



รายงานวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
(Quality Improvement of Nursing Record for Drug Abuse Patients
at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment)

นางวิมล ลักขณาภิชนัชช

นางฐาปนี ภาณุภาส

นางสาวศศิภรณ์ วิงวอน

นางพิมพ์มา อยู่สม

ภารกิจด้านการพยาบาล

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ.๒๕๖๔

รายงานวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
(Quality Improvement of Nursing Record for Drug Abuse Patients at
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment)

นางวิมล ลักขณาภิชนชัช

นางฐาปนี ภาณุภาส

นางสาวศศิภรณ์ วิงวอน

นางพิมพ์พา อยู่สม

ภารกิจด้านการพยาบาล

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผลงาน: การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี

ผู้ดำเนินการวิจัย: วิมล ลักษณะนิชินชัช, ฐาปณี ภาณุภาส, ศศิภรณ์ วิงวอน และพิมพา อยู่สม

หน่วยงาน: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี

วัน เดือน ปี ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

บทคัดย่อ

การเขียนบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญ พยาบาลวิชาชีพจะต้องบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ มีคุณภาพ สะท้อนถึงกระบวนการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะของกิจกรรม เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาพยาบาลอย่างแท้จริง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อน หลังการพัฒนา และระยะติดตามผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจำนวน ๘๕ คน และเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้ว ๔๖๘ แฟ้ม โดยแบ่งเก็บข้อมูลครั้งละ ๑๕๖ แฟ้มในแต่ละระยะ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนาแบบฟอร์มรับผู้ป่วยใหม่ คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ทบทวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาล แจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลและคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลพร้อมข้อเสนอแนะการปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากพยาบาลวิชาชีพ แบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการทดสอบความแปรปรวนสำหรับการวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า ๑) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาในทุกประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < .001$ ๒) คะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < .001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = .450$ ๓) คะแนนเฉลี่ยวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < .001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = .555$

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ,บันทึกทางการพยาบาล,ผู้ป่วยยาเสพติด,สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Research Title: Quality Improvement of Nursing Record for Drug Abuse Patients at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Researcher: Wimon Lukanapichonchut, Thapanee Panupas, Sasiporn Wingworn and Phimpha Yoosom

Oganization: Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Date Month Year: 19 November 2021

Abstract

Nursing recording is crucial. Registered nurses must record their nursing activities accurately, completely, and with quality. It reflects the specialty of nursing processes. It is useful for nursing cares and patient treatments. This research was a quasi-experimental study to measure the effects before, after and the follow-up period. The aim of this research were to study the results of the quality improvement of nursing records for drug abuse patients. The sample included 85 registered nurses in wards and medical records of drug abuse patients that have been discharge 468 medical records. These medical records were collected 156 records in each period. Quality improvement activities program consisted of workshop for improving the quality of nursing record for drug abuse patients, develop a new patient admission form, nursing record for drug abuse patients guideline, revised of nursing record ,feedback of the results of the assessment of nursing record and quality of nursing record and suggestions for improving nursing record. Data were collected from self-efficacy questionnaires in writing nursing records of drug abuse patients by registered nurses, nursing record assessment forms and nursing records quality analysis form from medical record of patients that have been discharged. Data were analyzed by descriptive, T test, and Repeated measure ANOVA statistics. Results: 1) Mean scores of self-efficacy in writing nursing records were significantly improved in all aspects after workshop, $P\text{-value} < .001$ 2) Mean scores of nursing record assessment forms after program and follow-up period were significantly higher than before program, $P\text{-value} < .001$ mean scores after program and follow-up period were not significant difference, $P\text{-value} = .490$. 3) Mean scores of nursing records quality analysis forms after program and follow-up period were significantly higher than before program, $P\text{-value} < .001$ mean scores after program and follow-up period were not significant difference, $P\text{-value} = .589$.

Keyword: quality improvement, nursing record, drug abuse patients, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนเป็นอย่างดีจากบุคคลต่างๆ หลายท่าน ซึ่งคณะผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุน และการช่วยเหลือจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อังคณา จิโรจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาค้นคว้าข้อมูลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบันทึกทางการแพทย์ ช่วยตรวจเครื่องมือในการทำวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือดังกล่าวจนสามารถนำมาใช้ได้

ขอขอบคุณคุณพรนอ กลิ่นกุหลาบ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ช่วยตรวจเนื้อหาคู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ได้ร่วมกันตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในทุกครั้ง ทำให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

วิมล ลักขณาภิชนชัช และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง - จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ	๑
๑.๒ คำถามการวิจัย	๕
๑.๓ วัตถุประสงค์	๕
๑.๔ ขอบเขตการศึกษา	๕
๑.๕ นิยามศัพท์	๖
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๗
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
๒.๑ แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์	๘
๒.๒ ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์ที่ดี	๑๘
๒.๓ สาเหตุการบันทึกทางการแพทย์ที่ขาดคุณภาพ	๑๘
๒.๔ แนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ให้มีคุณภาพ	๑๙
๒.๕ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	๒๐
๒.๖ ระบบงาน โครงสร้าง อัตรากำลังของหอผู้ป่วยในสถาบันฯ	๒๗
๒.๗ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด	๓๑
๒.๘ การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์	๓๖
๒.๙ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๔๓
๒.๑๐ กรอบแนวคิด	๔๗
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	
๓.๑ รูปแบบการวิจัย	๔๙
๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๕๐
๓.๓ ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล	๕๒
๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๕๕
๓.๕ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	๖๙
๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	๖๙

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๔ ผลการวิจัย	
๔.๑ ผลการศึกษาสถานการณ์	๗๐
๔.๒ ผลการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	๗๖
๔.๒.๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง	๗๗
๔.๒.๒ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดระยะก่อน และหลังการพัฒนา	๗๗
๔.๒.๓ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล	๗๙
๔.๒.๔ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล	๘๐
บทที่ ๕ สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	
๕.๑ สรุป	๘๒
๕.๒ อภิปราย	๘๓
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๘๙
บทที่ ๖ การเผยแพร่ผลงาน การใช้ประโยชน์ผลงาน และการพัฒนาต่อยอดผลงาน	
๖.๑ การเผยแพร่ผลงาน	๙๒
๖.๒ การใช้ประโยชน์ผลงาน	๙๔
๖.๓ การพัฒนาต่อยอดผลงาน	๙๙
บรรณานุกรม	๑๐๓
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	๑๐๘
ภาคผนวก ข	๑๑๔
ภาคผนวก ค	๑๒๖
ภาคผนวก ง	๑๕๓
ประวัติผู้วิจัย	๑๗๓

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ ๑	เปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกแบบ DAR และ DAE	๑๕
ตารางที่ ๒	แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน	๕๑
ตารางที่ ๓	แสดงคะแนนเฉลี่ยร้อยละของผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละด้าน ของหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา	๗๐
ตารางที่ ๔	แสดงคะแนนเฉลี่ยร้อยละของผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละด้าน ของหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	๗๑
ตารางที่ ๕	แสดงจำนวน ร้อยละของเพศ อายุ ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด และ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	๗๗
ตารางที่ ๖	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึก ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดก่อน และหลังการพัฒนา	๗๘
ตารางที่ ๗	แสดงผลคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตรวจประเมินบันทึกทางการ พยาบาลรายด้านระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล	๗๙
ตารางที่ ๘	แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลระยะ ก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ	๗๙
ตารางที่ ๙	แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลระยะ ก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล เป็นรายคู่	๘๐
ตารางที่ ๑๐	แสดงผลคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการ พยาบาลรายด้านระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล	๘๐
ตารางที่ ๑๑	แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ	๘๑
ตารางที่ ๑๒	แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการ พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล เป็นรายคู่	๘๑
ตารางที่ ๑๓	แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและผู้จัดทำ เพื่อขอรับการประเมินระดับชำนาญการ	๙๕
ตารางที่ ๑๔	แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและผู้จัดทำ เพื่อขอรับการประเมินระดับชำนาญการ พิเศษ	๙๕
ตารางที่ ๑๕	แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและคณะผู้จัด ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดทำในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	๙๗

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ระบบบริการสาธารณสุขในยุคปัจจุบันมุ่งเน้นการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น เป็นผลให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อบริการสุขภาพ ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(Hospital Accreditation) ซึ่งนอกจากกระบวนการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพที่ผู้ประกอบการวิชาชีพให้บริการแก่ผู้ป่วยแล้ว การบันทึกรายงานยังได้ถูกกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพตอน ๒ - ๕ ระบบเวชระเบียนกำหนดให้ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และมีการกำหนดการเรียนรู้คู่กับมาตรฐาน(HA) ข้อที่ ๑๒ การทบทวนเวชระเบียน(Medical Record Review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลผู้ป่วยนั้น(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,๒๕๖๒)

จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่าการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนั้น มีความสำคัญที่เป็นหลักฐานสามารถนำมาศึกษา ทบทวน เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้นได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยนั้น พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมง พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ และเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ การปฏิบัติงานของพยาบาลต้องใช้ความรู้ และทักษะทางการพยาบาล โดยมีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบ และนำไปสู่การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง กระบวนการทำงานนั้นคือกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล(อารี ชิวเกษมสุข,๒๕๖๑) กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความสำคัญยิ่งในการสร้างคุณภาพบริการสุขภาพ ซึ่งลักษณะการทำงานของพยาบาลต้องทำงานเป็นทีม เป็นงานต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมง และการทำงานเป็นทีมต้องมีการสื่อสารที่ดี การสื่อสารที่พยาบาลใช้ในการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ และแสดงถึงวิชาชีพคือ บันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญคือ(๑) เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในทีมพยาบาล รวมถึงทีมสุขภาพและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง(วรรณิ ตปนิยากร และคณะ,๒๕๕๒) (๒) เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาล และในทางกฎหมาย(ฤติ ฉ่ำสูงเนิน,๒๕๕๒) (๓) เป็นส่วนสำคัญในการบริการวิชาชีพที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล (Iyer PW.& Camp NP, ๑๙๙๕) (๔) เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้รับบริการและเป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและโรงพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ๒๕๖๐)

นอกจากนี้มาตรฐานสภาการพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ และประกาศในราชกิจจานุเบกษาลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๔๘ (สภาการพยาบาล, ๒๕๔๘) หมวดที่ ๒ มาตรฐานที่ ๕ การบันทึกและการรายงานโดยมีความครอบคลุมทุกระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย บันทึกชัดเจนในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน ใช้แบบฟอร์มมีมาตรฐานที่มีการพัฒนา จนสามารถบันทึกได้ครบถ้วน แปลผลแม่นยำ ผลการบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ และมีระบบตรวจสอบคุณภาพ เพื่อการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ จะต้องบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ มีคุณภาพ สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะของกิจกรรม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาพยาบาลอย่างแท้จริง (อารี วิจารณ์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, ๒๕๔๒)

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นสถาบันเฉพาะทาง มีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างครบขั้นตอน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำแนกเป็นหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาจำนวน ๗ หอผู้ป่วย และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน ๖ หอผู้ป่วย รวม ๑๓ หอผู้ป่วย ภารกิจด้านการพยาบาลได้ให้ความสำคัญเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด โดยจัดให้มีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลต่อเนื่องทุกปี คณะผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การเขียนบันทึก ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดโดยศึกษาจากผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยมีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัย การพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับด้านการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วย พบว่ามี ๑ หอผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านสูงสุด ร้อยละ ๗๕.๕๓ และ ๑๒ หอผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยในทุก ด้านต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ แต่ทั้ง ๑๓ หอผู้ป่วยยังพบประเด็นข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการที่ตรวจสอบบันทึกทางการ พยาบาลเพื่อการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ในแต่ละประเด็น เช่น

๑. ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ: ยังมีการประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน มีการประเมินผู้ป่วยไม่ สอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาล บางเวรมีการประเมิน บางเวรมีการประเมินไม่ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย ไม่มีการประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย เป็นต้น

๒. ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล: มีข้อมูลการประเมินแต่ไม่ได้นำมาตั้งเป็นประเด็นปัญหาเพื่อให้การ พยาบาลผู้ป่วย บางข้อวินิจฉัยนำปัญหาที่แตกต่างกันมารวมกันซึ่งการพยาบาลไม่เหมือนกัน ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหา หรือปัญหาหมดไปแล้วโดยดูจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแต่ยังมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การ พยาบาลที่ลอกมาจากเวรก่อน

๓. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: การบันทึกปฏิบัติการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย มีข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเช่น ประเมินระดับการคิดนิโคตินได้ ๙ คะแนน(ระดับสูงมาก)แต่ไม่พบการประเมินอาการขาดนิโคตินหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่นำไปสู่การพยาบาลผู้ป่วย ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ๒๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ไม่มีการวินิจฉัย และไม่มีบันทึกปฏิบัติการพยาบาลในปัญหาดังกล่าว มีการลอกเลียนการปฏิบัติการพยาบาลเหมือนกันทุกเวอร์ไม่ได้บอกการสิ้นสุดปัญหา

๔. การประเมินผลการพยาบาล: บันทึกการประเมินผลไม่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล เขียนกิจกรรมการพยาบาลแต่ไม่มีประเมินผลการพยาบาล บางเวอร์มีการประเมินผลแต่ไม่ครบถ้วน

๕. การวางแผนจำหน่าย: มีบันทึกไว้ตั้งแต่แรกรับวันเดียว ไม่มีเรื่องของครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง มีการเขียนบันทึกไว้ล่วงหน้า มีการบันทึกการจำหน่ายไม่ตรงความเป็นจริงเช่นผู้ป่วยไม่มียากลับบ้านแต่ลงบันทึกเรื่องแนะนำการใช้ยาต่อเนื่อง บางรายมีญาติมาแต่ไม่ลงว่าเป็นอะไรกับผู้ป่วยเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๖. ความต่อเนื่องของการบันทึก: มีการลงบันทึกเฉพาะรับใหม่กับจำหน่าย ระหว่างอยู่รับการรักษาไม่มีบันทึก มีการรายงานแพทย์ว่ามีผื่นคันแต่ไม่บันทึกต่อว่าสิ่งที่รายงานเป็นอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยถ่ายเหลว ๗ ครั้งมีลงบันทึกครั้งเดียวไม่มีการลงบันทึกว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไรต่อและหายเมื่อไร มีลงบันทึกเวรเข้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องใช้หวัด รายงานแพทย์ประจำตึก เวิร์บลงบันทึกปัญหาผื่นคัน เวิร์บลงบันทึกงูใจผู้ป่วยไปฟื้นฟู เวิร์บเข้าวันต่อมาลงบันทึกเป็นปัญหาใช้หวัดต่อในผู้ป่วยรายเดียวกัน

นอกจากนี้ได้มีการสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน ๑๓ คนในเดือนตุลาคม ๒๕๖๒ พบว่าสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลที่ยังขาดคุณภาพเนื่องจาก รู้สึกเบื่อในการต้องมานั่งเขียน Nurse Note ทุกวัน เขียนแบบเดิมๆ ทุกวันนี้ผู้ป่วยยาเสพติดมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลต้องใช้เวลามากในการเขียนแต่ละคน ทำให้ใช้เวลานานมากขึ้น ทำให้เสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยอื่น การเขียนต้องเขียนหลายคนทำให้รีบและการเขียนอาจไม่สมบูรณ์ ดูแลผู้ป่วยใช้เวลามากแล้ว ไม่มีเวลามานั่งเขียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ การเขียน Nurse Note ของพยาบาลแต่ละคนไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ที่ผ่านมามีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลแต่ขาดการอบรมให้ความรู้ พยาบาลแต่ละคนใช้แบบการเขียนของตัวเอง คิดว่าที่เราเขียนได้นำไปใช้อะไรบ้าง ไม่รู้จะเขียนอย่างไร ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร เขียนไม่ถูกทำให้เบื่อ นีกรูปแบบการเขียนไม่ได้ อยากให้มีรูปแบบที่ง่ายๆ กระชับ ในการเขียนบันทึกให้ใช้ ควรมีการอบรมให้ความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติได้จริง

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นงานที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในทุกวันและทุกเวอร์ของการปฏิบัติงาน ซึ่งการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการดูแล การให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละรายในทุกเวอร์ และทุกวันที่ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาควบคู่ไปกับความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งครอบคลุมถึงระดับการติดยาเสพติด ระดับอาการถอนพิษยาเสพติด ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับอาการรวมถึงภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ค้นหา

ปัญหาด้านจิตใจ สังคมและพฤติกรรมตลอดจนให้การช่วยเหลือ เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาเสพติด ประสานครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดยา ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด แต่จากสถานการณ์ปัญหาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล การรายงาน กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การติดตามประเมินผลลัพธ์ ตลอดจนความต่อเนื่องของการดูแลและติดตามแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งหลักฐานเหล่านี้จะถูกนำมาใช้ในการทบทวนการดูแลรักษา นำมาตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายหรือหลักฐานทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด โดยเฉพาะในส่วนของผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งมีโอกาสเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ หรือพฤติกรรม ทำให้ต้องได้รับการรักษาพยาบาล การส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคทางกายที่สูงกว่า หรือกรณีผู้ป่วยยาเสพติดเสียชีวิตขณะเข้ารับการรักษา การปฏิบัติการพยาบาล การรักษา และการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะสามารถตรวจสอบถึงการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เป็นหลักฐานทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดและหลักฐานทางกฎหมาย สำหรับอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรง หรือการเสียชีวิตขณะอยู่รับการรักษา ซึ่งญาติมีโอกาสเกิดข้อสงสัย ไม่พึงพอใจ และนำไปสู่การร้องเรียนได้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติด เปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดมาอย่างยาวนานมีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยมากที่สุดในประเทศไทย ซึ่งบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านมายังไม่เคยมีการพัฒนาการเขียนอย่างเป็นรูปธรรม

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการแก้ไขปัญหา และพัฒนางานด้านการพยาบาลจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทุกหอผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดถูกต้อง สมบูรณ์ มีข้อมูลเพียงพอที่จะใช้สื่อสารระหว่างทีมรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ประโยชน์ในการทบทวน การดูแลรักษา และประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายหรือหลักฐานทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดได้ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพของวิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี, ๒๕๔๖ ในเรื่องของการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก การสร้างมาตรฐานการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย นำมาบันทึกได้รวดเร็ว ปรับปรุงแบบฟอร์ม กำหนดเป็นนโยบายให้ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงและมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของพยาบาล(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๓) และการประเมินของกองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้หลัก ๔ C คือ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ(กองการพยาบาล, ๒๕๓๙) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

๑.๒ คำถามการวิจัย

๑.๒.๑ การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จะทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดด้านการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนจำหน่าย ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาหรือไม่

๑.๒.๒ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จะทำให้ผลการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดด้านการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนจำหน่าย หลังการพัฒนาและระยะติดตามผลดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาหรือไม่

๑.๒.๓ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จะทำให้ผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ หลังการพัฒนาและระยะติดตามผลดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาหรือไม่

๑.๓ วัตถุประสงค์

๑.๓.๑ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดด้านการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนจำหน่าย ระยะก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา

๑.๓.๒ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

๑.๓.๓ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

๑.๔ ขอบเขตการศึกษา

๑.๔.๑ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental) เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดโดยศึกษาจากการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดของภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายครบกำหนดจากทุกหอผู้ป่วยตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดโดยแบ่งการตรวจสอบเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายช่วงกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๒

ระยะหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายช่วงพฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๓

ระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายช่วงสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๖๓

๑.๔.๒ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ทำการศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในทั้งหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนการพัฒนาช่วงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ และหลังการพัฒนาช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๖๒

๑.๕ นิยามศัพท์

๑.๕.๑ *บันทึกทางการพยาบาล* หมายถึง การบันทึกข้อความที่แสดงถึงการพยาบาล (Nursing activities) ทั้งหมดที่จัดไว้เป็นหลักฐาน เป็นลายลักษณ์อักษร แสดงถึงการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลทั้งการรักษา การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล โดยมีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลและแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ

๑.๕.๒ *การตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล* หมายถึง การตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและจำหน่ายเรียบร้อยแล้ว เป็นการตรวจประเมินจากบันทึกทางการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพได้บันทึกไว้ ร่วมกับการพิจารณาข้อมูลจากเอกสารอื่นในเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด โดยกำหนดประเด็นการตรวจประเมินประกอบด้วย การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ การบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนจำหน่าย ด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล

๑.๕.๓ *การวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล* หมายถึง การตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับการพิจารณาข้อมูลจากเอกสารอื่นในเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ด้วยแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ตามประเด็นคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของกองการพยาบาล(๒๕๓๙) ได้แก่ความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ โดยเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (๒๕๖๐) ได้ให้รายละเอียดไว้ดังนี้

ความถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง ตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้อง สัมพันธ์กับอาการอาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วย

ความครบถ้วน บันทึกมีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่องในรูปแบบฟอร์ม

ความชัดเจน บันทึกด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย

ได้ใจความ บันทึกที่กะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

๑.๕.๔ *การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด* หมายถึง กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการที่จัดให้กับพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในทุกคนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ให้มีคุณภาพมากขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ฝึกปฏิบัติการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด นอกจากการอบรมเชิงปฏิบัติการแล้วสิ่งสนับสนุนอื่นที่ทำให้เกิดคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ แบบฟอร์มการรับผู้ป่วยใหม่สำหรับหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ การปรับแบบฟอร์มการบันทึกให้เหมือนกันในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และระบบการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ต่อเนื่อง

๑.๕.๕ **ผู้ป่วยยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยเสพยาหรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดประสาท กระตุ้นประสาท หลอนประสาท หรือออกฤทธิ์ผสมผสาน เสพติดประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือหลายประเภทร่วมกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพยาติดสารดังกล่าวข้างต้น เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งระยะบำบัดด้วยยา หรือระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

๑.๕.๖ **การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด** หมายถึง การประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพว่าตนเองมีความรู้ ความสามารถ ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ในด้านการบันทึกประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาลและการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความตามสภาพของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๕.๑ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในทั้งระยะบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความรู้และความสามารถในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีคุณภาพ

๑.๕.๒ คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มีคะแนนการตรวจสอบมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดของพยาบาลวิชาชีพ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
๒. ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดี
๓. สาเหตุการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ขาดคุณภาพ
๔. แนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพ
๕. การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
๖. ระบบงาน โครงสร้าง และอัตรากำลังของหอผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี
๗. การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
๘. การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
๙. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
๑๐. กรอบแนวคิดการวิจัย

๒.๑ แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญในระหว่างทีมสุขภาพและเป็นการแสดงถึงความรักเมตตาของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการในแต่ละเวร เป็นเครื่องยืนยันว่าผู้รับบริการได้รับการบริการจากผู้ที่มีความรู้ และมีความสามารถตามหลักวิชาการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันว่าได้ปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด และตามกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ

๒.๑.๑ ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วย เฉพาะราย การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลหรือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลช่วยให้บุคคลทั่วไปทราบถึงการทำงานของพยาบาลที่แสดงออกถึงทักษะด้านการเขียน สติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล(นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา,๒๕๕๐)

พูลสุข หิงคานนท์ (๒๕๔๙) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหมายถึง เครื่องมือในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ต้องตรงตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การรักษายาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้

Ellis (๑๙๙๔) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (Health Care Team Members) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษา การวินิจฉัย การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นตัวควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยที่พยาบาลต้องบันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งการบันทึกที่มีคุณภาพจะสะท้อนระดับคุณภาพของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย การไม่บันทึกแสดงถึงการยังไม่ปฏิบัติ

Iyer & Camp (๑๙๙๕) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงการรวบรวมข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ การตัดสินใจนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องบันทึกให้ชัดเจน เพื่อใช้สื่อสารกันภายในทีมสุขภาพ

พอตเตอร์ และเพอร์รี่ (๒๐๐๑) กล่าวว่า เป็นการเขียนหรือพิมพ์ข้อมูลทางการพยาบาลลงในแบบบันทึกซึ่งเชื่อถือได้ และการบันทึกที่ดีจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลจากทีมสุขภาพ

วาล์ส (๒๐๐๓) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาลคือ เครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจการให้การดูแลผู้ป่วย และการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

สรุป ความหมายของบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้รับบริการ เป็นเอกสารหรือแบบบันทึกซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ

๒.๑.๒ วัตถุประสงค์การบันทึกการพยาบาล

การเขียนบันทึกได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในทางการพยาบาล เพราะการบันทึกช่วยให้สหสาขาวิชาชีพใช้ประโยชน์ต่อการรักษาดูแลผู้ป่วยซึ่ง สุรีย ธรรมิกบวร (๒๕๔๐) กล่าวถึงวัตถุประสงค์การบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

๑. เพื่อสื่อสารให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ครบถ้วน เหมือนกัน ก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องต่อเนื่อง

๒. เป็นเอกสารที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการให้การพยาบาล การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ สำหรับผู้ที่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล

๓. เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลการรายงานที่ดีและสมบูรณ์ บ่งชี้ถึงกระบวนการพยาบาล วิธีปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แสดงถึงความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้มีการติดตามแก้ไขปัญหอย่างต่อเนื่อง

๔. เป็นเครื่องยืนยันผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้มีความรู้ตามหลักวิชาการ และมีความปลอดภัยส่งผลทำให้ทีมสุขภาพมองเห็นถึงขั้นตอนของการปฏิบัติงานการบริการพยาบาลอย่างชัดเจน

๕. เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบประสิทธิภาพ ประสิทธิผลด้านการดูแลรักษาของทีมสุขภาพได้

๖. เป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหาผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล

๗. เป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย
๘. ใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปฏิบัติในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ อาจเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยและนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนรักษา
๙. เป็นสื่อระหว่างทีมสุขภาพโดยการนำข้อมูลจากการบันทึกมาประกอบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
๑๐. เป็นข้อมูลทางสถิติและการรายงาน
๑๑. ใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย
๑๒. ใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิจัย การศึกษาและแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปฏิบัติในทีมสุขภาพ โดยนำข้อมูลมาประกอบการค้นหาปัญหาผู้ป่วยตลอดจนวางแผนการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อีกทั้งเพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ทีมสุขภาพมองเห็นถึงขั้นตอนของการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน

๒.๑.๓ ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสื่ออันหนึ่งที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพราะหากบุคลากรในทีมสุขภาพได้รับรายงานเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาลด้วยการบอกเล่าย่อมทำให้การดูแลรักษาไม่มีความต่อเนื่องอย่างแท้จริง ฉะนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสนใจในการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและสมบูรณ์แบบ ซึ่ง สุรียรรณมิกบวร (๒๕๔๐) กล่าวถึงประโยชน์จากการบันทึกทางการพยาบาลไว้ ดังนี้

๑. ป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระทำซ้ำในเรื่องเดิม โดยไม่จำเป็น เช่น การซักประวัติ การสอน การแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ
๒. ผู้ป่วยได้รับการบริการดูแลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ช่วยลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากการขาดข้อมูลในการประเมินปัญหา
๓. เป็นเครื่องมือประกันคุณภาพทางการพยาบาล และใช้ประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนาวิชาชีพ
๔. เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและค้นคว้าใช้เป็นข้อมูลในการอ้างอิง
๕. เป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลบริหารงานด้านสาธารณสุข นำมาประมวลเป็นสถิติ ของระบบบริหาร เพื่อทำให้เกิดความสมดุลระหว่างงานกับคนทำงาน ทำให้งานมีประสิทธิภาพขึ้น
๖. เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เมื่อมารับการตรวจรักษาถ้าหากมีการทำรายงานและเก็บรายงานไว้ก็สามารถค้นหาประกอบการรักษาได้อย่างรวดเร็วทำให้ไม่เสียเวลา ทั้งแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ
๗. เป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ดังนั้นประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล นอกจากนำมาใช้เป็นสื่อกลางในทีมสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแล้ว สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เพื่อยืนยันว่าพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้ข้อมูลจากการ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลนำไปใช้ในการพัฒนา วางแผน และการให้บริการทางการแพทย์ โดยใช้เป็นหลักฐานตรวจสอบ กิจกรรมการพยาบาล และประเมินการประกันคุณภาพทางการแพทย์

๒.๑.๔ หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลถือว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล และยึดถือ กระบวนการพยาบาลเป็นหลักสามารถสะท้อนให้เห็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาของผู้รับบริการ ผลที่เกิดขึ้น การบันทึกที่ดีตรงกับความเป็นจริง ถูกต้อง นำความรู้มาใช้ในการดูแลผู้รับบริการเพื่อนำมาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลต่อไป ซึ่งกองการพยาบาล (๒๕๓๙) ได้กล่าวถึงหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกัน สรุปดังนี้

๑. ถูกต้องตามความเป็นจริง (Correct) แยกแยะข้อมูลด้านอัตนัยและปรนัยอย่างชัดเจน เขียนรายงาน ไม่คลุมเครือ อ่านแล้วเข้าใจทันที เขียนตามสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถสังเกตได้ เช่น การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และสัมผัสได้ หลีกเลี่ยงความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก ใช้ภาษาสื่อสารชัดเจนตามแบบฟอร์มอย่างเหมาะสม ลงชื่อผู้บันทึกพร้อมตำแหน่ง ในกรณีเป็นนักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนได้แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ พยาบาลหรือพยาบาลประจำการ มีชื่ออาจารย์หรือพยาบาลลงนามกำกับทุกครั้ง

๒. ข้อความกะทัดรัดได้ใจความ (Conciseness Or brief) ถูกต้องแม่นยำ อ่านเข้าใจง่าย ใช้คำที่ให้ความหมายชัดเจนที่เป็นการกระทำโดยตรง หลีกเลี่ยงการใช้คำฟุ่มเฟือย ข้อมูลตรงความเป็นจริง ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้อง ตัดทิ้ง ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้บันทึก ควรใช้คำย่อที่เป็นสากลที่ได้รับการยอมรับและเข้าใจตรงกันโดยทั่วกัน

๓. มีความครบถ้วน (Complete) การบันทึกข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบทุกช่องในแบบบันทึกครบทุก แผ่นตามที่สถาบันนั้น ๆ กำหนดไว้ ครอบคลุมทุกประเด็นต่าง ๆ ตามสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและ แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต เช่น ถ้าบันทึกอาชีวะของผู้ป่วยควรระบุให้ชัดเจนว่าเป็นตำรวจ ทหาร ครู แทนการเขียนรับราชการ

๔. มีความชัดเจน (Clear) บันทึกข้อมูลครบถ้วนและมีรายละเอียดชัดเจนการใช้คำย่อ และสัญลักษณ์ ต้องเหมาะสม เป็นคำที่มีมาตรฐานเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถทำความเข้าใจได้ชัดเจนและ ควรใช้คำสะกดอย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงการบันทึกโดยใช้คำที่มีความหมายกว้างๆ ไม่เฉพาะเจาะจง ควรระบุให้ชัดเจนว่า ทำอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไรและบ่อยครั้งแค่ไหน

๕. ความเป็นปัจจุบัน (Correctness) การเขียนข้อมูลเป็นปัจจุบัน ระบุเวลาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มี แต่กิจกรรมและควรบันทึกเรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละเหตุการณ์ เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน บันทึกเหตุการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ ควรมีการปรับปรุงบ่อย ๆ ตามสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ไม่บันทึกก่อนปฏิบัติจริง ผู้ป่วยหนักต้องมีการเขียนบันทึกรายงานเป็นระยะ ๆ

๖. เป็นหมวดหมู่(Organization) มีการเก็บรวบรวม และบันทึกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ประกอบด้วย

๑) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Subjective data)

๒) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต (Objective data)

๓) การประเมินปัญหา (Assessment)

๔) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

๕) บันทึกการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

๗. เป็นความลับ (Confidentiality) ไม่เปิดเผยให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ ควรตระหนักถึงหลักของกฎหมาย

๘. เขียนด้วยหมึกสีดำหรือหมึกน้ำเงิน อ่านง่าย ชัดเจนใช้ไวยากรณ์ต่างๆ ให้ถูกต้อง ไม่ใช่ภาษาพูด ถ้าเขียนผิด เขียนเส้นผ่าน ๑ เส้น แต่ยังไม่เห็นข้อความเดิม เขียนคำถูกเหนือคำผิดนั้นก่อนจบ เขียนเส้นจบให้เรียบร้อยอย่าปล่อยช่องว่าง เช่นชื่อและตำแหน่งให้ชัดเจน เช่นชื่อกำกับในข้อความนั้น ๆ ในแต่ละแผ่นของรายการต้องเขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้เรียบร้อย

๒.๑.๕ กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (๒๕๔๐) กล่าวถึง กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ขั้นตอนวิธีการที่ได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ มีประโยชน์ โดยยึดหลักตามแนวกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การรวบรวมข้อมูลก่อนการบันทึก ซึ่งการรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกันระหว่างข้อมูลที่ต่อเนื่องกันกับข้อมูลพื้นฐานของผู้สังเกต ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำได้โดยการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล สัมภาษณ์ ซักถามผู้ป่วยและญาติ ตรวจร่างกาย สภาพร่างกายที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ โดยการดู การคลำ การเคาะ การฟังเสียง ศึกษาจากตำราและเอกสารซึ่งการรวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมีหลักการ ดังนี้

๑. พยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐานสำหรับการปฏิบัติในกลุ่มอาการ มีทักษะในการสังเกต การสัมภาษณ์ ซึ่งการสังเกตที่ดีสามารถค้นหาข้อมูลที่น่าสนใจอื่น ๆ ได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังร้อน อุดมภูมิร่างกาย ๓๙ องศาเซลเซียส ถ้าพยาบาลไม่มีความรู้พื้นฐานในเรื่องของไข้ ข้อมูลเหล่านี้ก็ไม่มีมีความสำคัญ แต่ถ้าหากพยาบาลมีความรู้เรื่องไข้เป็นอย่างดี ข้อมูลเหล่านี้ย่อมอธิบายพยาบาลชัดเจนว่า ผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะไข้สูง ซึ่งจะนำมาสู่การวิเคราะห์และให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ได้

๒. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับ เพื่อเป็นแนวทางในการหาข้อมูล เช่น กรอบแนวคิดทฤษฎีของไอเรม หรือแนวคิดทฤษฎีของรอย เล็กในทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเพื่อประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีนั้น ๆ เช่น ทฤษฎีทางการพยาบาลของไอเรม เน้นความเป็นบุคคล ความต้องการและความสามารถดูแลตนเองเป็นต้น มีการกำหนดแบบฟอร์มเพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวก ต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์

ขั้นตอนที่ ๒ การวิเคราะห์ข้อมูล การนำข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญมาจัดลำดับกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน นำมาวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลเป็นจริงของผู้ป่วยกับความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้น ๆ และการวิเคราะห์ออกมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง อ่างไฉนันทนา สุวรรณมาโจ, ๒๕๔๕) ได้แก่

๑. วิเคราะห์สิ่งที่บันทึกข้อมูลนั้นเป็นจริง แน่นอนหรือไม่
๒. ข้อมูลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะใด
๓. การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใดจึงจะเหมาะสม
๔. วิธีการนำข้อมูลเสนอรูปแบบใดจึงชัดเจน
๕. สิ่งที่จะบันทึกมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์
๖. สามารถบันทึกในแผ่นรายงานได้หรือไม่

ขั้นตอนที่ ๓ ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล การจดบันทึกเป็นข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย นอกจากนี้พยาบาลควรศึกษารูปแบบและมาตรฐานการบันทึกของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่ ๔ ประเมินผลการบันทึกทุกครั้งว่าได้บันทึกตรงตามวัตถุประสงค์หรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ทั้งเกณฑ์เชิงคุณภาพและปริมาณ โดยบันทึกที่บอกถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและสิ่งที่สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

สรุปการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะสะท้อนแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ การพยาบาล (Nursing practice) โดยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ตั้งแต่ประเมินสภาพผู้ป่วยแรก รับจนถึงประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แสดงความรับผิดชอบ ของพยาบาลใน ๔ บทบาท คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาโรค ผู้บันทึกต้องมีความรู้เรื่องโรค มีการสังเกต มีความสามารถในการประเมิน มีความแม่นยำในหลักการบันทึก มีทักษะในการประเมิน และตระหนักถึงคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล (สุรีย์ ธรรมิกบวร, ๒๕๔๐)

๒.๑.๖ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกจะสะท้อนถึงความเชื่อหรือปรัชญาและกรอบแนวคิดทางทฤษฎี (Conceptual framework) ของพยาบาลในสถาบันนั้นต่อการบริการพยาบาล แต่ละสถาบันพยาบาลจะปรับปรุงให้ระบบการบันทึกมีความเหมาะสมต่อการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการแต่ละแผนกให้ง่ายและสะดวก ไม่ใช้เวลามากในการบันทึก ซึ่งรูปแบบหรือประเภทการบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ และสุรีย์ ธรรมิกบวร (๒๕๔๐) ได้กล่าวถึงรูปแบบการบันทึกที่ควรมีลักษณะที่สามารถติดตามข้อมูลได้ง่ายเมื่อต้องการทราบปัญหาผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา จนถึงปัจจุบันสามารถตรวจสอบได้ในเวลาอันสั้น สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล ซึ่งแสดงถึงลักษณะการปฏิบัติงานพยาบาล ตั้งแต่รวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน และการปฏิบัติพยาบาล ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล สามารถจำแนกปัญหาได้ชัดเจน เป็นระบบที่เอื้อประโยชน์ต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการประกันคุณภาพ รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพและการวินิจฉัย

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้มีความเหมาะสมในหน่วยงาน ซึ่งสุรีย์ ธรรมิกบวร (๒๕๔๐) กล่าวถึงการบันทึกทางการพยาบาล มี ๔ รูปแบบ ดังนี้

การบันทึกแบบเล่าเรื่องราว (Narrative records) เป็นการบันทึกบอกเล่าเรื่องราว เป็นการบันทึกตามสิ่งที่สังเกตได้ อาจบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ก่อน-หลัง หรือสรุปเกี่ยวกับปัญหา การพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย มีข้อดี ข้อด้อย ดังนี้

ข้อดีของการบันทึกแบบเล่าเรื่องราว

๑. เป็นรูปแบบที่พยาบาลเข้าใจ มีความคุ้นเคย สะดวกในการปฏิบัติ
๒. สามารถใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ได้ง่าย
๓. การบันทึกประกอบด้วยปัญหา การดูแล การตอบสนองของผู้ป่วย
๔. เขียนได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องคำนึงถึงกระบวนการบันทึก

ข้อด้อยของการบันทึกแบบเล่าเรื่องราว

๑. ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้เห็นความต่อเนื่องของปัญหา
๒. เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อย ๆ จึงพบว่า มักขาดการประเมินผล ขาดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ การบันทึกข้อมูลมักเป็นการบันทึกตามที่เห็น หรือ ซักถามไม่ระบุปัญหาชัดเจน ไม่มีข้อมูลเพียงพอ เป็นผลให้ความไม่แน่นอนในการดูแล
๓. ไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์ การตัดสินใจของพยาบาล
๔. ข้อมูลที่ได้ ยากที่จะทราบความก้าวหน้าสภาพการณ์ของผู้ป่วย ปัญหาที่ผ่านมาจึงยากที่จะประเมินผลคุณภาพการพยาบาลได้
๕. การบันทึกขาดความสม่ำเสมอ ในการกำหนดปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะของพยาบาลแต่ละคน จึงขาดความต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลที่ควรอยู่ในกลุ่มเดียวกัน แต่เขียนแยกกัน เพราะไม่ได้มีการค้นหาข้อมูลในการคิดวิเคราะห์ แต่เป็นการบันทึกตามที่เห็นหรือได้รับการบอกเล่า เช่น ผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน รับประทานอาหารไม่ได้ แต่ลืมประเมินเกี่ยวกับภาวะขาดน้ำและจำนวนของปัสสาวะ เป็นต้น
๖. ขาดความสมบูรณ์เมื่อเป็นการบอกเล่าโดยไม่มีกรอบแนวคิด หรือใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล จะทำให้มีโอกาสดขาดการบันทึกข้อมูลที่สำคัญหรือบันทึกอาการและอาการแสดง การปฏิบัติการพยาบาล แต่ไม่บอกผลการประเมินหรือขาดการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น จากข้อด้อยดังกล่าว ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ประโยชน์ในด้านการอ้างอิง ค้นคว้า ข้อมูลเพื่อวางแผนการพยาบาลต่อเนื่อง และบางครั้งใช้เวลานานมาก ในการอ่านข้อความทั้งหมดเพื่อสรุปความก้าวหน้า โดยเฉพาะในกรณีที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือความยุ่งยากในการให้การพยาบาล ถ้าผู้อ่านจับประเด็นที่มีความสำคัญไม่ได้บันทึกก็ไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควรและไม่เป็นที่สนใจของผู้ที่จะใช้ข้อมูล

การบันทึกโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (Nursing Process) เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานของพยาบาล แบ่งออกเป็น ๔ ขั้นตอน คือ การประเมิน การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังนั้นการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล จึงมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่ง สุรีย์ ธรรมิกบวร (๒๕๔๐) กล่าวว่า การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ การบันทึกที่มีการระบุปัญหา บอกถึงการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และผลการปฏิบัติ แบบฟอร์มการบันทึกที่จัดทำขึ้นนั้น ประกอบด้วยส่วนที่สำหรับการบันทึก ๓ ช่อง คือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล เป็นแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ซึ่งรูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลมีข้อดี และข้อด้อย ดังนี้

ข้อดี ของการบันทึกแบบใช้กระบวนการพยาบาล

๑. บอกวันเริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาชัดเจน
๒. การจะเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ต้องมีการวิเคราะห์ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลปัญหาชัดเจน ถึงความรู้ด้านวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งต้องมีการวิเคราะห์ ตัดสินใจ ในการปฏิบัติการพยาบาล
๓. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในทิศทางเดียวและมีความต่อเนื่อง เพราะทีมการพยาบาลมองเห็นปัญหาผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน
๔. มีการประเมินผลการทำงานชัดเจน ปรับแก้วิธี ให้การพยาบาลเหมาะสม ทันเวลา
๕. สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลและกระตุ้นให้มีการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อดีของการบันทึกแบบใช้กระบวนการพยาบาล

๑. ทำให้ขาดขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล การติดตามผลการปฏิบัติ เพื่อประเมินปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่
๒. ไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่เหมาะกับผู้ป่วย ที่ปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง การบันทึกโดยใช้วิธีนี้เป็นที่นิยมมากขึ้น แต่พยาบาลควรมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างมาก เพราะการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ต้องใช้ทักษะ การคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึก อาจทำให้ใช้เวลานาน จนเกิดความท้อถอย หรือไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบการคิดวิเคราะห์

การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) การบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติการ และการประเมินผล (DAR, DAE) เป็นการบันทึกข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะของผู้รับบริการการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กับผู้รับบริการ เรียกรูปแบบนี้ว่า รูปแบบดีเออาร์ (DAR หรือ Data Action Response) ซึ่งต่อมาในปีพ.ศ. ๒๕๓๑ มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกเป็นรูปแบบ ดีเออี (DAE หรือ Data Action Evaluation) (Iyer & Camp, ๑๙๙๕) การบันทึกทั้งสองรูปแบบคล้ายกัน ดังนี้

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกแบบ DAR และ DAE

รูปแบบ ดีเออาร์	รูปแบบ ดีเออี
Data ได้แก่ พฤติกรรม สภาพของผู้ป่วยและการสังเกตของพยาบาล	Data ได้แก่ ข้อมูลอัตนัยหรือปรนัย คือข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย
Action ได้แก่ แผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล	Action ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
Response ได้แก่ การตอบสนองผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา และการปฏิบัติการพยาบาล	Evaluation ได้แก่ การประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ระบบชี้เฉพาะ มีจุดที่จะชี้เฉพาะ ๓ เรื่อง คือ

๑. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมขณะนั้น (A current client concern or behavior)
๒. อาการพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (A significant change in client status or behavior)
๓. ผลที่สำคัญของการรักษา (A significant event in the client's therapy) จะเห็นว่า จุดที่ชี้เฉพาะ

ต้องบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ไม่ใช่การวินิจฉัยทางการแพทย์ แต่อาจบอกถึงความต้องการหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ จะพบความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมผ่าตัด ความเจ็บปวด ท้องผูก และการประเมินเกี่ยวกับการเข้าเฝือก หรือดิงกระดูก เป็นต้น

จุดประสงค์ของระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

๑. ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกทำให้ง่ายต่อการบันทึก
๒. เป็นระบบเห็นการใช้กระบวนการอย่างชัดเจน
๓. ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นปัญหาแต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น

ต้องการทราบแนวทางการดูแลทารก เป็นต้น

๔. ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล
๕. ทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ

วิธีการบันทึกแบบชี้เฉพาะแบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

๑) ข้อมูล (Data) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากใบรายงานต่าง ๆ การสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรม อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในขณะนั้น

๒) การปฏิบัติการ (Action) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามแผนของการพยาบาลที่กำหนดไว้

๓) การตอบสนอง (Response) เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล และการรักษา ระบบชี้เฉพาะสามารถใช้ในการบันทึกโดยระบบปัญหาหรือคอมพิวเตอร์และยังเป็นระบบที่สามารถหาข้อมูลที่ต้องการได้ง่าย ซึ่งรูปแบบการบันทึกโดยระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) มีข้อดี และข้อด้อย ดังนี้ (Iyer & Camp, ๑๙๙๕)

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกโดยระบบชี้เฉพาะ

๑. มีโครงสร้างสำหรับบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยบรรจุเนื้อหาต่างๆ เช่น ข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนอง

๒. ใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกและประเมินผลการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะบันทึกอาการของผู้ป่วยในบันทึกความก้าวหน้า

๓. เพิ่มความง่าย ในการบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย
๔. เป็นการส่งเสริมให้การพยาบาลต่างๆ ไม่เฉพาะปัญหาทางการพยาบาลเท่านั้น
๕. ส่งเสริมพยาบาลให้คิดวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาผลสรุปการพยาบาลและบันทึกอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อด้อยของรูปแบบการบันทึกโดยระบบชี้เฉพาะ

๑. การบันทึกมุ่งความต้องการไม่แสดงให้เห็นชัดเจน เรื่องการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล

๒. พยาบาลใช้ความสามารถวิเคราะห์และหาจุดรวมของผู้ป่วยจากข้อมูลต่างๆ การให้การพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล

ข้อสังเกต การบันทึกในรูปแบบตีเออาร์อาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งของการบันทึก เช่น ขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้ หรืออาจขาดข้อความเกี่ยวกับการให้การพยาบาล ในกรณีติดตามผลการให้ยา เช่น ได้ยาระบายแล้วถ่ายหรือไม่ การบันทึกวิธีนี้จะสะดวกเพราะไม่ต้องเน้นปัญหาในลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาล อาจเขียนเป็นปัญหาหรือความต้องการในลักษณะง่าย ๆ ได้

การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Record) เป็นการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา เน้นบันทึกปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก เริ่มโดยนำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาเป็นการนำมาปรับใช้ในวงการพยาบาล ระบบนี้ประกอบด้วย องค์ประกอบ ๔ อย่าง คือ

๑. ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่รวบรวมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย Subjective data และ Objective data เป็นข้อมูลพื้นฐาน ทั้งหมด รวบรวมโดยการซักประวัติ สังเกต และตรวจร่างกาย การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ แล้วแต่สถาบัน

๒. รายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ ปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และเขียนเป็นลำดับการแก้ไขติดต่อกันไป วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วนรอได้ หรือแก้ไขไปแล้ว โดยปัญหาทางการพยาบาลจะเขียนในรูปแบบการวินิจฉัยทางการพยาบาล

๓. แผน (Initial plan) เป็นการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล ที่ระบุไว้ตามลำดับโดยพิจารณาตามความรุนแรง ความเร่งด่วนของปัญหา

๔. การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบของ SOAP

S (Subjective data) ข้อมูลได้จากการซักประวัติ การบอกเล่าของผู้ป่วย

O (Objective data) ข้อมูลได้จากการสังเกตหรือการตรวจ

A (Assessment) การประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล

P (Plan) คือการวางแผนการพยาบาล

ต่อมามีการเพิ่มจาก SOAP เป็น SOAPIE ดังนี้

I (Intervention) คือ การปฏิบัติการพยาบาล

E (Evaluation) เป็นการประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการ

ปฏิบัติการพยาบาลข้อดีของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา คือ ทีมสุขภาพมีกรรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงานช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว

ข้อด้อยของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา คือ การใช้ระบบแบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนๆ คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคลากร บันทึกแบบนี้ไม่ช่วยในการแก้ปัญหา

๒.๒ ลักษณะการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี (Documentation outcome)

ทัศนีย์ ทองประทีป และเบ็ญจา เตากล่ำ (๒๕๔๓) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่ดี ควรบันทึกในรูปแบบกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลที่ได้จากผู้รับบริการ การประเมินผลปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการรักษาพยาบาล และการประเมินผลการตอบสนองของผู้รับบริการต่อการรักษาพยาบาลซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี และข้อมูลที่พยาบาล ควรเขียนมีลักษณะ ดังนี้

๒.๓.๑ เป็นการบันทึกเหตุการณ์จริง ที่ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

๒.๓.๒ สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลใช้เป็นข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยและมาตรฐานการพยาบาล

๒.๓.๓ บรรยายถึงสภาพของผู้รับบริการจากเวรหนึ่งสู่อีกเวรหนึ่ง สามารถนำมาใช้ปรับปรุงแก้ไขการพยาบาล เป็นเครื่องมือประเมินผลในระหว่างการดูแลผู้ป่วยและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๒.๓.๔ บันทึกปัญหาความต้องการ อาการและอาการแสดงทุกอย่างของผู้ป่วยที่พยาบาลสังเกตเห็น โดยการบันทึกตามลำดับความสำคัญของปัญหาหรือตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบการบันทึกแต่ละสถาบัน

๒.๓.๕ แบบการบันทึกไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล

๒.๓.๖ สามารถเป็นหลักฐานที่ช่วยในการประเมินคุณภาพการพยาบาล

สรุป การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีให้มีคุณภาพ ทั้งความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ครบถ้วนและได้ใจความ ช่วยให้การติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระเบียบ การบันทึกที่ดีมีคุณภาพนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินประสิทธิภาพ บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

๒.๓ สาเหตุการบันทึกทางการพยาบาลที่ขาดคุณภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่มีปัญหามักพบว่าส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ และการขาดแรงจูงใจในการเขียนบันทึกของพยาบาล และปัญหารองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการ เช่น อัตราส่วนระหว่างพยาบาล กับผู้รับบริการ การมอบหมายงาน ที่ไม่ชัดเจนทำให้พยาบาลไม่เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการ ระบบการบันทึกทำให้ต้องใช้เวลามาก เสียเวลาในการเขียนข้อความซ้ำ ๆ กันในหลายแผ่นของแบบบันทึก นอกจากนี้ปัญหาดังกล่าว สุริย์ ธรรมิกบวร (๒๕๔๐) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้คุณภาพ ดังนี้

๒.๔.๑ ทัศนคติของพยาบาลต่อการบันทึกมองว่าน่าเบื่อ ขาดความสนใจ

๒.๔.๒ ระบบการบันทึกขาดรูปแบบที่ชัดเจน หรือขาดรูปแบบของการบันทึกเชิงวิชาชีพ ทำให้ผู้บันทึกขาดความรู้ ไม่มีเนื้อหาสำคัญ ขาดการระบุปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยให้ชัดเจน มักเขียนข้อมูลซ้ำ ๆ จากเวรก่อน ๆ ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

๒.๔.๓ พยาบาลขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก ขาดทักษะในการประยุกต์กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

๒.๔.๔ ระบบบันทึกในแบบฟอร์มเป็นปลายเปิดทำให้ขาดคุณภาพประสิทธิภาพ พยาบาลขาดข้อมูล หรือองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการแสดงเฉพาะโรค ขาดการระบุปัญหา

๒.๔.๕ ทีมสุขภาพใช้ประโยชน์จากการบันทึกทางการพยาบาลน้อย

๒.๔.๖ พยาบาลไม่เห็นความสำคัญในบทบาทอิสระ (Independent Nursing Action) เช่น การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการประเมินสภาพจิตใจ

๒.๔.๗ พยาบาลมีภาระงานต้องรับผิดชอบผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะเวรบาย ไม่มีเวลาบันทึกรายงาน ทำให้ไม่เห็นประโยชน์ที่แท้จริงจากการบันทึกที่มีคุณภาพ

๒.๔.๘ นโยบายหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

๒.๔ แนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ

บันทึกทางการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ สะท้อนถึงทักษะของพยาบาลเกี่ยวกับการคิด แปลความหมาย การค้นหาข้อมูล การประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การนำข้อมูลมาวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาความต้องการ และการวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องทุกระยะ การบันทึกที่ดีควรยึดกระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐาน (วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี,๒๕๔๖) กล่าวถึง แนวทางการพัฒนา การบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ ดังนี้

๒.๕.๑ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล จะช่วยให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถสื่อสารทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจน แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลครบถ้วน โดยนำรูปแบบมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการทำงาน

๒.๕.๒ สร้างมาตรฐานการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถนำไปใช้ได้ง่ายเพื่อสามารถนำข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล มาบันทึกได้รวดเร็วเพื่อลดภาระงานและการใช้เวลาในการเขียน

๒.๕.๓ กำหนดเป็นนโยบายให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงและมีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารควรจัดโปรแกรมการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขปรับปรุง

๒.๕.๔ มีระบบให้พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับพยาบาลผู้ควบคุมคุณภาพการพยาบาลในแต่ละสาขา เพื่อให้การบันทึกมีประสิทธิภาพ ใช้สื่อสารในทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

๒.๕.๕ ควรปรับปรุงแบบฟอร์ม รูปแบบของการบันทึกให้มีความสะดวกต่อการบันทึกมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลและวิชาชีพแสดงให้เห็นคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่ทัศนคติที่ดีต่อการบันทึก

๒.๕.๖ จัดการประชุมสัมมนาเพื่อระดมความคิด รับทราบปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบันทึกทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะข้อควรระวังทางด้านกฎหมาย

๒.๕.๗ พัฒนาความสามารถของพยาบาล ในการบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก ควรจัดการอบรมบันทึกทางการพยาบาลให้กับพยาบาลประจำการ ระหว่างปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ อาจจัดเป็นการอบรมระยะสั้นโดยมุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้

๒.๕ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด จึงต้องมีองค์ความรู้ในเรื่องของยาเสพติด บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ดังนั้นบทนี้จะประกอบด้วย

๑. การติดยาเสพติด
๒. ลักษณะโรคติดยาเสพติด
๓. การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
๔. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด
๕. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๑. การติดยาเสพติด

ปัจจุบันทางสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) ได้ปรับปรุงการวินิจฉัยการติดยาเสพติดโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) ดังนี้

๑. มีการเสพยาเสพติดในปริมาณที่มากหรือระยะเวลาเกินกว่าที่ตั้งใจ
๒. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพยาเสพติดนั้นแต่ไม่สามารถทำได้
๓. ใช้เวลามากในการหาเสพยาเสพติด การเสพยาเสพติด และการฟื้นตัวจากฤทธิ์เสพยาเสพติด
๔. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพยาเสพติด
๕. มีการเสพยาเสพติดบ่อยๆจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน
๖. ยังคงมีการเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิด

จากการเสพยาเสพติดอยู่บ่อยครั้ง

๗. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพยาเสพติด
๘. มีการเสพยาเสพติดในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง
๙. มีการเสพยาเสพติดต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าเสพยาเสพติดจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและ

จิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น

๑๐. มีอาการติดยาตามคำจำกัดความดังนี้

๑๐.๑ ต้องเสพยาเสพติดในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ

๑๐.๒ เสพยาเสพติดเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน

๑๑. อาการถอนพิษยา ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

๑๑.๑ มีอาการถอนพิษยาจากสารเสพติด

๑๑.๒ การเสพยาเสพติดหรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึงสามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยา

จากสารเสพติดหายไป โดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น ๓ ระดับ คือ

ระดับความรุนแรงเล็กน้อย มีอาการ ๒ - ๓ ข้อ

ระดับความรุนแรงปานกลาง มีอาการ ๔ - ๕ ข้อ

ระดับความรุนแรงมาก มีอาการ ๖ ข้อขึ้นไป

๒. ลักษณะโรคติดยาเสพติด

การติดยาเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยจากการเสพยาเป็นครั้งคราว สู่การเสพที่ถี่ขึ้น จนเสพทุกวัน และวันละหลายครั้ง การเสพยาเสพติดเกี่ยวข้องกับสมองสองส่วน สมองส่วนคิด และสมองส่วนอยาก สำหรับสมองส่วนคิดทำหน้าที่คิดตัดสินใจด้วยสติปัญญาแบบมีเหตุผล สมองส่วนอยากทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้น สมองจึงเป็นศูนย์กลางของร่างกาย มีส่วนทำหน้าที่รับข้อมูลเข้ามา และส่งงานออกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ต่างๆรวมทั้งควบคุมนิสัยใจคอและพฤติกรรมของตนเอง สมองประกอบด้วย เซลล์ประสาทที่มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ ส่วนที่รับสัญญาณเข้าสู่เซลล์ประสาทและส่วนที่ส่งสัญญาณประสาทออกจากเซลล์ไปยังเซลล์ประสาทที่อยู่ถัดไป การส่งสัญญาณต้องผ่านสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) การทำงานของสารสื่อประสาทมีความสำคัญต่อการทำงานอย่างปกติของสมอง วงจรสมองที่เกี่ยวกับความสุขใจเหมือนได้รับรางวัล สารเสพติดทุกชนิด ที่ผู้ป่วยยาเสพติดเสพเข้าไปทั้ง ผิ่น กัญชา ยาบ้า และบุหรี่จะมีผลเกี่ยวข้องโดยการกระตุ้นสารสื่อประสาทสมองโดปามีน (Dopamine) หลังออกมามาก จะทำให้มีความสุข ความพึงพอใจ นอกจากนี้โดปามีน ยังเกี่ยวกับเรื่องของความจำ การเรียนรู้และการเคลื่อนไหวด้วย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมองจากการกระตุ้นของสารเสพติดที่เสพเข้าสู่ร่างกาย

การติดสารเสพติดเกิดขึ้นจากการหลั่งสารสื่อประสาทที่ผิดไปจากปกติของสมอง ทำให้การคิดที่เป็นเหตุเป็นผลสูญเสียไปและถูกควบคุมด้วยสมองส่วนอยากแทน ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดพฤติกรรมการเสพติดมากขึ้นเรื่อยๆ จึงสูญเสียพฤติกรรมปกติที่จะใช้เหตุผลในการกระทำ การที่ผู้ติดยาเสพติดไม่ยอมเลิกยาเสพติดหรือเข้ารับการรักษา แสดงว่ามีความพึงพอใจที่จะสุขสบายจากฤทธิ์ของยามากกว่าอดทนต่อการเลิกยาเสพติด ซึ่งมีผลต่อการเลิกยาในระยะเริ่มแรกเนื่องมาจากการติดใจของโรคสมองติดยา ถ้าผู้ติดยาเสพติดไม่พร้อมต่อการเข้าสู่วงการเลิกยาหรือยังปฏิเสธปัญหาของการเสพยาเสพติดแสดงว่าการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด ก็ยังไม่เกิดขึ้นเช่นกัน ดังนั้น ผู้ติดยาเสพติดจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด และมีความเข้าใจถึงการบำบัดรักษาเพื่อการเลิกยาเสพติด

๓. การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ถือเป็นวิธีการช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากเมื่อหยุดเสพจะเกิดอาการขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจ หากผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จะส่งผลให้การตอบสนองต่อการบำบัดรักษามากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาเสพติดได้มากขึ้น ซึ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ ๑ เตรียมการก่อนการรักษา (Pre - admission) เป็นระยะแรกของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ จัดการภารกิจต่างๆให้เรียบร้อย ทำให้เข้ารับการรักษาได้ครบตามระยะเวลาได้ต่อเนื่องไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษา และมีความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายมีสาเหตุในการเสพยาเสพติดจากปัญหาในครอบครัว การให้คำแนะนำและปรึกษาคครอบครัวไปด้วย เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะตัวผู้ป่วย การดำเนินการในขั้นตอนนี้ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยยาเสพติดโดย การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติในเรื่องชนิดของยาเสพติดที่เสพ ปริมาณที่เสพต่อวัน การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มใช้ ระยะเวลาที่ใช้ สาเหตุของการเสพยา ลักษณะของครอบครัว

ความสัมพันธ์ของครอบครัว วิธีการเลี้ยงดู ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพจิต และโรคแทรกซ้อน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การวินิจฉัย และวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษา และนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย

ขั้นที่ ๒ บำบัดด้วยยา (Detoxification) เป็นขั้นตอนการรักษาทางร่างกายที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกาย หรือรักษาอาการถอนยาของร่างกาย การรักษาในระยะนี้จะใช้ยาบรรเทาอาการถอนยา ตามประเภทของยาเสพติดที่ติดยา และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรือทางจิต จนผู้ป่วยหมดอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตหมดไป หรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ไม่มีอาการรุนแรง

ขั้นที่ ๓ ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ในขั้นนี้จะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนบำบัดด้วยยา ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม เป็นระยะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมออกไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี จุดประสงค์หลักของการรักษาคือ การป้องกันการติดยา เตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอก ในการพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้หลัก ๒ ประการ คือ ๑. การช่วยและพึ่งตนเองของผู้ป่วย ๒. การใช้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มบำบัด งานบำบัด เครื่องมือปรับพฤติกรรม และการนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

ขั้นที่ ๔ ติดตามดูแลหลังรักษา (After care) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เผื่อระวังการกลับไปเสพยา เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยคอยตรวจสอบสัญญาณเตือนและป้องกันตนเองไม่กลับไปเสพยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสมดุล ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา หากผู้ป่วยติดยา นำกลับเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

๔. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดจะเริ่มตั้งแต่พบผู้ป่วย รับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ให้การพยาบาลในช่วงบำบัดด้วยยา ฟื้นฟูสมรรถภาพ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามการรักษา โดยพยาบาลมีบทบาทที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา ดังนี้

๑.) ประเมินสภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยคัดกรองและประเมินระดับการติดยาเสพติดด้วยการซักประวัติการใช้อยาเสพติด ตรวจร่างกาย ดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วยแบบประเมินตามประเภทยาเสพติดที่ผู้ป่วยติด ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทางจิต ตลอดจนประเมินปัญหาจิตใจ พฤติกรรม และสังคม เพื่อนำเสนอข้อมูลให้แพทย์วินิจฉัย และพยาบาลได้วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม หรือสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดบางรายอาจต้องปรึกษาทีมสหวิชาชีพอื่นร่วมให้การดูแลด้วย เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

๒.) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้พ้นภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งภาวะวิกฤติฉุกเฉินในผู้ป่วยยาเสพติดได้แก่ ภาวะถอนพิษยาเช่น ภาวะถอนพิษสุรา ชัก เพ้อสับสน ภาวะถอนพิษสารกระตุ้น ประสาทหลอน ะอะโวยวาย ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ภาวะได้รับยาเฮโรอีนหรือเมทาโดนเกินขนาดกดการหายใจในผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีน หรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นโรคร่วม หรือเกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติดเช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร ปอดอักเสบ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วย ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแล

ผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ประสานกับครอบครัวเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วย

๓.) ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดยา ซึ่งความรุนแรงของอาการถอนพิษอาจเกิดได้ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมาก ขึ้นกับระดับการติด ระยะเวลา ปริมาณการใช้ยาเสพติด ซึ่งอาการถอนพิษยานี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จนถึงทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษา หรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย หรือหากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจะทำให้ไม่สามารถก้าวผ่านระยะนี้ได้ การเลิกยาเสพติดก็จะไม่ประสบความสำเร็จ บทบาทของพยาบาลจะเป็นการประเมินอาการถอนพิษยาอย่างต่อเนื่อง ให้ยาตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษยา ได้รับความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการถอนพิษยา หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนอาการผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

๔.) ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติดตลอดจนให้การช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหาเสพติดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่น ๆ รอบตัวผู้ป่วย จนทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดและติดในที่สุด ดังนั้นการช่วยแก้ปัญหาอื่น ๆ ของผู้ป่วยจึงเป็นการช่วยในเรื่องการเลิกใช้ยาเสพติดควบคู่กันไปด้วย เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การตั้งครมไม่พึงประสงค์ บกพร่องในสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น ซึ่งบทบาทพยาบาลนั้น ต้องค้นหาปัญหา ให้คำปรึกษา หากต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไข พยาบาลต้องประสานผู้เกี่ยวข้องร่วมแก้ไขด้วยเช่น ทีมสหวิชาชีพ หรือครอบครัวของผู้ป่วย หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อคลี่คลายปัญหาให้ผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไป

๕.) เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาเสพติด เนื่องจากการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ความพึงพอใจในฤทธิ์ของยาเสพติด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องเสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยของยาเสพติด และสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติด และลดผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

๖.) จัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาอาการถอนพิษยาจนทุเลาลงหรือหมดไป หรือผู้ป่วยยาเสพติดบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรือทางจิตร่วมด้วย จะได้รับการรักษาควบคู่ไปกับอาการถอนพิษยาจนอาการทุเลาลงหรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยยาเสพติดจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการจัดกลุ่มบำบัด กิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ตาม

๗.) ประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยยาเสพติดกลับสู่สังคม โดยพยาบาลจะประสานกับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

๘.) ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดยา สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา เพื่อให้เลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการติดยาจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องค้นหาสาเหตุ หรือโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดยา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว และร่วมกันวางแผนป้องกันการติดยา โดยฝึกทักษะที่จำเป็นได้แก่ การจัดการตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน การจัดการความอยาก(Craving Management) ทักษะการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ฯลฯ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง

๙.) ประสานทีมสหวิชาชีพหรือเครือข่ายต่างๆในการจัดกิจกรรม/แก้ไขปัญหามอบให้ผู้ป่วยยาเสพติด โดยการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนั้น ศาสตร์ในการดูแลรักษานั้นต้องใช้การผสมผสานศาสตร์ต่างๆในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาลดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์เฉพาะทาง นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา หรือกรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นเช่นโรคในช่องปาก พยาบาลต้องมีบทบาทในการประสานทันตแพทย์ให้การบำบัดรักษาโรคในช่องปากเป็นต้น นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีปัญหาในด้านอื่น เช่น ปัญหาทางสังคม อาชีพ พยาบาลมีบทบาทช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติลดโอกาสกลับไปพึ่งพายาเสพติด

๑๐.) ให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการติดยา เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหา ความเสี่ยงในการติดยา และร่วมวางแผนแก้ไข หรือหากกรณีผู้ป่วยเสพยาติดยานำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา บทบาทนี้หากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปพยาบาลคลินิกยาเสพติดจะเป็นผู้ติดตามการรักษา แต่หากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจะมีนักสังคมสงเคราะห์หรือทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลหลังรักษา

ซึ่งบทบาทต่างๆที่พยาบาลได้กระทำเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดนั้น ต้องใช้องค์ความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน ดังนั้นพยาบาลยาเสพติดจำเป็นต้องผ่านการอบรมหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ(พรศิริ พันธสี,๒๕๕๖)

สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อเป็นขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพเช่นกัน โดยมีขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยยาเสพติด

๑.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- สัญญาณชีพ
- น้ำหนัก ส่วนสูง

- ข้อมูลส่วนบุคคล
- ประวัติการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษา ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย/ทางจิต ประวัติการต้องคดี สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมี ฯลฯ
- ระดับการติดยาโคเคน
- ภาวะซึมเศร้า
- อาการถอนพิษยา
- แบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน
- พฤติกรรม การแสดงออก
- แรงจูงใจในการบำบัดรักษา แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด

๑.๒ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ มาจัดหมวดหมู่แล้ววิเคราะห์ว่าข้อมูลใดผิดปกติ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติด

๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล หลังจากที่ได้อาการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ว่าข้อมูลใดผิดปกติ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งกำหนดข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นๆ ดังนั้น การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๒ ขั้นตอนคือ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการกำหนดข้อมูลสนับสนุน โดยรูปแบบของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถเขียนได้ ๔ รูปแบบ ดังนี้

๒.๑ ข้อวินิจฉัยสุขภาพดี เป็นข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะสุขภาพปกติของผู้ป่วย เช่น

- เผชิญกับภาวะเครียดได้ดีเนื่องจากได้กำลังใจจากครอบครัว
- มีความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดเมื่อเข้ารับการบำบัดรักษา
- มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีเนื่องจากมีเป้าหมายในชีวิต

๒.๒ ข้อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แสดงถึงการมีโอกาสที่จะเกิดปัญหา โดยมีข้อมูลสนับสนุนเป็นปัจจัยเสี่ยง หรืออาจเกิดปัญหาสุขภาพได้ในเวลาต่อมา เช่น

- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากการรับรู้ผิดปกติ
- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
- เสี่ยงต่อการอยู่รับการรักษาไม่ครบกำหนด เนื่องจากมีความวิตกกังวลและอยากกลับบ้าน

๒.๓ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงการมีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติเกิดขึ้นแล้วจะต้องมีข้อมูลสนับสนุนชัดเจน เช่น

- บกพร่องในกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีอาการมึนงง สับสน
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากขาดความภาคภูมิใจในชีวิต
- ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการถอนพิษสุรา

๒.๔ ข้อวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ต่างจากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น พยาบาลสามารถให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้โดยอิสระ แต่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เป็นปัญหาที่พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกับการรักษาของแพทย์ พยาบาลไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ตามลำพัง ข้อวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจึงมีลักษณะเป็นภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย ที่พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โดยพยาบาลมีบทบาทในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วย และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้โดยเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น

- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากแขน ขาอ่อนแรง จากภาวะโปตัสเซียม และแมกนีเซียมต่ำ
- เสี่ยงต่อการถูกผู้อื่นทำร้าย เนื่องจากมีอาการหูแว่ว และหลงผิดจากอาการนอนพิษสุรา
- มีภาวะการทำงานของตับบกพร่อง เนื่องจากดื่มสุราเป็นเวลานาน

๓. การวางแผนการพยาบาล

๓.๑ การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการพิจารณาว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุไว้ทั้งหมดของผู้ป่วยคนหนึ่งนั้น ข้อวินิจฉัยใดควรได้รับการดูแลช่วยเหลือก่อนหลัง โดยพิจารณาจากความรุนแรงของปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขก่อน

๓.๒ การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล ได้มาจากการพิจารณาแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่าหลังให้การพยาบาลแล้วพยาบาลมีความคาดหวังให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอย่างไร เป้าหมายของการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นแนวทางกว้างๆ ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงตามประเด็นและสามารถบอกเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล ได้สอดคล้องกับปัญหา

๓.๓ การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาว่าการที่จะประเมินผลการพยาบาล จะประเมินได้จากข้อบ่งชี้อะไร หรือพฤติกรรมใดของผู้ป่วยที่ทำให้พยาบาลทราบว่าหลังจากให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ผลการเปลี่ยนแปลงบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่

๓.๔ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลต่างๆหรือรายละเอียดของวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่กำหนดไว้

๔. การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่จะนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่ตั้งไว้ รวมทั้งมีการบันทึกสรุปการปฏิบัติการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้น ขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลจึงประกอบด้วย ๒ ขั้นตอน ดังนี้

๔.๑ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดตามแผนการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้เพื่อแก้ไขภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล มีการตัดสินใจ และการติดต่อสื่อสารที่ดี จึงจะสามารถนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด หลังจากปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องมีการบันทึก การปฏิบัติการพยาบาลที่เรียกว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกครั้ง เพื่อสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละ รายได้ทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ ถูกต้อง ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการมากที่สุด

๕. การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินผลการให้ ความช่วยเหลือผู้ป่วยว่าได้ผลลัพธ์อย่างไร ซึ่งอาจประเมินได้จากอาการ ภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หลังได้รับการพยาบาลว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลที่ กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ถ้าบรรลุวัตถุประสงค์แสดงว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้รับการแก้ไขแล้ว การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยอายุได้ แต่ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจมีทั้งปัญหาได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน หรือ ปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ก็ต้องกลับไปพิจารณาใหม่ ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลว่า ข้อมูลที่รวบรวมได้นั้นมี ความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์มากน้อยเพียงใด หรืออาจต้องพิจารณาการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการ พยาบาล ว่ามีข้อบกพร่องตรงไหน เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่ และให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล(พรศิริ พันธสี,๒๕๕๖)

๒.๖ ระบบงาน โครงสร้าง และอัตรากำลังของหอผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรม ราชชนนี

จากขั้นตอนการบำบัดรักษายาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้ จัดบริการบำบัดรักษายาเสพติดรูปแบบผู้ป่วยในเป็น ๒ ระยะได้แก่ระยะบำบัดด้วยยาจำนวน ๗ หอผู้ป่วย และระยะฟื้นฟู สมรรถภาพจำนวน ๖ หอผู้ป่วย โดยมีอัตรากำลัง และประเภทการรับผู้ป่วยยาเสพติด ดังนี้

หอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา

หอผู้ป่วย	จำนวน เตียง	อัตรากำลัง		ลักษณะการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
		หัวหน้าหอ ผู้ป่วย	พยาบาล วิชาชีพ	
ทัพบก ๑	๓๐	๑	๑๐	ผู้ป่วยเสติดสุราชายที่มีอาการถอนพิษสุรา ตั้งแต่ระดับปานกลาง จนถึง รุนแรงมาก ชัก เพื่อสืบสน มีภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา เช่นภาวะโปตัสเซียม แมกนิเซียมต่ำ ทำให้แขน ขา อ่อนแรง การ ทรงตัวไม่ดี เสี่ยงต่อการหกล้ม ตกเตียง ภาวะตับอักเสบ หรือตับแข็ง บางรายมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีผู้ป่วยสุราบางรายที่ต้องส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลฝ่ายกาย เช่น เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ปอดอักเสบ เลือดออกใน สมองเนื่องจากประสบอุบัติเหตุก่อนเข้ารับการรักษา เป็นต้น
ทัพบก ๒	๓๐	๑	๙	ให้บริการผู้ป่วยเสติดสุรา เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยทัพบก ๑ และ ผู้ป่วยเสติดสารระเหยชาย

หอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา(ต่อ)

หอผู้ป่วย	จำนวน เตียง	อัตรากำลัง		ลักษณะการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
		หัวหน้าหอ ผู้ป่วย	พยาบาล วิชาชีพ	
เพชร ๑	๓๐	๑	๑๐	ผู้ป่วยเสพติดสารกระตุ้นชายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ที่ต้องให้การดูแลทั้งการให้ยารักษาอาการทางจิตเวช เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น จากอาการทางจิตเวช
เพชร ๒	๓๐	๑	๙	ผู้ป่วยเสพติดสารกระตุ้นชายที่ไม่มีอาการทางจิตเวช หรือมีอาการทางจิตเวช ที่ไม่รุนแรง ต้องคอยเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การทะเลาะวิวาท เป็นต้น
เพชร ๓	๓๐	๑	๙	ผู้ป่วยเสพติดสารกระตุ้นชายที่ไม่มีอาการทางจิตเวช และผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนชาย ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมต่อต้านสังคม การทะเลาะวิวาท และเฝ้าระวังการได้รับยาเมทาโดนเกินขนาดซึ่งมีฤทธิ์กดการหายใจ
มุกดา ๒	๓๐	๑	๙	หอผู้ป่วยหญิงระยะบำบัดด้วยยามีสติเดียว จึงรับผู้ป่วยยาเสพติดหญิงทุกประเภทยาเสพติด ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งอาการถอนพิษยาเสพติด อาการแทรกซ้อนทางกาย ทางจิตเวช ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ
บุษราคัม	๓๐	๑	๙	หอผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับวัยรุ่นชายอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ เกิดการทะเลาะวิวาทได้ง่าย ผู้ป่วยบางรายเป็น Conduct Disorder ครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล และผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาเรื่องการศึกษา ต้องหยุด หรือขาดเรียน

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา เพื่อให้อาการถอนพิษยาเสพติด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย และภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นพ้นจากอาการถอนพิษยาเสพติดแล้ว พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่พร้อมให้ผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

การขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาจะแบ่งเป็นเวรเช้า บ่าย ดึก เวรเช้าวันธรรมดาพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงาน ๔ คนรวมหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนเวรบ่าย ดึก และเวรเช้าวันหยุดพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงาน ๒ คน ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ขึ้นปฏิบัติงานเวรละ ๑ คน

หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง	อัตรากำลัง		ลักษณะการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
		หัวหน้าหอผู้ป่วย	พยาบาลวิชาชีพ	
มรกต	๙๐	๑	๖	ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหญิง ประเภทสารกระตุ้น รับจากสำนักงานคุมประพฤติ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ต้องได้รับยาทางจิตเวช มีโรคแทรกซ้อนทางกายเช่น วัณโรค เอ็ดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคผิวหนัง เป็นต้น พยาบาลต้องบริหารยาที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาด้านพฤติกรรมเช่นทะเลาะวิวาท เพศทางเลือก เสี่ยงต่อการทำผิดระเบียบของหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น
เขียวส่อง	๔๐	๑	๔	ผู้ป่วยเสพติดที่มีภาวะบกพร่องการรู้คิด (Cognitive Impairment) ได้แก่ผู้ป่วยเสพติดสุรา สารระเหย มุ่งเน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันซึ่งยังบกพร่องกว่าผู้ป่วยยาเสพติดชนิดอื่น เนื่องจากความจำเสื่อม การตัดสินใจในเรื่องต่างๆยังไม่เหมาะสม ยังไม่สามารถแยกแยะได้ การควบคุมอารมณ์ค่อนข้างต่ำจากความจำไม่ตี เมื่อถูกตักเตือนบ่อยจะหงุดหงิด เกิดการทะเลาะวิวาทง่าย ซึ่งบางรายอาจเกิดการถดถอยซึ่งพยาบาลต้องคอยเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา ตลอดจนประสานกับครอบครัวให้ทราบสภาพผู้ป่วย และการดูแลของครอบครัว
ทองเนื้อเก้า	๖๐	๑	๔	ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพชาย ประเภทสารกระตุ้น รับจากสำนักงานคุมประพฤติ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด ผู้ป่วยมีลักษณะต่อต้านสังคม มีตั้งกลุ่มพรรคพวก คล้ายประสพการณ์ที่ได้รับในเรือนจำ มีการช่วยเหลือกันในทางที่ผิด ปกปิดพฤติกรรม ข้อบกพร่องของเพื่อน การมอบหมายงาน ผู้ที่ด้อยกว่าจะถูกอิทธิพลกลุ่มมอบงานให้ทำ พยาบาลต้องเฝ้าระวังพฤติกรรม และหาแนวทางแก้ไข เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย การรับผู้ป่วยเข้าบำบัดจะรับจากทุกภาคของประเทศ ทำให้ผู้ป่วยหลายรายขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว
โอปอล	๖๐	๑	๔	ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพชาย ประเภทสารกระตุ้น รับจากสำนักงานคุมประพฤติ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยทองเนื้อเก้า

หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ(ต่อ)

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง	อัตรากำลัง		ลักษณะการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
		หัวหน้าหอผู้ป่วย	พยาบาลวิชาชีพ	
หยก	๖๐	๑	๓	ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพชาย ประเภทสารกระตุ้น ระบบสมัครใจ ผู้ป่วยหลายรายมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่ต้องรับประทุษโทษต่อเนื่อง หลายรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้านสังคม ผู้ป่วยบางรายติดซ้ำหลายรอบเข้ารับการรักษา หลายรายไม่มีแรงจูงใจในการอยู่รับการรักษา มีปัญหาทางครอบครัว ครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไข ประสานความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพและแหล่งอื่นๆทางสังคม
มุกดา๑	๓๐	๑	๓	ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหญิงระบบสมัครใจ สภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีลักษณะ อิจฉา เกิดความไม่พอใจ ทะเลาะวิวาทง่าย การควบคุมอารมณ์ค่อนข้างต่ำ มีปัญหาเรื่องเพศที่สาม ผู้ป่วยมีปัญหาครอบครัว และสังคม บางรายเป็นผู้ถูกกระทำ พยาบาลต้องค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไข ประสานความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพและแหล่งอื่นๆทางสังคม

สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพทุกคนจะขึ้นปฏิบัติงานในเวรเข้าวันธรรมดา และมีพยาบาลวิชาชีพประจำการ ๑ คนขึ้นปฏิบัติงานต่อจนถึงเวลา ๒๐.๓๐ น. ส่วนวันหยุดราชการมีพยาบาลวิชาชีพ ๑ คนขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา ๘.๓๐ - ๒๐.๓๐ น. ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้จะปฏิบัติงานเป็นเวร เช้า บ่าย และดึก เวิร์ล ๒ คน ในช่วงที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงาน หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานพยาบาลตรวจการได้

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันฯใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย ๔ องค์ประกอบ ในรูปแบบของ FAST Model ได้แก่

- ๑) กิจกรรมครอบครัว(Family :F) คือการนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งเตรียมกลับสู่สังคมประกอบด้วยกิจกรรม
 - การเตรียมความพร้อมครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟู
 - การให้ความรู้ครอบครัวในการดูแลส่งเสริมสนับสนุนการบำบัดฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
 - การให้คำปรึกษาแนะนำครอบครัว ให้มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน
 - ครอบครัวบำบัดเป็นวิธีการบำบัดที่รวมบุคคลที่มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นครอบครัวเดียวกัน และหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยทีมสหวิชาชีพ

- กิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและผู้ป่วย และให้ครอบครัวมีทักษะการทำหน้าที่ครอบครัว
- ๒) กิจกรรมทางเลือก(Alternative treatment Activity :A) เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถ ความสนใจ แสดงศักยภาพตนเองอย่างเหมาะสม เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าตนเอง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นส่งเสริมอาชีพตามศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วย ให้สามารถทำได้ด้วยตนเอง
- ๓) กิจกรรมเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง(Self-help :S) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดความสามารถในการปรับตัว การรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น มีความอดทนรอคอย มีเป้าหมายในชีวิต สามารถจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์ของตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น สามารถดูแลตนเองได้ให้ปลอดภัยจากยาเสพติด
- ๔) ชุมชนบำบัด(Therapeutic Community:T) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาและสารเสพติดให้ผู้ป่วยฝึกการพัฒนาตนเอง โดยมาอยู่ร่วมกันเหมือนครอบครัวขนาดใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลง พัฒนาตนเอง มีการเรียนรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้นในสถานที่ที่ปลอดภัย ปลอดภัยจากยาเสพติด สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความอบอุ่น ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข(สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี,๒๕๕๘)

๒.๗ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรม การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง และการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

การบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพใช้เวลา ๔ – ๖ เดือน ซึ่งนอกจากการประเมินอย่างอื่นแล้วผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพฤติกรรมทุกเดือนด้วยแบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ(FAST Model) ประกอบด้วยประเด็น การประเมิน การควบคุมอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์ การแก้ปัญหา สุขอนามัยส่วนบุคคล และเรื่องความรับผิดชอบ/ระเบียบวินัย เมื่อใกล้ครบกำหนดเมื่อประเมินแล้ว ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมก็จะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการลงทะเบียนเข้าสู่ระยะติดตามดูแลหลังรักษาเป็นเวลา ๑ ปี

๑) การรับรู้ความสามารถตนเอง

ทฤษฎีและแนวคิด

Bandura นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้พัฒนาทฤษฎีปัญญาสังคม(Social Cognitive Theories) เมื่อปี ๑๙๗๗ เชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อพวกเขาเชื่อมั่นในความสามารถที่ตนจะสามารถจัดการหรือกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อบรรลุผลตามที่คาดหวังได้ซึ่งก็คือคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy Expectation) ต่อมาได้พัฒนาแนวคิดเป็นการรับรู้ความสามารถของตน (Perceived self-efficacy) (Bandura, 1986 อ้างในวรพรต คงเสรี,๒๕๕๙)

ความหมาย

ความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้นั้นจำเป็นต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อน หากบุคคลประเมินว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถ บุคคลจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ (Bandura, 1997 อ้างในเสาวนีย์ ชูจันทร์, ๒๕๕๗)

โครงสร้างและมโนทัศน์ของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างในเสาวนีย์ ชูจันทร์, ๒๕๕๗) ได้อธิบายและทำนายการกระทำพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากความเชื่อหรือความคาดหวัง ๒ ส่วน โดยมีโครงสร้างหลัก ๒ ประการ ได้แก่

๒.๑ การรับรู้ความสามารถของตนหรือความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectancies) หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคล ว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมจนประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ การรับรู้ความสามารถของตนจะเป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Bandura, 1997 อ้างในเสาวนีย์ ชูจันทร์, ๒๕๕๗) ซึ่งแบนดูราได้สรุปว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

ปัจจัย ๓ ประการคือ

- ๑) ขนาดหรือระดับความสามารถที่บุคคลเชื่อว่าเขาทำได้ (Magnitude or level)
- ๒) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Strength)
- ๓) ความมั่นใจในความสำเร็จที่บุคคลเคยประสบและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในต่างสถานการณ์ (Generality)

๒.๒ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ตนเองได้กระทำ ผลลัพธ์ตามความคาดหวังนี้สามารถเกิดขึ้นได้ใน ๓ รูปแบบ (Bandura, 1997 อ้างในเสาวนีย์ ชูจันทร์, ๒๕๕๗) คือ

- ๑) ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (physical effects) ในเชิงบวก เช่น ความสุขสบายด้าน ร่างกาย และในเชิงลบ เช่น ความไม่สุขสบาย ความปวด
- ๒) ผลลัพธ์ด้านสังคม (social effects) ในเชิงบวก เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม ในเชิงลบ เช่น การไม่เป็นที่ยอมรับ
- ๓) ผลลัพธ์จากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self – evaluation effects) เช่น ความพึงพอใจในตนเอง ความภาคภูมิใจ และความเห็นคุณค่าในตนเอง

การวัดระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง

การวัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพิจารณาได้จาก ๓ มิติที่แตกต่างกัน ดังนี้ (Bandura, 1977, pp.84-85)

มิติที่ ๑ ระดับความยากของงาน(Magnitude) คือการรับรู้ความสามารถของแต่ละคนจะแตกต่างกันในแต่ละกิจกรรมหรือพฤติกรรม ตามความยากง่ายของกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ต้องกระทำ

มิติที่ ๒ ระดับความมั่นใจ (Strength) เป็นความเชื่อมั่นในตนเองของบุคคลว่าตนสามารถทำงานได้ในระดับที่ความยากต่าง ๆ ถ้าบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่ำจะทำให้ความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้าบุคคลรับรู้หรือมั่นใจในความสามารถของตนเองสูงถึงแม้ว่างานนั้นจะยาก แต่บุคคลนั้นจะมีแรงจูงใจ มีความพยายามที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จ

มิติที่ ๓ การแผ่ขยาย (Generality) การแผ่ขยายของการรับรู้ความสามารถของตนเองจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่สถานการณ์อื่นในปริมาณที่แตกต่างกันได้ โดยอาจเป็นกิจกรรมประเภทเดียวกัน แต่ต่างสถานการณ์หรือกิจกรรมต่างกัน แต่สถานการณ์ใกล้เคียงกันก็ได้ ซึ่งประสบการณ์บางอย่างก็ไม่ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นได้

จากมิติการวัดทั้ง ๓ มิติที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่วนใหญ่นิยมวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองใน ๒ มิติ คือ วัดระดับความยากของงานและวัดความเข้มข้นหรือความมั่นใจ ส่วนการแผ่ขยายนั้นไม่เป็นที่นิยมวัดกัน

ลีและบ็อบโค (Lee & Bobko, 1994, Pp. 364-369) ได้ศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา พบว่า มีวิธีการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ประเภท ได้แก่

(๑) การวัดระดับความเข้มหรือความมั่นใจ (Selfefficacy Strength) มีการนำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด โดยการถามผู้ตอบแบบสอบถามว่าเขามีความมั่นใจที่จะปฏิบัติงานที่ยากเพิ่มขึ้นได้มากน้อยเพียงใด ข้อคำถามมีลักษณะให้ประเมินความมั่นใจเป็นช่วงคะแนนหรือมาตราส่วน เช่น ๐ คือไม่มีความมั่นใจ ไปจนถึง มีความมั่นใจเต็มที่ คือ ๑๐ หรืออาจใช้ ๐-๔ คือไม่มั่นใจเลยจนถึงมั่นใจที่สุด คือ ๑๐๐ %

(๒) การวัดระดับความยาก (Self-efficacy Magnitude) นิยมนำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองรองลงมา โดยการถามผู้ตอบแบบสอบถามว่าเขาสามารถปฏิบัติงานที่มีระดับความยากเพิ่มขึ้นได้หรือไม่ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน ๒ ด้าน (Binomial) คือ ตอบว่าได้ / ไม่ได้, ใช่ / ไม่ใช่ ตัวอย่างการให้คะแนน เช่น ถ้าตอบว่า ใช่ จะเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่ใช่ จะเท่ากับ 0 คะแนน ผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามี การรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

(๓) การวัดแบบผสม (Self-efficacy Composites) คือ การผสมการวัดระดับความมั่นใจและระดับความยาก ซึ่งการวัดแบบนี้เป็นการวัดที่สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรามากที่สุด โดยใช้ข้อคำถามเดียวกัน แต่แยกคำตอบออกเป็น ๒ แบบ โดยทั่วไปจะถามให้ตอบว่า ใช่ / ไม่ใช่ส่วนอีกช่องหนึ่งจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าหรือใช้ประเมินเป็นร้อยละ การรวมคะแนนจะทำการรวมคะแนนของความมั่นใจเฉพาะข้อที่ผู้ตอบว่า "ใช่" ในการวัดระดับความยาก

(๔) การวัดแบบใช้ข้อคำถามข้อเดียวถามกับงานที่กำหนด (One Item Task-Specific Confidence Rating) แล้วให้ผู้ตอบแบบประเมินค่าระดับความมั่นใจของตนเองต่อการทำงานที่กำหนดให้

จากการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ตรงตามทฤษฎีของแบนดูราจะต้องเป็นการวัดแบบผสม คือวัดทั้งระดับความมั่นใจ(Strength) และระดับความยาก(Magnitude) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไป(General Self-efficacy scale) ที่วัดเพียงมิติเดียว คือ การวัดระดับความมั่นใจ (Strength) ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด เพราะการวัดในระดับความมั่นใจเป็นวิธีวัดที่นิยมใช้กันมากในงานวิจัยส่วนใหญ่และสามารถวัดได้ครอบคลุมทุกงาน

๒) การเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์เป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญในระหว่างทีมสุขภาพและเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการในแต่ละเวร เป็นเครื่องยืนยันว่าผู้รับบริการได้รับการบริการจากผู้ที่มีความรู้ และมีความสามารถตามหลักวิชาการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การบันทึกทางการแพทย์ ยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันว่าได้ปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด และตามกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ

ความหมายของการเขียนบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์หรือการบันทึกทางการแพทย์ เป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ การเขียนบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้บุคคลทั่วไปทราบถึงการทำงานของพยาบาลที่แสดงออกถึงทักษะด้านการเขียน สติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ในการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล(นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา,๒๕๕๐)

พูลสุข หิงคานนท์ (๒๕๔๙) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการแพทย์หมายถึง เครื่องมือในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การรักษาพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้

Ellis (๑๙๙๔) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (Health Care Team Members) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษา การวินิจฉัย การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นตัวควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยที่พยาบาลต้องบันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งการบันทึกที่มีคุณภาพจะสะท้อนระดับคุณภาพของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย การไม่บันทึกแสดงถึงการยังไม่ปฏิบัติ

Iyer & Camp (๑๙๙๕) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงการรวบรวมข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ การตัดสินใจนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องบันทึกให้ชัดเจน เพื่อใช้สื่อสารกันภายในทีมสุขภาพ

พอตเตอร์ และเพอร์รี่ (๒๐๐๑) กล่าวว่า เป็นการเขียนหรือพิมพ์ข้อมูลทางการพยาบาลลงในแบบบันทึกซึ่งเชื่อถือได้ และการบันทึกที่ดีจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลจากทีมสุขภาพ

วาลีส (๒๐๐๓) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาลคือ เครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจการให้การดูแลผู้ป่วย และการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

สรุป ความหมายของบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้รับบริการ เป็นเอกสารหรือแบบบันทึกซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ

ดังนั้นการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจึง หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วยยาเสพติด เป็นเอกสารหรือแบบบันทึกซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ

จากความหมายของการรับรู้ความสามารถตนเอง และการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อนำมารวมกันผู้วิจัยจึงสรุปความหมายคือ การที่พยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ การบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ร่วมกับการบันทึกการวางแผนจำหน่าย อย่างมีคุณภาพนั้นจำเป็นต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อน หากพยาบาลวิชาชีพประเมินว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และไม่ยากเกินความสามารถ พยาบาลวิชาชีพจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

เครื่องมือประเมิน

สำหรับเครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ตามหลักการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามทฤษฎีของแบนดูรา คือใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไป (General Self-efficacy scale) ที่วัดเพียงมิติเดียว คือ การวัดระดับความมั่นใจ (Strength) ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เพราะการวัดในระดับความมั่นใจเป็นวิธีวัดที่นิยมใช้กันมากในงานวิจัยส่วนใหญ่และสามารถวัดได้ครอบคลุมทุกงาน โดยให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายประเมินตนเองในด้านความสามารถในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง ๕ ด้าน ได้แก่ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล และด้านการวางแผนการจำหน่าย โดยพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับความสามารถ ๑ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **น้อย**

ระดับความสามารถ ๒ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ค่อนข้างน้อย**

ระดับความสามารถ ๓ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ปานกลาง**

ระดับความสามารถ ๔ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ค่อนข้างมาก**

ระดับความสามารถ ๕ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **มาก**

๒.๘ การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หรือการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการประเมิน ควบคุมคุณภาพการพยาบาล จากการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายและสื่อสารข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องรวดเร็วเกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย(นวลจันทร์,๒๕๕๕)

การที่จะทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพนั้น จะต้องมีการติดตามประเมินผล ตรวจสอบการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไข ปรับปรุงให้มีคุณภาพขึ้น และการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นั้น จะต้องมีการประเมินที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน สามารถทำได้โดยวิธีต่อไปนี้

(๑) สภาการพยาบาล (๒๕๔๘) ได้กำหนดมาตรฐานการบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้จำนวน ๓ หมวด และในหมวดที่ ๒ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์กำหนดมาตรฐานไว้ ๕ มาตรฐาน ในมาตรฐานที่ ๕ การบันทึกและการรายงาน โดยในข้อกำหนดที่ ๑ มีแบบฟอร์มบันทึกที่มีมาตรฐาน จะมีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ๑) แบบฟอร์ม สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ๒) มีการกำหนดแนวทางบันทึกการพยาบาลให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย ๓) แบบฟอร์มการบันทึกได้ผ่านกระบวนการพัฒนาที่น่าเชื่อถือได้และได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาล ข้อกำหนดที่ ๒ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน ดังนี้ ๑) มีข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมองค์รวม ๒) มีการวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลที่สอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ เชื่อมโยงกับแผนการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพ ๓) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถบ่งชี้ความผิดปกติของภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนได้อย่างรวดเร็ว ชัดเจน ๔) มีข้อมูลภาวะสุขภาพก่อนย้ายหรือจำหน่าย ๕) มีข้อมูลความเข้าใจและพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ/ครอบครัวญาติต่อคำแนะนำที่

ได้รับ ๖) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถสื่อถึงการดูแลที่มีความต่อเนื่องเพียงพอต่อการเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ข้อกำหนดที่ ๓ การใช้ประโยชน์จากการบันทึกการพยาบาล เช่น เน้นการสื่อสารการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลและการทบทวนกรณีผู้ป่วยมีอุบัติเหตุ การศึกษาและการวิจัย ข้อกำหนดที่ ๔ การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์และการรายงาน ดังนี้ ๑) ประเมินและวิเคราะห์ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของระบบบันทึก ๒) มีการปรับปรุงระบบบันทึก การสื่อสารการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจตรงกัน ๓) มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

นอกจากนี้สภาการพยาบาลยังกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับข้อบ่งชี้แต่ละหมวด โดยกำหนดคะแนนการประเมินคุณภาพ เป็น ๖ ระดับ คือเริ่มตั้งแต่ ๐ - ๕ คะแนนตามข้อบ่งชี้ ดังนี้

คะแนน ๐ หมายถึง ไม่มีหรือไม่พบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนด

คะแนน ๑ หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดเพียงบางส่วน ไม่ชัดเจน

คะแนน ๒ หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดบางส่วนและชัดเจน

คะแนน ๓ หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดครบตามความจำเป็นขั้นต่ำ

คะแนน ๔ หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดและมีการประเมินผล

คะแนน ๕ หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดและได้ประเมินผลและมีการปรับปรุงคุณภาพตามผลการประเมิน

เกณฑ์พิจารณาผลการประเมิน

๑. มีการแยกเป็นแต่ละหมวด ค่าคะแนนเฉลี่ยคำนวณมาจาก คะแนนรวมในแต่ละหมวดหารด้วยจำนวนข้อในหมวดเดียวกัน โดย

คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า ๑ หมายถึง ยังมีการดำเนินงานตามมาตรฐานน้อย ไม่เห็นเป็นรูปธรรม

ระดับคะแนนเฉลี่ย ๑.๐ - ๑.๙๙ หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานบางส่วนมีผลการดำเนินงานยังไม่ครบถ้วนชัดเจน

ระดับ ๒ คะแนนเฉลี่ย ๒.๐ - ๒.๙๙ หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน ครบถ้วนมีผลการดำเนินงานยังไม่ครบถ้วนชัดเจน

ระดับ ๓ คะแนนเฉลี่ย ๓.๐ - ๓.๙๙ หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานชัดเจนมีผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ และมีผลการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องบางส่วน

ระดับ ๔ คะแนนเฉลี่ย ๔.๐ - ๔.๙๙ หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานชัดเจนมีผลการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องส่วนใหญ่ขององค์กร

ระดับ ๕ คะแนนเฉลี่ย ๕.๐ - ๕.๙๙ หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานชัดเจนมีผลการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในทุกส่วนใหญ่ขององค์กร มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นชัดเจน เป็นแบบอย่างได้

๒. คะแนนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำ คือ ๓ ในทุกหมวดถ้าคะแนนหมวดใดไม่ถึง ๓ ถือว่ายังไม่ผ่าน

๓. กรณีผ่านระดับ ๓ ขึ้นไปในทุกหมวดให้มีการรับรอง ๓ ปี

๔. กรณีไม่ผ่านหมวดใดหมวดหนึ่ง กลุ่มการพยาบาลต้องมีการพัฒนาหมวดที่ต่ำกว่าระดับ ๓ ภายใน ๑ ปี ให้มีการติดตามประเมินผลภายหลังการพัฒนาภายในไม่เกิน ๑ ปี กรณีเกิน ๑ ปี ให้เริ่มขอการประเมินคุณภาพใหม่ แล้วให้การรับรองไม่เกิน ๓ ปี

(๒) ตรวจสอบตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของพยาบาล ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,๒๕๕๓) แนวทางการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันพัฒนาการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีแนวคิดว่าการบันทึกควรประกอบด้วย

องค์ประกอบการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุม การดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Caring) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Giving) ความพร้อมช่วยเหลือ สนับสนุน (Supporting) การสอนให้คำแนะนำ (Teaching) การติดตามตามแผนที่วางไว้ (Monitoring) โดยแบ่งเนื้อหาในการประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) ประกอบด้วย

๑. การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ของผู้ป่วย เช่น การปวดแผล วิตกกังวล โอกาสติดเชื้อ โอกาสตกเลือด ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญที่มา ประวัติความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค

๒. กิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบริหารยา การสังเกตอาการ การจัดทำ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การสังเกตมดลูก การบรรเทาอาการปวด หายใจไม่สะดวก ไอ คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อน ความสะอาดของร่างกาย

๓. การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังให้การพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนดและอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมายและความเหมาะสมของแผนการพยาบาลตลอดเวลา โดยระบุเวลาที่ชัดเจน

๔. การประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น ผลการตรวจวินิจฉัยไม่มีความผิดปกติ อาการแสดงของผู้ป่วย คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่องส่งต่อสถานที่ส่งต่อ การนัดมาตรวจซ้ำ การได้รับยากลับบ้าน การสอบถามความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ สถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ประเภทการจำหน่าย วัน เดือน ปี เวลาที่จำหน่าย การนัดตรวจติดตาม ชื่อแพทย์ผู้นัดตรวจ

๕. กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อ การฝึกหายใจ การไอ การฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปฏิบัติตนหลังคลอด การเลี้ยงดู ให้นมบุตร เป็นต้น

๖. มีการลงนาม วันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์

๗. ลายมือชื่อพยาบาลที่สามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้

๘. บันทึกที่บันทึกโดยนักศึกษาพยาบาลต้องมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ

เอกสารที่ใช้ในการประเมินตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลประกอบด้วย เอกสารบันทึกการให้การพยาบาล เอกสารบันทึกสัญญาณชีพ เอกสารบันทึกการให้ยา กำหนดเกณฑ์ทั้งหมด ๙ ข้อ ดังนี้

- เกณฑ์ข้อที่ ๑ มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์(อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มาประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน,และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)
- เกณฑ์ข้อที่ ๒ มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มพรอท และการบันทึกintake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ ๓ มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของกรณีวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ ๔ มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ ๕ มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของประเมินผลหลังให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ ๖ มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ ๗ มีการลงนาม วันเดือนปีและเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์
- เกณฑ์ข้อที่ ๘ มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่ายและลงลายมือชื่อ ผู้บันทึก
- เกณฑ์ข้อที่ ๙ การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care

(๓) ตรวจสอบตามเกณฑ์การประเมินของกองการพยาบาล ที่ได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ใช้หลัก ๔ C (กองการพยาบาล, ๒๕๓๙) ดังนี้

ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้อง ตรงความเป็นจริงของผู้ป่วยและเชื่อถือได้ตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์และสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามภาวะของโรค และสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่อง เขียนรายงานโดยระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลและครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ระบุกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาลทั้ง ๔ มิติ คือ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ชัดเจน (Clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข และสัญลักษณ์ที่กระจ่างชัด อ่านง่าย โดยบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือ สีดำ ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความต้องขีดฆ่าข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

ได้ใจความ (Concise) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่มีความกะทัดรัด ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่อง ตามกระบวนการพยาบาล และชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก ๔C นี้ ตรวจสอบตามเกณฑ์การบันทึกแบบฟอร์มการพยาบาล แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การบันทึกแรกกับผู้ป่วย (รับใหม่หรือรับย้าย) ประกอบด้วย

๑. วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึก วัน เดือน ปี ที่แรกกับผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยนั้น ๆ ลงในช่อง วัน เดือน ปี
๒. เวลา หมายถึง การบันทึกเวลาแรกรับลงในช่องเวลาหรือบรรทัด ต่อจาก วัน เดือน ปี
๓. สรุปสภาพปัญหาผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาแรกรับ ครอบคลุมตั้งแต่วิธีการ/ยานพาหนะ ที่นำผู้ป่วยจากหน่วยงานผู้ป่วยนอก/หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาปรากฏเมื่อแรกรับ ประกอบด้วยบันทึกสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ในกรณีที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนปัญหาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
๔. การรักษา หมายถึง การบันทึกการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ที่กระทำการรักษาเฉพาะเพื่อการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อแรกรับ โดยไม่นับรวมถึงแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง
๕. การพยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่ปรากฏเมื่อแรกรับ
๖. อาการและอาการแสดงภายหลังการรักษาและการพยาบาล หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏเนื่องจากผลของการให้การรักษาของแพทย์และการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ตามการรักษาและการพยาบาลเมื่อแรกรับ (ประเมินผลการรักษาพยาบาลของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล)
๗. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏที่ตัวผู้ป่วยภายหลังจากการได้รับการรักษาจากแพทย์ และได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เมื่อแรกรับ (ประเมินผลลัพธ์การรักษายาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นที่ตัวผู้ป่วย)

ระยะที่ ๒ การบันทึกต่อเนื่องระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

๑. วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึก วัน เดือน ปี ที่บันทึกต่อเนื่องแต่ละช่วงเวลา ในแต่ละวัน
๒. เวลา หมายถึง เวลาที่บันทึกขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับการรักษาพยาบาล
๓. อาการและอาการแสดงที่ปรากฏอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ปรากฏในแต่ละเวรซึ่งจะต้องบันทึกอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่องทุกเวรและทุกวัน เพื่อแสดงความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ความถี่ของการบันทึกสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย
๔. อาการและอาการแสดงด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลง หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายที่ปรากฏแทรกซ้อนจากอาการเดิม ในกรณีที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาท

และสมอง ให้บันทึกทั้งอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง

๕. อาการและอาการแสดงด้านจิตใจ หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงสภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งอาจจะมีผลจากการเจ็บป่วย ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ปัญหาด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเอง
๖. การปรับตัวที่แสดงต่อสภาพการเจ็บป่วย หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจ โดยการแสดงออกทางด้านคำพูด สีหน้า กริยาท่าทาง
๗. ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย
๘. กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อการดูแลช่วยเหลือบำบัด บรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย รวมทั้งการสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามความบกพร่อง ความต้องการในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน
๙. กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจ และอารมณ์ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อการดูแลช่วยเหลือ บำบัด บรรเทา ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย
๑๐. กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และรวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยในการปรับตัวเข้าสู่ครอบครัว สังคมและชุมชน ตลอดทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับบ้าน
๑๑. อาการและอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจ ภายหลังจากทำกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภายหลังจากปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ ๆ แล้ว
๑๒. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นการประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นที่ตัวผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏที่ตัวผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับการรักษาจากแพทย์และได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ
๑๓. กิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกกิจกรรมด้านการสอนให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหา ความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย
๑๔. ชื่อผู้บันทึก หมายถึง การบันทึก ชื่อ-สกุล ของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยและทำการบันทึก
๑๕. ตำแหน่งของผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ผู้บันทึก

ระยะที่ ๓ การบันทึกก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย

๑. วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึก วัน เดือน ปี ที่จำหน่ายผู้ป่วย
๒. เวลา หมายถึง การบันทึกเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย
๓. ประเภทการจำหน่าย หมายถึง การบันทึกประเภทของการจำหน่าย เช่น แพทย์อนุญาต ผู้ป่วยหนักกลับ ผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่รักษา เป็นต้น

๔. อาการและอาการแสดง หมายถึง การบันทึกสรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ปรากฏก่อนจำหน่าย ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติเกี่ยวกับสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ให้บันทึกข้อมูลเหล่านี้ไว้เป็นหลักฐานด้วย
๕. สรุปสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หมายถึง การบันทึกสภาพทั่วไปของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนจำหน่าย
๖. แผนการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การบันทึกสรุปผลการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองในขณะอยู่โรงพยาบาลและแผนการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน
๗. การส่งต่อและหรือการนัด หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลขณะส่งต่อตลอดทั้งวิธีการ/ยานพาหนะ ที่นำผู้ป่วยส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานบริการใกล้บ้าน ตลอดทั้งกิจกรรมการนัดผู้ป่วย โดยระบุ วัน เดือน ปี และเวลา รวมทั้งสถานที่ในการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนือง
๘. ชื่อผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกชื่อเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
๙. ตำแหน่งของผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกตำแหน่งในการปฏิบัติงานเช่น RN เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกตามเกณฑ์ของกองการพยาบาล จะต้องใช้มาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรคและการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นหลัก การเขียนปัญหาและแผนการพยาบาลจะต้องเขียนไปจนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยหมดสิ้นไป จึงจะเปลี่ยนเป็นการสรุปความก้าวหน้าของการพยาบาลแต่ละวัน หากมีการบันทึกตามแนวทางที่กองการพยาบาลกำหนดไว้จะได้การบันทึกที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างแท้จริง

เครื่องมือตรวจประเมิน

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สภาการพยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน มีเกณฑ์การให้ ๑ คะแนนคือผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ ๐ คะแนนคือไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ และระบุ NA ไม่จำเป็นต้องบันทึก/ไม่มีข้อมูล(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สภาการพยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๓)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมิน ๒ แบบคือ

๑.) แบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันพัฒนาการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจัดทำเป็นแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กรอบของกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน และหลักเกณฑ์ประเมินเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยใช้เกณฑ์การประเมินในส่วนหัวข้อประเมินเกี่ยวกับการพยาบาล ๙ ข้อ การตรวจประเมินจะเป็นการอ่านจากบันทึกทางการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพได้บันทึกไว้ ร่วมกับเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้แก่ แบบประเมินการใช้ยาหรือสารเสพติด แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย แบบประเมินระดับการติดนิโคติน แบบประเมินคัดกรองซึมเศร้า จากแผนกผู้ป่วยนอก แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยสารเสพติดแรกรับ ฟอร์มปรอท ใบแจ้งการใช้ยา Doctor Order Sheet แบบประเมินแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน แบบประเมินอาการถอนพิษยาหรือสารเสพติด แบบประเมินผู้ป่วยบำบัดด้วยยาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แผนการจำหน่ายผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในส่วนของหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพมีแบบบันทึกที่ต่างจากหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา คือ แบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และแบบบันทึกการใช้เครื่องมือรูปแบบชุมชนบำบัด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เมื่อกรรมการที่ตรวจได้อ่านจากแบบฟอร์มดังกล่าว และพิจารณาให้คะแนนในด้าน

ต่างๆ ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล และด้านการวางแผนการจำหน่าย โดยพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้ ๐ = ไม่มีการบันทึก ๑ = มีการบันทึกเล็กน้อย ๒ = มีการบันทึกพอใช้ ๓ = มีการบันทึกดี

๒.) แบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การตรวจสอบตามเกณฑ์การประเมินของกองการพยาบาล ที่ได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ใช้หลัก ๔C (กองการพยาบาล, ๒๕๓๙) และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (เพ็ญจันทร์, ๒๕๖๐) การตรวจประเมินจะเป็นการอ่านจากบันทึกทางการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพได้บันทึกไว้ ร่วมกับ แบบฟอร์มต่างๆ ที่ได้กล่าวไว้ใน การตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล แต่เป็นการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วยประเด็นการวิเคราะห์คุณภาพทั้ง ๔ ประเด็น ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ เมื่อกรรมการที่ตรวจได้อ่านจากแบบฟอร์มดังกล่าว และพิจารณาจากบันทึกทางการพยาบาล ให้คะแนนในประเด็นความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ โดยพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้ ๐ = ไม่มีการบันทึก ๑ = มีการบันทึกเล็กน้อย ๒ = มีการบันทึกพอใช้ ๓ = มีการบันทึกดี

๒.๙ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทิพวรรณ โฉมใส (๒๕๕๐) ศึกษาสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงาน ๒ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๐๕ คน พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความรู้ในการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แรงจูงใจในการบันทึกอยู่ในระดับสูง ค่านิยมในการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และสมรรถนะในการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ทางการบันทึกทางการพยาบาล แรงจูงใจในการบันทึกทางการพยาบาลและ ค่านิยมในการบันทึกทางการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล

อาภรณ์ ทองทิพย์. (๒๕๕๐). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ในพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน จำนวน ๙ ราย และแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน จำนวน ๖๐ แห่ง ผลการศึกษา ๑) ได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ๑.๑ หลักการบันทึกทางการพยาบาล เลือกรูปแบบการบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์และรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหา รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยยึดหลัก ๕ ประการคือ มีความถูกต้อง มีความกะทัดรัดชัดเจน เป็นข้อมูลปัจจุบัน มีความเป็นระเบียบ และบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ๑.๒ วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึกมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้และมีคุณภาพ ๑.๓ กำหนดนโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการพยาบาลแต่งตั้งทีมรับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพ หัวหน้างานตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อย ๑ แห่งทุกวันราชการ ๑.๔ การประเมินสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ทุก ๑ ปีและพยาบาลใหม่ทุกราย ๑.๕ แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือ ๒) ค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และ ๓) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

วิภาวดี วโรรส (๒๕๕๐) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ในพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค จำนวน ๖๑ คน วิเคราะห์สภาพปัญหาที่พบได้แก่ การบันทึกไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นไปในทางเดียวกัน เป็นการเขียนบรรยายลักษณะต่างคนต่างเขียนไม่มีทิศทางและเป้าหมายชัดเจน ไม่แสดงให้เห็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม ไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน เนื่องจากขาดหลักฐานการบันทึกที่ถูกต้อง การเขียนปัญหาในลักษณะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ปฏิบัติไม่สามารถเขียนให้มีคุณภาพ เนื่องจากต้องคิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งใช้องค์ความรู้และศาสตร์ต่างๆมาอ้างอิง ต้องใช้เวลานานในการคิดและเขียนแต่ละราย ทำให้ไม่สามารถเขียนบันทึกได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากและภาระงานหนัก การใช้รูปแบบการบันทึกที่หลากหลายทำให้เกิดปัญหาในการนิเทศติดตามและการตรวจสอบคุณภาพ ภายหลังจากประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลทำให้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบันทึกที่ถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลและกระบวนการของกลุ่มเป้าหมายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการประชุมสูงกว่าก่อนการประชุม และกลุ่มเป้าหมายเลือกรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

เยาวเรศ คุณแก้ว (๒๕๕๑) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น จำนวน ๑๑ คน ดำเนินการเฉพาะการบันทึกทางการพยาบาล ๓ รายการ คือ ๑) การบันทึกรับผู้ป่วยใหม่ ๒) การบันทึกแผนการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง ๓) การบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีการปรับปรุงแบบฟอร์ม ประกอบด้วย บันทึกประเมินผู้ป่วยรับใหม่ บันทึกปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล บันทึกการประเมินผลการพยาบาล บันทึกจำหน่ายผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการคะแนนเฉลี่ย ๑๘.๙๐ คะแนน อยู่ในระดับดี หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการคะแนนเฉลี่ย ๒๗.๒๗ คะแนน อยู่ในระดับดีมาก คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนาร้อยละ ๘๐.๖๒ ระดับพอใช้ หลังการพัฒนาร้อยละ ๙๓.๗๗ ระดับดีมาก การพัฒนาโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการพัฒนา ส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

สุพร ดนัยคุชฎีกุล (๒๕๕๒) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาบันทึกการพยาบาลโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลและหากกลยุทธ์การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยศัลยกรรมชายจำนวน ๓๐ เวชระเบียนและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายจำนวน ๒๔ คนของสถาบันมะเร็งแห่งหนึ่ง การวิจัยใช้เวลา ๔ เดือน แบ่งเป็นสองระยะ ระยะที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์บันทึกการพยาบาลประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ ๑.ประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลโดยวิธีการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยใน ๒. การสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์และทางการพยาบาลและสัมภาษณ์แพทย์เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยในในปัจจุบันและ

ความคาดหวังในอนาคต ๓. การสนทนากลุ่มพยาบาลเกี่ยวกับสถานการณ์การบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยใน ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์การบันทึกการพยาบาล ระยะที่ ๒ ค้นหากลยุทธ์พัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยการ ตรวจสอบการเขียนบันทึกการพยาบาล สะท้อนผลการเขียนบันทึกการพยาบาล วางแผนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และ หาแนวทางการพัฒนาทักษะการเขียนบันทึกการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกการพยาบาลของหอผู้ป่วยที่ศึกษาและวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหากลยุทธ์พัฒนาการ บันทึกการพยาบาล ผลการวิจัยนำเสนอไว้สองประเด็น คือ ๑.สถานการณ์ของบันทึกการพยาบาล ประกอบด้วย ๑) การ นำองค์ความรู้ทางกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการเขียนบันทึกการพยาบาลเขียนได้ไม่ครบถ้วน ๒) พยาบาลมีภาระงาน อื่นจำนวนมากที่ไม่ใช่ภาระงานพยาบาลโดยตรงทำให้ไม่สามารถเขียนบันทึกการพยาบาลได้ครบถ้วน ๒.กลยุทธ์การ พัฒนาการเขียนบันทึกการพยาบาลให้มีคุณภาพประกอบด้วย ๑) การสอนการใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับการเขียน บันทึกการพยาบาล ๒) การใช้ระบบพี่เลี้ยง ๓) การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ๔) การปรับระบบการมอบหมายงาน ๕) การเจรจาต่อรอง ๖) การประสานความร่วมมือ

ประภาภรณ์ บุญสม และคณะ (๒๕๕๕) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งาน ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล พัฒนา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนา คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยในจำนวน ๒๓๖ คนและเวรระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน ๒๐๐ ฉบับ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดย พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล สร้างคู่มือบันทึกทางการ พยาบาล ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องบันทึกทางการพยาบาล กระบวนการพัฒนาระบบมอบหมายงาน และพัฒนาระบบ นิเทศทางการพยาบาลและรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม สมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล แบบวัดความรู้การบันทึกทางการพยาบาล และแบบประเมินคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาล พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ($p < 0.001$) ความรู้ในการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันในภาพรวม แต่ ประเด็นย่อยพบว่า ด้านความชัดเจน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) คุณภาพบันทึกทางการ พยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$)

อรอนงค์ วงศ์มหาชัย (๒๕๕๖) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการ ปฏิบัติการพยาบาลสากล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร ทำการศึกษาย้อนหลังจากเวรระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน ๑๒๐ ฉบับ เครื่องมือที่ใช้มี ๓ ชุดแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวิเคราะห์บันทึกทางการ พยาบาลโดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมีความสมบูรณ์ ร้อยละ ๙๓.๓๓ การบันทึก ทางการพยาบาลโดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล จำแนกตามองค์ประกอบทางการพยาบาลคือ จำนวน การวินิจฉัยทางการพยาบาลต่อราย มีค่าเฉลี่ย ๓.๔๗ ข้อ จำนวนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายมีค่าเฉลี่ย ๒๑.๕๕ ข้อ จำนวนกิจกรรมการพยาบาลต่อข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ย ๖.๗๗ ข้อ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มากที่สุด เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้นร้อยละ ๙๑.๓๔ ส่วนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๓.๐๑ ส่วนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายด้าน พบว่าด้านได้ใจความ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย ๓.๙๘ ส่วนด้านความถูกต้องและด้านความครบถ้วน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๓.๒๕ และ ๒.๘๘ ตามลำดับ ส่วนด้านความชัดเจนอยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ย ๒.๒๐

รติวัน กิตติชัยเศรษฐ์ (๒๕๕๗) ศึกษาเรื่องการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน ๒๕ คน และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน ๓๐ แฟ้ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ๑) แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยแบบฟอร์ม ๖ แบบ ๒) แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ ๓) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ๑) คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการ ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก คะแนนเฉลี่ยคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมทั้ง ๓ ด้านของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ๒) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่าแบบฟอร์มเดิม

อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (๒๕๕๙) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร พัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน ๑๕ คน และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาอย่างละ ๓๐ แฟ้ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า ๑) ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้แก่ การบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่อง แบบบันทึกไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีแบบฟอร์มที่บันทึกซ้ำซ้อน ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางการบันทึกและตัวอย่าง ส่วนรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย วิธีการบันทึกและแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม และอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

วิทวัส สุวรรณศรี พลพรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และบุญพิชชา จิตต์ภักดี (๒๕๕๗) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพพีดีซีเอ ๙ ขั้นตอน ได้แก่ ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ สร้างทีมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ วางแผนในการปรับปรุง นำไปปฏิบัติ ตรวจสอบการปฏิบัติ และยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน ๑๑ คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม และแบบบันทึกคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย พบว่าพยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์ และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา หลังการอบรมพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ๑ เดือน ได้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ พบว่าคุณภาพบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๔๑.๖๔ เป็นร้อยละ ๘๓.๗๐

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผลของการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาจัดกระบวนการต่างๆ ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนาแบบฟอร์มรับใหม่ จัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด เพิ่มกิจกรรมให้พยาบาลวิชาชีพพบทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์ทุกเดือน และแจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พร้อมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกลับไปยังหอผู้ป่วยแต่ละหอเพื่อหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์

