับระยะเวลาอยู่รักษา/	[] ตอบไม่ถูกต้อง
	(6.6) บาดแผล / คดี	สถานที่/บุคคล/การปฏิบัติตัว/	(8.7) ผู้ป่วย [] ตอบถูกต้อง
		การฝากทรัพย์สิน/การเยี่ยม/	
		การติดต่อกับโรงพยาบาล	[] ตอบไม่ถูกต้อง
			[] ผู้ป่วยไม่พร้อม
			- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
		(7.8) * นัดญาติมาเยี่ยมประมาณ	(8.8) วันที่นัด.....
			(8.9) ลงชื่อ.....
		2 สัปดาห์ พร้อมให้ใบนัด	ตำแหน่ง.....
1) ตึก	(2) ชื่อ - สกุล		(3) HN
	อายุ ปี		(4) AN

5.2 การบันทึกประจำวัน

5.2.1 แบบบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์หมายถึง การบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิด ในการเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วย แบบองค์รวม เพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งหลักของการลงบันทึกข้อความต้องกะทัดรัด เป็นไปตามความเป็นจริง มีเหตุ มีผลและมีความถูกต้องเป็นสำคัญ การบันทึกและรายงานการพยาบาลจะมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง จะต้องแสดงลักษณะสำคัญดังนี้ คือ 1) ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาล ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณให้ปรากฏแก่ทีมสหวิชาชีพ 2) ความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจะต้องบันทึกถึงบทบาทอิสระ 3) ข้อมูลสำคัญทางการแพทย์ จะต้องต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง 4) ข้อมูลทางการแพทย์ต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และต้องคงอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถาวร ซึ่งมีหลักการบันทึก ดังนี้

5.2.1.1 หลักการเบื้องต้น อัลฟาโร (Alfaro, 2006 อ้างถึงใน อภรณ์ทองทิพย์, 2550) ได้ให้แนวทางการบันทึกไว้ ดังนี้

- 1) บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาล ถ้ายังไม่ได้บันทึกการให้การพยาบาลก็ให้บันทึกในงานไว้ก่อน เพื่อกันลืม
- 2) ไม่ว่าจะบันทึกด้วยมือหรือใช้คอมพิวเตอร์บันทึก การดูแลต้องไม่ว่าจะบันทึกด้วยมือหรือใช้คอมพิวเตอร์บันทึกเป็นไปตามขั้นตอนให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการดูแลต้องมีประสิทธิภาพ
- 3) เมื่อบันทึกแล้วให้คิดทบทวนการสะท้อนการดูแลให้คิด โดยใช้ คำถามว่า “ฉันลืมทำอะไรบางอย่าง และจะอย่างไร เปรียบเทียบผู้ป่วยก่อนและหลังการบันทึกเป็นอย่างไร” วิธีนี้จะช่วยให้ถึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว
- 4) บันทึกสิ่งที่สำคัญที่แน่ใจว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว
- 5) บันทึกสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากมาตรฐานหรือที่ผิดปกติ
- 6) ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ตามลำดับเวลา ก่อนหลัง โดยตอบคำถามต่อไปนี้ เกิดอะไรขึ้น เกิดเมื่อไร เกิดอย่างไรและเกิดขึ้นที่ไหน
- 7) บันทึกประเด็นปัญหาที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่ใช้ในการสื่อสารว่า มีอะไรเปลี่ยนแปลงในวันนี้
- 8) บันทึกสิ่งที่เป็นจริงหลักเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาลตัวอย่างที่ผิดเช่น “ผู้ป่วยโกรธและก้าวร้าว” ที่ถูกต้องคือ “ผู้ป่วยตะโกนว่าออกไปให้ห่างจากฉัน”
- 9) ไม่ใช้คำพูดคลุมเครือ เช่น “มีสายระบายน้ำจากแผลหน้าท้องยาวพอประมาณ” ที่ถูกต้องคือ “แผลหน้าท้องมีสายระบายน้ำสีชมพูยาวประมาณ 6 เซนติเมตร”

- 10) บันทึกข้อความสั้นกะทัดรัด ไม่ต้องเขียนประโยคที่สมบูรณ์ อาจใช้คุณศัพท์คำย่อที่เป็นที่ยอมรับ
- 11) บันทึกชื่อ นามสกุล ผู้บันทึกหลังรายการบันทึกที่จบแล้ว
- 12) เมื่อลืมนบันทึกบางอย่างให้รับบันทึกทันทีที่นึกได้ต่อท้ายรายการที่อื่น แล้วบอกว่าเกิดขึ้นเมื่อใด ต่อด้วยคำว่า เพิ่มเติมภายหลัง (late entry)

5.2.1.2 มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ถือว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาลและยึดถือกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก สามารถสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาของผู้รับบริการ ผลที่เกิดขึ้น การบันทึกที่ดีตรงกับความเป็นจริง ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการเพื่อนำมาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลต่อไป (สำนักการพยาบาล, 2550)

1) ถูกต้องตามความเป็นจริง (Correct) แยกแยะข้อมูลด้านอัตนัยและปรนัย อย่างชัดเจน เขียนรายงานไม่คลุมเครืออ่านแล้วเข้าใจทันที เขียนตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถสังเกตได้ เช่น การได้ยิน ได้กลิ่น และสัมผัส หลีกเลี่ยงความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก ใช้ภาษาสื่อสารชัดเจน บันทึกตามแบบฟอร์มอย่างเหมาะสม ลงชื่อผู้บันทึกพร้อมตำแหน่งทุกครั้ง

2) ข้อความกะทัดรัดได้ใจความ (Conciseness or Brief) ถูกต้องแม่นยำ อ่านเข้าใจง่าย ใช้คำที่ให้ความหมายชัดเจน ที่เป็นการกระทำโดยตรงหลีกเลี่ยงการใช้คำที่ฟุ่มเฟือย มีความสมบูรณ์และครบถ้วนทุกช่อง ในแบบบันทึกครบทุกแผ่นตามที่สถาบันนั้น ๆ กำหนดไว้ครอบคลุมทุกประเด็นต่าง ๆ ตามสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต

3) มีความชัดเจน (Clear) บันทึกข้อมูลครบถ้วนและมีรายละเอียดชัดเจนในการใช้คำย่อ การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ควรใช้คำที่เป็นสากล ยอมรับและเข้าใจโดยทั่วกันคนในทีมสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจได้ชัดเจน การใช้คำหรือตัวเลขถูกต้อง หลีกเลี่ยงการบันทึกคำที่มีความหมายกว้างๆ ไม่เฉพาะเจาะจง ควรใช้คำว่า ทำอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และบ่อยครั้งแค่ไหน

4) ความเป็นปัจจุบัน (Correctness) การเขียนข้อมูลเป็นปัจจุบันระบุเวลาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละกิจกรรมและควรบันทึกเรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละเหตุการณ์ เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน บันทึกหลังเหตุการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ บันทึกควรมีการปรับตามสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ไม่บันทึกไว้ล่วงหน้าก่อนการปฏิบัติ ผู้ป่วยหนักต้องมีการเขียนรายงานเป็นระยะ ๆ

5) เป็นหมวดหมู่ (Organization) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูล เป็นหมวดหมู่ ได้แก่

5.1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Subjective Data)

5.2) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต (Objective Data)

5.3) การประเมินปัญหา (Assessment)

5.4) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

5.5) บันทึกการประเมินผลการพยาบาล

(Evaluation)

6) เป็นความลับ (Confidentiality) ไม่เปิดเผยให้กับบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ ควรตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและหลักของกฎหมาย

7) เขียนด้วยหมึกสีดำหรือสีน้ำเงิน อ่านง่าย ชัดเจนไม่ใช้ภาษาพูด ถ้าเขียนผิด ชีดเส้นผ่าน 1 เส้นแต่ยังเห็นข้อความเดิม ไม่ลบข้อความที่เขียน เขียนคำถูกเหนือคำผิดนั้น เขียนชื่อกำกับในข้อความนั้นๆ ในแต่ละแผ่นของรายงานต้องเขียนชื่อ- สกุลผู้ป่วยให้เรียบร้อย การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักประกันของคุณภาพการพยาบาลอย่างหนึ่ง เพราะหากไม่มีการบันทึกทางการพยาบาลก็เปรียบเสมือนไม่มีการปฏิบัติ การบันทึกทางการพยาบาลจึงถือเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับพยาบาล เป็นสิ่งที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล กล่าวคือถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง จะประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี นอกจากนี้ยังสามารถใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นข้อมูลในการศึกษา

5.2.1.3 การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem oriented record)

การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการเป็นหลัก ผู้เริ่มระบบนี้เมื่อปี ค.ศ. 1987 คือ นายแพทย์ Lawrence Weed โดยนำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาได้มีการนำมาปรับใช้ในวงการพยาบาล

1) องค์ประกอบสำคัญ การบันทึกระบบนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ

1.1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นจากการประเมินผู้รับบริการ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย Subjective data และ Objective data

1.2) รายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และนำมาเรียงลำดับความสำคัญ วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน รอได้ หรือแก้ไขแล้ว

1.3) แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการวางแผน การแก้ไขปัญหาตามที่ระบุไว้โดยพิจารณาตามความรุนแรง เร่งด่วนของปัญหา

1.4) การบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการ (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

2) รูปแบบการบันทึก ใช้ระบบ SOAP note และพัฒนาเป็น SOAPIE note คือ

2.1) S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการมักบันทึกในลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการ (Patient statement)

2.2) O (Objective data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การตรวจร่างกายและแจกเอกสารอื่น ๆ (nurse observations)

2.3) A (Analysis) คือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่ายังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง

2.4) P (Plan) คือแผนการรักษาพยาบาล ต่อมาผู้
ดัดแปลง คือ strategy for relieving the patient's problems, including short- and long-term
actions, patient's goals ถึงแม้ว่าระบบการบันทึกนี้จะถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ แต่
พยาบาลก็นำเอาระบบนี้มาใช้โดยปรับปรุงให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แต่ยังคง
ขั้นตอนของการประเมินผลเพื่อให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลทางการพยาบาลได้นำมา
ปรับปรุงให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเพิ่มเติม PIE เป็น SOAPIE ดังนี้

2.5) I (Interventions) คือการปฏิบัติการพยาบาลต่อ
ผู้รับบริการ (nurse's responses)

2.6) E (Evaluation) คือ การประเมินผลการ
พยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล (patient outcome)

3) ข้อดีของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา

3.1) ทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการ
ประสานงานในการทำงาน

3.2) ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว

4) ข้อเสียของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา

4.1) การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือ สนใจจาก
สาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจึงจะได้รับประโยชน์เต็มที่

4.2) ถ้าการดูแลผู้รับบริการแยกออกเป็น ส่วน ๆ และไม่
คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา

5.2.1.4 วิธีบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล ให้พยาบาลวิชาชีพ บันทึกทางการพยาบาลใน
กรณีดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยให้บันทึกให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึก
นี้ โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

ปัจจุบัน
ช่องที่ (1) ตีกรให้บันทึกชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล

ช่องที่ (2) ชื่อ - สกุล ให้บันทึกชื่อ - สกุล โดยระบุคำนำหน้าชื่อ
ผู้ป่วยด้วย เช่น นาย นาง อายุให้ระบุเป็นจำนวนเต็มเป็นปี

ช่องที่ (3) HN ย่อมาจาก Hospital number ให้บันทึกเลขที่ทั่วไป
ของผู้ป่วย

ช่องที่ (4) AN ย่อมาจาก Admission number ให้บันทึกเลขที่รับ
ไว้รักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 วัน เดือน ปี/ปัญหา อาการ พฤติกรรม/กิจกรรมการพยาบาล/
การประเมินผล

ช่องที่ (5) บันทึกวัน เดือน ปีขั้นตอนการบันทึกมีดังนี้

- กรณีที่อาการผู้ป่วยค่อนข้างคงที่ให้บันทึกช่วงของเวลา เช่น กรณีเฝ้าไข้ให้บันทึกเป็นช่วงเวลาในเฝ้าไข้คือ 08.00-16.00 น.

- กรณีผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงชัดเจนให้บันทึกเวลาที่เกิดอาการ เช่น เวลา 10.00 น. ลงในช่อง ว. ค. ป.

- บันทึกประเภทของผู้ป่วยตามการจำแนกประเภท (ตาม ภาคผนวก 1) เพื่อประเมินความสำคัญของความต้องการการพยาบาล

ขณะนี้ ช่องที่ (6) - ปัญหา / อาการ / พฤติกรรม มีขั้นตอนการบันทึก

- บันทึกปัญหา / ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ตรงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแผนการพยาบาล

- บันทึกข้อมูลสนับสนุนที่ประเมินได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย/จากการสังเกตหรือตรวจสอบของพยาบาลลงในช่อง ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- การบันทึกปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

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

ช่องที่ (8) การประเมินผล ให้บันทึกผลการตอบสนองของผู้รับบริการต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับลงในช่องการประเมินผล เมื่อบันทึกเสร็จสิ้นในแต่ละครั้งแล้วมีช่องว่างเหลืออยู่ให้ขีดเส้นตรงคร่อมช่องว่างในช่องการประเมินผลที่เหลืออยู่นั้นแล้วให้ผู้บันทึกลงชื่อ และตำแหน่ง ให้ชัดเจน อ่านง่าย