๒.๑๐ กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำแนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ให้มีคุณภาพของวิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี, ๒๕๔๖ ในเรื่องของการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก(จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด) การสร้างมาตรฐานการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์สามารถนำไปใช้ได้ง่าย นำมาบันทึกได้รวดเร็ว(จัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด) ปรับปรุงแบบฟอร์ม(พัฒนาแบบฟอร์มการรับผู้ป่วยใหม่) กำหนดเป็นนโยบายให้ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงและมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง(กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพพบทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ) ร่วมกับแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของพยาบาล(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๓) และการประเมินของกองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ใช้หลัก ๔ C คือความถูกต้อง ความครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ(กองการพยาบาล, ๒๕๓๙) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

๑. อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
 - แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล
 - การเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ Focus Charting ในผู้ป่วยยาเสพติด การวางแผนการจำหน่าย
 - ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว
 - ฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
๒. คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
๓. พัฒนาแบบฟอร์มการการซักประวัติผู้ป่วยแรกรับ
๔. ทบทวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
 - พยาบาลวิชาชีพทบทวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจากการประเมินเวชระเบียนคนละ ๑ แฟ้ม/เดือน โดยใช้แบบประเมินบันทึกทางการพยาบาลและแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล
 - หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลตรวจการ นิเทศการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
๕. แจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลและผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล พร้อมข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดไปยังแต่ละหอผู้ป่วย



ตัวแปรตาม

พยาบาลวิชาชีพ

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด



การตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล

- การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ
- การบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล
- การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล
- การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล
- การบันทึกการวางแผนการจำหน่าย



การวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

- ความถูกต้อง
- ความครบถ้วน
- ความชัดเจน
- ได้ใจความ

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยเริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ - วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๓.๓ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

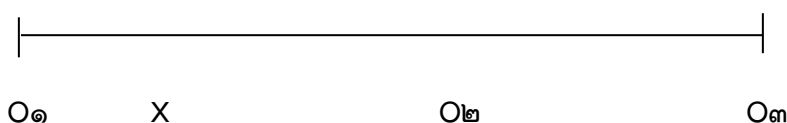
๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓.๕ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมี การเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ดังแผนภูมิที่ ๑



แผนภูมิที่ ๑ รูปแบบการวิจัย

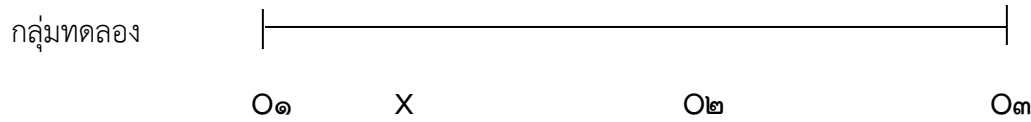
O๑ หมายถึง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนา

X หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

O๒ หมายถึง เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนา

O๓ หมายถึง เก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล

การวางแผนการวิจัย



แผนภูมิที่ ๒ แผนการดำเนินการวิจัย

- O๑ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วทุกหอผู้ป่วยก่อนการพัฒนา (เวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๒) ตรวจสอบข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ของพยาบาลวิชาชีพทุกหอผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา
- X จัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดได้แก่ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนาแบบฟอร์มการรับผู้ป่วยใหม่ ทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผลวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พร้อมข้อเสนอแนะไปยังแต่ละหอผู้ป่วย
- O๒ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วทุกหอผู้ป่วยหลังการพัฒนา (เวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายในช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๓) ตรวจสอบข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ของพยาบาลวิชาชีพทุกหอผู้ป่วย หลังการพัฒนา
- O๓ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วทุกหอผู้ป่วยระยะติดตามผล (เวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๖๓)

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญการ
๒. ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาหรือระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
๓. เป็นผู้ที่ต้องเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
๔. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

๑. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
๒. มีการลา หรือไม่สามารถเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการได้ในช่วงการพัฒนาคุณภาพ

จากเกณฑ์ที่กำหนดจะได้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งหมด ๘๙ คน (N = ๘๙) ดังนี้ ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา	จำนวน (คน)	หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ	จำนวน (คน)
ทับทิม ๑	๑๐	มรกต	๖
ทับทิม ๒	๙	เขียวส่อง	๔
เพชร ๑	๑๐	ทองเนื้อเก้า	๔
เพชร ๒	๙	โอปอล	๔
เพชร ๓	๙	หยก	๓
มุกดา ๒	๙	มุกดา ๑	๓
บุษราคัม	๙	-	-
รวม	๖๕	รวม	๒๔

ส่วนที่ ๒ ประชากรที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่เวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้ว เก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนของการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายครบกำหนด ตามช่วงเวลา ดังนี้

ระยะก่อนการพัฒนา ช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๒

ระยะหลังการพัฒนา ช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๓

ระยะติดตามผล ช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๖๓

โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

๑. เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายครบกำหนด
๒. ได้รับการสรุปเวชระเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว
๓. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนสามารถค้นได้ในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

๑. เป็นเวชระเบียนที่ยังไม่สรุป
๒. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนไม่สามารถค้นได้ในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ประเทศไทย ใช้ร้อยละ ๑ - ๓ ในกรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ, ๒๕๖๑) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้วจาก ๑๓ หอผู้ป่วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เป็นตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจากทุกหอผู้ป่วย จำนวนรวม ๑๓ คน เพื่อให้เวชระเบียนของทุกหอผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากตัวแทนของทุกหอผู้ป่วยและนำคะแนนมาวิเคราะห์ ยกเว้นคะแนนจาก

พยาบาลวิชาชีพที่เป็นตัวแทนของหอผู้ป่วยนั้นๆ เพื่อลดอคติ(Bias) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อน หลังการพัฒนา และติดตามผล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เก็บในแต่ละระยะคือ ๑๓ x ๑๒ เท่ากับ ๑๕๖ แพ้ม

วิธีการสุ่มตัวอย่างเริ่มจากการรวบรวมเลขทะเบียนผู้ป่วยใน (admission number :AN) ที่จำหน่ายครบ กำหนดของแต่ละหอผู้ป่วย(แยกแต่ละหอผู้ป่วย) นำมาจัดทำเป็นฉลาก และจับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขจนครบ ๑๓ แพ้มต่อ ๑ หอผู้ป่วย แล้วนำหมายเลขทะเบียนผู้ป่วยที่สุ่มได้ ให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนค้นหาแฟ้มเวชระเบียนเพื่อนำมาตรวจประเมิน โดยทำการสุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นนี้ทั้งระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

๓.๓ ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยมีการศึกษา ดังนี้

๑. ศึกษาผลการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วจากหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ซึ่งมีการตรวจสอบเป็นประจำทุกปี เป็นผลการตรวจสอบตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล ด้านการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และความต่อเนื่องของการบันทึก โดยศึกษาทั้งผลการตรวจสอบเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ(ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล)

ขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

- ๑) ศึกษาผลการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเชิงปริมาณ นำเสนอเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละ ที่แต่ละหอผู้ป่วยได้รับ (เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยการนำเสนอคะแนนจะไม่ระบุชื่อจริงของหอผู้ป่วย)
- ๒) ศึกษาผลการตรวจสอบเชิงคุณภาพ(ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล)
- ๓) นำข้อเสนอแนะที่ทุกหอผู้ป่วยได้รับ มาจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล และด้านการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ความเห็นที่ซ้ำกันตัดออก นำเสนอเป็นภาพรวม

๒. สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จากพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาจำนวน ๗ คน และหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน ๖ คน รวม ๑๓ คน(หอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยามี ๗ หอผู้ป่วย ส่วนหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมี ๖ หอผู้ป่วย) โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่

- ๑) ความคิดเห็นต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
- ๒) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
- ๓) ความต้องการสนับสนุน การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

ขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

- ๑) ทำหนังสือขอความร่วมมือจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อส่งตัวแทน พยาบาลวิชาชีพ จากหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หอผู้ป่วยละ ๑ คน
- ๒) นัดวันสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๑๓ คนทราบ

- ๔) ดำเนินการสัมภาษณ์ทีละประเด็น พร้อมจดบันทึก จนครบทั้ง ๓ ประเด็น
- ๕) นำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียงเป็นคำตอบในแต่ละประเด็น ข้อมูลที่ซ้ำกันหรือความหมายสอดคล้องกัน ตัดออก

ระยะที่ ๒ พัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๒.๑ เตรียมการ

- จัดทำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
- ทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการวิจัยโครงการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดต่อผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี หลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
- จัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับทุกหอผู้ป่วย
- จัดทำหลักสูตรการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ
- เก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการพัฒนาด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วจากหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทุกหอผู้ป่วย จำนวน ๑๕๖ แฟ้ม (เวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๒) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มีการชี้แจงวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลหอผู้ป่วยละ ๑๓ แฟ้ม สำหรับแฟ้มที่พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยนั้นๆ ตรวจประเมินจะไม่นำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูลด้วย แต่เป็นการตรวจเพื่อให้เห็นผลงานการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่หอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงาน
- สัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทุกหอผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา
- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล ข้อมูลผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ในระยะก่อนการพัฒนา
- แจกผลการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล ผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ก่อนการพัฒนา เป็นคะแนนร้อยละทั้งการตรวจรายด้านและค่าเฉลี่ยของทุกด้าน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยส่งข้อเสนอแนะดังกล่าวเฉพาะหอผู้ป่วยนั้นๆ

๒.๒ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดให้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทุกหอผู้ป่วย รุ่นละ ๑ วัน จำนวน ๕ รุ่น
- พัฒนาแบบฟอร์มการรับใหม่จากแบบฟอร์มเดิมให้บันทึกข้อมูลได้ครบ สามารถบันทึกข้อมูลประเมินแรกรับครบถ้วน และใช้ทุกหอผู้ป่วย(เดิมใช้บางหอผู้ป่วย)
- ทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคนละ ๑ แฟ้มในแต่ละเดือน โดยเป็นเวรระเบียบผู้ป่วยที่สรุปแล้วก่อนส่งให้กับเวรระเบียบ แล้วให้หัวหน้าหอผู้ป่วยพิจารณาผลการตรวจสอบหากเขียนได้ดีให้คำชื่นชม หากพบข้อบกพร่องให้คำแนะนำการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนนำแบบประเมินส่งภารกิจด้านการพยาบาล

๒.๓ ประเมินผลหลังการพัฒนา

- เก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังการพัฒนา ด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวรระเบียบผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วจากหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทุกหอผู้ป่วยจำนวน ๑๕๖ แฟ้ม (เวรระเบียบผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายในช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๓) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งเป็นตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจาก ๑๓ หอผู้ป่วย รวม ๑๓ คน มีการชี้แจงวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่นำผลการตรวจประเมินจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยนั้นๆมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้แฟ้มที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลหอผู้ป่วยละ ๑๒ แฟ้ม
- สสำรวจข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จากพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทุกหอผู้ป่วย หลังการพัฒนา
- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มาวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย และคำนวณเป็นร้อยละ นำข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มาวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา
- แจงผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ระยะหลังการพัฒนา เป็นคะแนนร้อยละทั้งการตรวจรายด้านและค่าเฉลี่ยของทุกด้าน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยส่งข้อเสนอแนะดังกล่าวเฉพาะหอผู้ป่วยนั้นๆ

๒.๔ ประเมินผลระยะติดตามผล

- เก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล ด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วจากหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทุกหอผู้ป่วย จำนวน ๑๕๖ แพ้ม (เวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๖๓) โดยทบทวนการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่นำผลการตรวจประเมินจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยนั้นๆมารวมวิเคราะห์ข้อมูล เช่นเดียวกับระยะก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา
- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ การวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ระยะติดตามผล มาวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ยและคำนวณเป็นร้อยละ เพื่อแจ้งผลกลับไปยังหอผู้ป่วย และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทั้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ใน ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และระยะติดตามผล
- แจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ ผลการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ระยะติดตามผล เป็นคะแนนร้อยละทั้งการตรวจรายด้านและค่าเฉลี่ยของทุกด้าน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์ โดยส่งข้อเสนอแนะดังกล่าวเฉพาะหอผู้ป่วยนั้นๆ

๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย

๓.๔.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

๓.๔.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๔.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย

- คู่มือการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำคู่มือ ดังนี้

๑. ทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และกรณีศึกษาทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

๒. จัดทำคู่มือการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย

บทที่ ๑ บทนำ

บทที่ ๒ บันทึกทางการแพทย์

บทที่ ๓ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

บทที่ ๔ บันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

เนื่องจากรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ซึ่งเป็นรูปแบบการบันทึกที่ยืดหยุ่น และสามารถปรับใช้ได้กับทุกหน่วยบริการทางการแพทย์ เป็นการบันทึกที่สะท้อนกระบวนการพยาบาลและมีรูปแบบที่

เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวบรัดและกระชับ นอกจากนี้ Focus Charting ยังเอื้อให้มีการบันทึกที่ไม่ต้องจำกัดขอบเขตกับปัญหาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแนวทางการบันทึกในรูปแบบฟอร์มการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มีการบันทึกดังนี้

Focus	Assessment	Intervention	Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล - อาการหรืออาการแสดง - ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน - การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยฉับพลัน - เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ หรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลที่ประเมินได้อาจเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective Data) ที่สอดคล้อง สนับสนุน Focus 	<ul style="list-style-type: none"> - การปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แกผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวัง 	<ul style="list-style-type: none"> - การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อให้เห็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล และการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่พบบ่อย โดยรวบรวมจาก

- รายงานกรณีศึกษาของพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเพื่อขอประเมินเลื่อนระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โดยรวบรวมจากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน
- เอกสารที่เกี่ยวข้องได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยระยะขาดสุรา กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก
- หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหญิงระบบบังคับบำบัด และหอผู้ป่วยชายที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสพติดเฮโรอีน ได้จัดทำข้อวินิจฉัยที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวส่งมาให้
- จัดทำขึ้นจากกิจกรรมการพยาบาลเฉพาะในผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ การปรับพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆในผู้ป่วยยาเสพติด

โดยนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความชัดเจน กระชับมากขึ้น แล้วนำมาจัดลงในแบบฟอร์มที่ตรงกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบ Focus Charting (Focus Assessment Intervention Evaluation) ของภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามารถนำมาเป็นแบบอย่าง และปรับใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยยาเสพติด ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

๔.๑ ผู้ป่วยเสพติดสารกระตุ้น

๔.๒ ผู้ป่วยเสพติดสุรา

๔.๓ ผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน

๔.๔ ผู้ป่วยเสพติดบุหรี่

๔.๕ ผู้ป่วยหญิงติดสารเสพติด

๔.๖ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔.๗ ครอบคร้วผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๘ ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๙ การพักผ่อนในผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๑๐ การปรับพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๑๑ กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆในผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๑๒ โรคแทรกซ้อนทางกายที่พบในผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๑๒.๑ โรคผิวหนัง

๔.๑๒.๒ โรคทางเดินอาหาร

๔.๑๒.๓ โรคเบาหวาน

๔.๑๒.๔ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๔.๑๒.๕ โรคอื่นๆ

๓. เสนอคู่มือฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้พิจารณา ความถูกต้อง และความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง ๕ ท่านจะประเมินเนื้อหาทั้ง ๔ บท ในส่วนของบทที่ ๔ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในการประเมินข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรายข้อ ประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล(Focus) ข้อมูลสนับสนุน(Assessment) การปฏิบัติการพยาบาล(Intervention) และการประเมินผลลัพธ์(Evaluation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและลงความเห็นเป็นรายข้อ กรณีพิจารณาแล้วว่าเหมาะสม สามารถทำเครื่องหมายในช่องเหมาะสม หรือพิจารณาว่าต้องปรับปรุง สามารถระบุรายละเอียดของการปรับปรุงในช่อง ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบประกอบด้วย

๓.๑ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

๓.๒ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา

๓.๓ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

๓.๔ หัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา ๑ ท่าน

๓.๕ หัวหน้าหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ๑ ท่าน

๔. ปรับแก้คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

๕. ประชุมชี้แจงการใช้คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด แก่พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยยาเสพติด พร้อมมอบคู่มือดังกล่าว ให้กับทุกหอผู้ป่วยห้องสมุดของสถาบันฯ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของสถาบันฯ เพื่อให้ผู้ที่มาศึกษาค้นคว้า ได้แก่ พยาบาลที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด ตลอดจนหลักสูตรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด หรือผู้ที่สนใจ และมอบให้กับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง ๖ แห่งได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

- **อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด** การสร้างเครื่องมือดำเนินการโดย

๑. ทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และผลการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดของหอผู้ป่วยในที่ผ่านมา

๒. จัดทำเนื้อหาหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งจากผลการศึกษาสถานการณ์การเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้และความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และต้องการให้มีการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงจัดการอบรม และกำหนดกรอบเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย ความรู้เรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาล การเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ Focus Charting ในผู้ป่วยยาเสพติด การตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และการฝึกเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกต้อง โดยได้ประเด็นการอบรม ดังนี้

- แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล
- การเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ Focus Charting ในผู้ป่วยยาเสพติด
- การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว
- ฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

กำหนดรายละเอียดประเด็นการอบรม ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ บรรยายแนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล (เวลา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที) เนื้อหาประกอบด้วย

- ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล
- หลักการบันทึกทางการพยาบาล
- คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล
- กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

หมายเหตุ รายละเอียดเนื้อหาการอบรมในภาคผนวก ง. (หน้า ๑๕๔ – ๑๕๖)

กิจกรรมที่ ๒ บรรยายหลักการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ Focus Charting ในผู้ป่วยยาเสพติดและการวางแผนการจำหน่าย(เวลา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที)

หมายเหตุ รายละเอียดเนื้อหาการอบรมในภาคผนวก ง. (หน้า ๑๕๗ – ๑๖๔)

กิจกรรมที่ ๓ ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว(เวลา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที) ด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ทราบถึงเกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล และทราบถึงผลงานการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑. ชี้แจงการใช้แบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
๒. แจกเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วจากหอผู้ป่วยที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน คนละ ๑ แฟ้ม
๓. ชี้แจงวิธีการตรวจสอบโดย ตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลจาก แบบประเมินแรกรับจากงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบบคัดกรองระดับการใช้ยาเสพติดแต่ละประเภทที่ผู้ป่วยติด แบบประเมินระดับการติดยาโคติน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบฟอร์มปรอท แบบประเมินอาการถอนพิษ

ยาเสพติดตามประเภทที่ผู้ป่วยติด ใบสั่งยาที่แพทย์สั่งการรักษา แบบประเมิน ๑๑ แบบแผน แบบบันทึก พฤติกรรมและการให้การช่วยเหลือ(กรณีผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ) โดยเฉพาะแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็น ส่วนสำคัญประเด็นหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย และที่เป็นจุดอ่อนของการเขียนบันทึกที่ผ่านมา ซึ่งเอกสารที่ให้ ตรวจสอบเป็นการเก็บข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่อยู่รับการรักษาและนำมาพิจารณาการให้คะแนน

๔. ตรวจสอบการเขียนบันทึกทางการแพทย์ตามประเด็นการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ แบบวิเคราะห์คุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีพบสิ่งที่ทำได้ดี หรือสิ่งที่ยังบกพร่อง ให้เขียนลงในส่วนของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

หลังจากพยาบาลวิชาชีพตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเสร็จ ให้แต่ละท่านอภิปรายการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลว่าพอจะไรบ้าง ในสิ่งที่ทำดีแล้ว และสิ่งที่ควรทำเพื่อให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพสมบูรณ์มากขึ้น

กิจกรรมที่ ๔ ฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด (เวลา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดทักษะในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดย

๑. แจกแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคนละ ๑ แผ่น พร้อมโจทย์ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ประเมินได้จากผู้ป่วยยาเสพติดในแต่ละหอผู้ป่วย(โจทย์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มาจากทุกหอผู้ป่วย)
๒. ให้พยาบาลแต่ละคนเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลลงในช่อง Focus Assessment Intervention และ Evaluation
๓. เมื่อเขียนเสร็จให้แต่ละคนนำเสนอผลการเขียน กรณีที่เขียนได้ดีแล้วผู้วิจัยให้คำชื่นชม หากยังมีข้อบกพร่อง ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะในการเขียนให้ชัดเจนสมบูรณ์มากขึ้น

๓. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังกล่าวโดย

๓.๑ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๕ ท่านซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาที่ใช้ในการอบรม

๓.๒ ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง

๔. จัดอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดย จัดการอบรม ๕ รุ่นๆละ ๑ วันเนื่องจากการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้ผ่านการเรียนใน หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และได้ฝึกเขียนด้วยการทำ Nursing Care Plan และจัดทำรายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย มาแล้ว ซึ่งมีความรู้พื้นฐานและเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นประจำ แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และเพื่อให้เกิดความเป็นไปได้ พร้อมพัฒนาไปด้วยกัน ให้ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในทุกคน

- พัฒนาแบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยยาเสพติดแรกรับ จากแบบฟอร์มเดิมให้บันทึกข้อมูลได้ครบ สามารถ บันทึกข้อมูลประเมินแรกรับครบถ้วน ซึ่งเดิมแบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยยาเสพติดแรกรับ มีใช้เฉพาะหอผู้ป่วยบำบัด ด้วยยา และข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ส่วนหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพยังไม่มีใช้

ดำเนินการพัฒนาแบบฟอร์มโดย

๑. ประชุมทีมวิจัย และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อกำหนดกรอบเนื้อหา ข้อมูล การประเมินผู้ป่วยรับใหม่ให้ครอบคลุม ครบถ้วนตามเกณฑ์การประเมินแรกรับ(คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,๒๕๖๓) ในส่วนของบันทึกการพยาบาลเกณฑ์ข้อที่ ๑ การประเมินแรกรับ : ได้แก่ อาการสำคัญ และอาการผู้ป่วยแรกรับร่วมกับข้อมูลการประเมินผู้ป่วยยาเสพติด ตามประเภทของยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ดังนี้

กำหนดกรอบประเด็น ข้อมูล แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยยาเสพติดแรกรับ		
ผู้ป่วยสุรา	ผู้ป่วยยาเสพติดชาย	ผู้ป่วยยาเสพติดหญิง
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย - ข้อมูลการรับใหม่ - ประวัติการดื่มสุรา - ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น - ประวัติการรักษาสุรา - ประวัติการแพ้ - ประวัติการชัก - ประวัติการได้รับอุบัติเหตุและอุบัติเหตุทางศีรษะ - ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว - ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช - อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล - อาการปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย - ข้อมูลการรับใหม่ - ประวัติการเสพยาเสพติด - ประวัติการรักษายาเสพติด - ประวัติการแพ้ - ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุทางศีรษะ - ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว - ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช - แผนภูมิครอบครัว - อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล - อาการปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย - ข้อมูลการรับใหม่ - ประวัติการเสพยาเสพติด - ประวัติการรักษายาเสพติด - ประวัติการแพ้ - ประวัติการตั้งครรภ์ - ประวัติการคุมกำเนิด - ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุทางศีรษะ - ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว - ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช - แผนภูมิครอบครัว - อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล - อาการปัจจุบัน

๒. ปรับปรุงแบบฟอร์มเดิมให้มีเนื้อหาครบถ้วนเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดแรกรับตามรายละเอียด ดังนี้

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยสุราแรกรับ	
ประเด็นการประเมินผู้ป่วยสุรา	รายละเอียดการประเมิน
- ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย	ชื่อ สกุล อายุ H.N. A.N
- ข้อมูลการรับใหม่	รับใหม่จาก OPD(ในเวลาราชการ)/นอกเวลาราชการ ผู้ป่วยเดินทางจากแผนกผู้ป่วยนอกมาถึงหอผู้ป่วยโดย เดินมาเอง/รถเข็น/เปลนอน ถึงหอผู้ป่วยเวลา ผู้ป่วยมารับการรักษาโดย มาคนเดียว/มาพร้อมญาติ(ระบุความสัมพันธ์)
- ประวัติการดื่มสุรา	ดื่มสุราตั้งแต่อายุ ชนิดสุราที่ดื่ม แบบแผนการดื่มสุราตั้งแต่แรกดื่มจนถึงปัจจุบัน เช่น ช่วงแรกดื่มไม่ต่อเนื่อง ดื่มหนักช่วงก่อนมาบำบัดรักษาเป็นเวลา 3 ปี เป็นต้น
- ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น	ให้ระบุสารเสพติดอื่นที่ใช้ นอกจากการดื่มสุรา รวมถึงการสูบบุหรี่ และผลการประเมินระดับการติดยาโคโคติน
- ประวัติการรักษาสุรา	ให้ระบุว่าเคยรักษาการติดสุรา(กรณีมี)แบบผู้ป่วยนอก และ/หรือ แบบผู้ป่วยในกี่ครั้ง และครั้งล่าสุดที่รักษาการติดสุรา ที่สถานพยาบาลไหน เมื่อไร
- ประวัติการแพ้	กรณีมีประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือสารเคมี ให้ระบุ
- ประวัติการชัก	เคยมีอาการชักหรือไม่ เป็นการชักหลังหยุดดื่มสุราหรือไม่ และมีประวัติเป็นโรคลมชักหรือไม่
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุและอุบัติเหตุทางศีรษะ	กรณีมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุและอุบัติเหตุทางศีรษะ ให้ระบุเหตุการณ์และผลการเกิดอุบัติเหตุ เช่น กระดูกหักได้รับการรักษาหายดีแล้ว เป็นต้น
- ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	กรณีมีโรคประจำตัว ระบุโรคประจำตัวและเป็นตั้งแต่เมื่อไร
- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช	ปฏิเสธ/เป็น เคยรับการรักษาที่ไหน รับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่ หากไม่ต่อเนื่องระบุเหตุผล
- อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ระบุอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในครั้งนี้
- อาการปัจจุบัน	ระบุอาการปัจจุบันที่พยาบาลพบจากการประเมินผู้ป่วยแรกรับ
- ลงชื่อ พยาบาลผู้ซักประวัติ	พยาบาลวิชาชีพที่ซักประวัติแรกรับลงชื่อให้อ่านออก

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยยาเสพติดแรกรับ	
ประเด็นการประเมินผู้ป่วยยาเสพติด	รายละเอียดการประเมิน
- ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย	ชื่อ สกุล อายุ H.N. A.N
- ข้อมูลการรับใหม่	รับใหม่จาก OPD(ในเวลาราชการ)/นอกเวลาราชการ ผู้ป่วยเดินทางจาก แผนกผู้ป่วยนอกมาถึงหอผู้ป่วยโดย เดินมาเอง/รถเข็น/เปลนอน ถึงหอ ผู้ป่วยเวลา ผู้ป่วยมารับการรักษาโดย มาคนเดียว/มาพร้อมญาติ(ระบุ ความสัมพันธ์) ซักประวัติจาก ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ป่วยและญาติ/อื่นๆระบุ
- ประวัติการเสพยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุชนิดยาเสพติดหลักที่เสพ เสพตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาเสพ ปริมาณ การเสพต่อวัน เสพครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และปริมาณที่เสพ - ระบุชนิดยาเสพติดร่วมที่เสพ(ถ้ามี) เสพตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาเสพ ปริมาณการเสพต่อวัน เสพครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และปริมาณที่เสพ - ระบุชนิดยาเสพติดอื่นที่เสพ(ถ้ามี) เสพตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาเสพ ปริมาณการเสพต่อวัน เสพครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และปริมาณที่เสพ - ระบุการสูบบุหรี่(ส่วนใหญ่สูบ) สูบตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาสูบบุหรี่ จำนวนมวนสูบต่อวัน สูบครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และระดับการติดยาโคติน
- ประวัติการรักษาเสพยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุเคยบำบัดรักษาเสพยาเสพติด(กรณีมี)แบบผู้ป่วยนอก และ/หรือ แบบ ผู้ป่วยในกี่ครั้ง และครั้งล่าสุดที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก และ/หรือ แบบผู้ป่วย ที่ สถานพยาบาลไหน เมื่อไร - ประวัติการต้องคดี ฎีกาเสถ/มีกี่ครั้ง(ระบุ)
- ประวัติการแพ้	กรณีมีประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือสารเคมี ให้ระบุ
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุและ อุบัติเหตุทางศีรษะ	กรณีมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุและอุบัติเหตุทางศีรษะ ให้ระบุเหตุการณ์ และผลการเกิดอุบัติเหตุ เช่น กระดูกหักได้รับการรักษาหายดีแล้ว เป็นต้น
- ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	กรณีมีโรคประจำตัว ระบุโรคประจำตัวและเป็นตั้งแต่เมื่อไร
- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช	ปฏิเสธ/เป็น เคยรับการรักษาที่ไหน รับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่ หากไม่ ต่อเนื่องระบุเหตุผล
- แผนภูมิครอบครัว	เขียนแผนภูมิครอบครัวของผู้ป่วย ระบุสถานะ ความสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลต่อ การใช้ยาเสพติด ตลอดจนปัญหาต่างๆที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติด
- อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ระบุอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในครั้งนี้
- อาการปัจจุบัน	ระบุอาการปัจจุบันที่พยาบาลพบจากการผู้ประเมินผู้ป่วยแรกรับ
- ลงชื่อ พยาบาลผู้ซักประวัติ	พยาบาลวิชาชีพที่ซักประวัติแรกรับลงชื่อให้อ่านออก

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยยาเสพติดหญิงแรกรับ	
ประเด็นการประเมินผู้ป่วยยาเสพติด	รายละเอียดการประเมิน
- ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย	ชื่อ สกุล อายุ H.N. A.N
- ข้อมูลการรับใหม่	รับใหม่จาก OPD(ในเวลาราชการ)/นอกเวลาราชการ ผู้ป่วยเดินทางจาก แผนกผู้ป่วยนอกมาถึงหอผู้ป่วยโดย เดินมาเอง/รถเข็น/เปลนอน ถึงหอ ผู้ป่วยเวลา ผู้ป่วยมารับการรักษาโดย มาคนเดียว/มาพร้อมญาติ(ระบุ ความสัมพันธ์) ซักประวัติจาก ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ป่วยและญาติ/อื่นๆระบุ
- ประวัติการเสพยาเสพติด	- ระบุชนิดยาเสพติดหลักที่เสพ เสพตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาเสพ ปริมาณ การเสพต่อวัน เสพครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และปริมาณที่เสพ - ระบุชนิดยาเสพติดร่วมที่เสพ(ถ้ามี) เสพตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาเสพ ปริมาณการเสพต่อวัน เสพครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และปริมาณที่เสพ - ระบุชนิดยาเสพติดอื่นที่เสพ(ถ้ามี) เสพตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาเสพ ปริมาณการเสพต่อวัน เสพครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และปริมาณที่เสพ - ระบุการสูบบุหรี่(ส่วนใหญ่สูบ) สูบตั้งแต่อายุ รวมระยะเวลาสูบบุหรี่ จำนวนมวนสูบต่อวัน สูบครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา และระดับการติดยาโคโคติน
- ประวัติการรักษาเสพยาเสพติด	- ระบุเคยบำบัดรักษาเสพยาเสพติด(กรณีมี)แบบผู้ป่วยนอก และ/หรือ แบบ ผู้ป่วยในกี่ครั้ง และครั้งล่าสุดที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก และ/หรือ แบบผู้ป่วย ที่ สถานพยาบาลไหน เมื่อไร - ประวัติการต้องคดี ปฏิเสธ/มีกี่ครั้ง(ระบุ)
- ประวัติการแพ้	กรณีมีประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือสารเคมี ให้ระบุ
- ประวัติการตั้งครรภ์	ระบุ ไม่เคย/มี G.....P.....A.....L..... และ LMP.....
- ประวัติการคุมกำเนิด	ระบุ ไม่เคย/มี(ระบุ)
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุและ อุบัติเหตุทางศีรษะ	กรณีมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุและอุบัติเหตุทางศีรษะ ให้ระบุเหตุการณ์ และผลการเกิดอุบัติเหตุ เช่น กระดูกหักได้รับการรักษาหายดีแล้ว เป็นต้น
- ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	กรณีมีโรคประจำตัว ระบุโรคประจำตัวและเป็นตั้งแต่เมื่อไร
- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช	ปฏิเสธ/เป็น เคยรับการรักษาที่ไหน รับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่ หากไม่ ต่อเนื่องระบุเหตุผล
- แผนภูมิครอบครัว	เขียนแผนภูมิครอบครัวของผู้ป่วย ระบุสถานะ ความสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลต่อ การใช้ยาเสพติด ตลอดจนปัญหาต่างๆที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติด
- อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ระบุอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในครั้งนี้
- อาการปัจจุบัน	ระบุอาการปัจจุบันที่พยาบาลพบจากการผู้ประเมินผู้ป่วยแรกรับ
- ลงชื่อ พยาบาลผู้ซักประวัติ	พยาบาลวิชาชีพที่ซักประวัติแรกรับลงชื่อให้อ่านออก

๓. ขออนุญาตต่อผู้บริหารภารกิจด้านการพยาบาลทดลองใช้แบบฟอร์มในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔. รายงานต่อผู้บริหารภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อประกาศใช้แบบฟอร์มรับใหม่ในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ

- **ทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด** โดย

- ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยได้ทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคนละ ๑ แพ้มต่อเดือน จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดก่อนจำหน่ายส่งคืนเวชระเบียน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้ทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์จากทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงาน โดยใช้แบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนได้ทบทวนเกณฑ์การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ ตลอดจนเกณฑ์วิเคราะห์คุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ เมื่อพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนได้ทบทวนแล้ว รวบรวมส่งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้พิจารณา และให้ข้อเสนอแนะแก่พยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์

- จัดประชุมชี้แจงการตรวจบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติดให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน ๑๓ คน และพยาบาลตรวจการจำนวน ๒๒ คน เพื่อให้ทราบหลักเกณฑ์การตรวจสอบการเขียนบันทึกทางการแพทย์ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง พยาบาลตรวจการสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์ตามหอผู้ป่วยที่ต้องตรวจความคืบหน้า(การตรวจความคืบหน้าในแต่ละเวรพยาบาลตรวจการจะตรวจหอผู้ป่วยบำบัดยา ๑ หอ และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ๑ หอโดยจัดลำดับเมื่อครบจะวนซ้ำ)

- **แจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์** โดยการศึกษาี้ จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น ๓ ระยะคือ ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนของการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์เป็นรายด้าน ดังนี้

ผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ
๒. การวินิจฉัยทางการแพทย์
๓. การปฏิบัติการพยาบาล
๔. การประเมินผลการพยาบาล
๕. การวางแผนการจำหน่าย

การวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์

๑. ความถูกต้อง
๒. ความครบถ้วน
๓. ความชัดเจน
๔. ใต้ใจความ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละรายด้าน ของผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ แล้ว นำมาจัดลงตาราง โดยหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาจะอยู่ในตารางเดียวกัน และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพจะอยู่ตารางเดียวกัน ในการแจ้งผล การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ พร้อมแจ้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์จาก

กรรมการที่ตรวจ เพื่อการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดต่อไป โดยการส่งผลคะแนนที่วิเคราะห์แล้ว หอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาจะได้รับทราบตารางเดียวกัน ส่วนหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพจะรับทราบตารางเดียวกันเช่นกัน ซึ่งแต่ละหอผู้ป่วยจะทราบคะแนนการประเมินของหอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงานและหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาอื่น หรือหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพอื่น ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจะทราบเฉพาะหอผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติงานเท่านั้น เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยได้ทราบผลการประเมิน และหาโอกาสพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ตรงประเด็นที่เป็นจุดอ่อนในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในหอผู้ป่วยของตนเองต่อไป

๓.๔.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

๑. ทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

๒. สร้างเครื่องมือ

๒.๑ แบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กรอบของกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน และหลักเกณฑ์ประเมินเฉพาะเขียนของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยใช้เกณฑ์การประเมินในส่วนหัวข้อประเมินเกี่ยวกับการพยาบาล ๙ ข้อ ดังนี้

- เกณฑ์ข้อที่ ๑ มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์(อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มาประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน, และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)
- เกณฑ์ข้อที่ ๒ มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มปรอท และการบันทึกintake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ ๓ มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในส่วนของกรณีวินิจฉัยทางการแพทย์และข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ ๔ มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของกรวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์
- เกณฑ์ข้อที่ ๕ มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในส่วนของกรประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการแพทย์
- เกณฑ์ข้อที่ ๖ มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ ๗ มีการลงนาม วันเดือนปีและเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์
- เกณฑ์ข้อที่ ๘ มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก
- เกณฑ์ข้อที่ ๙ การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care

แบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ได้ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพจำนวน ๑๐ ข้อ การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลจำนวน ๕ ข้อ การปฏิบัติการพยาบาลจำนวน ๔ ข้อ การประเมินผลการพยาบาลจำนวน ๓ ข้อ และการวางแผนการจำหน่ายจำนวน ๒ ข้อ รวม ๒๔ ข้อ แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๔ ระดับโดยในแต่ละข้อของการประเมินใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

๐ = ไม่มีการบันทึก	หรือบันทึกได้ร้อยละ	๐ - ๒๔
๑ = มีการบันทึกเล็กน้อย	บันทึกได้ร้อยละ	๒๕ - ๔๙
๒ = มีการบันทึกพอใช้	บันทึกได้ร้อยละ	๕๐ - ๗๔
๓ = มีการบันทึกดี	บันทึกได้ร้อยละ	๘๐ - ๑๐๐

๒.๒ แบบวิเคราะห้คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใช้เกณฑ์การตรวจสอบตามเกณฑ์การประเมินของ กองการพยาบาล ที่ได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใช้หลัก ๔ C (กองการพยาบาล, ๒๕๓๙) และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน(เพ็ญจันทร์, ๒๕๖๐) ดังนี้

ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้อง ตรงความเป็นจริงของผู้ป่วยและ เชื่อถือได้ตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์และสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามภาวะของโรค และ สภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยดังนี้

- บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาล และถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด
- รายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน
- บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วย ถูกต้อง และสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย
- บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วย ถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ กิจกรรมการพยาบาล
- ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง
- บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่างๆได้ถูกต้อง

ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่อง ดังนี้

- ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาทางด้าน จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ
- ระบุกิจกรรมการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาล ๔ มิติ คือ การ ดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วย
- เขียนรายงานโดยยึดปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

ความชัดเจน (Clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ดังนี้

- บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล
- ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง
- ลงนามผู้บันทึกและตำแหน่งชัดเจน

ได้ใจความ (Concise) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่มีความกะทัดรัด ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่อง ตามกระบวนการพยาบาล และชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการพยาบาล

แบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลที่ได้ ประกอบด้วยประเด็นการวิเคราะห์คุณภาพครบทั้ง ๔ ประเด็นได้แก่ ความถูกต้องจำนวน ๖ ข้อ ความครบถ้วนจำนวน ๓ ข้อ ความชัดเจนจำนวน ๓ ข้อ และได้ใจความจำนวน ๒ ข้อ รวม ๑๔ ข้อ แบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๔ ระดับ โดยในแต่ละข้อของการประเมินใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

๐ = ไม่มีการบันทึก	หรือบันทึกได้ร้อยละ	๐ - ๒๔
๑ = มีการบันทึกเล็กน้อย	บันทึกได้ร้อยละ	๒๕ - ๔๙
๒ = มีการบันทึกพอใช้	บันทึกได้ร้อยละ	๕๐ - ๗๙
๓ = มีการบันทึกดี	บันทึกได้ร้อยละ	๘๐ - ๑๐๐

๒.๓ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ปรับข้อความจากแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลด้านการประเมินภาวะสุขภาพข้อที่ ๑ - ๕ รวมเป็นข้อเดียวกันเป็นประเด็นการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแรกที่พยาบาลจะต้องเขียนให้ถูกต้องตามเกณฑ์การตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนการจำหน่าย หัวข้อการประเมินสอดคล้องกับแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล เพิ่มเติมคือข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเครื่องมือที่ได้ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดประกอบด้วย การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยจำนวน ๗ ข้อ การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน ๕ ข้อการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลจำนวน ๔ ข้อการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลจำนวน ๓ ข้อ และการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายจำนวน ๒ ข้อ รวม ๒๑ ข้อ แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ โดยในแต่ละข้อของการประเมินใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความสามารถ ๑ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **น้อย**

ระดับความสามารถ ๒ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ค่อนข้างน้อย**

ระดับความสามารถ ๓ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ปานกลาง**

ระดับความสามารถ ๔ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ค่อนข้างมาก**

ระดับความสามารถ ๕ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **มาก**

๔. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่ได้ทั้ง ๓ ชุดมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

๔.๑ การตรวจสอบความตรงในเนื้อหา(Content Validity)ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง ๓ ชุดโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๕ ท่านประกอบด้วย

- ๑.) นายกสมาคมผู้บริหารคุณภาพการพยาบาล
- ๒.) อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ๓.) อาจารย์จากกองการพยาบาล
- ๔.) รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
- ๕.) รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

๔.๒ ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง

๔.๓ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้ง ๓ ชุด ซึ่งค่าที่ยอมรับได้มีค่าไม่น้อยกว่า ๐.๗๐ (ยูทธ ไกยวรรณ,๒๕๕๐) ผู้วิจัยได้นำแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ และแบบวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นโดยผู้ประเมิน ๓ คน ได้แก่

๑. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประสบการณ์ทำงานหรือผู้ป่วยสุราชายระยะบำบัดด้วยยา ๑๕ ปี
๒. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประสบการณ์ทำงานหรือผู้ป่วยสารกระตุ้นชายระยะบำบัดด้วยยา ๒๐ ปี
๓. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประสบการณ์ทำงานหรือผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพชาย ๑๐ ปี

ผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนและวิธีการตรวจสอบให้กับผู้ประเมินที่ร่วมตรวจสอบทั้ง ๓ คน จนเข้าใจ และนำไปตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่กำหนดแล้วจำนวน ๓๐ แฟ้ม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๕๖ และแบบวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๓๙ ในส่วนของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยให้พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพตอบ จำนวน ๓๐ คนพบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๗๐

๓.๕ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลโครงการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เมื่อคณะกรรมการดังกล่าวพิจารณาเห็นชอบ(เอกสารใบรับรองที่ ๐๐๙/๒๕๖๓)แล้ว ผู้วิจัยได้นำเอกสารดังกล่าวพร้อมหนังสือขออนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาและหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีดำเนินการศึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับให้ทราบ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิ์ในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยไม่เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน การเก็บข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อ ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะถูกทำลายทั้งหมดหลังการศึกษา ผลการศึกษาจะนำมาสรุปเป็นภาพรวม และขอความร่วมมือทำการศึกษา พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ด้วย

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ได้แก่

๓.๕.๑ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด แบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้วิธีหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา(Alpha – Coefficient) ตามวิธีของครอนบัค

๓.๕.๒ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

๓.๕.๓ วิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด ใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ t-test

๓.๕.๔ วิเคราะห์ข้อมูล แบบตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สำหรับผลการตรวจสอบไปยังหอผู้ป่วย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระยะก่อนการพัฒนา ระยะหลังการพัฒนา และระยะติดตามผลใช้สถิติ Repeated – Measures ANOVA

บทที่ ๔ ผลการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด โดยนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

๔.๑ ผลการศึกษาสถานการณ์

๔.๒ ผลการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๑ ผลการศึกษาสถานการณ์

ผลการศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย

๔.๑.๑ ผลการศึกษาการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๔.๑.๒ ผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๔.๑.๑ ผลการศึกษาการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ตารางที่ ๓ แสดงคะแนนเฉลี่ยร้อยละ ของผลการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละด้านของหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา

ประเด็นการประเมิน	บำบัดยา	บำบัดยา	บำบัดยา	บำบัดยา	บำบัดยา	บำบัดยา	บำบัดยา
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗
การประเมินภาวะสุขภาพ	๗๙.๔๙	๗๑.๔๓	๗๕.๑๓	๖๗.๔๔	๗๗.๖๙	๘๐.๕๑	๘๐
การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	๗๑.๒๘	๖๔.๒๙	๖๕.๖๔	๖๔.๑๐	๖๙.๗๔	๖๗.๑๗	๖๗.๑๘
การปฏิบัติการพยาบาล	๗๐.๕๑	๖๐.๗๑	๖๒.๘๒	๕๗.๖๙	๖๗.๓๑	๗๐.๕๑	๖๖.๖๗
การประเมินผลการพยาบาล	๖๙.๒๓	๖๕.๐๘	๗๒.๖๔	๖๓.๒๘	๗๐.๐๘	๗๐.๙๔	๗๒.๖๕
การวางแผนการจำหน่าย	๔๗.๐๑	๕๐	๕๗.๖๙	๕๐	๕๕.๑๓	๕๑.๒๘	๕๘.๙๗
เฉลี่ย	๖๗.๕๐	๖๒.๓๐	๖๖.๗๘	๖๐.๕๐	๖๗.๙๙	๖๘.๐๘	๖๙.๐๙

จากตารางที่ ๒ พบว่าหอผู้ป่วยบำบัดยา ๗ มีคะแนนรวมเฉลี่ยในทุกประเด็นสูงสุดคือร้อยละ ๖๙.๐๙ ต่ำสุดคือหอผู้ป่วยบำบัดยา ๔ ร้อยละ ๖๐.๕๐ คะแนนเฉลี่ยที่ทุกหอผู้ป่วยได้มากกว่าประเด็นอื่นเป็นการประเมินภาวะสุขภาพ ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่ทุกหอผู้ป่วยได้รับน้อยกว่าประเด็นอื่นเป็นการวางแผนการจำหน่าย

ตารางที่ ๔ แสดงคะแนนเฉลี่ยร้อยละของผลการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละด้านของหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประเด็นการประเมิน	ฟื้นฟู ๑	ฟื้นฟู ๒	ฟื้นฟู ๓	ฟื้นฟู ๔	ฟื้นฟู ๕	ฟื้นฟู ๖
การประเมินภาวะสุขภาพ	๖๒.๐๕	๗๘.๗๑	๗๓.๘๔	๖๒.๐๕	๕๙.๗๔	๕๙.๓๓
การวินิจฉัยทางการแพทย์	๖๘.๗๑	๗๓.๓๓	๖๕.๖๔	๖๐	๕๙.๔๘	๖๘.๖๖
การปฏิบัติการพยาบาล)	๖๗.๓๑	๗๓.๐๗	๖๔.๑๐	๕๗.๐๕	๖๓.๔๖	๖๙.๑๗
การประเมินผลการพยาบาล	๖๗.๕๒	๗๖.๙๒	๖๔.๙๖	๕๗.๒๖	๖๐.๖๘	๖๓.๓๓
การวางแผนการจำหน่าย	๖๖.๖๗	๗๕.๖๔	๖๗.๙๕	๕๐	๕๖.๔๑	๕๖.๖๗
เฉลี่ย	๖๖.๔๕	๗๕.๕๓	๖๗.๓๐	๕๗.๒๗	๕๙.๙๕	๖๓.๔๓

จากตารางที่ ๓ พบว่าหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือฟื้นฟู ๒ ร้อยละ ๗๕.๕๓ โดยมีคะแนนในทุกประเด็นการประเมินสูงกว่าหอผู้ป่วยอื่น ส่วนหอผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละต่ำกว่าหอผู้ป่วยอื่นคือฟื้นฟู ๔ และมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละในแต่ละประเด็นต่ำกว่าหลายหอผู้ป่วย และประเด็นที่ต่ำกว่าทุกหอผู้ป่วยคือการวางแผนการจำหน่าย

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรายด้าน(รวบรวมจากทุกหอผู้ป่วย) ดังนี้

ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ

- ควรมีข้อมูลเพิ่มเติมในแบบประเมินสภาพผู้ป่วย
- ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติ HT และ BP ค่อนข้างสูงมียาทานอยู่ควรมีการวัด BP ทุกวัน
- ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ปวดท้ายทอย BP ๑๔๐/๙๐ หลังให้ยาควรมีการประเมินอาการและวัด BP ทุกวัน
- แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ รักใคร่กันดี (บิดา มารดาแยกทางกัน ผู้ป่วยอยู่กับมารดาและยายมีบิดาเลี้ยงและไม่ชอบบิดาเลี้ยงเมื่อมีปัญหาจึงกินยาแก้ไอ เพื่อมาเข้ารพ.)
- ไม่มีการลงข้อมูล อาการสำคัญที่มารักษา ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วย
- ควรมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย
- ใบ OPD Card ช่องประวัติการสูบบุหรี่ เขียนไม่สมบูรณ์แต่ OPD บั๊มว่า Nicotine Dependence ทางตึกไม่ได้ดำเนินการอะไรเลย
- ผู้ป่วยแรกรับไม่เขียนข้อมูลใดๆเลย วินิจฉัยการพยาบาลว่าวิตกกังวลเรื่องการอยู่บำบัดฟื้นฟูทำให้ไม่เห็นข้อมูลสนับสนุน

ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล

- ขาดรายละเอียดของปัญหา
- ผล Lab ผิดปกติ (Bilirubin) ไม่ได้นำมาวางแผนให้การพยาบาล
- BMI เกินมาตรฐานควรนำมาวางแผนและให้การพยาบาล
- ผู้ป่วยมีปัญหามากกว่า ๑ ปัญหาควรแยกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยมีผลตรวจระดับโปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำแรกรับ ให้การพยาบาลจนระดับโปตัสเซียมเป็นปกติแล้ว ยังนำปัญหานี้มาเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลซ้ำโดยลอกมาจากปัญหาเดิม
- ผู้ป่วย BMI ต่ำแต่ไม่เบิกอาหารโปรตีนสูง
- เขียนข้อวินิจฉัยไม่ครอบคลุมและชัดเจน (ผู้ป่วยมีหิวแล้ว ภาพหลอน เขียนว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางจิต)
- ช่องวินิจฉัยการพยาบาลเขียนว่า “หลับได้” น่าจะเป็นการประเมินผลมากกว่า
- ควรนำข้อมูลจากแบบประเมินสภาพมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนให้การพยาบาลอย่างครบถ้วน
- วินิจฉัยว่าเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากไต่ยาด้านโรคจิต (การไต่ยาด้านโรคจิตน่าจะเสี่ยงต่อการเกิด EPS มากกว่า)
- มีอาการภาพหลอนวันแรก ไม่มีการดูแล
- มีข้อมูลว่าผู้ป่วยสีหน้าไม่ค่อยสดชื่น บ่นคิดถึงบ้าน พุดน้อยน่าจะวินิจฉัยว่าวิตกกังวลเรื่อง.....หรืออาจเสี่ยงต่อการหลบหนีเนื่องจาก.....แต่เขียนว่าส่งเสริมการดูแลตนเองระหว่างอยู่บำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง
- มีอาการผื่นคัน รายงานแพทย์มีการรักษาไม่มีใน Nurse Note
- ข้อมูลสนับสนุนไม่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยทางการพยาบาล
- เขียน Nurse Note ซ้ำๆทุกวัน
- ไม่มีการตรวจเยี่ยมเรื่องประวัติไทรอยด์และการขาดยา P= ๑๑๙ ครั้ง/นาที ไม่มีการเขียนถึงการค้นหาปัญหาเรื่องไทรอยด์
- แบบแผนที่ ๗ มีท่าทางท้อแท้ สิ้นหวัง ผู้ป่วยมีปัญหากลัวถูกจับ จะฆ่าตัวตาย แต่สรุปประเมินปัญหามีวิตกกังวลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา อ่อนเพลีย หงุดหงิด จากการขาดยา
- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมแต่ไม่มีการกล่าวถึงและจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน
- ควรเขียนข้อวินิจฉัยให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยมีอาการเครียดง่าย ไม่เขียนข้อวินิจฉัย เขียนครบ Review Rx การให้กิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องปัญหา
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแรกรับไม่ตรงกับข้อมูลที่ประเมินมา
- มีอาการถอนสุราเล็กน้อยแต่ข้อมูลสนับสนุนเขียนสุขภาพแข็งแรง
- การลงบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเขียนรูปแบบเดียวกันเกือบทุกวันไม่พบข้อมูลไม่เพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- OPD ประเมินระดับนิโคติน High ทางตึกไม่มีการประเมินภาวะขาดนิโคติน ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
- ผู้ป่วยผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ๒๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ไม่มีการวินิจฉัย และไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลในปัญหาดังกล่าว

- วินิจฉัยว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อแต่ไม่เห็นมีคำแนะนำการดูแลแผล
- ผู้ป่วยได้ยาต้านอาการทางจิต กิจกรรมการพยาบาลประเมิน High Alert Drug ต่อเนื่อง(ควรเพิ่ม จนครบ ๔๘ ชั่วโมง)
- แบบแผนการขับถ่ายไม่ได้ดูแล ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ๔ วันต่อครั้งไม่มีกิจกรรมตอบสนองเลย
- ส่งเสริมความรู้เรื่องโทษของยาเสพติด ส่งเสริมการบำบัดในระยะฟื้นฟูฯ ส่งเสริมการดูแลตนเองตามแผนการบำบัด ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มประชุมเช้า ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายในชีวิต ฯลฯ น่าจะเป็นกิจกรรมการพยาบาล แต่เขียนในช่องการวินิจฉัยการพยาบาล
- ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีญาติมาเยี่ยมเลยไม่มีการระบุว่าได้ติดต่อญาติได้หรือไม่
- ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวเพื่อนทำร้าย การพยาบาลไม่ได้แก้ที่ต้นเหตุ และไม่มีการติดตามวันต่อมา(แก้ปัญหาโดยการย้ายเรือนนอน เผื่อระวัง)
- ผู้ป่วยหนัก ๑๒๖ กก.สูง ๑๗๐ ซม. BMI = ๔๓.๕๙ ระบุเป็นโรคอ้วน แต่ยังเบิก RD ควรมีกิจกรรมการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วย
- กิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัย และไม่สอดคล้องกับการประเมินผล เช่น มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ประเมินผลว่า ยอมรับได้ พักผ่อนได้ ไม่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมเลย

ด้านการประเมินผลการพยาบาล

- ขาดการประเมินผล
- มีการประเมินบางเวร บางเวรไม่มีการประเมินผล
- การประเมินบางเวรไม่ตรงกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาล
- การเขียน Evaluation ควรประเมินในแต่ละ Intervention ไม่ควรสรุปเป็นข้อเดียวกัน
- ผู้ป่วยมีไข้ ๓๗.๙ เขียน Nurse Note ว่าปกติ
- ประเมินผลการพยาบาลไม่ชัดเจน เป็นรูปธรรม
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำให้การพยาบาลแล้วประเมินผลว่าผู้ป่วยรับฟังไม่เสพยาเสพติดซ้ำ (การไม่เสพยาเสพติดซ้ำยังไม่เห็นผล)
- ในช่องวินิจฉัยการพยาบาลเขียนว่า ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง มอบหมายงานที่ทำ ผู้ป่วยทำได้(ควรจะเป็นการประเมินผลมากกว่า)
- การประเมินผลการพยาบาลควรประเมินให้ครบทุกกิจกรรม
- การประเมินผลการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมชัดเจน เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาปวดข้อเท้า การประเมินผลบอกแต่ ผู้ป่วยรับประทานยา รับประทาน แต่ไม่ได้ระบุว่าอาการปวดข้อเท้าเป็นอย่างไร
- การประเมินผลไม่สัมพันธ์กับการพยาบาล
- การประเมินผลไม่ชัดเจนถ้ามีไข้ควรลงเป็นตัวเลขไม่ใช่ไม่มีไข้

ด้านการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

- การบันทึกเตรียมการจำหน่าย ควรทำให้ครบถ้วน มีการประเมินผลในแต่ละกิจกรรมด้วย
- ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลญาติให้ชัดเจน ว่าได้ทำอะไรกับญาติบ้าง
- มีบันทึกไว้ตั้งแต่แรกรับวันเดียว ไม่มีเรื่องของครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง
- มีการเขียนบันทึกไว้ล่วงหน้า
- มีการบันทึกการจำหน่ายไม่ตรงความเป็นจริงเช่นผู้ป่วยไม่มียากลับบ้านแต่ลงบันทึกเรื่องแนะนำการใช้ยาต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยมีญาติมาแต่ไม่ลงว่าเป็นอะไรกับผู้ป่วยเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- ผู้ป่วยมาวันแรกในใบ D/C Plan บอกปรึกษาโภชนาการแต่ใน Nurse Note ไม่ได้ลงบันทึกว่าปรึกษาเรื่องอะไร
- D/C Plan วันแรกทำหลายเรื่องผู้ป่วยและญาติน่าจะยังไม่เข้าใจ หรือจำได้หมด
- บันทึกการวางแผนการจำหน่าย ควรมีข้อมูลของปัญหาและการประเมินผล
- ใบ D/C Plan ไม่ตรงกับอาการผู้ป่วยเช่น แกร็บ ได้ยาส่งอาการทางจิตแต่อธิบายกฎ ระเบียบให้ผู้ป่วยฟัง
- ผู้ป่วยเข้ารับวันแรก อธิบายการมารับยาตามแพทย์นัด ซึ่งวันแรกยังไม่ต้องทำข้อนี้
- ผู้ป่วยดีขึ้น การเตรียมจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยกับยาจิตเวช ไม่มีการบอกเรื่องยา
- แผนการจำหน่าย ทางฟื้นฟูควรมีการทำเพิ่มเติมด้วยมีแต่ของบำบัดยา
- ผู้ป่วยจำหน่ายวันนี้ D/C plan ยังทำไม่ครบขาด Health ,Referral, Diet
- ทำ D/C plan Environment เรื่องอธิบายกฎระเบียบเพียงข้อเดียว ซึ่งผู้ป่วยมีปัญหาทุกทั้งญาติและอาการทางกาย
- การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรม แต่ไม่มีบันทึกการแก้ไข
- ควรนำครอบครัวมาวางแผนในการดูแลอย่างชัดเจน และระบุคนดูแล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ความต่อเนื่องของการบันทึก

- เขียนข้อวินิจฉัยไม่ต่อเนื่อง
- มีการลงบันทึกเฉพาะรับใหม่กับจำหน่าย ระหว่างอยู่รับการรักษาไม่มีบันทึก
- มีการรายงานแพทย์ว่ามีผื่นคันแต่ไม่บันทึกต่อว่าสิ่งที่รายงานเป็นอย่างไรบ้าง
- ผู้ป่วยถ่ายเหลว ๗ ครั้งมีลงบันทึกครั้งเดียวไม่มีการลงบันทึกว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไรต่อและหายเมื่อไร
- มีลงบันทึกเวรเข้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไข้หวัด รายงานแพทย์ประจำตึก เวรป่วยลงบันทึกปัญหาผื่นคัน เวรตึกลงบันทึกสนใจผู้ป่วยไปฟื้นฟู เวรเข้าวันต่อมามลงบันทึกเป็นปัญหาไข้หวัดต่อในผู้ป่วยรายเดียวกัน
- การบันทึกใบฟอร์มปรอทไม่ต่อเนื่อง
- เวลา ๑๐.๐๐ น. ผู้ป่วยมีไข้ ๓๗.๗ องศาเซลเซียส แต่ไม่มีเขียนบันทึกและติดตาม เวลา ๑๔.๐๐ น. ผู้ป่วยรายนี้ แกร็บมีไอ เจ็บคอ มียากิน แต่ไม่ได้บันทึกอาการที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ป่วยมีไข้ เจ็บคอ ไอ น้ำมูก เขียนบันทึกวันเดียวไม่มีติดตามผล

- ขาดการเชื่อมโยงการย้ายเตียง ไม่มีส่งต่อ ไม่มีรับย้ายเลย
- ควรเขียนรายงานอาการใน Nurse Note ช่วงที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ไข้สูง อย่างต่อเนื่อง และลงบันทึก V/S ในฟอร์มปรอททุก ๔ ชั่วโมง
- เขียนบันทึก ยาหมดรายงานแพทย์ต่อ ควรมีการสรุปประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วยว่าปัจจุบันอาการเป็นอย่างไร
- ผู้ป่วยมียาเส้นไว้ในครอบครองไม่มีการลงบันทึกว่ามีความเป็นมาอย่างไร ทำ Hair Cut อย่างเดียว
- การเขียนบันทึกทางการแพทย์ขาดความต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ปัญหาแต่ละปัญหาไม่ได้บอกว่าดีขึ้นหรือหมดไปหรือยัง หรือยังอยู่
- การเขียนบันทึกทางการแพทย์ขาดต่อเนื่อง ผู้ป่วยปวดข้อเท้าเขียน Nurse Note ครั้งเดียวหลังจากนั้นไม่มีอีกเลย

๔.๑.๒ ผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

ความคิดเห็นต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- รู้สึกเบื่อในการต้องมานั่งเขียน Nurse Note ทุกวัน
- เขียนแบบเดิมๆ ทุกวันนี้ผู้ป่วยยาเสพติดมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ต้องใช้เวลาในการเขียนแต่ละคน ทำให้ใช้เวลานานมากขึ้น ทำให้เสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยอื่น
- การเขียนต้องเขียนหลายคนทำให้รีบและการเขียนอาจไม่สมบูรณ์
- ดูแลผู้ป่วยใช้เวลามากแล้ว ไม่มีเวลามานั่งเขียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์
- การเขียน Nurse Note ของพยาบาลแต่ละคนไม่เป็นไปในทางเดียวกัน
- คิดว่า ที่เราเขียนได้นำไปใช้อะไรบ้าง
- ดูแลคนไข้หนักเท่าไรไม่กลัว แต่พอถึงเวลาเขียน Nurse Note รู้สึกเป็นงานที่น่าเบื่อ แต่ก็ต้องเขียนทุกเวรไม่งั้นไม่มีหลักฐาน
- บางวันไม่รู้จะเขียนอะไรก็ออกจากเวรก่อนๆ

ความรู้ความเข้าใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- ไม่รู้จะเขียนอย่างไร ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร เขียนไม่ถูกทำให้เบื่อ นิกรูปแบบการเขียนไม่ได้
- พยาบาลแต่ละคนใช้แบบการเขียนของตัวเอง
- ไม่รู้จะเขียนปัญหาอะไร รู้ว่าคนไข้เป็นอย่างไร แต่ไม่รู้ว่าจะต้องปัญหาอย่างไร เวลาเขียน Nurse Note เป็นอะไรที่ต้องใช้ความคิดหนักกว่าการดูแลคนไข้
- ไม่เข้าใจการวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์พยาบาล เพราะยังไม่รู้ ไม่เข้าใจชัดเจน เลยกลายเป็นของยาก แต่ถ้ารู้ชัดเจนกว่านี้ คิดว่าเราทำได้นะ

ความต้องการ การสนับสนุนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- อยากรให้มีรูปแบบที่ง่ายๆ กระชับ ในการเขียนบันทึกให้ใช้
- ถ้ามีคู่มือการเขียน Nurse Note ในแต่ละสารเสพติดน่าจะง่ายขึ้น
- ที่ผ่านมามีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแต่ขาดการอบรมให้ความรู้
- ควรมีการอบรมให้ความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติได้จริง

๔.๒ ผลการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๑.) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน จำนวน ๘๕ คน(จากเดิมกำหนดไว้ ๘๘ คนช่วงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มีพยาบาลที่ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้จำนวน ๔ คน ดังนี้ ต้องไปอบรมหลักสูตรอื่นภายนอกสถาบันฯ ๒ คน ไปพบแพทย์ตามนัด ๑ คน และติดภารกิจอื่น ๑ คน) เก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อน และหลังการพัฒนา

๒.) กลุ่มตัวอย่างแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้วจำนวน ๔๖๘ แฟ้ม โดยแบ่งเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งละ ๑๕๖ แฟ้ม ดังนี้

๒.๑ ระยะก่อนการพัฒนา ๑๕๖ แฟ้ม(เวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๒) มีจำนวนทั้งหมด ๕๖๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๑๗ (สถิติการจำหน่ายผู้ป่วยยาเสพติดสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีปีงบประมาณ ๒๕๖๒)

๒.๒ ระยะหลังการพัฒนา ๑๕๖ แฟ้ม (เวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๓) มีจำนวนทั้งหมด ๓๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๘๕ (สถิติการจำหน่ายผู้ป่วยยาเสพติดสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีปีงบประมาณ ๒๕๖๓) จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการจำหน่ายลดลงเนื่องสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ๑๙ ทำให้การรับผู้ป่วยน้อยลง

๒.๓ ระยะติดตามผล จำนวน ๑๕๖ แฟ้ม (เวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๖๓) มีจำนวนทั้งหมด ๓๗๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๒๗ (สถิติการจำหน่ายผู้ป่วยยาเสพติดสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีปีงบประมาณ ๒๕๖๓)

โดยผลการศึกษาเสนอตามลำดับ ดังนี้

๔.๒.๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

๔.๒.๒ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะก่อน และหลังการพัฒนา

๔.๒.๓ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

๔.๒.๔ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

๔.๒.๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ ๕ แสดงจำนวน ร้อยละของเพศ อายุ ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (N=๘๕)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	๑๑	๑๒.๙
	หญิง	๗๔	๘๗.๑
	รวม	๘๕	๑๐๐
อายุ	๒๐ - ๒๙ ปี	๒๗	๓๑.๘
	๓๐ - ๓๙ ปี	๑๖	๑๘.๘
	๔๐ - ๔๙ ปี	๓๑	๓๖.๕
	๕๐ ปีขึ้นไป	๑๑	๑๒.๙
	รวม	๘๕	๑๐๐
ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด	ไม่เกิน ๑ ปี	๕	๕.๙
	๑ - ๒ ปี	๗	๘.๒
	มากกว่า ๒ ปี - ๓ ปี	๓	๓.๕
	มากกว่า ๓ ปี - ๕ ปี	๑๑	๑๒.๙
	มากกว่า ๕ ปี	๕๙	๖๙.๔
	รวม	๘๕	๑๐๐
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	บำบัดด้วยยา	๖๓	๗๔.๑
	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	๒๒	๒๕.๙
	รวม	๘๕	๑๐๐

จากตารางที่ ๕ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๘๗.๑ อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ๔๐ - ๔๙ ปี ร้อยละ ๓๖.๕ รองลงมาคือช่วง ๒๐ - ๒๙ ปี ร้อยละ ๓๑.๘ ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มากกว่า ๕ ปีร้อยละ ๖๙.๔ รองลงมาคือช่วง มากกว่า ๓ ปี - ๕ ปี ร้อยละ ๑๒.๙ และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๔.๑

๔.๒.๒ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะก่อน และหลังการพัฒนา

ตารางที่ ๖ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดก่อน และหลังการพัฒนา (N=๘๕)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	\bar{X}	SD.	df	t-value	p-value
การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย					
ก่อนการอบรม	๒๑.๕๗	๒.๖๙	๘๔	๒๔.๖๙	<๐.๐๐๑*
หลังการอบรม	๓๐.๑๙	๓.๕๖			
การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์					
ก่อนการอบรม	๑๕.๐๑	๒.๙๖	๘๔	๒๑.๓๑	<๐.๐๐๑*
หลังการอบรม	๒๑.๘๐	๒.๑๘			
การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล					
ก่อนการอบรม	๑๒.๐๐	๒.๒๘	๘๔	๒๑.๙๐	<๐.๐๐๑*
หลังการอบรม	๑๗.๒๑	๑.๘๖			
การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล					
ก่อนการอบรม	๙.๐๐	๑.๖๑	๘๔	๒๔.๔๐	<๐.๐๐๑*
หลังการอบรม	๑๓.๑๐	๑.๔๖			
การบันทึกการวางแผนการจำหน่าย					
ก่อนการอบรม	๕.๙๘	๑.๓๑	๘๔	๒๑.๘๖	<๐.๐๐๑*
หลังการอบรม	๘.๗๕	๐.๙๙			

* p-value < ๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๕ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < ๐.๐๐๑ ในทุกประเด็น โดยประเด็นที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุดคือการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายร้อยละ ๔๖.๓๒ รองลงมาคือการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลร้อยละ ๔๕.๕๕

๔.๒.๓ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

ตารางที่ ๗ แสดงผลคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายด้านระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล (n=๑๕๖)

ประเด็นการตรวจประเมิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		ติดตามผล	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	๔๘.๗๙	๘.๑๙	๕๘.๙๔	๕.๘๗	๕๙.๔๑	๗.๖๖
การประเมินภาวะสุขภาพ	๒๑.๕๒	๓.๙๖	๒๕.๙๘	๒.๔๒	๒๕.๙๔	๓.๑๑
การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	๙.๘๙	๒.๑๗	๑๑.๘๖	๑.๘๕	๑๑.๙๔	๑.๙๗
การปฏิบัติการพยาบาล	๗.๘๓	๑.๗๙	๙.๕๖	๑.๔๖	๙.๘๑	๑.๖๑
การประเมินผลการพยาบาล	๖.๐๑	๑.๔๒	๗.๐๘	๐.๙๘	๗.๒๖	๑.๑๘
การวางแผนจำหน่าย	๓.๕๒	๑.๔๓	๔.๔๕	๑.๑๐	๔.๔๔	๑.๒๙

จากตารางที่ ๖ พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกประเด็นของการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาและติดตามผลมากกว่าก่อนการพัฒนา โดยประเด็นที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการพัฒนาคือการวางแผนการจำหน่ายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๖.๔๒ ส่วนระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกับระยะหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยต่างกันอยู่ในช่วง ๐.๐๑ - ๐.๒๕

ตารางที่ ๘ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)(n = ๑๕๖)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P - Value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	๑๑๒๓๒.๐๐๐	๒	๕๖๑๖.๐๐	๑๐๕.๗๒๒	<๐.๐๐๑*
ความคลาดเคลื่อน	๑๖๔๖๗.๓๓๓	๓๑๐	๕๓.๑๒๐		

* p -value<๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๗ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล(สถิติมีการคำนวณเปรียบเทียบ ๓ คู่ ได้แก่ ๑. ก่อนการพัฒนากับหลังการพัฒนา ๒. ก่อนการพัฒนากับติดตามผล และ ๓. หลังการพัฒนากับติดตามผล) มีอย่างน้อย ๑ คู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value<๐.๐๐๑)

ตารางที่ ๙ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล เป็นรายคู่ (n = ๑๕๖)

คะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	\bar{X}	SD	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p -value
ก่อนการพัฒนา	๔๘.๗๙	๘.๑๙	๑๐.๑๕	<๐.๐๐๑*
หลังการพัฒนา	๕๘.๙๔	๕.๘๗		
ก่อนการพัฒนา	๔๘.๗๙	๘.๑๙	๑๐.๖๑	<๐.๐๐๑*
ติดตามผล	๕๙.๔๑	๗.๖๖		
หลังการพัฒนา	๕๘.๙๔	๕.๘๗		
ติดตามผล	๕๙.๔๑	๗.๖๖	๐.๔๖	๐.๔๙๐

* p -value<๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๘ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนา และติดตามผลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-Value<.๐๐๑) และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(P-Value=.๔๙๐)

๔.๒.๔ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

ตารางที่ ๑๐ แสดงผลคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายด้าน ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล (n = ๑๕๖)

ประเด็นการตรวจประเมิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		ติดตามผล	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
วิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	๒๘.๘๗	๔.๘๔	๓๔.๗๘	๔.๙๒	๓๔.๕๒	๔.๑๓
ความถูกต้อง	๑๒.๕๐	๒.๒๓	๑๕.๖๗	๓.๗๐	๑๔.๙๘	๑.๘๒
ความครบถ้วน	๕.๔๒	๑.๓๒	๖.๖๕	๑.๑๘	๗.๐๕	๑.๒๓
ความชัดเจน	๖.๙๓	๑.๓๖	๗.๖๙	๑.๐๕	๗.๔๔	๑.๐๕
ได้ใจความ	๔.๐๑	๑.๐๓	๔.๗๖	.๘๔	๕.๐๔	.๙๓

จากตารางที่ ๙ พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกประเด็นของการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาและติดตามผลมากกว่าก่อนการพัฒนา โดยประเด็นที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการพัฒนาคือความถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๕.๓๖ ส่วนในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกับหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยต่างกันในช่วง ๐.๒๕ - ๐.๖๙

ตารางที่ ๑๑ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) (n = ๑๕๖)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P - Value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	๓๔๗๔.๓๖๓	๒	๑๗๓๗.๑๘๒	๘๕.๓๐๕	<๐.๐๐๑*
ความคลาดเคลื่อน	๖๓๑๒.๙๗๐	๓๑๐	๒๐.๓๖๔		

* p -value<๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๑๐ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล(สถิติมีการคำนวณเปรียบเทียบ ๓ คู่ ได้แก่ ๑. ก่อนการพัฒนากับหลังการพัฒนา ๒. ก่อนการพัฒนากับติดตามผล และ ๓. หลังการพัฒนากับติดตามผล) มีอย่างน้อย ๑ คู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-Value<.๐๐๑)

ตารางที่ ๑๒ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล เป็นรายคู่ (n = ๑๕๖)

คะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	\bar{X}	SD	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p -value
ก่อนการพัฒนา	๒๘.๘๗	๔.๘๔		
หลังการพัฒนา	๓๔.๗๘	๔.๙๒	๕.๙๐	<๐.๐๐๑*
ก่อนการพัฒนา	๒๘.๘๗	๔.๘๔		
ติดตามผล	๓๔.๕๒	๔.๑๓	๕.๖๔	<๐.๐๐๑*
หลังการพัฒนา	๓๔.๗๘	๔.๙๒		
ติดตามผล	๓๔.๕๒	๔.๑๓	.๒๖	๐.๕๘๙

* p -value<๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๑๑ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนา และติดตามผลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-Value<.๐๐๑) และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(P-Value=.๕๘๙)

บทที่ ๕

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

๕.๑ สรุป

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น ๒ ระยะ ได้แก่

๕.๑.๑ ระยะศึกษาสถานการณ์

๕.๑.๒ ระยะพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๕.๑.๑ ระยะศึกษาสถานการณ์

- ผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล ด้านการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และความต่อเนื่องของการบันทึก คะแนนเฉลี่ยร้อยละของทุกด้านต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ (อยู่ในช่วงร้อยละ ๕๐ - ๗๕.๕๓)

- ผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งยังมองไม่เห็นประโยชน์ของการเขียนบันทึก รู้สึกเบื่อ การเขียนบันทึกต้องใช้เวลามาก งานดูแลผู้ป่วยยาเสพติดใช้เวลามากแล้ว ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเขียนบันทึก ต้องการให้มีรูปแบบที่ง่าย ต้องการให้มีการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่สามารถใช้ได้จริง

๕.๑.๒ ระยะพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ทั้งระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน ๘๕ คนกิจกรรมการพัฒนาได้แก่ อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนาแบบฟอร์มการรับใหม่ผู้ป่วยยาเสพติด คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ทบทวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และแจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลให้แต่ละหอผู้ป่วยทราบ เก็บรวบรวมข้อมูลจาก

๑. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในทุกประเด็นได้แก่ การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การบันทึกปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} < 0.001$

๒. เพิ่มवेशระเขียนผู้ป่วยที่จำหน่ายครบกำหนดแบ่งเป็น ๓ ระยะได้แก่ ก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งละ ๑๕๖ เพิ่ม ด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา และติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} < 0.001$ ทั้งคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หลังการพัฒนาและติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} = 0.450$ และ $P\text{-Value} = 0.585$ ตามลำดับ

๕.๒ อภิปราย

๕.๒.๑ ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์

คะแนนเฉลี่ยร้อยละของการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของทุกด้านต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ (อยู่ในช่วงร้อยละ ๕๐ - ๗๕.๕๓) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ไม่เห็นความสำคัญของการเขียนบันทึก ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างความคิดเห็นของพยาบาลต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล เช่น *ไม่รู้จะเขียนอย่างไร ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร เขียนไม่ถูกทำให้เบื่อ นีกรูปแบบการเขียนไม่ได้ รู้ว่าคนไข้เป็นอย่างไร แต่ไม่รู้ว่าจะตั้งปัญหาอย่างไร เวลาเขียน Nurse Note เป็นอะไรที่ต้องใช้ความคิดหนักกว่าการดูแลคนไข้ ดูแลผู้ป่วยใช้เวลามากแล้ว ไม่มีเวลามานั่งเขียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ คิดว่าที่เราเขียนได้นำไปใช้อะไรบ้าง เป็นต้นซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ขาดคุณภาพ(สุรีย์ ธรรมิกบรร, ๒๕๔๐) ทศนคติของพยาบาลต่อการบันทึกมองว่าน่าเบื่อ ขาดความสนใจ พยาบาลขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก และยังไม่เคยมีการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริงให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งตรงกับความต้องการของพยาบาลวิชาชีพโดยเห็นได้จากความคิดเห็น *ควรมีการอบรมให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้จริง* ส่วนคะแนนการเขียนบันทึกประเด็นการวางแผนจำหน่ายทั้งหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพหลายหอผู้ป่วยมีคะแนนต่ำกว่าประเด็นอื่นๆเนื่องจากยังไม่เคยมีการอบรมหรือให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าว และการเขียนบันทึกทางการพยาบาลพยาบาลวิชาชีพจะเขียนในประเด็นที่พบในแต่ละเวร ยังไม่ให้ความสำคัญกับการวางแผนการจำหน่ายเท่าที่ควร ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่นำมาสู่การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด*

๕.๒.๒ ระยะเวลาพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๘๗.๑ (๗๔ คน) อายุส่วนใหญ่คือช่วง ๔๐ - ๔๙ ปีร้อยละ ๓๖.๕ (๓๑ คน) รองลงมาคือ ๒๐ - ๒๙ ปีร้อยละ ๓๑.๘ (๒๗ คน) ระยะเวลาปฏิบัติงานกับผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มากกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๖๙.๔ (๕๙ คน) รองลงมาคือมากกว่า ๓ - ๕ ปีร้อยละ ๑๒.๙ (๑๑ คน) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๔.๑ (๖๓ คน) จากอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก สอดคล้องกับระยะเวลาปฏิบัติงานยาเสพติดค่อนข้างยาวนานตามไปด้วย

ส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยามากกว่าเนื่องจากหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยามีจำนวน ๗ หอผู้ป่วย ส่วนหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพมีจำนวน ๖ หอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาจะมีจำนวนหอผู้ป่วยละ ๙ - ๑๐ คน ส่วนหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีจำนวนหอผู้ป่วยละ ๓ - ๖ คน

ส่วนที่ ๒ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดระยะก่อนและหลังการพัฒนา

พบว่าคะแนนเฉลี่ยในทุกประเด็น ได้แก่ การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การบันทึกปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนจำหน่าย หลังการพัฒนา มากกว่าก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} < .001$ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพของวิไลรัตน์ จตุสุวรรณ์ศรี, ๒๕๔๖ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด โดยจากข้อมูลผลการศึกษาศาสนาการณผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ร่วมกับผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเขียนบันทึกทางการพยาบาล ส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ดังตัวอย่างความคิดเห็นพยาบาลที่ได้จากการสำรวจสถานการณ์ เช่น *ไม่รู้จะเขียนอย่างไร ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร เขียนไม่ถูกทำให้เบื่อ นึกรูปแบบการเขียนไม่ได้ ไม่เข้าใจการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เพราะยังไม่รู้ ไม่เข้าใจชัดเจนเลยกลายเป็นของยาก แต่ถ้ารู้ชัดเจนกว่านี้ คิดว่าเราทำได้* ส่งผลให้การเขียนบันทึกยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วน แต่พยาบาลวิชาชีพยังต้องเขียนบันทึกอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดทัศนคติในเชิงลบต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นงานที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการดูแล ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการสอนเรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ง่ายต่อการเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่างกันทั้งอายุ และประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้วิจัยเสริมความเข้าใจด้วยการยกตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ต้องเขียนจริงในผู้ป่วยยาเสพติด และนำตัวอย่างที่ยังเขียนไม่ถูกมาปรับให้เข้าใจยิ่งขึ้น การจัดอบรมจำนวนผู้เข้าอบรมไม่ควรมากเกินไปเพื่อกระตุ้นบรรยากาศการเรียนรู้ สร้างบรรยากาศการสอนให้มีความเป็นกันเอง ผ่อนคลายเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพไม่รู้สึกรีดหรืออึดอัดที่เข้ารับการอบรม เช่น มีการพูดคุย ทักทายให้เกิดความเป็นกันเอง การยกตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ยังไม่ถูกจะไม่ระบุชื่อผู้ป่วย หรือการนำเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้วมาให้ตรวจจะไม่ระบุมาจากหอผู้ป่วยของท่าน เป็นต้น ทำให้พยาบาลเปิดใจยอมรับความรู้ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลและสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้นั้นจำเป็นต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อน หากบุคคลประเมินว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถ บุคคลจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ (Bandura, 1997 อ้างใน เสาวนีย์ ชูจันทร์, ๒๕๕๗) ในการศึกษาหลังการอบรมพยาบาลวิชาชีพประเมินว่าตนเองมีความรู้ ความสามารถในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้น