5.3 รายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการประเมินผล

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การประเมินสภาพจิต หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) นำมากำหนดเป็นปัญหา/อาการ/พฤติกรรม หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ในแบบฟอร์มรายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการประเมินผล มีหลักการบันทึกดังนี้

5.2.1.1 หลักการเบื้องต้น

- 1) ใช้แบบบันทึกนี้กับผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย
- 2) ให้ระบุตึก ชื่อ สกุล อายุ HN/AN ของผู้ป่วยให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้
- 3) บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ ลำดับรายการปัญหาสำคัญที่พบก่อนหลัง รายการปัญหา/อาการ/พฤติกรรมหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วันเริ่มต้น/สิ้นสุด (ระบุชื่อผู้วางแผน) ผลการประเมิน (ระบุชื่อผู้ประเมิน) และหมายเหตุ (ถ้ามี)

5.2.1.2 วิธีบันทึกรายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการประเมินผล

การบันทึกรายการปัญหาทางการพยาบาล ให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกเพื่อวางแผน ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุก 1 สัปดาห์ หรือเมื่อพบปัญหาหรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ให้บันทึกให้ครบสมบูรณ์ทุกครั้งเมื่อเริ่มใช้แบบบันทึกนี้ โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

- ช่องที่ (1) ตึกให้บันทึกชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน
- ช่องที่ (2) ชื่อ - สกุล ให้บันทึกชื่อ - สกุล โดยระบุคำนำหน้าชื่อผู้ป่วยด้วย เช่น นาย นาง อายุให้ระบุเป็นจำนวนเต็มเป็นปี
- ช่องที่ (3) HN ย่อมาจาก Hospital number ให้บันทึกเลขที่ทั่วไปของผู้ป่วย
- ช่องที่ (4) AN ย่อมาจาก Admission number ให้บันทึกเลขที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ลำดับที่ รายการปัญหา/อาการ/พฤติกรรมหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วันเริ่มต้น/สิ้นสุดของปัญหา และการประเมินผล ให้บันทึกให้ทุกครั้งที่พบปัญหาหรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือให้บันทึกทุก 1 สัปดาห์ในกรณีผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการบันทึกดังนี้

- ช่องที่ (5) บันทึกลำดับที่ของปัญหา เรียงลำดับมาเรื่อยๆตั้งแต่วันแรกรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ช่องที่ (6) บันทึกรายการปัญหา/อาการ/พฤติกรรมหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วนหรือให้ต้องการดูแลต่อเนื่อง (ในแต่ละครั้งที่บันทึกอาจกำหนดมากกว่า 1 ปัญหาแล้วแต่อาการผู้ป่วย)

ช่องที่ (7) บันทึกวันเริ่มต้นปัญหาในวันแรกที่พยาบาลประเมินพบปัญหาของผู้ป่วย และกำหนดระยะเวลาที่คาดว่าปัญหาจะยังคงอยู่ จนกระทั่งสิ้นสุดปัญหา (ส่วนมากกำหนดเป็นรายสัปดาห์)

ช่องที่ (8) การประเมินผล ให้บันทึกผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความยุติปัญหาในกรณีที่ปัญหาได้รับการแก้ไขและหมดไป หรือทำเครื่องหมายหน้าข้อความปัญหายังคงอยู่ในกรณีที่ปัญหายังไม่หมดไปและผู้ป่วยยังต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ช่องที่ (9) การบันทึกอื่นๆ เช่น ในกรณีปัญหายังคงอยู่ให้กำหนดช่วงระยะเวลาการเฝ้าระวังในต่อเนื่อง ซึ่งส่วนมากกำหนดเป็นรายสัปดาห์เช่นเดียวกัน แล้วจึงทำการประเมินซ้ำในภายหลัง

ตัวอย่างแบบฟอร์มรายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการประเมินผล

(5) ลำดับ	(6) รายการปัญหา/อาการ/พฤติกรรม หรือวินิจฉัยทางการพยาบาล	(7) วันเริ่มต้น/สิ้นสุด (ระบุชื่อผู้วางแผน)	(8) ผลการประเมิน (ระบุชื่อผู้ประเมิน)	(9) หมายเหตุ
1		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
2		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
3		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
4		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
5		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
6		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
7		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
8		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
9		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
10		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
(1) ตึก	(2) ชื่อ-สกุล อายุ ปี	(3) HN (4) AN		

รหัสเอกสาร F-IP.....R.....ประกาศใช้..... (ฉบับทดลอง)

5.4 การบันทึกจำหน่าย

5.4.1 การบันทึกความก้าวหน้าและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพผู้ป่วย

การบันทึกความก้าวหน้าและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพผู้ป่วย เริ่มการบันทึกโดยแพทย์ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะเริ่มต้นเป็นผู้บันทึกปัญหา การวางแผนช่วยเหลือ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพหรือทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะบันทึกการดูแลหรือให้การดูแลช่วยเหลือ หรือกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

ช่องที่ (1) ให้บันทึกชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน เช่น หอผู้ป่วยฝ่ายคำ

ช่องที่ (2) ชื่อ - สกุล ให้บันทึกชื่อ - สกุล โดยระบุคำนำหน้าชื่อผู้ป่วยด้วย เช่น นาย นาง นางสาว กรณีผู้ใช้บริการมีชั้นยศ ให้บันทึกชั้นยศนำหน้าชื่อ-สกุล ด้วยชื่อชั้นยศอาจบันทึกชื่อเต็มหรือใช้ตัวย่อสากลของชั้นยศก็ได้ กรณีผู้รับบริการเป็นสมณะเพศ ให้ระบุประเภทของสมณะเพศนำหน้าชื่อ-สกุลผู้ใช้บริการ เช่น พระภิกษุ สามเณร ภิกษุณี บาทหลวง เป็นต้น ตัวอย่างเช่น พระภิกษุสง่า สุขสม

ช่องที่ (3) HN ย่อมาจาก Hospital number ให้บันทึกเลขที่ตัวไปของผู้ป่วย เลขประจำตัวของผู้ป่วยที่ทางโรงพยาบาลออกให้

ช่องที่ (4) AN ย่อมาจาก Admission number ให้บันทึกเลขที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล นับจากผู้ป่วยนอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อปี

ช่องที่ (5) วันที่พบปัญหา ให้บันทึกวันเดือนปีที่พบปัญหาหรือการทำกิจกรรม/มีอาการเปลี่ยนแปลง

ช่องที่ (6) ปัญหา ให้บันทึกเกี่ยวกับปัญหา/อาการ/กิจกรรม โดยการบันทึกข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ต้องการทำกิจกรรมนั้นๆ สภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

ช่องที่ (7) การวางแผน/ช่วยเหลือ ให้บันทึกกิจกรรมการดูแลที่พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพได้ทำให้กับผู้ป่วย โดยการบันทึกข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ แล้วลงชื่อให้อ่านออกและระบุวิชาชีพ

ช่องที่ (8) สรุปผลการช่วยเหลือ ให้บันทึกผลการตอบสนอง อาการของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ได้รับ แล้วลงชื่อผู้บันทึกให้อ่านออกและระบุวิชาชีพ

ช่องที่ (9) สรุปผลการรักษาโดยรวม ให้บันทึกในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยโดยให้พยาบาลบันทึกข้อมูลในส่วนของสรุปผลการรักษาโดยรวม ดังนี้

1) ปัญหาที่พบขณะอยู่โรงพยาบาล หมายถึง การบันทึกอาการ และอาการแสดงที่ปรากฏตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่าย

2) การดูแลรักษาหมายถึง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษา อาการ และอาการแสดงที่เกิดขึ้นหลังให้การพยาบาล เช่น การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งการเขียนปัญหาและแผนการพยาบาลจะต้องเขียนไปก่อน จึงจะเปลี่ยนเป็นการสรุปความก้าวหน้าของการพยาบาลแต่ละวันไปจนกระทั่งจำหน่ายได้

3) ผลการดูแลรักษา หมายถึง การบันทึกสรุปผลการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และแผนการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการสอน การให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย การบันทึกประเด็นสำคัญของการให้คำแนะนำ/สอน/ให้คำปรึกษาที่สอดคล้องและสัมพันธ์

4) แผนการดูแลต่อเนื่อง/ส่งต่อ (ถ้ามี) หมายถึง กิจกรรมการนัดผู้ป่วย โดย ระบุวันเดือนปีและเวลา รวมทั้งสถานที่ในการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: บางกอกบล็อก; 2559.
- กองการพยาบาล. คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล. การควบคุมคุณภาพการพยาบาล เล่ม 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2559. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2559.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2560. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2560.
- วรรณิ์ ตปนิยากร และงานนิตย รัตนากุล. การวางแผนและการบันทึกทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โอกรูปเพรส ; 2552
- วิจิตรา กุสมภ์, อรุณี เสงยศมาก, ผศ.กาญจนา ศิริบุญและลดาพร ทองสง. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก. บริษัทพิพิธการพิมพ์; 2554
- ศรีพิมล ดิษยุบุตร. สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- สุนิย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2554
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2550
- อาภรณ์ ทองทิพย์. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาลจังหวัดเชียงรายวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ไม่ได้ตีพิมพ์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี ; 2550
- Alfero – Lefevre, Rosalinda. (2006). Applying Nursing Process: a tool for critical thinking. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Eillis , N. Nursing : A Human Needs Approach. 5 th ed. Philadelphia : J. B.Lippincott. ; 1994)
- Lyer, P.W. and Camp, N.H. (1995). Nursing Document : A Nursing Process Approach 2nd ed. St. Louis : C.V. Mosby.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. Fundamental of Nursing St. Louis : Mosby. ;2005

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างบันทึกทางการแพทย์

ตัวอย่างแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่ (ซึมเศร้า)

1. วันที่แรกรับ 11 ตุลาคม 2559 ครั้งที่ 3 เวลา 19.00 น.
2. ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ นางสาวสวย นามสกุล ไม่มีสุข เกี่ยวข้องเป็น มารดา
3. อาการนำส่งสำคัญ สีหน้าเศร้าหมอง ไม่อยากมีชีวิต พยายามผูกคอตนเองที่บ้าน เก็บสะสมอาวุธและของมีคม เป็นมากก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน
4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษา มีประวัติเจ็บป่วยมา 2 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง ก่อนมาโรงพยาบาล มีเรื่องทะเลาะกับมารดาต้องการให้เลิกกับแฟน รู้สึกเครียด พยายามฆ่าตัวตาย โดยการผูกคอตนเก็บสะสมอาวุธไว้ทำร้ายตนเอง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
5. ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่น ๆ
 - 5.1 โรคทางกรรมพันธุ์ ปฏิเสธ
 - 5.2 โรคทางกาย ปฏิเสธ
 - 5.3 การผ่าตัด ปฏิเสธ
 - 5.4 อุบัติเหตุ ปฏิเสธ
 - 5.5 การแพ้ยา ไม่เคยแพ้ยา หรือสารเคมีอื่นๆ
 - 5.6 การใช้สารเสพติด ปฏิเสธ
 - 5.7 ปัญหาทางกฎหมาย ไม่มีปัญหาด้านกฎหมาย
6. พัฒนาการตามวัย
 - 6.1 การตั้งครรภ์/การคลอด มารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติที่โรงพยาบาล
 - 6.2 การทำบทบาทหน้าที่ตามวัย เหมาะสมตามวัย
 - 6.3 การสูญเสีย มารดาต้องการให้เลิกกับแฟนหนุ่ม ได้เสียกันแต่ไม่ได้แต่งงาน แฟนติดยาเสพติด
 - 6.4 การจัดจัดการกับความเครียด เก็บกด ไม่เล่าให้ใครฟัง
7. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต
 - 7.1 ประวัติขาดยาทางจิตไม่เคยขาดยา
 - 7.2 การรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ไม่เคยรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
 - 7.3 การหลบหนีจากโรงพยาบาล ไม่เคยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล
 - 7.4 การทำร้ายตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามผูกคอตายก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน
8. ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยขัดแย้งกับมารดา มีปัญหาทะเลาะกันบ่อยๆ
9. จิตวิญญาณ (ความเชื่อ ความศรัทธา ทศนคติ ค่านิยม ฯลฯ ของครอบครัว) นับถือศาสนาพุทธ
10. ท่านยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่

☐ ยินยอม (ระบุ ชื่อโรงพยาบาล เขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น)

☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อผู้ให้ประวัติ.....นางสาวสวย ไม่มีสุข.....เกี่ยวข้องเป็น.....มารดา.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ซักประวัติ นางสาวรรณา สุขสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ติก ศรีตรัง	ชื่อ - สกุล นางสาวสวย ไม่มีสุข	HN 0022
	อายุ 25 ปี	AN 59 - 003

ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยรับใหม่ (ซึมเศร้า)