โดยหัวข้อที่จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย

๑. บรรยายแนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล หลักการบันทึกทางการพยาบาล คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล เป็นการทบทวนหลักการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลหลายคนทำงานมาหลายปีและไม่เคยรับการอบรมเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลอีกตั้งแต่จบการศึกษาพยาบาลศาสตร์

๒. การเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ Focus Charting ในผู้ป่วยยาเสพติด โดยการอบรมจะมีการอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจความหมายของ Focus Assessment Intervention และ Evaluation ซึ่งพยาบาลวิชาชีพหลายคนยังไม่ค่อยเข้าใจ เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่เคยมีการอบรม พร้อมยกตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านมาที่ยังไม่ถูกต้อง และปรับใหม่ให้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังยกตัวอย่างกิจกรรมที่ทำบ่อยแต่ไม่ได้เขียนในบันทึกทางการพยาบาลเช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การเตรียมผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การรายงานแพทย์เมื่อยาของผู้ป่วยใกล้หมดหรือหมดแล้ว การพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีพฤติกรรมบกพร่อง การลาเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การเลื่อนระดับของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น และการวางแผนการจำหน่ายรูปแบบ M-E-T-H-O-D เมื่อจบการอบรม ได้สอบถามพยาบาลที่เข้ารับการอบรมถึงการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สรุปว่าเขียนง่ายหรือยากกว่าผู้ป่วยฝ่ายกาย พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมได้ตอบว่าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดง่ายกว่า

๓. การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว กิจกรรมนี้ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เห็นผลงานการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยที่ตนเองทำงาน และได้ใช้เครื่องมือตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลและแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เห็นจุดที่ควรแก้ไข และการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจากเดิมจะไม่เคยทราบมาก่อนหากไม่ได้มาเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๔. ฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด หลังจากได้ความรู้ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแล้วให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดโดยพยาบาลวิชาชีพจะได้รับโจทย์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาสารเสพติดที่ตรงกับหอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงาน เช่นหอผู้ป่วยสุราจะได้รับโจทย์ที่เป็นผู้ป่วยสุรา หอผู้ป่วยสารกระตุ้นจะได้รับโจทย์ที่เป็นผู้ป่วยสารกระตุ้น เป็นต้น กิจกรรมนี้เมื่อฝึกเขียนเสร็จแล้วจะนำเสนอและอภิปรายร่วมกัน

นอกจากนี้ในตอนท้ายมีการสรุปขั้นตอนการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ง่ายต่อการเข้าใจด้วย ๓ ขั้นตอน

๑. เกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจะทราบได้จากการประเมิน แล้วนำมาวินิจฉัยเขียนในช่อง Focus นำผลการประเมินที่ได้มาสนับสนุนข้อวินิจฉัย เขียนในช่อง Assessment
๒. พยาบาลทำอะไรให้กับผู้ป่วย เขียนในช่อง Intervention
๓. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรหลังให้การพยาบาล เขียนในช่อง Evaluation

หากพยาบาลเขียนอย่างนี้ทุกวันจะได้ความสอดคล้อง และความต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้เน้นย้ำให้พยาบาลทุกรุ่นทราบ โดยมีคำถามว่า หากเราให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ไม่เขียนบันทึกไว้ เมื่อมีการตรวจสอบเท่ากับพยาบาลไม่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ และในทางกลับกันหากพยาบาลเขียนบันทึกเป็นอย่างดี แต่ไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามที่เขียนจะหมายความว่าอย่างไร คำตอบคือ พยาบาลปฏิบัติงานด้วยหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณ สิ่งที่พยาบาลไม่ได้ทำต้องไม่เขียน แต่การเรียนรู้การเขียนที่ถูกต้องจะทำให้การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในส่วนของปฏิบัติการพยาบาล และการบันทึกมีความสอดคล้อง ถูกต้องสมบูรณ์ มากขึ้น พร้อมกันนี้ยังมีส่วนช่วย กระตุ้นเตือนพยาบาลให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยส่งผลให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ เป็นหลักฐานทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และหลักฐานทางกฎหมาย ซึ่งภายหลังจากอบรมผู้เข้ารับการอบรมได้ให้ข้อคิดเห็นที่แสดงถึงความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้นเช่น

- รู้สึกดีในบรรยากาศการเข้าอบรม บุคลากรไม่เยาะหรือน้อยเกินไป มีความเข้าใจในการเขียน Nurse Note มากขึ้นกว่าเดิม วิทยากรน่ารัก และให้ความรู้ดี มีความเป็นกันเอง
- การเรียนรู้วันนี้ทำให้เข้าใจกระบวนการ และแนวทางการเขียน Nurse Note ได้มากขึ้น ทราบแนวทางการเขียน Focus ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วิทยากรมีความรู้และให้ความสำคัญกับผู้เข้าอบรม สอนกระชับ เข้าใจง่าย ทราบกระบวนการ Audit Chart และรู้ข้อบกพร่องในการเขียน Nurse Note จะนำไปปรับใช้ในครั้งต่อไป
 - ชื่นชมค่ะ จะได้มีแนวทางการเขียนที่ตรงประเด็น อัดเดทแนวทางการเขียนที่ตรงปัญหาของผู้ป่วย วิทยากรถ่ายทอดได้เยี่ยมมาก มีตัวอย่างที่ตรงกับผู้ป่วยยาเสพติดค่ะ (ขอเล่มข้อวินิจฉัยด้วยค่ะ)
 - รู้สึกดี มีหลักการเขียนที่ชัดเจน และถูกต้องมากขึ้น วิทยากรเป็นกันเอง ไม่ทำให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกเครียด จัดอบรมหลายรุ่น ทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เรียนรู้ และมีแนวทางในการเขียน ไปแนวทาง ทิศทางเดียวกัน คนที่บกพร่อง จะได้เกิดการเรียนรู้ และปรับปรุงตนเองในข้อบกพร่องเดิมๆของตนเอง
 - ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น มีแนวทางการ Focus มากขึ้น วิทยากรอธิบายเข้าใจง่าย บรรยากาศในการสอนดูไม่น่าเบื่อ มีความน่าสนใจ ขอขอบคุณค่ะ
 - การอบรมวันนี้ เข้าใจในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากขึ้น และความชัดเจนในการเขียน Nurse Note รวมถึงความต่อเนื่อง ทำให้การเขียน Nurse Note ในครั้งต่อไป ไม่รู้สึกว่าน่าเบื่อ หรือหาข้อความในการเขียน เข้าใจง่ายขึ้น จะนำกลับไปปฏิบัติ และเขียนให้เข้าใจมากขึ้นกว่าเดิม
 - เป็นประโยชน์และเห็นช่องทางการเขียน Nurse Note ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมตามมาตรฐานได้เป็นอย่างดี ได้มีการพัฒนาทั้งทางด้าน Focus และ Assessment ที่ชัดเจนและเขียนได้ตรงประเด็น และง่ายต่อการเขียนได้มากขึ้น
 - เป็นข้อมูลปฏิบัติจริง ชัดเจน และสอดคล้อง ครอบคลุมปัญหาที่พบ และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย กาย จิต และสังคม
 - ขอขอบคุณมากค่ะ ได้ความรู้ชัดเจน เข้าใจง่าย ได้ทดลองฝึกจริง มีการตอบคำถาม ทำให้เข้าใจมากขึ้น มีคู่มือที่จะแจก ทำให้ใช้เวลาในการคิด Focus น้อยลง เขียนง่าย สะดวกขึ้น ทำให้ตระหนักถึงการทำงานอย่างมีหลักวิชาการ และการเขียนอย่างสอดคล้อง ต่อเนื่องกัน เห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการปฏิบัติของพยาบาล

- มีความเข้าใจในการเขียน Focus และ Assessment มากขึ้นว่าต้องเขียนอย่างไร รู้สึกโล่งสบายไม่อึดอัดในการเขียน Nurse Note ขอบคุณวิทยากร ที่ให้ความรู้ความเข้าใจ ขอบคุณมากค่ะ
- เข้าใจประเด็นการเขียน Nurse Note ที่กระชับ ชัดเจนมากขึ้น อาจารย์แนะนำการเขียนแบบสามารถกลับไปใช้ได้จริง รับทราบข้อบกพร่องของตนเองในการเขียน Nurse note มากขึ้น
- หลังจากได้รับการอบรม รู้สึกเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น ทำให้มองเห็นข้อบกพร่องในการทำงานของตนเองมากขึ้น และทำให้สามารถเขียนไปได้ในแนวทางที่ถูกต้องมากขึ้น มั่นใจในการเขียนได้มากขึ้น
- อบรมครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เกิดความเข้าใจเชื่อมโยงปัญหาข้อสนับสนุน การพยาบาล และการประเมินผล เกิดความเข้าใจในการเขียนมากขึ้น

ในส่วนของคุณแนะนำการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดประเด็นที่มีอัตราการเพิ่มสูงสุดคือการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายร้อยละ ๔๖.๓๒ เนื่องจากที่ผ่านมาไม่เคยมีการอบรมเรื่องดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของประเด็นนี้จึงนำเนื้อหาการวางแผนการจำหน่ายบรรจุในเนื้อหาที่อบรม เมื่อพยาบาลมีความเข้าใจ ก็สามารถบันทึกได้ ก่อนการพัฒนาจะมีคะแนนที่ค่อนข้างต่ำเป็นผลให้อัตราการเพิ่มจึงสูงกว่าประเด็นอื่น

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนาและติดตามผล

พบว่าคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาและติดตามผลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} < .001$ และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} = .450$ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพของ วิไลรัตน์ จตุสุวรรณ์ศรี, ๒๕๔๖ และสอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกประเด็นหลังการพัฒนา ซึ่งปัจจัยที่เป็นเหตุให้คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา และติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ดังนี้

- การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมากขึ้นตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น และสามารถนำมาใช้เขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการอบรม ในส่วนของประเด็นที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงกว่าประเด็นอื่นคือการวางแผนการจำหน่าย เนื่องจากเนื้อหาการอบรมได้ให้ความรู้เรื่องการวางแผนการจำหน่าย และกิจกรรมการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลได้เน้นย้ำให้พยาบาลทุกคนตรวจดูแผนการจำหน่ายซึ่งเป็นจุดอ่อนในการเขียนบันทึกที่ผ่านมา ทำให้เห็นข้อบกพร่อง และนำมาปรับปรุง ซึ่งคะแนนช่วงก่อนการพัฒนาในภาพรวมค่อนข้างต่ำกว่าประเด็นอื่น เมื่อพยาบาลมีความเข้าใจมากขึ้นคะแนนประเด็นดังกล่าวหลังการพัฒนา และติดตามผลเพิ่มขึ้นเป็นผลให้อัตราการเพิ่มขึ้นสูงกว่าประเด็นอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

- การพัฒนาแบบประเมินแรกรับผู้ป่วยยาเสพติดให้มีเนื้อหาครบถ้วนและนำมาใช้ทุกหอผู้ป่วยเป็นปัจจัยทำให้ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยยาเสพติดแรกรับมีความถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น และสามารถประเมินผู้ป่วยได้ตามแบบฟอร์ม

- คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นแนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีการจัดทำข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดครอบคลุมสารเสพติดหลัก ทั้งผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นอกจากนี้ยังมีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยยาเสพติดแต่ไม่ถูกเขียนในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ได้ยกตัวอย่างในช่วงของการอบรม เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้น ซึ่งภายหลังการอบรม มีพยาบาลวิชาชีพหลายคนได้ถ่ายเอกสาร ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลไว้สำหรับใช้ส่วนตัวสำหรับเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เช่น พยาบาลวิชาชีพตึกหยก ตึกโอบอล ตึกเขียวสอง เป็นต้น

- กิจกรรมการทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ให้พยาบาลวิชาชีพได้ทบทวนคนละ ๑ แพ้ม/เดือน ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้ทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยของตนเอง ด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาในการเขียนให้ถูกต้อง และได้รับคำแนะนำจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- การนิเทศการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง และพยาบาลตรวจการสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแต่ละหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- การแจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นปัจจัยสนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลวิชาชีพหาโอกาสพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดให้ดีขึ้น ลดข้อบกพร่องที่กรรมการได้เสนอแนะไว้ และการตรวจประเมินเป็นระยะๆ ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลหลายหอผู้ป่วย เกิดการพัฒนาทำให้คะแนนตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนาและติดตามผล

พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา และติดตามผลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} < .00๑$ และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา และติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-Value} = ๐.๕๘๘$ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพของวิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี, ๒๕๔๖ ปัจจัยที่เป็นผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้น จากกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ตามที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีแบบประเมินแรกรับ มีคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นแนวทางการเขียน มีการทบทวนการเขียนในทุกเดือน มีการตรวจและนิเทศการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลตรวจการ มีการตรวจประเมินเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และแจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พร้อมข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทำให้การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้นในแต่ละด้านได้แก่ การบันทึกการประเมินภาวะ

สุขภาพ การบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งสามารถสะท้อนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ได้ทั้ง ๔ ประเด็นได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ ประเด็นที่มีอัตราการเพิ่มสูงกว่าประเด็นอื่นคือ ความถูกต้อง เนื่องจากประเด็นที่มีการตรวจสอบ ได้แก่ บันทึกถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกและถูกต้องตามแบบฟอร์ม รายงานปัญหาถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน บันทึกกิจกรรมการพยาบาลถูกต้อง บันทึกผลการพยาบาลถูกต้อง ระยะเวลาความถี่ของการบันทึกถูกต้อง และบันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย เป็นผลจากทุกกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่จัดให้ ส่วนประเด็นที่มีอัตราการเพิ่มน้อยสุดได้แก่ความชัดเจน เนื่องจากประเด็นการตรวจสอบได้แก่ บันทึกด้วยหมึกสีดำหรือน้ำเงินด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล ซึ่งพยาบาลที่บันทึกทุกคนจะใช้หมึกสีน้ำเงินเป็นปกติ ส่วนลายมือยังมีทั้งอ่านง่าย และอ่านยาก ไม่มีรอยลบ เขียนผิดขีดฆ่าลงนามกำกับ พยาบาลส่วนใหญ่ตระหนักในข้อนี้ ลงนามชื่อและตำแหน่ง ซึ่งทุกครั้งที่พยาบาลเขียนบันทึกจะมีการลงนามทุกครั้งเป็นปกติ แต่เพิ่มขึ้นคือตำแหน่งพยาบาล จึงเป็นผลให้อัตราการเพิ่มขึ้นจึงไม่สูง

จากข้อมูลการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ๔ หอผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละประเด็นมากกว่าร้อยละ ๘๐ ให้เหตุผลของการมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากการที่ได้รับทราบผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจะแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนรับทราบ ในส่วนของทีมพยาบาลวิชาชีพจะหารือกันเพิ่มเติมถึงการเขียนให้ถูกต้องมากขึ้น พร้อมกับได้รับการตรวจ นิเทศการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลตรวจการ เมื่อทราบว่ามีความคะแนนการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นทำให้มีกำลังใจในการเขียน นอกจากนี้หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหญิงมุกดา ๑ ให้ข้อมูลว่ามีการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นระยะ ๆ สม่่าเสมอทำให้เกิดการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเขียนแม้จะทำให้ลงเวรกันบ้างก็ตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุดมพร คำล้ำเลิศและคณะ(๒๕๕๙) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย วิธีการบันทึกและแบบบันทึกตามกระบวนการ และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างรวดเร็ว ครบถ้วนครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม และอย่างต่อเนื่อง ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารองค์กรพยาบาลควรมีนโยบายให้ความสำคัญกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดย

๑. ควรมีความต่อเนื่องของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Audit Chart) โดยคณะทำงานควรมาจากตัวแทนของทุกหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้และการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งหอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงานและหอผู้ป่วยอื่น
๒. ควรจัดให้มีการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสม่าเสมอปีละ ๒ ครั้งเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง
๓. จัดให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลปีละ ๑ ครั้ง

๔. จัดแบบฟอร์มรูปแบบการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เหมือนหรือเป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อความชัดเจนในการตรวจประเมิน และการสะท้อนผลลัพธ์ต่อผู้ปฏิบัติ
๕. ควรจัดให้มีรางวัลสำหรับหอผู้ป่วยที่มีคะแนนการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ได้คะแนนสูงสุด และมอบรางวัลในวันสำคัญขององค์กรทุกปีเพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเกิดความภาคภูมิใจในรางวัลที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

๑. ควรมีการจัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และพยาบาลวิชาชีพที่มาศึกษาดูงาน(กรณีมี) ได้ศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หรือหอผู้ป่วยที่มีความเฉพาะสามารถจัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เห็นความเฉพาะของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ข้อมูลสนับสนุน การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะทาง และควรมีการพัฒนาต่อยอดในข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้แต่ยังไม่มีความรู้หรือมีการประเมินคุณค่าของคู่มือโดยการติดตามผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลหลังให้การพยาบาลตามคู่มือ
๒. ควรมีกิจกรรมทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและเรียนรู้ในการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง
๓. หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมีการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และให้คำชื่นชมเมื่อพยาบาลวิชาชีพบันทึกได้ถูกต้องครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความหรือให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหากพบข้อบกพร่องของการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
๔. การนิเทศทางการแพทย์พยาบาลจากผู้บริหารองค์กรพยาบาล ควรมีในประเด็นที่เป็นปัญหาในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพได้ให้ความสำคัญในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีคุณภาพ สามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด(สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ตลอดจนหน่วยงานจิตเวชที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจิตเวชที่รักษาแบบผู้ป่วยใน)

๑. สามารถนำคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด แนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละประเภท และการจัดทำรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งนี้เนื้อหาจากคู่มือสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่พยาบาลให้การดูแลในแต่ละราย ทั้งข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน กิจกรรมการ

พยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ ตลอดจนถึงศักยภาพของหน่วยบริการที่นำเนื้อหาคู่มือไปใช้ และควรมีการควบคุมกำกับ ติดตามการใช้โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้บริหารทางการพยาบาลควบคู่ไปด้วย

๒. สามารถนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากงานวิจัย ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วย
๓. สามารถนำเครื่องมือแบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล นำไปตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

หน่วยงานอื่นที่ให้บริการผู้ป่วยในทั้งภาครัฐและเอกชน

๑. สามารถนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลไปใช้เพื่อพัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย
๒. สามารถนำเครื่องมือการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยได้เนื่องจากมีประเด็นที่ครอบคลุมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล ทั้ง ๔ ประเด็น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. การอบรมพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เป็นกิจกรรมที่สำคัญหากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล จะช่วยให้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลมีความถูกต้อง สมบูรณ์มากขึ้น ผู้สอนควรมีความเป็นกันเองกับผู้เรียน สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้เรียนเปิดใจรับความรู้ที่จะให้ และควรมีตัวอย่างจริงของการเขียนบันทึกทางการพยาบาล จะทำให้เข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแล
๒. ความร่วมมือของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล หากผู้บริหารทางการพยาบาลมีนโยบายจะช่วยผลักดันให้เกิดความร่วมมือตามมา
๓. การแจ้งผลการประเมินบันทึกทางการพยาบาล ควรมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถนิเทศการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ตรงประเด็นที่จะพัฒนา

บทที่ ๖

การเผยแพร่ การใช้ประโยชน์ และการพัฒนาต่อยอดผลงาน

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และได้จัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยได้ดำเนินการต่อ ดังนี้

- ๖.๑ การเผยแพร่ผลงาน
- ๖.๒ การใช้ประโยชน์ผลงาน
- ๖.๓ การพัฒนาต่อยอดผลงาน

๖.๑ การเผยแพร่ผลงาน

ได้นำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ดังนี้

๑. หอผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทุกหอผู้ป่วยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้ใช้เป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางในการจัดทำรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยยาเสพติด
๒. ห้องสมุดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
๓. เว็บไซต์ และเฟสบุ๊ค ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
๔. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ผลลัพธ์

- หลังจากมอบคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดให้กับหอผู้ป่วยใน ครั้งหนึ่งเมื่อเป็นเวรตรวจการได้เห็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังใช้คู่มือดังกล่าวแต่ไม่ได้ถูกเข้ารูปล่มเหมือนที่มอบให้ พยาบาลวิชาชีพคนนั้นบอกว่า “หนูถ่ายเอกสารไว้เป็นส่วนตัวค่ะ เพื่อจะได้เปิดดูในช่วงแรก เพราะใช้สักระยะก็จะเข้าใจและจำได้ค่ะ”
- รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ได้โทรประสานขอเพิ่มอีก ๖ เล่มเนื่องจากสามารถใช้ได้กับทุกหอผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีได้ถ่ายเอกสารให้ทุกหอผู้ป่วย
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานีทำหนังสือมาขออนุญาตนำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เป็นตำรารองใช้ในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(หนังสือเลขที่ พยบ.๐๑๘/๒๕๖๖)

๕. พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ชราและสารเสพติด โดยทดลองใช้ในรุ่นที่ ๑๕ และ รุ่นที่ ๑๖ ที่เข้ารับการอบรมในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ และเก็บรวบรวมความคิดเห็นต่อการใช้คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

ผลลัพธ์ จากผู้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ชราและสารเสพติดที่ใช้คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด รุ่นที่ ๑๕ และ รุ่นที่ ๑๖ ได้แสดงความคิดเห็นไว้ ดังนี้

- เป็นตัวอย่างที่ดีมาก สามารถนำมาใช้เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกับผู้ป่วยได้จริงทุกราย ไม่ว่าจะเป็นสารกระตุ้น สุรา เฮโรอีน มีการพยาบาลให้ครบถ้วน และได้เรียบเรียงคำพูดได้กลมกลืน มีตัวอย่างของ Assessment และมีตัวอย่างของ Evaluation ให้สะดวกนำไปใช้จริงกับผู้ป่วย ถ้าไม่มีตัวอย่างนี้คิดว่าการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจะมีความยากลำบากมากกว่านี้แน่นอน
- ผู้รับการอบรมสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกปัญหา กาย จิต สังคม โดยใช้กระบวนการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประเด็นปัญหา เป้าหมาย การประเมินผล ได้อย่างครอบคลุม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท ได้อย่างเหมาะสมทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต และทางกาย และตอบสนองในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ได้อย่างชัดเจน
- สามารถนำคู่มือไปประยุกต์ใช้ในการฝึกที่หอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาและหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้เหมาะสมและเป็นแนวทางในการเขียนการพยาบาลให้ง่ายขึ้นและถูกต้อง
- สามารถใช้ได้จริง กิจกรรมการพยาบาลเป็นรูปธรรม เข้าใจง่าย ช่วยในการบันทึกทางการพยาบาลได้มาก เป็นแนวทางที่ดีในการเขียนบันทึกการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
- สามารถนำมาใช้ได้จริงและถูกต้องเหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท
- ใช้งานง่าย เข้าใจง่าย
- คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ลักษณะเนื้อหาตรงประเด็นกับการใช้ในผู้ป่วยยาเสพติด นำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้
- สามารถนำไปใช้ในการเขียน Nursing Care Plan ของผู้ป่วยใช้สารเสพติด
- เปิดใช้งานง่าย มีการเขียนเป็นหมวดหมู่ของประเภทสารเสพติดแต่ละชนิดทำให้มีความเข้าใจได้ดีขึ้น
- เป็นคู่มือบันทึกทางการพยาบาลใช้ได้กับผู้ป่วยยาเสพติด และผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคทางกาย เช่น DM HT รวมถึงครอบคลุมในกลุ่มที่อยู่ฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ใช้ง่าย ครอบคลุมในปัญหาหลายๆด้านของผู้ป่วยตั้งแต่ เริ่มต้นบำบัดด้วยยาจนถึงฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการเสริมสร้างกำลังใจต่างๆ
- นำไปใช้ในการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ครอบคลุม เข้าใจการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น
- ดีค่ะ นำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันได้ดีค่ะ

- แบ่งช่วงเวลาการดูแลได้ชัดเจน เช่นระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะก่อนกลับบ้าน
- การใช้คำและภาษาเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน
- มีตัวอย่างของข้อมูลสนับสนุนที่เราสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้
- สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา สำหรับผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- ครอบคลุมการพยาบาลทุกมิติแบบองค์รวม ด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
- สามารถนำไปประยุกต์กับผู้ป่วยที่รับมอบหมายและใส่ข้อมูลตามแผนการรักษาเพื่อให้สอดคล้องกับการพยาบาล
- เป็นการรวบรวมข้อมูลที่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามลำดับความสำคัญ ซึ่งบางกิจกรรม อาจจะลืมน
- ขอขอบคุณ อ.วิมล ลักขณาภิชนชัช ที่กรุณาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ใช้เป็นแนวทาง ทำให้การปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยผ่านไปด้วยดี ทำ Care Plan ได้สะดวก รวดเร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง”คู่มือบันทึกทางการพยาบาลกับผู้ป่วยยาเสพติด”

- ดีแล้วค่ะ
- เผยแพร่ในสื่อ Online เพื่อสืบค้นง่าย และสามารถนำไปใช้ได้กว้างขวางเนื่องจากมีพยาบาลเข้าถึงได้น้อย
- อาจเพิ่มการพยาบาลแต่ละสารมากยิ่งขึ้น และโรคร่วมทางกายที่หลากหลายขึ้น
- ควรเพิ่มข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ผสมผสาน
- ควรเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ Methadone
- เพิ่ม K นมผง
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลอยากให้มีแบบ SOAP ได้ด้วย

๖.๒ การใช้ประโยชน์ผลงาน

หลังจากเผยแพร่คู่มือบันทึกทางการพยาบาลไปยังพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายแล้ว ได้มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำกรณีศึกษา ทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยยาเสพติด และพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด ดังนี้

๖.๒.๑ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยยาเสพติด จัดทำผลงานกรณีศึกษาผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อขอรับการประเมินเลื่อนระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ ได้นำคู่มือบันทึกทางการพยาบาล ไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และแนวทางการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ ๑๓ แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและผู้จัดทำ เพื่อขอรับการประเมินระดับชำนาญการ

รายชื่อรายงานกรณีศึกษา	ผู้จัดทำ	ปี พ.ศ.
๑. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Delirium Tremens)	นางสาวจิตาภา สามารถกิจ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๕
๒. การพยาบาลผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน	นางศันสนีย์ แสะอะหมัด พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	๒๕๖๕
๓. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะเพ้อสับสน(Delirium Tremens)และติดเชื้อโคโรนาไวรัส:กรณีศึกษา	นางสาวชนนิกานต์ เปรมสุทธินันท์ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖
๔. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกระตุ้นที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต:กรณีศึกษา	นายสิริโชค สวัสดิ์น้า พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖
๕. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีภาวะโรคซึมเศร้า:กรณีศึกษา	นางสาววิศรา แผ่นศิลา พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖
๖. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง:กรณีศึกษา	นางสาวพัชรี ทรัพย์พาลี พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖
๗. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต:กรณีศึกษา	นางสาวชลฤดี พุ่มคุ้ม พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖

ตารางที่ ๑๔ แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและผู้จัดทำ เพื่อขอรับการประเมินระดับชำนาญการพิเศษ

รายชื่อรายงานกรณีศึกษา	ผู้จัดทำ	ปี พ.ศ.
๑. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีอาการทางจิต	นางไพลวัล อัจหาญ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๕
๒. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง: กรณีศึกษา	ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๕
๓. การพยาบาลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราและติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	นางสาวจรูญรักษ์ ยี่ภู พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๕

ตารางที่ ๑๔ แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและผู้จัดทำ เพื่อขอรับการประเมินระดับชำนาญการพิเศษ(ต่อ)

รายชื่อรายงานกรณีศึกษา	ผู้จัดทำ	ปี พ.ศ.
๔. การพยาบาลผู้ป่วยเสฟติด กัญชาพร้อมกับยาบ้าที่มีภาวะ โรคแทรกซ้อนทางจิตเวช ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	นางอภิญภัทร ทรัพย์ประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๕
๕. การพยาบาลผู้ป่วยเสฟติด กัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง: กรณีศึกษา	นางสุวิภัทร คงหอม พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖
๖. การพยาบาลผู้ป่วยเสฟติด สุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา รุนแรงร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า	นางรัตนา เทศวงษ์ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖
๗. การวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ เสฟติดเฮโรอีนที่เข้ารับการ บำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตราย จากการใช้ยาเสฟติด หมายเหตุ:นำไปใช้ในส่วนบทบาท หน้าที่ของพยาบาลใน การพยาบาลผู้ป่วยเสฟ ติดเฮโรอีน	นางสิตาพร พงษ์ประพันธ์ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติด แห่งชาติบรมราชชนนี	๒๕๖๖

๖.๒.๒ ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ช้ยาและสารเสฟติดได้นำคู่มือบันทึก
ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสฟติดใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสฟติด ดังนี้

ตารางที่ ๑๕ แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและคณะผู้จัดทำ ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และสารเสพติดทำในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

รายชื่อรายงานกรณีศึกษา	คณะผู้จัดทำ	ปี พ.ศ.
๑. การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเฮโรอีนและยา ทรมาดอล	๑. นางสาวกาญจนา กิ่งศร ๒. ร.ต.จิรวัดน์ โบลิตธิพิเชษฐ์ ๓. นางสาวน้ำทิพย์ ไกรทอง ๔. นางสาวเบญญาภา เทพศิริ ๕. นางปรางทิพย์ ตันติรุ่งเรือง ๖. นางวรัญญา ถนอมญาติ	๒๕๖๕
๒. Alcohol Dependence	๑. นางสาวจิตาภา สามารถกิจ ๒. นายณรงค์ชัย พนมไพร ๓. น.ท.หญิงดร.เบญจภัค สางห้วยไพร ๔. นางปภาดา หอมพรมมา ๕. นางสาวศวดี พงษ์รูป ๖. นางวิจิตรา วาลีประโคน	๒๕๖๕
๓. ๓.Cannabis Dependence Induce Psychosis	๑. นางสาวรัสมาลี ทับทิมทอง ๒. นางสาววราภรณ์ ตริวิชา ๓. นางสาวศิริพร ศรีทอง ๔. นายสุรยุทธ เอียยะบุตร ๕. นางสาวคนธ์ กลักทองกรณ์	๒๕๖๕
๔. ๔. Methamphetamine Induce Psychosis	๑. นางไพลล์ ออาจหาญ ๒. นางสาวนิชาภา ตันเจริญ ๓. นางสาวอาภาพร ปุสุวรรณ ๔. นายชินกุล ปันจัน๊ะ ๕. นางสาวยุวดี ไช้รัมย์ ๖. นางสาวชัชดา ซาติเผือก	๒๕๖๕
๕. Alcohol Dependence	๑. นางสาวกฤติยารัตน์ เหล่าเขตกิจ ๒. นางจรัสศรี แต่งฉิม ๓. นางสาวจันทิมา บันลือฤทธิ์ ๔. นางจิราภรณ์ รักเดชะ ๕. นางสาวชญุชร์ งามรัตนกุล ๖. นายนภดล เขวงกิจไพศาล	๒๕๖๖

ตารางที่ ๑๔ แสดงรายชื่อรายงานกรณีศึกษาและคณะผู้จัดทำ ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และสารเสพติดทำในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด (ต่อ)

รายชื่อรายงานกรณีศึกษา	คณะผู้จัดทำ	ปี พ.ศ.
๖.การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีโรคร่วมทางจิตเวช	๑. นางจิราณี ว่องประชานุกุล ๒. นายชลวรราช ปานพรม ๓. นางสาวณัฐพัจน์ ฉ่อยฉ่ำ ๔. นายธนวัฒน์ ใจแสน ๕. นางปริยากร รักธัญญะการ ๖. นางสาวปาริชาติ พบบุญ	๒๕๖๖
๗.การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นเสพติดสารเฮโรอีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพครอบครัว	๑. นายธนกฤตย์ จันธนเจริญกุล ๒. นายนราธิป อ่อนพิมพ์ ๓. นางสาวบุปผา มุเนียงรัมย์ ๔. นายปกรณ์ ขอบจิตร ๕. นางสาวพิไลลักษณ์ แสนมีสุข ๖. นางสาวสุคนทิพย์ เรือนสิทธิ์	๒๕๖๖
๘.Amphetamine Induced Psychosis	๑. นางสาวปิยาภรณ์ หล้ากมัน ๒. นางสาวพิชชาอร สุทธศรี ๓. นางพิมพ์ร เทียนถาวร ๔. ร.อ.หญิง ภััสสร ธารมรรค ๕. นางสาวกัญญาพัชญ์ สุวรรณสุข ๖. นางสาวอนูธิดา พลแสน	๒๕๖๖
๙.Cannabis Dependence Induce Psychosis	๑. นางสาวรัชชัญญ์ มีฤทัย ๒. นางสาวรุ่งรัตน์ พรศักดิ์ ๓. พ.จ.อ.วัฒนา นาสมบูรณ์ ๔. นางสาววิภาวรรณ สุดสังข์ ๕. นางสาววิมล สมควร ๖. นางสาวอาภาสรา กลิ่นแก้ว	๒๕๖๖

๖.๓ การพัฒนาต่อยอดคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

ผู้วิจัยได้นำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จากคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด เป็นข้อมูลนำเข้าในการทำระบบบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Nurse Note) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ มิถุนายน ๒๕๖๓ โดยประสานกับเจ้าหน้าที่งานดิจิทัลและสารสนเทศ จัดทำโปรแกรม ซึ่งเริ่มทดลองใช้กับโปรแกรม Access โดยการจัดทำระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Nurse Note) ข้อมูลที่ประสานกับเจ้าหน้าที่งานดิจิทัลและสารสนเทศมีการจัดทำโปรแกรม ดังนี้

๑. ข้อมูล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งจัดเป็นหมวดหมู่ไว้แล้ว เมื่อพยาบาลวิชาชีพจะเขียนบันทึกทางการพยาบาลสามารถเรียกใช้ได้ตามหมวดหมู่ที่จัดไว้ เพื่อความสะดวกในการเรียกข้อมูล
๒. แบบฟอร์มการเขียนบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นแบบฟอร์มที่เหมือนกับแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล โดยมีข้อมูลของผู้ป่วยได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ วันที่เข้ารับการรักษา ตึก เลขที่โรงพยาบาล(H.N.)และเลขที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน(A.N.) แบ่งช่องสำหรับการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย ช่องที่ ๑ วันเดือนปี และเวลา ช่องที่ ๒ Focus ช่องที่ ๓ Assessment ช่องที่ ๔ Intervention ช่องที่ ๕ Evaluation และช่องที่ ๖ ชื่อ สกุล พยาบาลผู้บันทึก ดังนี้

Patient's name		Age	HN
[REDACTED]		42	620000282
Admission Date		Ward	AN
22 เมษายน 2565		นยภ	650000545

วันที่บันทึกNS	focus	assessment	intervention	evaluation	ผู้บันทึกNS
22/4/2565 15:30:30	ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการ ถอนพิษสุรา	-มีอาการขาดสุรา มีคลื่นไส้ หงุดหงิด -คะแนนประเมิน CIWA -Ar=5	-ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมงจนอาการขาดสุราทุเลาลง -ให้ยาตามแผนการรักษา -เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ระบบประสาทส่วนกลางมาก เช่นง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง -ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อน อย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง โดยจัด สภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลด สิ่งเร้าที่มากกระตุ้น -ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ -อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการดำเนินของอาการ ถอนพิษสุรา	-ผู้ป่วยสามารถพักผ่อน ได้ อาการถอนพิษสุรา ทุเลาลง	น.ส.สาวิตรี ดงเสื่อ

๓. เมื่อเรียกข้อมูลดังกล่าวจากโปรแกรมมาใช้ในปัญหาที่ตรงกับผู้ป่วย สามารถปรับเปลี่ยน เพิ่ม หรือลด ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ได้ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พยาบาลกำลังเขียนบันทึกทางการพยาบาล
๔. กรณีสภาพปัญหาของผู้ป่วยไม่ตรงกับข้อมูลที่บรรจุไว้ในโปรแกรม พยาบาลสามารถใช้แบบฟอร์มเปล่าในโปรแกรม เขียนบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยได้

ช่วงแรกของการทดลองใช้การเขียนบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ด้วยโปรแกรม Access ระบบยังไม่เสถียร พอปีงบประมาณ ๒๕๖๔ สถาบันฯจ้างเหมาบริษัทจัดทำระบบ Hospital Information System (HIS) ที่เป็นโปรแกรมในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย โปรแกรมมีความเสถียรมากขึ้น

ผลลัพธ์การพัฒนาคือ

จากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาและหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน ๑๐ คนในประเด็น ข้อดี และข้อด้อยของการเขียนบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่นำข้อมูลข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อมูลสนับสนุน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลจากคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดบรรจุเข้าในโปรแกรมและสามารถเลือกใช้ได้ พบว่า

ข้อดี

- ทำให้เกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก Electronic Nurse Note จะมีข้อวินิจฉัยที่ครอบคลุมระหว่างการบันทึก Nurse Note จะมีการอ่านและทบทวนการพยาบาลในทุกวัน ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนมากขึ้น
- มีแนวทางในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อมูลสนับสนุน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล
- เดิมหอผู้ป่วยทัพบกต้อนรับเฉพาะผู้ป่วยสุราจึงมีความชำนาญในการให้การพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยสุรา หลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิดทำให้ต้องรับผู้ป่วยสารเสพติดอื่นด้วย เช่น ผู้ป่วยเฮโรอีน ผู้ป่วยสารกระตุ้น การเขียนบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ทำให้ง่ายต่อการเขียนบันทึก สามารถเลือกข้อวินิจฉัยที่ตรงหรือใกล้เคียงแล้วปรับให้ตรงกับสภาพปัญหาผู้ป่วยได้เลย สะดวกกับการบันทึกมากกว่าการเขียนแบบเดิม
- การบันทึกแบบนี้ช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลใหม่ได้เขียนบันทึกและทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น กับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในแต่ละปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดได้
- ลดความอ่อนล้าของการเขียนแบบเดิม เพราะต้องเขียนใหม่หมด ทุกประเด็น กรณีที่ปัญหาของผู้ป่วยยังคงเดิม ทำให้เวลาส่วนใหญ่ใช้ไปกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์
- ทำให้ Nurse Note มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย อ่านออกเข้าใจง่าย เพราะลายมือเขียนบางครั้งอ่านไม่ออก
- ช่วยลดระยะเวลาในการทำเอกสาร ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น สะดวก รวดเร็ว เพราะมีการนำเทคโนโลยีมาใช้

ข้อด้อย

- พยาบาลไม่สามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พร้อมกันได้เนื่องจากมีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้กับผู้ป่วยเพียง ๑ เครื่อง
- กรณีเครื่องคอมพิวเตอร์ขัดข้องไม่สามารถเขียนบันทึกด้วยระบบนี้ได้

จากข้อมูลการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ใช้เวลาลดลง ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิมสำหรับผู้ป่วย ๑ ราย และเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับผู้ป่วย ๑ ราย ทั้งหออผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา และหออผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน ๔ หออผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพขอตอบเป็นภาพรวมเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแต่ละแบบ ดังนี้ **ตารางที่ ๑๕** แสดงการเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิม และแบบอิเล็กทรอนิกส์

หออผู้ป่วย	เวลาเฉลี่ยที่ใช้เขียนแบบเดิม(นาที)	เวลาเฉลี่ยที่ใช้เขียนแบบอิเล็กทรอนิกส์(นาที)	เวลาเฉลี่ยที่ลดลง(นาที)
ทัพบก ๑ (ผู้ป่วยสุรา)	๖	๒	๔
เพชร ๒ (ป่วยสารกระตุ้น)	๕	๑ นาที ๓๐ วินาที	๓ นาที ๓๐ วินาที
เพชร ๓ (ผู้ป่วยสารกระตุ้นและเอวีไอ)	๕	๒	๓
หยก (ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพชาย)	๕	๒	๓
เฉลี่ย	๕ นาที ๑๕ วินาที	๑ นาที ๕๒ วินาที	๓ นาที ๒๓ วินาที

จากตารางพบว่าเวลาที่ใช้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ของทุกตึกลดลง ๓ - ๔ นาที เฉลี่ย ๓ นาที ๒๓ วินาที เป็นผลให้พยาบาลใช้เวลากับการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลลดลง ด้วยการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้พยาบาลมีเวลามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโอวาทของนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในงานเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านบริการพยาบาลระดับประเทศสู่คนไทยสุขภาพดี(Nursing and Midwifery Action Plan for Thai Health and Wellness)ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ โรงแรมมารวยการ์เดนที่ว่า “*คืนเวลาให้พยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วย*” ตามนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ ในเรื่องพัฒนาองค์กรสู่สมรรถนะสูงและบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น โดย เสริมสร้างสมรรถนะองค์กรด้วยแนวทาง ๔ T Trust Teamwork & Talent Technology Target

จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อเป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และได้เผยแพร่ผลงานนี้ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพยาบาลปฏิบัติงานกับผู้ป่วยยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพ ที่มารับการอบรม ศึกษาดูงานการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ผลงานได้ถูกนำไปใช้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การจัดทำรายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเป้าหมายที่ได้ใช้ผลงานได้สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ของคู่มือดังกล่าว ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การจัดทำรายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาต่อยอดนำข้อมูล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นข้อมูลนำเข้าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ และสามารถปรับ เพิ่ม ลด การเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ตรงกับสภาพของผู้ป่วยยาเสพติด ผลลัพธ์ของการต่อยอดนี้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพสะดวกในการทำงาน มีแนวทางการเขียน ได้เรียนรู้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ตนรับผิดชอบจากกิจกรรมการพยาบาลที่ได้เรียบเรียงไว้ และการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์นี้ เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้กับงาน ซึ่งช่วยลดเวลาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยยาเสพติดได้

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล.(๒๕๓๙).คู่มือการจัดบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญจมา เตากกล้า. (๒๕๕๓). การบันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพการพยาบาล.
วารสารสภาการพยาบาล, ๑๕(๒), ๑ - ๑๑.
- ทิพวรรณ โฉมใส. (2550). สมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ แผนกหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ,ชาญวิทย์ เงินศรีระกุล,และสาวิตรี อัจฉนากรค์กรชัย.(๒๕๕๓).เวชศาสตร์โรคติดยาเสพติด.คู่มือ
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.สงขลา:ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
ธงชัย อุ่นเอกลาภ.(๒๕๕๑).การบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นันทนา สุวรรณมาโจ. (๒๕๕๕). สร้างมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุดจับ
จังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา.(๒๕๕๙)บันทึกทางการพยาบาล (เอกสารวิชาการ) สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
นวลจันทร์ วงษ์ศรีใส. (๒๕๕๕) การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน.รายงานการค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาภรณ์ บุญสมและคณะ.(๒๕๕๕).การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา,พระนครศรีอยุธยา.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน.(๒๕๖๐).กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล.กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
พูลสุข หิงคานนท์. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล: การบันทึกทางการพยาบาล. ในเอกสารประกอบการประชุม
วิชาการ วันที่ ๑๒ - ๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๙ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดอุดรดิตรดิถ์.
- พรทิพย์ รัตนวิชัย.(๒๕๕๗,มกราคม - เมษายน).การพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการ
พยาบาล:เพื่อคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.วารสารวิชาการ รพศ./รพท.เขต ๑ ๖(๑)๓๙-๔๙.
พรศิริ พันธศรี. (๒๕๕๖). กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ ๑๓
กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- ฟาริตา อิบราฮิม.(๒๕๕๖).ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ ๑ กรุงเทพฯ: สามเจริญ
พาณิชย์.
- ยุทธ ไกยวรรณ.(๒๕๕๐).การสร้างเครื่องมือวิจัย.กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี.
- เยาวเรศ คุณแก้ว. (๒๕๕๑). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น.
รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- รติวัน กิตติชัยเศรษฐ์.(๒๕๕๗)การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกผู้ป่วยใน
ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเอกการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,กรุงเทพมหานคร.
- วรรณิ ตปนิยากร และคณะ.(๒๕๕๒) การวางแผนและบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โอกรูปเพรส.
- วิภาวดี วโรรส. (๒๕๕๐). การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.รายงาน
การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น.
- วิภาวรรณ บัวสรวง และสุชาดา รัชชกุล.(๒๕๕๑)บทบาทหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่พึง
ประสงค์ในทศวรรษหน้า(พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๖๐).วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร,๒(พิเศษ),๓๒.
- วิมล ลักขณาภินชัช . (๒๕๖๓). คู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,ปทุมธานี.
- วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี. (๒๕๕๖). การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนศูนย์
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ๑๑(๑), ๒๐-๓๐.
- ฤดี ฉ่ำสูงเนิน.(๒๕๕๒).การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลปทุมธานี. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
นนทบุรี.
- วิหวดี สุวรรณศรวล. (๒๕๕๗) การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาล
นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่.รายงานการค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรพรรณ คงเสรี. (๒๕๕๙) ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความฉลาดทางจิตวิญญาณ
การรับรู้ความสำเร็จในงาน กับความสุขของพนักงานบริษัทหลักทรัพย์ ในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
ปทุมธานี.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.สถิติการจำหน่ายผู้ป่วยปีงบประมาณ ๒๕๖๒ -
๒๕๖๓.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(๒๕๕๘)มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ
ชุมชนบำบัดและ FAST Modelปทุมธานี:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (๒๕๖๒). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับปรับปรุง มกราคม
๒๕๖๒. นนทบุรี: หนังสือตีพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน) สภาการพยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงาน
ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(๒๕๖๓). คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก
เวชระเบียน.พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สภาการพยาบาล. (๒๕๕๘). มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ. นนทบุรี:
สภาการพยาบาล. (อึดสำเนา)
- สิน พันธุ์พินิจ.(๒๕๕๑).เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ ๓ กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิทยาพัฒนา จำกัด.