ว.ค.ป	ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
11 ต.ค. 59	มีโทรศัพท์แจ้งการรับผู้ป่วยใหม่จาก	- รับแจ้งการรับผู้ป่วย	รับทราบอาการ/การช่วยเหลือ
เวลา 16-24 น.			เบื้องต้น (ถ้ามี)
เวลา 19.00 น.	[] งานบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	- แจ้งทีมการพยาบาล	
	[v] เวรนอกเวลา	โดยปฏิบัติตามระเบียบ P-IP-001	
เวลา 19.30 น.	รับใหม่จาก [] OPD	- ตรวจสอบความถูกต้อง	[] ถูกต้อง/ครบถ้วน
	[v] เวรนอกเวลา	ของผู้ป่วย/เอกสาร/เวชภัณฑ์	[] ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
			- แก้ไขโดยแจ้งงานบริการก่อน/ หลังพบแพทย์
ประเภทผู้ป่วย	ครั้งที่ 3	- ประเมินปัญหา/ความต้องการเร่งด่วน	ปัญหา/ผลการช่วยเหลือ
3b	มาด้วยอาการ	ของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น	(ถ้ามี) ระบุ.....
	สีหน้าเศร้าหมอง ไม่อยากมีชีวิต	- ให้ยา Haloperidol 5 mg muscle	- ยังมีสีหน้าเศร้าหมอง หลบนอน
	พยายามผูกคอตเองที่บ้าน เก็บ	pm เวลา 20.15 น.	บนเตียง น้ำตาซึม ถามไม่ตอบ
	สะสมอาวุธและของมีคม เป็นมานาน	- จำกัดพฤติกรรมในห้องแยก	ไม่สนใจกิจวัตร ต้องกระตุ้นซ้ำๆ
	3 วัน	- มอบหมายให้ผู้ป่วยช่วยเหลือดูแล 1:1	
	- อาการแกร็บ	- ประเมินปัญหา/ความต้องการเร่งด่วน	ตามแบบ
	หน้าตาเศร้าหมอง ถามไม่ตอบ นิ่งก้ม	ของผู้ป่วยโดยการสังเกตและสัมภาษณ์	[] บันทึกประวัติ
	หน้า ไม่สบตาขณะพูดคุยกับพยาบาล		[] ประเมินเพื่อวางแผนจำหน่าย
		- วัดสัญญาณชีพ	T = 37.5 °C
			P = 82 ครั้ง/นาที
			R = 24 ครั้ง/นาที
			BP = 100/60 mm Hg
		- ประเมินปัญหา/ความต้องการเร่งด่วน	ญาติ [v] ตอบถูกต้อง
		เกี่ยวกับระยะเวลาอยู่รักษา/สถานที่/	[] ตอบไม่ถูกต้อง
		บุคคล/การปฏิบัติตัว/การฝากทรัพย์สิน	- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
		/การเยี่ยม/การติดต่อกับโรงพยาบาล	ผู้ป่วย [] ตอบถูกต้อง
			[] ตอบไม่ถูกต้อง
			[v] ผู้ป่วยไม่พร้อม
			- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
	ขาดแคลน / คดี	- นัดญาติมาเยี่ยมประมาณ 2 สัปดาห์	วันที่นัด 25 ต.ค. 2559
	- ที่บริเวณคอมมูนิตี้ไม่มีขาดแคลน	พร้อมให้ใบนัด	ลงชื่อ นางเอ
	- ไม่มีคดี		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ด็ก ศรีตรัง	ชื่อ - สกุล นางสาว ไม่มีสุข		HN 0022
	อายุ 25 ปี		AN 59 - 003

ตัวอย่างแบบฟอร์มรายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการประเมินผล

ลำดับ	รายการปัญหา/อาการ/พฤติกรรมหรือ วินิจฉัยทางการพยาบาล	วันเริ่มต้น/สิ้นสุด (ระบุชื่อผู้วางแผน)	ผลการประเมิน (ระบุ ชื่อผู้ประเมิน)	หมายเหตุ
1	- เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า	ว.ด.ป 11 ตค 59 ว.ด.ป 14 ตค 59 ลงชื่อ วรรณา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
2	- เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง เนื่องจากมีความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง	ว.ด.ป 14 ตค 59 ว.ด.ป 17 ตค 59 ลงชื่อ วรรณา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
3	- เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย เนื่องจากมีอาการซึมเศร้า และเครียดเรื่อง ปัญหาครอบครัว	ว.ด.ป 17 ตค 59 ว.ด.ป 20 ตค 59 ลงชื่อ วรรณา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
4	- มีความสามารถในการดูแลตนเอง	ว.ด.ป 20 ตค 59 ว.ด.ป 26 ตค 59 ลงชื่อ วรรณา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
5		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
6		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
7		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
8		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
9		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
10		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
ตึก ศรีตรัง	ชื่อ-สกุล นางสาว ไม่มีสุข อายุ25..... ปี		HN 0022 AN 59 - 003	

รหัสเอกสาร F-IP.....R.....ประกาศใช้..... (ฉบับทดลอง)

ตัวอย่างบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพผู้ป่วย

☐ CPG Schizophrenia ☒ CPG Suicide ☐ CPG Depress ☐ CPG Alcohol ☐ Re-admit 90 วัน ☐ อื่น ๆ ระบุ....

ข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษา

- 3)
4)

วันที่พบปัญหา วัน เดือน ปี	ปัญหา	การวางแผน/ ช่วยเหลือ	สรุปผลการช่วยเหลือ
11 ตค 59	- พยายามผูกคอตาย ก่อนมา รพ. 3 วัน	- ติดตาม CPG suicide - Medication/ECT	- อาการทุเลา
	☐ ขาดยา/ไม่ร่วมมือกินยา/.....	อดิศักดิ์ (แพทย์) ☐ AT/ความรู้เรื่องยา	อดิศักดิ์ (แพทย์)
11 ตค 59	☐ ซึมเศร้า ☒ suicide/self-harm	☒ CBT/PST/Satir/REBT/Csg/ จิตบำบัดอื่น วรรณา RN	- ปรับตัวได้ ไม่มีความคิด ฆ่าตัวตาย วรรณา RN
	☐ หูแว่ว หลงผิด ระแวง/อื่น ๆ.....	☐ การจัดการหูแว่ว/ CBT อื่นๆ	
	☐ อารมณ์/หุนหัน/ก้าวร้าว	☐ การจัดการกับอารมณ์..... ดนตรีบำบัด/.....	
	☐ สารเสพติด ระบุ.....	☐ Matrix/CBT/MET/BABI/ อื่นๆ.....	
	☐ การดูแลตนเอง/กิจวัตร/.....	☐ ทักษะการดูแลตนเอง/การพักผ่อน	
	☐ แยกตัว/สังคม/สื่อสาร/.....	☐ ทักษะสังคม/สื่อสาร/การอยู่ร่วมกัน	
	☐ การงาน/อาชีพ/.....	☐ OT/เกษตร/ทักษะการใช้ชีวิตใน ชุมชน	
	☐ การเรียนรู้/สติปัญญา/ความรู้ (MR/Cognitive Impair/สมองเสื่อม....)	☐ การส่งเสริมการเรียนรู้.....	
	☐ ครอบครัว/เศรษฐกิจ/ชุมชน	☐ ครอบครัวบำบัด และอื่น ๆ ระบุ...	
	☐ ด้านจิตวิทยาอื่น ๆ ระบุ....	☐ จิตบำบัดอื่นๆ ระบุ	
ติก ศรีตรัง	ชื่อ - สกุล นางสาว ไม่มีสุข อายุ 25 ปี		HN 0022 AN 59 - 003