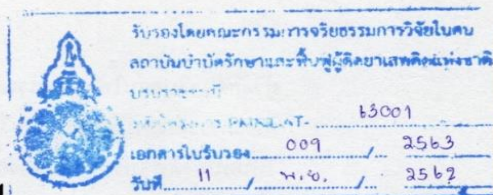
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ และ วิพร เสนารักษ์, บรรณาธิการ. (๒๕๓๖). **กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีและการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ ๖. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุพร ดนัยดุสิตกุล.(๒๕๕๒). การพัฒนาบันทึกการพยาบาลโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *Journal of Nursing Science* **S2, 27(3)**, ๙๒ - ๙๘.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (๒๕๔๐). **การบันทึกทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(๒๕๕๓). **แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (๒๕๖๑).**คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๖๒**.นนทบุรี:สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชซิ่ง.
- เสาวนีย์ ชูจันทร์. (๒๕๖๑) **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,ปทุมธานี.
- อาภรณ์ ทองทิพย์. (2550). **การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- อารี ชิวเกษมสุข. **กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ**. นนทบุรี: สำนักวิชาการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; ๒๕๕๑.
- อารีย์ วิจารณ์ท์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. (๒๕๔๒). **การศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์**. วารสารกองการพยาบาล, ๒๖(๒), ๕๘-๖๕.
- อุดมพร คำล้ำเลิศ อารี ชิวเกษมสุข และวิไล กุศลวิศิษฐ์กุล.(๒๕๖๐).**การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร**.วารสารพยาบาลทหารบก, ๑๘(๒), ๓๒๖ - ๓๓๔.
- อรนันท์ หาญยุทธ์.(๒๕๕๓)**กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้**.วารสารพยาบาลทหารบก,๑๕(๓),๑๓๗.
- อรอนงค์ วงศ์มหาชัย.(๒๕๕๖)**การวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา,ชลบุรี.
- Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory. A Social Cognitive Theory**. N.J.: Prentice Hall
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action : a social cognitive theory**. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman.
- Eillis N. **Nursing: A Human Needs Approach**. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1994.
- Potter P A., and Perry A G. **Fundamental of nursing**. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
- Walus Jacqueline-Wigle. **Fundamentals of Documentation**. Skill Master: Better Documentation. New York: Lippincott Williams & Wilkins A Wolter Kluwer Company; 2003.

Iyer P W. & Camp N H. **Nursing documentation: A nursing process approach**. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1995.

Shewhart, Walter Andrew. **Economic Control of Quality of Manufactured Product/50th Anniversary Commemorative Issue**. American Society for Quality; 1980.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 63001

เอกสารใบรับรองที่ 009/2563

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Development Of The Quality For Nursing Records For Drug Abuse Patients At
Princess Mother National Institute On Drug Abuse Treatment

2. ชื่อคณะผู้วิจัย

1. นางวิมล	ลักขณาภินชัช	หัวหน้าโครงการวิจัย
2. ผศ.ดร.ชัญญชิตาคุณฎี	ทูลศิริ	ผู้ร่วมวิจัย
3. นางสาวศศิภรณ์	วิงวอน	ผู้ร่วมวิจัย
4. นางพิมพ์พา	อยู่สม	ผู้ร่วมวิจัย
5. นางอัญชลี	คุ้มเพ็ญยศ	ผู้ร่วมวิจัย

3. หน่วยงานที่สังกัด.....สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ /โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed consent)

รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับแก้ไขส่งคณะกรรมการลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562
- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับแก้ไขส่งคณะกรรมการลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562

5. วันที่ให้การรับรอง.....11.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ.....2562.....

วันที่ที่หมดอายุ10.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ.....2563.....

ลงนาม

(..... พญ.วรางคณา รักษ์งาน)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(.....นางสำเนา นิลบรรพ์.....)

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



บันทึกข้อความ

กรมการวิจัยและการประเมินผล
เลขที่รับ ๗ / ๒๕๖๓
วันที่ ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๒
ประเภท ๑๐. ๘๐ น.

ส่วนราชการ การกิจการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ โทร.๔๒๙
ที่ ภพย. ๑๓๕๕ / ๒๕๖๒ วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒
เรื่อง ขออนุมัติปรับรายชื่อผู้ร่วมวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ตามที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้ให้การรับรองโครงการวิจัย การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติดสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (Development of the Quality for Nursing Records for Drug Abuse Patients at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment) ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ นั้น เพื่อให้การดำเนินโครงการเกิดความคล่องตัวจึงขอปรับรายชื่อผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

คณะผู้วิจัยเดิม	คณะผู้วิจัยปรับใหม่
๑. นางวิมล ลักขณาภิชนชัช	๑. นางวิมล ลักขณาภิชนชัช
๒. ผศ.ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ	๒. นางสาวศศิภรณ์ วิงวร
๓. นางสาวศศิภรณ์ วิงวร	๓. นางพิมพ์ อยุธยา
๔. นางพิมพ์ อยุธยา	
๕. นางอัญชลี คุ้มเพ็ญยศ	

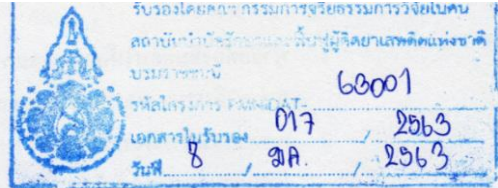
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและผ่านการเห็นชอบด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางวิมล ลักขณาภิชนชัช)
หัวหน้าโครงการวิจัย

นางพิมพ์ อยุธยา

๒๐ ๑๒ ๖๒

๒๐ ๑๒ ๖๒



เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในคนเฉพาะส่วนที่แก้ไข (Protocol Amendment)
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 63001
เอกสารรับรองที่ 017/2563

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Development of the Quality for Nursing Records for Drug Abuse Patients at
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

2. ชื่อคณะผู้วิจัย

1. นางวิมล	ลักขณาภิชนัชช	หัวหน้าโครงการวิจัย
2. นางสาวศศิภรณ์	วิงวอน	ผู้ร่วมวิจัย
3. นางพิมพ์พา	อยู่สม	ผู้ร่วมวิจัย

3. หน่วยงานที่สังกัด.....สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี :

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)

รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มี
ชีวิต คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- บันทึกข้อความที่ ภพย.1355/2562 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2562 เรื่อง “ขออนุมัติปรับรายชื่อผู้ร่วม
วิจัย”

- โครงร่างการวิจัยฉบับแก้ไขที่แนบส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 16 ธันวาคม 2562

5. วันที่ที่ให้การรับรอง.....8.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2563.....การประชุมครั้งที่.....4/2563.....

วันที่ที่หมดอายุ7.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2564.....

ลงนาม
(.....พญ. วรางคณา รัชนีงาน.....)

ลงนาม
(.....นางสำเนา นิลบรรพ์.....)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมฯ)



บันทึกข้อความ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 เลขที่ 16 2563
 วันที่ 2 มี.ค. 2563
 เรื่อง 20 น.

ส่วนราชการ... การกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ โทร.๔๒๙
 ที่ ภพย.๑๓๐๖ / ๒๕๖๓ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
 เรื่อง ขออนุมัติเพิ่มชื่อผู้ร่วมวิจัย
 เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ตามที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้ให้การรับรองโครงการวิจัย การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติดสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (Development of the Quality for Nursing Records for Drug Abuse Patients at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment) ตั้งแต่วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๓ นั้น เพื่อให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพขึ้น จึงขอเพิ่มชื่อผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

คณะผู้วิจัยเดิม	คณะผู้วิจัยปรับใหม่
๑. นางวิมล ลักขณาภิชนชัช	๑. นางวิมล ลักขณาภิชนชัช
๒. นางสาวศศิธรณ์ วิงวร	๒. นางธัญณี ภาณุภาส
๓. นางพิมพ์ ออ์สม	๓. นางสาวศศิธรณ์ วิงวร
	๔. นางพิมพ์ ออ์สม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและผ่านการเห็นชอบด้วย จะเป็นพระคุณ

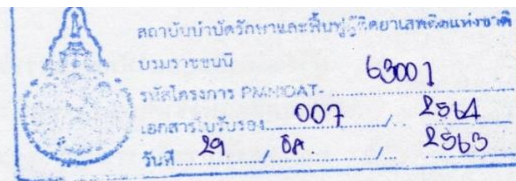
วิมล ลักขณาภิชนชัช
 (นางวิมล ลักขณาภิชนชัช)
 หัวหน้าโครงการวิจัย

- มอบหมาย
 BC ดำเนินการ

วิมล
 ๓ มี.ค. ๖๓

เรียน คุณ
 ผอ.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
 มส.ทพ. ๒๕ ๖๓

วิมล
 3 มี.ค. ๖๓



เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในคนเฉพาะส่วนที่แก้ไข (Protocol Amendment)
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 63001

เอกสารใบรับรองที่ 007/2564

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด
 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Development of the Quality for Nursing Records for Drug Abuse Patients at
 Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

2. ชื่อคณะผู้วิจัย

1. นางวิมล	ลักษณะภิกษนัชช	หัวหน้าโครงการวิจัย
2. นางจุฑาณี	ภาณุภาส	ผู้ร่วมวิจัย
3. นางสาวศศิภรณ์	วิงวอน	ผู้ร่วมวิจัย
4. นางพิมพ์พา	อยู่สม	ผู้ร่วมวิจัย

3. หน่วยงานที่สังกัด.....สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.....

**4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
 แห่งชาติบรมราชชนนี :**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
 ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)

รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มี
 ชีวิต คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- บันทึกข้อความที่ ภพย.1706/2563 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 เรื่อง “ขออนุมัติเพิ่มชื่อผู้ร่วมวิจัย”
- โครงร่างการวิจัยฉบับแก้ไขที่แนบส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2563

5. วันที่ให้การรับรอง.....29.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....2563.....

วันที่ที่หมดอายุ28.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....2564.....

ลงนาม

(.....แพทย์หญิงวรางคณา รัชย์งาน)

ลงนาม

(.....นางชัญญา สิงห์โต.....)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมฯ)



บันทึกข้อความ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
เลขรับที่ 11090 / 62
เวลา 13-52
วันที่ 19 / พ.ค. / 2562

ส่วนราชการ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ โทร.๔๒๙

ที่ ภพย. ๑๑๕๗ / ๒๕๖๒ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(ผ่านรองผอ.ด้านการพยาบาล)

ด้วยนางวิมล ลักษณะภิกขชนซ์และคณะ จะดำเนินการโครงการวิจัยการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้น ซึ่งโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นจึงขออนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าว โดยระยะเวลาของการดำเนินการโครงการวิจัยอยู่ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ ถึงพฤศจิกายน ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาหากเห็นชอบโปรดอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางวิมล ลักษณะภิกขชนซ์)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางพรรณนอ กลิ่นกุหลาบ)

รองผอ.ด้านการพยาบาล

อนุมัติ

Lo พ.ศ. 62

ภาคผนวก ข.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

๑.	อาจารย์ดวงจันทร์	ทิพย์ปรีชา	นายกสมาคมนักบริหารคุณภาพการพยาบาล
๒.	ผศ.ดร.อังคณา	จิระโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๓.	อาจารย์สมจิตต์	วงศ์สุวรรณศิริ	กองการพยาบาล
๔.	นางพรรณอ	กลีนุกุลลาบ	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
๕.	ดร.บุปผา	บุญญามณี	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

๑.	นางพรรณอ	กลีนุกุลลาบ	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
๒.	ดร.บุปผา	บุญญามณี	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา
๓.	นางดวงดาว	ไวยปราษฎ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ พยาบาล
๔.	นางสุภาวรีณีย์	สายแสงทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา เพชร ๓
๕.	นางญาดา	จิ้นประชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ มุกดา ๑



ที่ สธ ๐๓๑๒/๔๒๖๙

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ตำบลประชาธิปไตย อำเภอธัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา

ด้วยนางวิมล ลักขณาภิชนชัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และคณะ จะดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี” ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้งานวิจัย สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถที่จะตรวจสอบและให้คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้ นางวิมล ลักขณาภิชนชัช หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑ ๔๐๗๖ ๙๒๐ เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐-๘ ต่อ ๔๒๙

โทรสาร ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๕

ดิฉันนางสาวดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา นายกสมาคมผู้บริหารคุณภาพการพยาบาล ยินดี ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึก ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด” ของนางวิมล ลักขณาภิชนชัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และคณะ

(นางสาวดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา)

นายกสมาคมผู้บริหารคุณภาพการพยาบาล



ภารกิจด้านการพยาบาล
วันที่ - 9 ธ.ค. 2562
เวลา 9.05 น.

ที่ อว ๖๗.๓๔/ศษ. ๗/๒๗

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๒ ธันวาคม ๒๕๖๒

สถาบันบำลักรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
เลขที่ 3484/๒๕
12-43K
- 6 S.A. 2562

เรื่อง อนุมัติบุคลากร

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำลักรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

อ้างถึง หนังสือ สถาบันบำลักรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ ศธ ๐๓๑๒./๔๒๗๐
ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันบำลักรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีความประสงค์เชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคณา จิโรจน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของ นางวิมล ลักขณาภิชนชัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและคณะ ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำลักรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี” นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้ว ยินดีอนุมัติบุคลากรดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและบริการวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันฯ

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นสมควรแจ้ง

ก. กงกคกคกค

เพื่อ ทราบ พิจารณา
 ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
ต่อไปด้วย

๒๓๖

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๙๘๖-๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๕๓

โทรสาร ๐-๒๕๑๖-๕๓๘๑

แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

๒๓๖๒



กองการพยาบาล
เลขที่รับ 2480
วันที่ 26 พ.ย. 2562
เวลา 14.18 น.

ที่ สธ ๐๓๑๒/๔๒๖๗

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ตำบลประชาธิปไตย อำเภอธัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบขอมอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

ด้วยนางวิมล ลักษณะภิกษนซ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและคณะ จะดำเนินการ
ศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและ
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี” ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้
งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงขอขอมอนุเคราะห์ให้
อาจารย์สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถที่จะตรวจสอบและให้คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

 ทราบและประชาสัมพันธ์

 เข้าร่วมประชุม

มอบ... อ.สมจิตต์

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐-๘ ต่อ ๔๒๙

โทรสาร ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๕

13๗ นค.

พันเอก... อ.สมจิตต์

26 พ.ย. 62

(นางศิริมา ลิณะวงศ์)
ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

26 พ.ย. 2562

ที่ สธ ๐๒๐๔/๑๐๗๗



กองการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง อนุมัติบุคลากร

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

อ้างถึง หนังสือสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ สธ ๐๓๑๒/๔๒๖๗
ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีความประสงค์เชิญ อาจารย์สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของ นางวิมล ลักขณาภิชนชัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และคณะ ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี” นั้น

ในการนี้ กองการพยาบาล พิจารณาแล้วยินยอมอนุมัติบุคลากรดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางศิริมา ลีละวงศ์)

ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

กลุ่มภารกิจพัฒนามาตรฐานและระบบคุณภาพการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๖๒๙๑

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๖๒๙๕, ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๖๘



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ การจัดการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ โทร.๔๒๙

ที่ ภพย.๑๒๕๕ / ๒๕๖๒ วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ตอบรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นางวิมล ลักขณาภิชนัช

ตามบันทึกที่ ภพย.๑๑๔๓/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เรื่องขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี” ของนางวิมล ลักขณาภิชนัชและคณะ นั้น พิจารณาแล้ว ยินดีเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางพรรณอ กลิ่นกุหลาบ)

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ที่ สธ ๐๓๑๒.๒/๒๖๖๕

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
๑๘๖ หมู่ที่ ๘ ตำบลเกาะแก้ว
อำเภอเมือง สงขลา ๙๐๐๐๐

๒ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง อนุมัติบุคลากร

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

อ้างถึง หนังสือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ สธ ๐๓๑๒/๔๒๗๐

ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีความประสงค์เชิญ ดร.บุบผา บุญญามณี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของ นางวิมล ลักษณะภิกขชนซ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและคณะ ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี” นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา พิจารณแล้ว ยินดีอนุมัติบุคลากรดังกล่าว

จึงเรียนเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธวัช ลาพินี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

ภารกิจด้านวิชาการพยาบาล

โทร ๐๗๔-๓๐๒๔๙๑ - ๔๙๔ ต่อ ๑๒๐๑

โทรสาร ๐๗๔ - ๓๐๒๔๖๑



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ โทร.๔๒๙

ที่ ภพย.๗๐๕ / ๒๕๖๓ วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ตอรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือ

เรียน นางวิมล ลักขณาภิชนัช

ตามที่ นางวิมล ลักขณาภิชนัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือบันทึก
ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งการจัดทำครั้ง
นี้จำเป็นต้องการให้คู่มือมีคุณภาพ และสามารถนำมาใช้ได้จริงอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบจาก
ผู้ทรงคุณวุฒินั้น ดิฉัน นางพรรณอ กลิ่นกุหลาบ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ยินดีเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
คู่มือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางพรรณอ กลิ่นกุหลาบ)
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล



ภารกิจด้านการพยาบาล

วันที่ 25 ม.ค. 2564

เวลา 9.36 น.

บันทึกข้อความ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู

ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เลขรับที่ 148 / 64

เวลา 14.30 น.

วันที่ 21 ม.ค. 2564

ส่วนราชการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โทร. ๐๗๓๓๐-๒๕๕๐-๕๙๙ โทรสาร ๐๗๓๓๐-๒๕๕๑

ที่ สธ ๐๓๑๒.๒ / ๑๗๗๗ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

สำนักงานผู้อำนวยการ
2-2 ม.ค. 2564

เรื่อง ขอดความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด 11645

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ตามหนังสือที่ สธ ๐๓๑๒ / ๒๐๗๓ ลงวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๓ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ ดร.บุบผา บุญญามณี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ดังความละเอียดที่แจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายธวัช ลาพินี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันฯ

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นสมควรแจ้ง

.....
เพื่อ ทราบ พิจารณา
 ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
ต่อไปด้วย

21/๖๓

ทราบ
ดำเนินการได้

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน

- การพยาบาลผู้ป่วยนอก
- การพยาบาลผู้ป่วยใน
- วิชาการพยาบาล

เพื่อโปรด ท.น. ๕๓๓๖๖๖

25/๖๓

(นางสาวเยาวเรศ นาคะโยธินสกุล)
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

22 ๖๓ ๖๔

๙๕๒ ๕๕. ก.น. ๕๖. ๕๐๓
พ.ช.๖/๙๓๓๓๓

๖๓๓๓
26-1-64



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...การกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ โทร.๔๒๙
ที่...ภพย. ๗๐๖ / ๒๕๖๓...วันที่...๕ มิถุนายน ๒๕๖๓
เรื่อง...ตอบรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือ

เรียน นางวิมล ลักขณาภินชัช

ตามที่ นางวิมล ลักขณาภินชัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือบันทึก
ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งการจัดทำครั้ง
นี้จำเป็นต้องการให้คู่มือมีคุณภาพ และสามารถนำมาใช้ได้จริงอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบจาก
ผู้ทรงคุณวุฒินั้น ดิฉัน นางดวงดาว ไวยปราชญ์ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล ยินดีเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
คู่มือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางดวงดาว ไวยปราชญ์)
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หอผู้ป่วยเพชร ๓ ภารกิจด้านการพยาบาล โทร. ๓๔๘

ที่เพชร ๕๐๖ / ๒๕๖๓ วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรินเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือ

เรียน นางวิมล ลักษณะภิชนัชช

ตามที่ นางวิมล ลักษณะภิชนัชช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือบันทึก
ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งการจัดทำครั้ง
นี้จำเป็นต้องการให้คู่มือมีคุณภาพ และสามารถนำมาใช้ได้จริงอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบจาก
ผู้ทรงคุณวุฒินั้น ดิฉัน นางสาวริณี สายแสงทอง หัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดยาเพชร ๓ ยินดีเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
คู่มือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสาวริณี สายแสงทอง)

หัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดยาเพชร ๓



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หอผู้ป่วยมุกดา ๑ การกิจด้านการพยาบาล โทร. ๓๕๒

ที่ มท.๑ มสค / ๒๕๖๓

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือ

เรียน นางวิมล ลักษณะณิกชนชัย

ตามที่ นางวิมล ลักษณะณิกชนชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งการจัดทำครั้งนี้จำเป็นต้องทำให้คู่มือมีคุณภาพ และสามารถนำมาใช้ได้จริงอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินั้น ดิฉัน นางญาดา จินประชา หัวหน้าหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพมุกดา ๑ ยินดีเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางญาดา จินประชา)

หัวหน้าหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพมุกดา ๑

ภาคผนวก ค.

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุด

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน

๑. เพศ ๑.ชาย ๒. หญิง
๒. อายุ.....ปี
๓. ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด.....ปี.....เดือน
๔. ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ๑.บำบัดด้วยยา ๒.ฟื้นฟูสมรรถภาพ

ส่วนที่ ๒ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

- คำชี้แจง ระดับความสามารถ ๑ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **น้อย**
 ระดับความสามารถ ๒ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ค่อนข้างน้อย**
 ระดับความสามารถ ๓ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ปานกลาง**
 ระดับความสามารถ ๔ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **ค่อนข้างมาก**
 ระดับความสามารถ ๕ หมายถึง มีความสามารถในการเขียนบันทึก **มาก**

ประเด็นการประเมิน	ระดับความสามารถ				
	๑	๒	๓	๔	๕
ท่านสามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประเด็นต่อไปนี้ระดับใด					
๑. การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย					
๑.๑ ประเด็นการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน					
๑.๒ การประเมินอาการถอนพิษยา (ตีกำบัตยา)					
การประเมินพฤติกรรม(ตีกฟื้นฟูสมรรถภาพ)					
๑.๓ การประเมินแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน					
๑.๔ การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมกาย จิต และสังคม					
๑.๕ การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น					

ประเด็นการประเมิน	ระดับความสามารถ				
	๑	๒	๓	๔	๕
๑. การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย(ต่อ)					
๑.๖ การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว					
๑.๗ การประเมินความต้องการของครอบครัว					
๒. การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล					
๒.๑ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สอดคล้องกับการประเมินสภาพผู้ป่วย					
๒.๒ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย					
๒.๓ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีข้อมูลสนับสนุนที่สอดคล้องและเป็นปัจจุบัน					
๒.๔ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจัดเรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหา					
๒.๕ มีการปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน					
๓. การบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล					
๓.๑ กิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับประเด็นปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล					
๓.๒ กิจกรรมการพยาบาล ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตั้งไว้					
๓.๓ กิจกรรมการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการพยาบาล					
๓.๔ มีกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ					
๔. การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล					
๔.๑ การประเมินผลการพยาบาลสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน ประเด็นปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล					
๔.๒ การประเมินผลการพยาบาลทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติการพยาบาล					
๔.๓ การประเมินผลการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย					

ประเด็นการประเมิน	ระดับความสามารถ				
	๑	๒	๓	๔	๕
๕. การบันทึกการวางแผนการจำหน่าย					
๕.๑ การวางแผนจำหน่ายอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย					
๕.๒ การวางแผนจำหน่ายเน้นการมีส่วนร่วมกับ ผู้ป่วย และครอบครัว					

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนที่กำหนดตามความเป็นจริงที่ท่านตรวจพบในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

๐ = ไม่มีการบันทึก หรือบันทึกได้ร้อยละ ๐ - ๒๔

๑ = มีการบันทึกเล็กน้อย บันทึกได้ร้อยละ ๒๕ - ๔๙

๒ = มีการบันทึกพอใช้ บันทึกได้ร้อยละ ๕๐ - ๗๙

๓ = มีการบันทึกดี บันทึกได้ร้อยละ ๘๐ - ๑๐๐

ประเด็นการประเมิน	ระดับที่พบ			
	๐	๑	๒	๓
การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ				
๑. มีบันทึกวัน เวลา ที่รับผู้ป่วยไว้ที่ตึก				
๒. มีบันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล และอาการแรกรับครบถ้วน				
๓. มีบันทึกประวัติการใช้ยาเสพติด				
๔. มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติการแพ้				
๕. มีบันทึกการประเมินแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน				
๖. มีบันทึกประเมินอาการถอนพิษยา (ตึกบำบัดยา)				
มีบันทึกประเมินพฤติกรรม(ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ)				
๗. มีบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมกาย จิต สังคม				
๘. มีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกครั้ง				
๙. มีการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว				
๑๐. มีบันทึกการประเมินความต้องการของครอบครัว				
การบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล				
๑. ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล สอดคล้องกับการประเมินสภาพผู้ป่วย				
๒. ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย				
๓. ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล มีข้อมูลสนับสนุนที่สอดคล้องและเป็นปัจจุบัน				
๔. ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลจัดเรียงตามลำดับความสำคัญ				
๕. มีการปรับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย				

ประเด็นการประเมิน	ระดับที่พบ			
	๐	๑	๒	๓
การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล				
๑. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับประเด็นปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล				
๒. บันทึกกิจกรรมการพยาบาล ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตั้งไว้				
๓. บันทึกกิจกรรมการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการพยาบาล				
๔. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ				
การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล				
๑. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน ประเด็นปัญหาและการปฏิบัติการพยาบาล				
๒. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลทุกครั้งปฏิบัติการพยาบาล				
๓. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย				
การบันทึกการวางแผนการจำหน่าย				
๑. บันทึกการวางแผนจำหน่ายถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย				
๒. บันทึกการวางแผนจำหน่ายเน้นการมีส่วนร่วมกับ ผู้ป่วย และครอบครัว				

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดตามความเป็นจริงที่ท่านตรวจพบในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

๐ = ไม่มีการบันทึก หรือบันทึกได้ร้อยละ ๐ - ๒๔

๑ = มีการบันทึกเล็กน้อย บันทึกได้ร้อยละ ๒๕ - ๔๙

๒ = มีการบันทึกพอใช้ บันทึกได้ร้อยละ ๕๐ - ๗๙

๓ = มีการบันทึกดี บันทึกได้ร้อยละ ๘๐ - ๑๐๐

ประเด็นการประเมิน	ระดับที่พบ			
	๐	๑	๒	๓
ความถูกต้อง				
๑. บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และถูกต้องตามแบบฟอร์มกำหนด				
๒. รายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน				
๓. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลถูกต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย				
๔. บันทึกการประเมินผลทางการแพทย์พยาบาลถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาล				
๕. ระยะเวลา ความถี่ ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง				
๖. บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่าง ๆ ได้ถูกต้อง				
ความครบถ้วน				
๑. ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม				
๒. ระบุกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมการพยาบาลทั้ง ๔ มิติได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ				
๓. บันทึกการพยาบาลโดยยึดปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล				

ประเด็นการประเมิน	ระดับที่พบ			
	๐	๑	๒	๓
ความชัดเจน				
๑. บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือดำ ด้วยอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล				
๒. ไม่มีรอยลบ เขียนข้อความผิด ซีดฆ่าลงนามกำกับ				
๓. ลงนามบันทึกชื่อและตำแหน่งผู้บันทึกชัดเจน				
ได้ใจความ				
๑. บันทึกได้ใจความ เข้าใจง่าย ตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย				
๒. มีความต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล				

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

แบบประเมินนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งจัดทำโดยนางวิมล ลักษณะภิกขุณซ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โดยจัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน กิจกรรมการพยาบาล และแนวทางการประเมินผลการพยาบาล แล้วนำมาจัดลงในแบบฟอร์มที่ตรงกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบ Focus Charting (Focus Assessment Intervention Evaluation) ของภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามารถนำมาเป็นแบบอย่าง และปรับใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยยาเสพติด ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารกระตุ้น
๒. ผู้ป่วยเสพยาติดสุรา
๓. ผู้ป่วยเสพยาติดเฮโรอีน
๔. ผู้ป่วยเสพยาติดบุหรี
๕. ผู้ป่วยเสพยาติดหญิง
๖. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
๗. ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด
๘. ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยยาเสพติด
๙. การพักผ่อนในผู้ป่วยยาเสพติด
๑๐. การปรับพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติด
๑๑. กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆในผู้ป่วยยาเสพติด
๑๒. โรคแทรกซ้อนทางกายที่พบในผู้ป่วยยาเสพติด
 - ๑๒.๑ โรคผิวหนัง
 - ๑๒.๒ โรคทางเดินอาหาร
 - ๑๒.๓ โรคเบาหวาน
 - ๑๒.๔ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - ๑๒.๕ โรคอื่นๆ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นว่าเหมาะสม และโปรดกรอกข้อมูลข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่ท่านเห็นว่าควรปรับปรุง

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๑. ผู้ป่วยเสพติดสารกระตุ้น		
๑.๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากการรับรู้ผิดปกติ		
๑.๒ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากภาวะซีมีเศร้า		
๑.๓ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics drugs)		
๑.๔ ไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช		
๑.๕ ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ลดลง		
๑.๖ ขาดทักษะในการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหา		
๑.๗ การดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากสนใจทำกิจกรรมประจำวันลดลง		
๑.๘ รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เนื่องจากขาดความภูมิใจในชีวิต		
๑.๙ การเผชิญปัญหา และ แก้ไขปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ		
๑.๑๐ เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบกำหนด เนื่องจากอยากกลับบ้าน		
๑.๑๑ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๒. ผู้ป่วยเสพติดสุรา		
๒.๑ เสี่ยงต่อการเกิดอาการถอนพิษสุรา		
๒.๒ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการถอนพิษสุรา		
๒.๓ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีภาวะถอนพิษสุราขั้นรุนแรงมาก(Delirium Tremens)		
๒.๔ แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวะการหายใจถูกกดจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา Diazepam		
๒.๕ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรลัยท์		
๒.๖ บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน		
๒.๗ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก		
๒.๘ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา		
๒.๙ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมต่ำ		
๒.๑๐ ประเมินระดับ K , Mg ซ้ำ		
๒.๑๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ		
๒.๑๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารหรือน้ำ		
๒.๑๓ ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีการติดเชื้ในปอด		
๒.๑๔ ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานของตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน		
๒.๑๕ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีน้ำคั่งในช่องท้อง (Ascites)		
๒.๑๖ มีโอกาสเกิดเลือดออกซ้ำในกระเพาะอาหารเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม		

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๒. ผู้ป่วยเสพติดสุรา(ต่อ) ๒.๑๗ เสี่ยงต่อการติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๓. ผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน ๓.๑ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการถอนพิษเฮโรอีน		
๓.๒ การหายใจถูกกดจากการเสพเฮโรอีน/ได้รับเมทาโดนเกินขนาด (Heroin/methadone) Over dose		
๓.๓ วิดกกังวลในแผนการบำบัดรักษา		
๓.๔ ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา		
๓.๕ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการได้รับยาต้านอาการทางจิตและยาเมทาโดน		
๓.๖ ไม่สุขสบายจากอาการท้องผูก		
๓.๗ อ่อนเพลียเนื่องจากนอนไม่หลับ		
๓.๘ มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง		
๓.๙ วิดกกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาการบำบัด		
๓.๑๐ ขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
๓.๑๑ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๔. ผู้ป่วยเสพติดบุหรี่		
๔.๑ มีพฤติกรรมสุขภาพดี ไม่สูบบุหรี่		
๔.๒ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่		
๔.๓ ไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคติน		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๕. ผู้ป่วยเสพติดหญิง		
๕.๑ วิตกกังวลเรื่องการตั้งครรภ์		
๕.๒ ทักษะไม่ดีต่อการตั้งครรภ์/ครรภ์ไม่พึงประสงค์		
๕.๓ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองขณะตั้งครรภ์		
๕.๔ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียนจากการตั้งครรภ์		
๕.๕ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเป็นโรคโลหิตจาง ในภาวะตั้งครรภ์		
๕.๖ ขาดความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์		
๕.๗ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์		
๕.๘ ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เมื่อกลับบ้าน		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๕. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๖.๑ เตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๖. ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด ๗.๑ บทพร่องด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและครอบครัว		
๗.๒ ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๗. ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยยาเสพติด ๘.๑ มีภาวะทุพโภชนาการจากการใช้ยาเสพติด		
๘.๒ เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เนื่องจากบริโภคนิสัยไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๘. การพักผ่อนในผู้ป่วยยาเสพติด		
๘.๑ อ่อนเพลียจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ		
๘.๒ แบบแผนการนอนไม่เหมาะสม		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๙. การปรับพฤติกรรม		
๙.๑ พฤติกรรมบกพร่อง		
๙.๒ บกพร่องในหน้าที่		
๙.๓ รับการเลื่อนลำดับตำแหน่ง		
๙.๔ รับการลาเยี่ยมบ้าน		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๑๐. กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆในผู้ป่วยยาเสพติด		
๑๐.๑ พบแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา		
๑๐.๒ วิตกกังวลเรื่องเงินที่ใช้จ่าย		
๑๐.๓ รับการรักษาโรค.....(กรณีต้องพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอื่น)		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๑๑. โรคแทรกซ้อนทางกาย ๑๒.๑ โรคผิวหนัง ๑๒.๑.๑ ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการคันบริเวณผิวหนังที่เป็นเกลื้อน		
๑๒.๑.๒ ไม่สุขสบายเนื่องจากผื่นคันจากการเป็นลมพิษ		
๑๒.๑.๓ รับการตรวจวินิจฉัยเชื้อรา		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๑๒.๒ โรคทางเดินอาหาร ๑๒.๒.๑ มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำ เสี่ยงสมดุลอิเล็กโทรลัยท์เนื่องจากท้องเสีย		
๑๒.๒.๒ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน		
๑๒.๒.๓ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องมากจากโรคกระเพาะอาหารอักเสบ		
๑๒.๒.๔ ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูก		
๑๒.๒.๕ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดริดสีดวงทวาร		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๑๒.๓ โรคเบาหวาน ๑๒.๓.๑ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน		
๑๒.๓.๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ		
๑๒.๓.๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๑๒.๔ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
๑๒.๔.๑ ขาดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
๑๒.๔.๒ เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เนื่องจาก ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว		
๑๒.๔.๓ เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสเนื่องจาก ภูมิคุ้มกันบกพร่อง		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

รายการประเมิน	เหมาะสม	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
๑๒.๕ โรคอื่นๆ		
๑๒.๕.๑ ทุกข์ทรมานจากอาการปวดฟัน		
๑๒.๕.๒ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้		
๑๒.๕.๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นเส้นเลือด ในสมองแตก หรือตีบตันจากความดันโลหิตสูง		
๑๒.๕.๔ ทุกข์ทรมานจากอาการปวดข้อ เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคเก๊าท์		

ข้อคิดเห็น/เสนอแนะอื่นเพิ่มเติม.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เชี่ยวชาญ

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยสุราเรื้อรัง

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี.H.N.....AN.....