ตัวอย่างแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่ (จิตเภท)

1. วันที่แรกรับ 19 ตุลาคม 2559 ครั้งที่ 2 เวลา 10.30 น.
2. ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ นางแห นามสกุล มีสุข เกี่ยวข้องเป็น มารดา
3. อาการนำส่งสำคัญ มีเสียงแว่วสั่งไปฆ่าตัวตาย หวาดกลัวคนมาทำร้าย ใช้มีดปาดคอตนเอง เก็บสะสมอาวุธ และของมีคม เป็นมากมา 1 วัน
4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษา มีประวัติเจ็บป่วยมา 2 ปี ขณะอยู่บ้านรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ต้มเหล้าทุกวัน มีหูแว่วสั่งให้ฆ่าตัวตาย ใช้มีดปาดคอตนเองเป็นผลตื่นๆ พยายามผูกคอตาย เก็บสะสมอาวุธไว้ ทำร้ายตนเอง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
5. ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติอื่น ๆ
 - 5.1 โรคทางกรรมพันธุ์ ปฏิเสธ
 - 5.2 โรคทางกาย ปฏิเสธ
 - 5.3 การผ่าตัด ปฏิเสธ
 - 5.4 อุบัติเหตุ ปฏิเสธ
 - 5.5 การแพ้ยา ไม่เคยแพ้ยา หรือสารเคมีอื่นๆ
 - 5.6 การใช้สารเสพติด ต้มสุราวันละ 1 ถัง (20 บาท) ต้มกาแฟวันละ 3 แก้ว
 - 5.7 ปัญหาทางกฎหมาย ไม่มีปัญหาด้านกฎหมาย
6. พัฒนาการตามวัย
 - 6.1 การตั้งครรภ์/การคลอด มารดามีสมาธิครบกำหนด คลอดปกติที่โรงพยาบาล
 - 6.2 การทำบาบาทหน้าที่ตามวัย เหมาะสมตามวัย
 - 6.3 การสูญเสีย ปฏิเสธ
 - 6.4 การจัดการกับความเครียด เก็บกด ไม่เล่าให้ใครฟัง
7. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต
 - 7.1 ประวัติขาดยาทางจิต ขาดยา 1 เดือน ไม่กินยาเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว
 - 7.2 การรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ไม่เคยรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
 - 7.3 การหลบหนีจากโรงพยาบาล ไม่เคยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล
 - 7.4 การทำร้ายตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย ปาดคอตนเอง พยายามผูกคอตายก่อนมาโรงพยาบาล
8. ความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวรักใคร่กันดี
9. จิตวิญญาณ (ความเชื่อ ความศรัทธา ทศนคติ ค่านิยม ฯลฯ ของครอบครัว) นับถือศาสนาพุทธ
10. ท่านยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่

☐ ยินยอม (ระบุ ชื่อโรงพยาบาล เขต จังหวัดกาฬสินธุ์)

☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อผู้ให้ประวัติ.....นางแห มีสุข.....เกี่ยวข้องเป็น.....มารดา.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ซักประวัติ นางวรรณ สุขสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ติก ศรีตรัง	ชื่อ - สกุล นางสาว ไม่มีสุข	HN 0022
	อายุ 25 ปี	AN 59 - 003

ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยรับใหม่ (จิตเภท)

ว.ต.ป	ปัญหา/อาการ/พฤติกรรม	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
19 ต.ค. 59	มีโทรศัพท์แจ้งการรับผู้ป่วยใหม่จาก	- รับแจ้งการรับผู้ป่วย	รับทราบอาการ/การช่วยเหลือ
เวลา 8-16 น.			เบื้องต้น (ถ้ามี)
เวลา 10.00 น.	[] งานบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	- แจ้งทีมการพยาบาล	
	[v] เวรนอกเวลา	โดยปฏิบัติตามระเบียบ P-IP-001	
เวลา 10.30 น.	รับใหม่จาก [v] OPD	- ตรวจสอบความถูกต้อง	[] ถูกต้อง/ครบถ้วน
	[] เวรนอกเวลา	ของผู้ป่วย/เอกสาร/เวชภัณฑ์	[] ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
			- แก้ไขโดยแจ้งงานบริการก่อน/
ประเภทผู้ป่วย	ครั้งที่ 2		หลังพบแพทย์
3b	มาด้วยอาการ	- ประเมินปัญหา/ความต้องการเร่งด่วน	ปัญหา/ผลการช่วยเหลือ
	มีเสียงแว่วสั่งไปฆ่าตัวตาย หวาดกลัว	ของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น	(ถ้ามี) ระบุ.....
	คนมาทำร้าย ใช้มีดปาดคอตนเอง	- ให้อาหาร Halo 5 mg muscle	- หลังฉีดยาอาการไม่สงบ ดิ้นไป
	เก็บสะสมอาวุธและของมีคม	prn เวลา 10.50 น.	มาบนเตียง ร้องตะโกนเสียงดัง
	เป็นมากมา 1 วัน	- จำกัดพฤติกรรมในห้องแยก/ผูกมัด	ให้คนช่วย หวาดกลัวคนมาฆ่า
	- อาการแรกเริ่ม	- มอบหมายให้ผู้ช่วยเหลือดูแล 1:1	
	สีหน้าบึ้งตึง เดินไปเดินมา กระวน	- ประเมินปัญหา/ความต้องการเร่งด่วน	ตามแบบ
	กระวาย ถามไม่ตอบ มองซ้ายขวา	ของผู้ป่วยโดยการสังเกตและสัมภาษณ์	[] บันทึกประวัติ
	พูดบ่นพึมพำคนเดียว	- วัดสัญญาณชีพ	[] ประเมินเพื่อวางแผนจำหน่าย
			T = 37.5 °C
			P = 82 ครั้ง/นาที
			R = 24 ครั้ง/นาที
			BP = 120/80 mm Hg
		- ปฐมนิเทศผู้ป่วย/ญาติ	ญาติ [v] ตอบถูกต้อง
		เกี่ยวกับระยะเวลาอยู่รักษา/สถานที่/	[] ตอบไม่ถูกต้อง
		บุคคล/การปฏิบัติตัว/การฝากทรัพย์สิน	- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
		/การเยี่ยม/การติดต่อกับโรงพยาบาล	ผู้ป่วย [] ตอบถูกต้อง
			[] ตอบไม่ถูกต้อง
			[v] ผู้ป่วยไม่พร้อม
			- แก้ไขโดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม
	บาดเจ็บ / คดี	- นัดญาติมาเยี่ยมประมาณ 2 สัปดาห์	วันที่นัด 2 พ.ย. 2559
	- ที่บริเวณคอมีบาดแผลยาวประมาณ	พร้อมให้ใบนัด	ลงชื่อ นางเอ
	2 cms ความลึกถึงชั้นผิวหนัง		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
	มีเลือดซึมเล็กน้อย		
	- ไม่มีคดี		
เด็ก ฝ่ายคำ	ชื่อ - สกุล นายสุ่ม มีสุข		HN 00122
	อายุ 25 ปี		AN 59 - 005

ตัวอย่างแบบฟอร์มรายการปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem List) และการประเมินผล

ลำดับ	รายการปัญหา/อาการ/พฤติกรรมหรือ วินิจฉัยทางการพยาบาล	วันเริ่มต้น/สิ้นสุด (ระบุชื่อผู้วางแผน)	ผลการประเมิน (ระบุ ชื่อผู้ประเมิน)	หมายเหตุ
1	- เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง เนื่องจากมีเหตุวุ่นวาย/หวาดระแวง	ว.ด.ป 20 ตค 59 ว.ด.ป 24 ตค 59 ลงชื่อ วรรณนา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
2	- เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ อาการทางจิต	ว.ด.ป 24 ตค 59 ว.ด.ป 27 ตค 59 ลงชื่อ วรรณนา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
3	- เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	ว.ด.ป 27 ตค 59 ว.ด.ป 30 ตค 59 ลงชื่อ วรรณนา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
4	- มีความสามารถในการดูแลตนเอง	ว.ด.ป 30 ตค 59 ว.ด.ป 5 พย 59 ลงชื่อ วรรณนา RN	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
5		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
6		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
7		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
8		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
9		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
10		ว.ด.ป..... ว.ด.ป..... ลงชื่อ.....	☐ ยุติปัญหา ☐ ปัญหายังคงอยู่ ลงชื่อ.....	
ดีกฝ่ายคำ	ชื่อ-สกุล นายสุ่ม มีสุข อายุ25..... ปี		HN 00122 AN 59 - 005	

รหัสเอกสาร F-IP.....R.....ประกาศใช้..... (ฉบับทดลอง)

ตัวอย่างบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ

☐ CPG Schizophrenia ☒ CPG Suicide ☐ CPG Depress ☐ CPG Alcohol ☐ Re-admit 90 วัน ☐ อื่น ๆ ระบุ....

ข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษา

- 1)
2)

วันที่พบปัญหา	ปัญหา	การวางแผน/ ช่วยเหลือ	สรุปผลการช่วยเหลือ
วัน เดือน ปี			
20 ต.ค. 59	- พยายามฆ่าตัวตบตัวเอง และผูกคอตาย ก่อนมา รพ. 3 วัน	- ดูแลตาม CPG suicide - Medication/ECT	- อาการทุเลา
20 ต.ค. 59	☒ ขาดยา/ไม่ร่วมมือกินยา/.....	อดิศักดิ์ (แพทย์) ☐ AT/ความรู้เรื่องยา	อดิศักดิ์ (แพทย์) - ร่วมมือในการกินยาดี
20 ต.ค. 59	☐ ซึมเศร้า ☐ suicide/self-harm	☒ CBT/PST/Satir/REBT/Csg/ จิตบำบัดอื่น ๆ วรรณา RN	วรรณา RN - ปรับตัวได้ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย วรรณา RN
20 ต.ค. 59	☒ หูแว่ว หลงผิด ระแวง/อื่น ๆ.....	☐ การจัดการหูแว่ว/ CBT อื่นๆ	- รับรู้อาการทางจิตและแนวทางแก้ไข วรรณา RN
	☐ อารมณ์/หงุดหงิด/ก้าวร้าว	☐ การจัดการกับอารมณ์..... ดนตรีบำบัด/.....	
20 ต.ค. 59	☒ สารเสพติด (ระบุ) สุรา กาแฟ	☐ Matrix/CBT/MET/BABI/ อื่นๆ.....	- รับรู้สารเสพติดทำให้ อาการกำเริบ วรรณา RN
	☐ การดูแลตนเอง/กิจวัตร/.....	☐ ทักษะการดูแลตนเอง/การพักผ่อน	
	☐ แยกตัว/สังคม/สื่อสาร/.....	☐ ทักษะสังคม/สื่อสาร/การอยู่ร่วมกัน	
	☐ การงาน/อาชีพ/.....	☐ OT/เกษตร/ทักษะการใช้ชีวิตใน ชุมชน	
	☐ การเรียนรู้/สติปัญญา/ความรู้ (MR/Cognitive Impair/สมองเสื่อม....)	☐ การส่งเสริมการเรียนรู้.....	
	☐ ครอบครัว/เศรษฐกิจ/ชุมชน	☐ ครอบครัวบำบัด และอื่น ๆ ระบุ...	
	☐ ด้านจิตวิทยาอื่น ๆ ระบุ....	☐ จิตบำบัดอื่นๆ ระบุ	
ดีก ศรีตรัง	ชื่อ - สกุล นางสาว ไม่มีสุข อายุ 25 ปี		HN 0022 AN 59 - 003

ภาคผนวก ข

แบบประเมินความพึงพอใจและคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์ตามรูปแบบ SOAPIE

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละช่องคะแนนมีความหมายดังนี้

1 หมายถึงไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

2 หมายถึงไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

3 หมายถึงเห็นด้วยกับข้อความนั้น

4 หมายถึงเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		4	3	2	1
1	ท่านสามารถบันทึกได้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล				
2	การบันทึกทางการแพทย์แบบSOAPIEเอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับสามารถบันทึกทางการแพทย์ได้ง่าย				
3	การบันทึกทางการแพทย์แบบSOAPIEทำให้มองเห็นปัญหาประเด็นสำคัญของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน				
4	การบันทึกทางการแพทย์แบบSOAPIEเป็นการบันทึกที่มีลักษณะมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง				
5	ทีมผู้ดูแลรักษาทุกคนอ่านระบบบันทึกทางการแพทย์				
6	บันทึกทางการแพทย์แบบSOAPIEเป็นการบันทึกที่เน้นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมองเห็นได้อย่างชัดเจน				
7	ท่านมีความชื่นชอบระบบบันทึกทางการแพทย์แบบ SOAPIE				
8	บันทึกทางการแพทย์แบบSOAPIEทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญหรือประเด็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว				
9	ท่านมีความพึงพอใจในระบบบันทึกทางการแพทย์แบบ SOAPIE				
10	บันทึกทางการแพทย์แบบSOAPIEทำให้พยาบาลมีเวลามากยิ่งขึ้นในการดูแลโดยตรงแก่ผู้รับบริการ				
11	ท่านบันทึกทางการแพทย์สามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพได้				
12	ท่านมีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล เพื่อการให้บริการอย่างต่อเนื่อง				

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		4	3	2	1
13	ท่านบันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ให้ท่านสามารถบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง				
14	ท่านบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมได้เหมาะสมและถูกต้องครบถ้วนกับสภาพผู้รับบริการ				
15	ท่านบันทึกการพยาบาลทุกครั้งหลังจากการได้ติดตามและประเมินผลอาการผู้รับบริการหลังได้รับการพยาบาล				
16	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ทำให้ท่านบันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนชัดเจนและต่อเนื่อง				
17	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ท่านบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยทุกราย				
18	ท่านบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้ง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก				
19	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ทำให้ท่านบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน				
20	บันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAPIE ทำให้ท่านบันทึกการประเมินข้อมูลผู้รับบริการตรงกับความเป็นจริง				

แบบประเมินคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละช่องคะแนนมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ผ่าน

0 หมายถึง ไม่ผ่าน

ลำดับ	รายการ	ประเมินคุณภาพ	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	การประเมินแรกพบ มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญเช่น อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลอาการผู้ป่วยแรกพบพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย		
2	การบันทึกวินิจฉัยทางการแพทย์ / จัดลำดับปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการด้านร่างกายและหรือด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกพบจนกระทั่งจำหน่าย		
3	บันทึกกิจกรรมการพยาบาล และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย		
4	บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล / ประเมินซ้ำ เพื่อการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและ/หรือวัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ		
5	การตอบสนองการรักษาพยาบาล บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลการรักษาของแพทย์การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง		
6	บันทึกการให้ข้อมูลระหว่างการดูแล มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่นข้อมูลการเจ็บป่วยการให้คำปรึกษาการแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ		
7	บันทึกทางการแพทย์ ควรจะมีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้และการฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว		
8	มีการบันทึกที่แสดงให้เห็นถึงการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง และมีจุดมุ่งหมายของการพยาบาลแต่ละกิจกรรม		
9	การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน บันทึกอาการและหรือปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูลความรู้และหรือการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้		
10	การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ควรประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำทุกวัน บันทึกทางการแพทย์และประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย		
11	การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาที ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อเวรโดยบันทึกในแบบประเมิน HoNOS 1,3,7 วันของการรับไว้รักษาเท่านั้น		

ลำดับ	รายการ	ประเมินคุณภาพ	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
12	บันทึกทางการแพทย์บาลมี ข้อบ่งชี้ในการแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานบริการผู้ป่วยใน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงประกอบด้วยประเมิน M.I.N.I. ≥ 17 คะแนนและ HoNOS ข้อ 1.2,1.6,1.7ข้อใดข้อหนึ่งขึ้นไปหรือหมด ทุกข้อ = 4 คะแนน		
13	การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายระดับสูง พยาบาลควรประเมินอาการทางคลินิก ด้วยแบบประเมินสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย (HoNOS) ทุก 1 สัปดาห์และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (MINI- Suicide) ทุก 1 เดือน		
14	การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย บันทึกอาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วย และ หรือผู้ดูแล ก่อนการจำหน่าย		
15	บันทึกการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป		
16	การประสานการดูแลต่อเนื่องบันทึกข้อมูล อาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล		
17	มีการบันทึกวันเดือนปีและเวลา แกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล อย่างครบถ้วน		
18	ในช่วงระหว่างการดูแล มีการบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม		
19	ก่อนจำหน่ายมีการบันทึกวันเดือนปีและเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน		
20	การลงลายมือชื่อบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ของผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด		

ภาคผนวก ค
รายนามที่ปรึกษาและผู้วิจัย

รายนามที่ปรึกษา การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ที่ได้รับรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- | | | |
|----------------------|------------|--|
| 1. นายแพทย์ณัฐกร | จำปาทอง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 2. ผศ.ดร.ลัดดา | แสนสีทา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 3. นางวัชนี | หัตถพนม | พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ (ข้าราชการบำนาญ) |
| 4. นายแพทย์ศักรินทร์ | แก้วเห่า | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 5. นางกานดา | ผาวงศ์ | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ |
| 6. นายพรดุลิต | คำมีสินนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 7. นางศิริพร | ธงยศ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 8. นางสโรชา | แพนโตส | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

รายนามผู้วิจัย การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- | | | |
|-----------------|-------------|-----------------------|
| 1. นางวรรณภา | แห้วดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางเพชรรัตน์ | มหิตต์ไพศาล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางภาวิณี | สถาพรธีระ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 4. นายไพรวลัย | รัมย์ชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

ภาคผนวก ง
การเผยแพร่งานวิจัย

ที่ สธ ๐๘๓๕๙/๒๗๕๖



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่รายงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานวิจัย จำนวน ๓ เล่ม

ตามที่นางวรรณภา แห้วดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทำการศึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และผู้ป่วยจิตเวชที่หอผู้ป่วยฝ่ายคำและศรีตรัง นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยดังกล่าว จำนวน ๓ เล่ม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๐ ๔๔๔๔ ต่อ ๖๓๒๑๐

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ที่ สธ ๐๘๓๕.๔/๒๑๙๔



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่รายงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานวิจัย จำนวน ๑ เล่ม

ตามที่นางวรรณภา หัวดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยจิตเวชที่ห่อผู้ป่วยฝ่ายคำและศรีตรัง นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยดังกล่าว จำนวน ๑ เล่ม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๐ ๔๔๔๔ ต่อ ๒๓๒๓๐

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ที่ สธ ๐๘๓๕.๙/๒๓๑๕



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่รายงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานวิจัย จำนวน ๑ เล่ม

ตามที่นางวรรณภา แห้วดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยจิตเวชที่ให้อุปยาฆ่าตัวตายและศรีตรัง นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยดังกล่าว จำนวน ๑ เล่ม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๐ ๔๔๔๔ ต่อ ๖๓๒๓๐

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒



กระทรวงสาธารณสุข
Department of Medical Sciences

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ขอมอบเกียรติบัตรฉบับนี้เพื่อแสดงความยินดี ที่

นางวรรณภา แหว่ดี

ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงานวิชาการ Poster Presentation เรื่อง
การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์มาลาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์

ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 17
และการประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ครั้งที่ 15 ประจำปี 2561
เรื่อง "สุขใจวัยทำงาน"

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร
ระหว่างวันที่ 1 – 3 สิงหาคม 2561

น.ด.

(บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อโครงการ : การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้
รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รหัสโครงการ : 004/2561

หัวหน้าโครงการ : นางวรรณภา แห้วติ

หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง : 29 ธันวาคม 2560

วันที่หมดอายุ : 29 ธันวาคม 2561

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยใน
ขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2560

(นางชนิษฐา สันเทห์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(นางนิตกร จีปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์