รับใหม่วันที่.....

- รับใหม่ จาก OPD นอกเวลาราชการ ผู้ป่วยมาถึงตึกผู้ป่วยใน โดย เดินมาเอง นั่งรถเข็น
- เปลนอน ถึงตึกเวลา_____ ผู้ป่วยมารับการรักษา มาคนเดียว มาพร้อมกับญาติ (ระบุความสัมพันธ์)

ซักประวัติจาก ผู้ป่วย ญาติ ผู้ป่วยและญาติ อื่นๆระบุ_____

ประวัติการดื่มสุรา

- ดื่มสุรามาตั้งแต่อายุ_____ปี ชนิดสุราที่ดื่ม_____
แบบแผนการดื่มสุรามาตั้งแต่แรกดื่มจนถึงปัจจุบัน_____

- ดื่มสุราครั้งสุดท้ายเมื่อ_____เวลา_____น.ปริมาณ_____

ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น

- เฮโรอีน ปฏิเสธ เคยใช้ ตั้งแต่_____ถึง_____
- ยาบ้า ปฏิเสธ เคยใช้ ตั้งแต่_____ถึง_____
- กัญชา ปฏิเสธ เคยใช้ ตั้งแต่_____ถึง_____
- กระท่อม ปฏิเสธ เคยใช้ ตั้งแต่_____ถึง_____
- บุหรี่ ปฏิเสธ เคยใช้ ตั้งแต่_____ถึง_____

ระดับการติดยาโคเคน_____คะแนน

- อื่นๆ(ระบุ)_____

ประวัติการรักษาสุรา

- แบบผู้ป่วยนอก ไม่เคย เคย_____ครั้ง รักษาที่_____จำนวน_____ครั้ง
รักษาที่_____จำนวน_____ครั้ง
- แบบผู้ป่วยใน ไม่เคย เคย_____ครั้ง รักษาที่_____จำนวน_____ครั้ง
รักษาที่_____จำนวน_____ครั้ง
- ครั้งล่าสุดรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รักษาที่_____เมื่อ_____

ประวัติการแพ้

- แพ้ยา ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ)_____
- แพ้อาหาร ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ)_____
- แพ้สารเคมี ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ)_____

ประวัติการชัก

- ผู้ป่วยเคยมีอาการชัก ไม่เคย เคย _____ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ _____
- หากเคยชักเป็นการชักหลังการหยุดตี๋มสุรา ใช่ ไม่ใช่
- มีประวัติเป็นโรคลมชัก ปฏิเสธ มี (รักษาที่.....)

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุทางศีรษะ

ไม่เคย เคย (ระบุเหตุการณ์และผลการเกิดอุบัติเหตุ) _____

ประวัติการเจ็บป่วย

- กระเพาะอาหารอักเสบ ปฏิเสธ ไม่ทราบ เป็นตั้งแต่ _____
- ตับอักเสบ ปฏิเสธ ไม่ทราบ เป็นตั้งแต่ _____
- ตับแข็ง ปฏิเสธ ไม่ทราบ เป็นตั้งแต่ _____
- ความดันโลหิตสูง ปฏิเสธ ไม่ทราบ เป็นตั้งแต่ _____
- เบาหวาน ปฏิเสธ ไม่ทราบ เป็นตั้งแต่ _____
- เป็นตั้งแต่ _____

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ปฏิเสธ เป็น เคยรับการรักษาที่ _____

หากมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ไม่ต่อเนื่องเพราะ _____

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล _____

อาการปัจจุบัน _____

ลงชื่อ.....พยาบาลผู้ซักประวัติ

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยยาเสพติดแรกรับ

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ตึก.....H.N.....A.N.....

รับใหม่วันที่.....

รับใหม่ จาก OPD นอกเวลาราชการ ผู้ป่วยมาถึงตึกผู้ป่วยใน โดย เดินมาเอง นั่งรถเข็น เปลนอน
ถึงตึกเวลา.....น.ผู้ป่วยมารับการรักษา มาคนเดียว มาพร้อมกับญาติ (ระบุความสัมพันธ์).....ซักประวัติจาก ผู้ป่วย ญาติ ผู้ป่วยและญาติ อื่นๆระบุ.....

ประวัติการเสพยาเสพติด

- ยาเสพติดหลัก.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาเสพ.....ปี.....เดือนปริมาณเสพ.....ต่อวัน
เสพครั้งสุดท้าย เมื่อ.....เวลา.....น.ปริมาณที่เสพ.....
- ยาเสพติดร่วม.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาเสพ.....ปี.....เดือนปริมาณเสพ.....ต่อวันเสพครั้ง
สุดท้าย เมื่อ.....เวลา.....น.ปริมาณที่เสพ.....
- ยาเสพติดอื่น.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาเสพ.....ปี.....เดือนปริมาณเสพ.....ต่อวันเสพครั้ง
สุดท้าย เมื่อ.....เวลา.....น.ปริมาณที่เสพ.....
- สูบบุหรี่.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาสูบ.....ปี.....เดือนปริมาณสูบ.....ต่อวันเสพครั้งสุดท้าย
เมื่อ.....เวลา.....น.ระดับการติดนิโคติน.....คะแนน

ประวัติการรักษาพยาบาล

- แบบผู้ป่วยนอก ไม่เคย เคย.....ครั้ง รักษาที่.....จำนวน.....
ครั้ง
รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
- แบบผู้ป่วยใน ไม่เคย เคย.....ครั้ง รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
- ครั้งล่าสุดรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
- ประวัติการต้องคดี ปฏิเสธ มี ครั้ง คดี
.....

ประวัติการแพ้

- แพ้ยา ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....
- แพ้อาหาร ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....
- แพ้สารเคมี ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุทางศีรษะ

 ไม่เคย เคย (ระบุเหตุการณ์และผลการศึกษาอุบัติเหตุ)..........
.....

ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว

- เป็นต้นตั้งแต่.....
- เป็นต้นตั้งแต่.....

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ปฏิเสธ เป็น เคยรับการรักษาที่.....

หากมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ไม่ต่อเนื่องเพราะ.....

แผนภูมิครอบครัว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

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

อาการปัจจุบัน.....

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

ลงชื่อ.....พยาบาลผู้ซักประวัติ

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยยาเสพติดหญิงแรกรับ

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ตึก.....H.N.....A.N.....

รับใหม่วันที่.....

รับใหม่ จาก OPD นอกเวลาราชการ ผู้ป่วยมาถึงตึกผู้ป่วยใน โดย เดินมาเอง นั่งรถเข็น เปลนอน
ถึงตึกเวลา.....น.ผู้ป่วยมารับการรักษา มาคนเดียว มาพร้อมกับญาติ (ระบุความสัมพันธ์).....ซักประวัติจาก ผู้ป่วย ญาติ ผู้ป่วยและญาติ อื่นๆระบุ.....

ประวัติการเสพยาเสพติด

- ยาเสพติดหลัก.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาเสพ.....ปี.....เดือนปริมาณเสพ.....ต่อวันเสพครั้ง
สุดท้าย เมื่อ.....เวลา.....น.ปริมาณที่เสพ.....
- ยาเสพติดร่วม.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาเสพ.....ปี.....เดือนปริมาณเสพ.....ต่อวันเสพครั้ง
สุดท้าย เมื่อ.....เวลา.....น.ปริมาณที่เสพ.....
- ยาเสพติดอื่น.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาเสพ.....ปี.....เดือนปริมาณเสพ.....ต่อวันเสพครั้ง
สุดท้าย เมื่อ.....เวลา.....น.ปริมาณที่เสพ.....
- สูบบุหรี่.....ตั้งแต่อายุ.....ปีรวมเวลาสูบ.....ปี.....เดือนปริมาณสูบ.....ต่อวันเสพครั้งสุดท้าย
เมื่อ.....เวลา.....น.ระดับการติดนิโคติน.....คะแนน

ประวัติการรักษาพยาบาล

- แบบผู้ป่วยนอก ไม่เคย เคย.....ครั้ง รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
- แบบผู้ป่วยใน ไม่เคย เคย.....ครั้ง รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง
- ครั้งล่าสุดรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รักษาที่.....จำนวน.....ครั้ง

ประวัติการต้องคดี ปฏิเสธ มี ครั้ง คดี

ประวัติการแพ้

- แพ้ยา ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....
- แพ้อาหาร ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....
- แพ้สารเคมี ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....

ประวัติการตั้งครรภ์ ไม่เคย มี G.....P.....A.....L.....ปี

LMP.....

ประวัติการคุมกำเนิด ไม่เคย มี ระบุ.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุทางศีรษะ

 ไม่เคย เคย (ระบุเหตุการณ์และผลการเกิดอุบัติเหตุ)..........
.....

ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว

- เป็นตั้งแต่.....
- เป็นตั้งแต่.....

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ปฏิเสธ เป็น เคยได้รับการรักษาที่.....

หากมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ไม่ต่อเนื่องเพราะ.....

แผนภูมิครอบครัว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

.....

.....

อาการปัจจุบัน

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พยาบาลผู้ซักประวัติ

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.970	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	57.07	139.995	.775	.968
a2	56.97	138.309	.776	.968
a3	56.90	137.610	.834	.967
a4	57.13	141.154	.751	.968
a5	57.07	140.961	.676	.969
a6	57.37	140.309	.754	.968
a7	57.47	138.051	.800	.968
dx1	57.33	140.782	.696	.969
dx2	57.37	139.413	.759	.968
dx3	57.20	139.338	.759	.968
dx4	57.43	142.392	.704	.969
dx5	57.37	141.826	.772	.968
in1	57.33	139.471	.880	.967
in2	57.33	139.264	.832	.967
in3	57.53	143.568	.715	.969
in4	57.40	141.283	.790	.968
eva1	57.53	141.016	.820	.968
eva2	57.23	141.633	.699	.969
eva3	57.47	140.602	.804	.968
plan1	57.50	139.638	.853	.967
plan2	57.33	140.506	.672	.969

ค่าความเชื่อมั่นของแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

Scale: ALL VARIABLES**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.856	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
assess1	45.70	54.700	.137	.858
assess2	45.97	51.964	.382	.852
assess3	45.93	52.202	.406	.851
assess4	46.43	47.151	.527	.848
assess5	46.50	55.362	-.022	.869
assess6	46.07	52.547	.279	.856
assess7	46.60	51.214	.534	.847
assess8	46.53	50.464	.633	.844
assess9	46.97	51.344	.347	.854
assess10	47.13	50.051	.387	.853
diag1	46.53	52.809	.382	.852
diag2	46.80	53.752	.291	.854
diag3	46.67	51.471	.590	.847
diag4	46.67	53.678	.194	.858
diag5	46.63	51.344	.557	.847
interven1	46.60	52.386	.443	.850
interven2	46.67	50.506	.638	.844
interven3	46.70	51.114	.606	.846
interven4	46.83	50.764	.504	.848
evalua1	46.50	53.431	.325	.854
evalua2	46.10	51.266	.456	.849
evalua3	46.87	50.533	.576	.846
dc1	46.77	48.944	.549	.845
dc2	46.87	47.982	.578	.844

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

Scale: ALL VARIABLES**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.839	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
corect1	25.00	19.034	.220	.841
corect2	25.27	17.926	.385	.834
corect3	25.37	17.551	.527	.825
corect4	25.30	18.217	.424	.831
corect5	25.17	17.661	.483	.828
corect6	25.27	17.720	.506	.827
complete1	25.77	18.461	.220	.846
complete3	25.30	16.424	.694	.813
clear1	25.07	16.685	.503	.827
clear3	25.50	16.397	.701	.813
concise1	25.43	16.875	.634	.818
concise2	25.23	17.909	.502	.827
complete2	25.57	15.426	.737	.807
clear2	24.80	18.717	.173	.849

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information Sheet)

เรียน อาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน

ด้วยภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการ แต่ก่อนที่ท่านจะตอบตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โปรดอ่านข้อความในเอกสารทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากเข้าร่วมโครงการนี้จะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างโครงการวิจัยนี้

ในเอกสารนี้ ถ้ามีข้อความที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการหรือผู้ร่วมวิจัยที่ทำโครงการวิจัยนี้ให้ช่วยอธิบายให้ท่านจนกว่าจะเข้าใจ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ ชักจูง การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่าน หรือผลประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้ จนกว่าจะแน่ใจว่าท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จริง หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการ ขอความกรุณาลงนามในแบบฟอร์มยินดีเข้าร่วมโครงการตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้านี้ หากมีคำถามเกี่ยวกับโครงการดังกล่าว ท่านสามารถติดต่อหัวหน้าโครงการ นางวิมล ลักขณาภิชนัชชั โทร. ๐๒ ๕๓๑๐๐๘๐ - ๘ ต่อ ๕๑๐ มือถือ ๐๘๑ ๔๐๗๖๙๒๐

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญการ หรือพยาบาลเทคนิค
๒. ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาหรือระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
๓. เป็นผู้ที่ต้องเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
๔. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

๑. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
๒. มีการลา หรือไม่สามารถเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการได้ช่วงการพัฒนาคุณภาพ

ระยะเวลาที่ต้องร่วมโครงการวิจัย

เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ - พฤศจิกายน ๒๕๖๓

หากเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

เมื่อท่านตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านต้องตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่านและการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย ๑) การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย ๒) การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๓) การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ๔) การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล

๕)การบันทึกการวางแผนจำหน่าย โดยระยะเวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถามประมาณ ๒๐ นาที และท่านจะได้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเนื้อหาประกอบด้วย

กิจกรรมที่ ๑ บรรยายแนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล(๙๐ นาที)

กิจกรรมที่ ๒ บรรยายคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล(๙๐ นาที)

กิจกรรมที่ ๓ ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวชระเบียนผู้ป่วย(๙๐ นาที)

กิจกรรมที่ ๔ ฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(๙๐ นาที)

ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัยและวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว ๑ ชุด

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจได้รับจากกรรมวิธีการวิจัย และการป้องกัน/แก้ไขที่หัวหน้าโครงการวิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

หากท่านรู้สึกว่ แบบสอบถาม และกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย กระทบกระเทือนจิตใจ และเป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของท่าน ท่านสามารถบอกเลิกการวิจัยได้ทันที และไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลจนเสร็จสิ้นการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีคุณภาพมากขึ้นสามารถใช้สื่อสาร และเป็นหลักฐานในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ทั้งทางการศึกษาวิจัย และเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ต่อไป

หากท่านรู้สึกว่ท่านได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร. ๐๒ ๕๓๑๐๐๘๐-๘ ต่อ ๔๗๕, ๔๙๒ และสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด ๒๔ ชม. โทร. ๐๘๑ ๔๐๗๖๙๒๐

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้ในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัยโดยรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลทั้งส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใดๆตามมา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการ

(นางวิมล ลักขณาภิชนชัช)

วันที่ให้ข้อมูล.....

ภาคผนวก ง.

ตารางอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

รุ่นละ ๑ วัน จำนวน ๕ รุ่น

วันที่ ๒๗ - ๒๙ พฤศจิกายน วันที่ ๔ และ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุม ๘ ชั้น ๔ ตึกอำนวยการ

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.	บรรยายแนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเนื้อหาประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> • ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล • หลักการบันทึกทางการพยาบาล • คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล • กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล 	นางวิมล ลักขณาภิชนชัย
๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	บรรยายการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด รูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)	นางวิมล ลักขณาภิชนชัย
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.	ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวช ระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว	นางวิมล ลักขณาภิชนชัย
๑๔.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	นางวิมล ลักขณาภิชนชัย

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่างเวลา ๑๐.๓๐ น. และเวลา ๑๔.๓๐ น.

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

เวลา	เนื้อหา
๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.	<p>ความหมายของการเขียนบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้รับบริการ เป็นเอกสารหรือแบบบันทึกซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล(Nursing Process) ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ</p> <p>หลักการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>การบันทึกในเวลาที่ถูกต้อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เขียนวัน เวลา ที่บันทึกให้ชัดเจน ๒. ในแต่ละเหตุการณ์เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน ๓. บันทึกทันทีหลังเหตุการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ ๔. ไม่บันทึกก่อนปฏิบัติจริง เพราะไม่ทราบว่าเมื่อไรจะมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ <p>บันทึกโดยมีการใช้ภาษา วิธีการที่ถูกต้อง ชัดเจน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ใช้คำพูดที่ชัดเจนมีน้ำหนัก ไม่ควรพูดว่า “ปกติดี” “เพียงพอ” ควรใช้คำพูดที่บอกรายละเอียด เป็นตัวเลขชัดเจน ๒. ไม่ใช้คำที่เป็นการตัดสินหลังคำปฏิเสธ ควรเป็นการบรรยายถึงสิ่งที่มองเห็น ให้เห็นสภาพผู้รับบริการในขณะนั้น ๓. ใช้คำกะทัดรัดได้ใจความ ตัดข้อความที่ไม่สำคัญออกไป ๔. ใช้สัญลักษณ์ คำย่อที่เป็นสากลและเชื่อว่าคำย่อนั้นคนในทีมสุขภาพสามารถทำความเข้าใจได้ชัดเจน ๕. ใช้ไวยากรณ์ต่างๆ ให้ถูกต้อง ไม่ใช้ภาษาพูด <p>สิ่งที่ควรบันทึกได้รับการบันทึกครบถ้วน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม • การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย • อาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติ รุนแรงขึ้น ขอบ่งชี้ถึงการเกิด ภาวะแทรกซ้อน • การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ และการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย • การตรวจเยี่ยมโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ • ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการรักษา • ควรบันทึกต่อเนื่อง โดยบันทึกเมื่อผู้รับบริการรับใหม่ มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีกิจกรรมการรักษาพยาบาล ย้ายเข้าหรือย้ายออกจากตึก จำหน่าย ไม่สมัครใจอยู่ หนีกลับ หรือถึงแก่กรรม

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา
	<p>คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>๑. ความถูกต้อง หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงตามภาวะของโรคที่เป็นจริงของผู้ป่วย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาล และถูกต้องตามแบบฟอร์ม - รายงานปัญหาถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วยถูกต้อง และสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย - บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วยถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาล - บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยพยาบาลได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำให้ถูกต้อง - ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วย - บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่าง ๆ ได้ถูกต้อง <p>๒. ความครบถ้วน หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่องในแบบฟอร์มต่าง ๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ - ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมการพยาบาล <p>๓. ความชัดเจน หมายถึงบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล - ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง <p>๔. ได้ใจความ หมายถึงการบันทึกที่กะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล</p>

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา
	<p>กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ยึดหลักตามแนวกระบวนการพยาบาล ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลก่อนการบันทึก เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ซึ่งจะเป็นแนวทางให้สามารถค้นหาข้อมูลได้ตรง ครบถ้วน เพราะรู้ว่าจะต้องสังเกตอาการอะไรบ้าง ประเมินปัญหาในเรื่องใด ติดตามอาการอะไร เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีทักษะในการสังเกตที่ดีเพื่อช่วยให้สามารถค้นหาข้อมูลที่น่าสนใจอื่น ๆ ได้ • ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับเพื่อเป็นแนวทางในการหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon หรือใช้ทฤษฎีของ Orem หรือทฤษฎีใดก็ประเมินผู้รับบริการตามทฤษฎีนั้นๆ <p>ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> • เมื่อได้ข้อมูลพร้อมแล้วให้พิจารณาว่าจะบันทึกอย่างไร จึงจะสั้น กระชับ ได้ข้อมูลเพียงพอ ครบถ้วนและสะดวกต่อการปฏิบัติถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องศึกษาและฝึกฝนให้เกิดทักษะ • การบันทึก จะบันทึกในลักษณะใด ให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น เป็นช่วงเวลา หรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวร เช่น ถ้าวิเคราะห์ได้ว่าการบันทึกข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ขณะให้การดูแลในเวรกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วอยู่ในภาวะวิกฤตหรือป่วยหนัก ถ้าในลักษณะนี้ควรพิจารณาเขียนเป็นช่วงเวลา หรือทันทีที่ได้ข้อมูล เพื่อให้ได้รายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เต็มที่ ถ้าข้อมูลที่รวบรวมได้ไม่มีความรีบด่วน และไม่จำเป็นก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวร • การนำเสนอข้อมูล เพื่อการบันทึกทางการพยาบาลนั้น ควรจะวิเคราะห์ถึงวิธีการนำเสนอว่ารูปแบบใดจึงจะชัดเจน เหมาะสม สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ผู้บันทึกจะต้องมีการพัฒนาตลอดไป <p>ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล ตามหลักการที่กล่าวถึงวิธีการบันทึกอย่างถูกต้องด้วยลายมือที่อ่านง่าย ชัดเจน เพราะถ้าบันทึกอ่านยากอาจทำให้ความหมายเปลี่ยนไปได้ <p>ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการบันทึก</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประเมินผลการบันทึกทุกครั้ง ว่าได้เขียนบันทึกตรงตามอาการตอบสนองจากผู้รับบริการ และสิ่งที่สังเกต ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา										
๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	<p>การเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ Focus Charting ในผู้ป่วยยาเสพติด</p> <p>Focus Charting เป็นรูปแบบการบันทึกที่ยืดหยุ่น และสามารถปรับใช้ได้กับทุกหน่วยบริการทางการพยาบาล เป็นการบันทึกที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล และมีรูปแบบที่เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับ จากการแยกการบันทึกในส่วน Focus ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญหรือประเด็นปัญหาของผู้ป่วย ไม่ต้องจำกัดขอบเขตอยู่กับปัญหาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการบันทึกประกอบด้วย</p> <table border="1" data-bbox="391 577 1472 1308"> <thead> <tr> <th data-bbox="391 577 678 627">Focus Charting</th> <th data-bbox="678 577 1472 627">ข้อมูลที่บันทึก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="391 627 678 722">Assessment</td> <td data-bbox="678 627 1472 722">เป็นการบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย(Subjective Data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective Data) ที่สอดคล้องกับ Focus</td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 722 678 1161">Focus</td> <td data-bbox="678 722 1472 1161"> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล - อาการหรืออาการแสดง - ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน - การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน - เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ - ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ - การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล </td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1161 678 1255">Intervention</td> <td data-bbox="678 1161 1472 1255">การปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลที่คาดหวัง</td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1255 678 1308">Evaluation</td> <td data-bbox="678 1255 1472 1308">การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาหรือปฏิบัติการพยาบาล</td> </tr> </tbody> </table> <p>สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดนั้นการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเกิดขึ้นตั้งแต่แรกรับ ให้การดูแลในระยะถอนพิษยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และเตรียมวางแผนก่อนจำหน่าย โดยข้อมูลที่ได้ที่จะนำมาเป็น Focus และ Assessment นั้นจะได้จาก การตรวจวัดสัญญาณชีพ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลจากการประเมินภาวะซึมเศร้า ระดับการติดยาเสพติด ผลจากการประเมินอาการถอนพิษยา ผลจากการประเมินภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบแผน คำดัชนีมวลกาย ประเมินพฤติกรรม การปรับตัว ผลจากการประเมินแรงจูงใจในการอยู่รักษา แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด ความพร้อมในการย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูหรือกลับบ้าน ประเมินสัมพันธภาพของครอบครัว ความพร้อมของครอบครัว ฯลฯ</p>	Focus Charting	ข้อมูลที่บันทึก	Assessment	เป็นการบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย(Subjective Data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective Data) ที่สอดคล้องกับ Focus	Focus	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล - อาการหรืออาการแสดง - ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน - การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน - เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ - ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ - การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล 	Intervention	การปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลที่คาดหวัง	Evaluation	การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาหรือปฏิบัติการพยาบาล
Focus Charting	ข้อมูลที่บันทึก										
Assessment	เป็นการบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย(Subjective Data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective Data) ที่สอดคล้องกับ Focus										
Focus	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล - อาการหรืออาการแสดง - ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน - การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน - เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ - ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ - การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล 										
Intervention	การปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลที่คาดหวัง										
Evaluation	การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาหรือปฏิบัติการพยาบาล										

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา																							
๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	<p>เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ และเขียนในช่อง Focus Assessment Intervention และ Evaluation ให้สอดคล้องกัน ตามแบบฟอร์ม</p> <table border="1" data-bbox="381 388 1474 562"> <thead> <tr> <th data-bbox="381 388 560 430">Focus</th> <th data-bbox="560 388 820 430">Assessment</th> <th data-bbox="820 388 1242 430">Intervention</th> <th data-bbox="1242 388 1474 430">Evaluation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>				Focus	Assessment	Intervention	Evaluation
Focus	Assessment	Intervention	Evaluation																					
.....																					
.....																					
.....																					
.....																					
ตัวอย่าง																								
<table border="1" data-bbox="381 609 1474 1522"> <thead> <tr> <th data-bbox="381 609 581 661">Focus</th> <th data-bbox="581 609 812 661">Assessment</th> <th data-bbox="812 609 1242 661">Intervention</th> <th data-bbox="1242 609 1474 661">Evaluation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="381 661 581 1522"> <p>เสี่ยงต่อการอยู่ บำบัดรักษาไม่ ครบกำหนด เนื่องจากวิตก กังวลและอยาก กลับบ้าน</p> </td> <td data-bbox="581 661 812 1522"> <p>S: อยากกลับไป อยู่ข้างนอก เหมือนเดิม อยาก มีอิสระ O: ไม่มีญาติเยี่ยม</p> </td> <td data-bbox="812 661 1242 1522"> <p>๑.เปิดโอกาสให้ระบายความคิด และ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ๒.อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่ ต้องอยู่รับการบำบัดรักษา และ ประโยชน์ที่จะได้รับ ๓.แนะนำให้ผู้ป่วยอดทนเพราะ ความรู้สึกเบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้กับทุก คน หากความรู้สึกดีขึ้นจะทำให้มี ความสุขมากขึ้น ๔.แนะนำให้มีการพูดคุยระบาย ความรู้สึกในกลุ่มจิตบำบัด ๕.ดูแลและจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มตามตารางกิจกรรม ๖.จัดพี่เลี้ยงช่วยดูแลสังเกตพฤติกรรม และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการหลบหนี ๗.ประสานนักสังคมสงเคราะห์เรื่อง การติดตามญาติของผู้ป่วยตามข้อมูล ที่ได้จากผู้ป่วย</p> </td> <td data-bbox="1242 661 1474 1522"> <p>-ผู้ป่วยสีหน้าสด ชื่นขึ้น ยินยอม อยู่รับการบำบัด ต่อ -ติดต่อป่าของ ผู้ป่วยได้ และ จะแจ้งมารดา ของผู้ป่วยมา เยี่ยม</p> </td> </tr> </tbody> </table>					Focus	Assessment	Intervention	Evaluation	<p>เสี่ยงต่อการอยู่ บำบัดรักษาไม่ ครบกำหนด เนื่องจากวิตก กังวลและอยาก กลับบ้าน</p>	<p>S: อยากกลับไป อยู่ข้างนอก เหมือนเดิม อยาก มีอิสระ O: ไม่มีญาติเยี่ยม</p>	<p>๑.เปิดโอกาสให้ระบายความคิด และ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ๒.อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่ ต้องอยู่รับการบำบัดรักษา และ ประโยชน์ที่จะได้รับ ๓.แนะนำให้ผู้ป่วยอดทนเพราะ ความรู้สึกเบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้กับทุก คน หากความรู้สึกดีขึ้นจะทำให้มี ความสุขมากขึ้น ๔.แนะนำให้มีการพูดคุยระบาย ความรู้สึกในกลุ่มจิตบำบัด ๕.ดูแลและจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มตามตารางกิจกรรม ๖.จัดพี่เลี้ยงช่วยดูแลสังเกตพฤติกรรม และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการหลบหนี ๗.ประสานนักสังคมสงเคราะห์เรื่อง การติดตามญาติของผู้ป่วยตามข้อมูล ที่ได้จากผู้ป่วย</p>	<p>-ผู้ป่วยสีหน้าสด ชื่นขึ้น ยินยอม อยู่รับการบำบัด ต่อ -ติดต่อป่าของ ผู้ป่วยได้ และ จะแจ้งมารดา ของผู้ป่วยมา เยี่ยม</p>												
Focus	Assessment	Intervention	Evaluation																					
<p>เสี่ยงต่อการอยู่ บำบัดรักษาไม่ ครบกำหนด เนื่องจากวิตก กังวลและอยาก กลับบ้าน</p>	<p>S: อยากกลับไป อยู่ข้างนอก เหมือนเดิม อยาก มีอิสระ O: ไม่มีญาติเยี่ยม</p>	<p>๑.เปิดโอกาสให้ระบายความคิด และ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ๒.อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่ ต้องอยู่รับการบำบัดรักษา และ ประโยชน์ที่จะได้รับ ๓.แนะนำให้ผู้ป่วยอดทนเพราะ ความรู้สึกเบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้กับทุก คน หากความรู้สึกดีขึ้นจะทำให้มี ความสุขมากขึ้น ๔.แนะนำให้มีการพูดคุยระบาย ความรู้สึกในกลุ่มจิตบำบัด ๕.ดูแลและจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มตามตารางกิจกรรม ๖.จัดพี่เลี้ยงช่วยดูแลสังเกตพฤติกรรม และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการหลบหนี ๗.ประสานนักสังคมสงเคราะห์เรื่อง การติดตามญาติของผู้ป่วยตามข้อมูล ที่ได้จากผู้ป่วย</p>	<p>-ผู้ป่วยสีหน้าสด ชื่นขึ้น ยินยอม อยู่รับการบำบัด ต่อ -ติดต่อป่าของ ผู้ป่วยได้ และ จะแจ้งมารดา ของผู้ป่วยมา เยี่ยม</p>																					
<p>การเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเขียนได้ในทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษา การรายงานแพทย์เมื่อยาเดิมหมดหรือใกล้หมด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบกพร่อง พฤติกรรมไม่เหมาะสม บกพร่องในหน้าที่ ผู้ป่วยได้เลื่อนระดับ หรือลาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อย แต่การเขียนบันทึกที่ผ่านมานี้ไม่ค่อยได้พบเหตุการณ์เหล่านี้</p>																								

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา			
	ตัวอย่าง(ต่อ)			
	Focus	Assessment	Intervention	Evaluation
	รับการรักษาโรคซิฟิลิส (กรณีพาผู้ป่วยไปรับยาฉีดที่โรงพยาบาล ฝ่ายกาย)	- มีนัดฉีดยาที่ โรงพยาบาล.....	- เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย - ประสานนักสังคมสงเคราะห์เรื่อง การจัดงานพาหนะ - พาผู้ป่วยไปรับการฉีดยาตามนัด และพาผู้ป่วยกลับ	- ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา - กลับถึงหอผู้ป่วยเวลา....
	พบแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา(กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษ ยา อาการทางกาย/ทางจิต)	- ยาที่รับประทานเต็มหมด	- ประเมินอาการผู้ป่วย - จัดผู้ป่วยพบแพทย์ - ประสานการเบิกยา - ตรวจเช็คชนิดและจำนวนยา - ให้อาตามแผนการรักษา(กรณีมียา รับประทานต่อ)	- แพทย์ให้ยาเดิม ต่อ...../แพทย์พิจารณาหยุด/ลดยา.....
	พฤติกรรมบกพร่อง	- ไม่เก็บเสื้อผ้าของตนเองที่ตากไว้	- สอบถามสาเหตุ และรับฟัง - แจ้งผลเสียที่เกิดขึ้น พร้อมแนะนำ และตักเตือนให้เก็บผ้าทุกครั้ง ที่ตาก - ประเมินพฤติกรรมเก็บผ้าต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยบอกว่าลืม พร้อมรับฟัง คำแนะนำ ตักเตือน - รับปากว่าจะเก็บผ้าทุกครั้ง ที่ตาก
วิตกกังวลเรื่องเงินที่ใช้จ่าย	- เงินในบัญชีหมด	- ประสานการติดต่อญาติเรื่องเงินในบัญชีผู้ป่วยหมด - แนะนำการใช้เงินในบัญชีอย่างประหยัดเพื่อให้ใช้เงินได้นานขึ้นเมื่อได้รับเงินใหม่	- มารดาจะมาเยี่ยมในวันหยุด และนำเงินมาฝาก - ผู้ป่วยรับทราบ สิ้นหน้าสดชื่นขึ้น	

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา			
	ตัวอย่าง(ต่อ)			
	Focus	Assessment	Intervention	Evaluation
	รับการเลื่อนลำดับตำแหน่ง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยอยู่ฟื้นฟูฯ ได้.....วัน - มีพัฒนาการด้านความคิดและพฤติกรรม - การควบคุมอารมณ์ดีขึ้น - ได้รับการพิจารณาให้รับรางวัลเลื่อนลำดับที่สูงขึ้น - จากคณะกรรมการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินศักยภาพและคุณสมบัติของการทำบทบาทหน้าที่ตามความสามารถของระดับ Work Leader Expediter Chief Expediter COD Co-Ordinator on Duty - ประกาศการขึ้นทำหน้าที่ในกลุ่มประชุมเข้าและมอบสัญลักษณ์ประจำตำแหน่ง - จัดประชุมคณะกรรมการพิจารณาให้ผู้ป่วยได้ทำหน้าที่ตามที่ทีมงานที่เหมาะสม - อธิบายชี้แจงการทำงานตามบทบาทหน้าที่อย่างถูกต้อง - ดูแลช่วยเหลือและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยพร้อมให้คำปรึกษาร่วมกับคณะกรรมการในการทำหน้าที่ - ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - กล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการทำบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจที่ได้รับรางวัลจากคณะกรรมการ - ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใสขณะออกไปรับมอบสัญลักษณ์ประจำตำแหน่ง และมีเพื่อนปรบมือแสดงความยินดีกับผู้ป่วย - ผู้ป่วยดีใจที่ได้รับคำอวยพรจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกตนเองหลังได้รับตำแหน่ง

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา			
	ตัวอย่าง(ต่อ)			
	<p>Focus</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับการลาเยี่ยมบ้าน 	<p>Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยอยู่ครบ ๑ เดือนเขียนวางแผนเสนอคณะกรรมการขอลาเยี่ยมบ้าน - มี Day - off - ไม่พบข้อบกพร่องหรือทำผิดกฎระเบียบ - ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาจากกรรมการให้ได้รับรางวัลลาเยี่ยมบ้าน 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสมรรถนะด้านร่างกายจิตใจ พฤติกรรม และความเสี่ยงในการลา - แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบ วัน เวลา ในการลาเยี่ยมบ้าน และ ญาติรายงานพฤติกรรมผู้ป่วย ขณะลาเยี่ยมบ้านตามแบบฟอร์ม - จัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อทราบถึงแนวทางการปฏิบัติตัว เช่น การปฏิบัติตัวตามกฎระเบียบ การเข้า - ออกตรงเวลา การปฏิเสธเมื่อเจอตัวกระตุ้น การรับประทาน อาหาร เป็นต้น - เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติในการโทรมารายงานตัวขณะลาเยี่ยมบ้าน - แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทำตามแผนที่วางไว้ ยกเว้นกรณีมีเหตุการณ์นอกเหนือจากแผนที่วางไว้ให้แจ้งกลับมาที่ตึก รับทราบได้ทันที - แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยและไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรือออกไปไหนเพียงลำพัง - ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 	<p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขณะลาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยอยู่ในกฎระเบียบดี - ไม่พบข้อบกพร่อง - ญาติให้ความร่วมมือในการตอบเอกสารครบทุกข้อถึงพฤติกรรมผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน - ผลตรวจสอบสารเสพติด - ผลตรวจนิโคติน

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา			
	ตัวอย่าง(ต่อ)			
	Focus	Assessment	Intervention	Evaluation
			<ul style="list-style-type: none"> - รายงานแพทย์ประจำตึกสำหรับรายที่มีความเครียด วิตกกังวลมาก และบางรายที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม ความรู้สึกของตนเองได้ ซึ่งอาจต้องให้ยาช่วยในการรักษา โดยต้องดูแลการรับประทานยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา - ให้คำปรึกษารายบุคคลโดยพยาบาลวิชาชีพในการให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง รู้ถึงปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขช่วยให้เกิดการยอมรับและปรับตัวแก้ไขปัญหานั้น - ให้คำปรึกษารายกลุ่มโดยจัดเข้ากลุ่มจิตบำบัดทุกสัปดาห์ - ในผู้ป่วยบางรายส่งปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อให้การประเมินหรือการบำบัดผู้ป่วย - จัดพี่เลี้ยงคอยดูแลและให้คำแนะนำใกล้ชิดคอยสังเกตอาการพฤติกรรมและเพื่อดูแลป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะมีความรู้สึกพิเศษกับเพื่อนมากจนอาจสื่อไปในทางเพศสัมพันธ์ 	

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา
	<p>การวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ(Discharge Planning) เป็นกระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลายๆ ด้านเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อที่บ้านตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้รับบริการและญาติเพื่อวางแผนในการปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล</p> <p>วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง • พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้รับบริการและ/หรือการดูแลโดยญาติผู้ดูแล • ลดความวิตกกังวลทั้งผู้รับบริการ ญาติ และผู้ดูแล • ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น • ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล <p>องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> • โดยทั่วไป กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือ ตั้งแต่เมื่อผู้รับบริการเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย • การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการภายหลังจำหน่าย (Assessment) • การวางแผนจำหน่าย (Plan) • การนำแผนจำหน่ายไปใช้ (Implementation) • การติดตามและประเมินผล (Evaluation) <p>การวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD</p> <p>กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medication (M) ผู้รับบริการต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆรวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย • Environment and Economic (E) ผู้รับบริการและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และการช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม • Treatment (T) ผู้รับบริการและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา
	<ul style="list-style-type: none"> • Health (H) ผู้รับบริการและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้รับบริการต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วย • Outpatient Referral (O) ผู้รับบริการต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนั้น Outpatient Referral ยังหมายถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้รับบริการต่อเนื่อง ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุป และแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้รับบริการจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย • Diet (D) ผู้รับบริการต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง สารเสพติดต่างๆ ด้วย <p>การวางแผนการจำหน่ายเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่พยาบาลต้องบันทึกควบคู่ไปด้วย นอกจากการบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละเวร</p>

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา
๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.	<p>ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ทราบถึงเกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล และทราบถึงผลงานการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน โดยมีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๕. ชี้แจงการใช้แบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ๖. แจกเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วจากหอผู้ป่วยที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน คนละ ๑ แฟ้ม ๗. ชี้แจงวิธีการตรวจสอบโดย ตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลจาก แบบประเมินแรกรับจากงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบบคัดกรองระดับการใช้ยาเสพติดแต่ละประเภทที่ผู้ป่วยติด แบบประเมินระดับการติดยาโคเคน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบฟอร์มปรอท แบบประเมินอาการถอนพิษยาเสพติดตามประเภทที่ผู้ป่วยติด ใบสั่งยาที่แพทย์สั่งการรักษา แบบประเมิน ๑๑ แบบแผน แบบบันทึกพฤติกรรมและการให้การช่วยเหลือ(กรณีผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ) โดยเฉพาะแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นส่วนสำคัญประเด็นหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย และที่เป็นจุดอ่อนของการเขียนบันทึกที่ผ่านมา ซึ่งเอกสารที่ให้ตรวจสอบเป็นการเก็บข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่อยู่รับการรักษา ๘. ตรวจสอบการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ตามประเด็นการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีพบสิ่งที่ดี หรือสิ่งที่ยังบกพร่อง ให้เขียนลงในส่วนของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ๙. หลังจากพยาบาลวิชาชีพตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเสร็จ ให้แต่ละท่านอภิปรายการเขียนบันทึกทางการพยาบาลว่าพบอะไรบ้าง ในสิ่งที่ทำดีแล้ว และสิ่งที่ควรทำเพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพสมบูรณ์มากขึ้น

เนื้อหาการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด(ต่อ)

เวลา	เนื้อหา
๑๔.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.	<p>ฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดทักษะในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๔. แจกแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลคนละ ๑ แผ่น พร้อมโจทย์ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ประเมินได้จากผู้ป่วยยาเสพติดในแต่ละหอผู้ป่วย ๕. ให้พยาบาลแต่ละท่านเขียนบันทึกทางการพยาบาลลงในช่อง Focus Assessment Intervention และ Evaluation ๖. เมื่อเขียนเสร็จให้แต่ละท่านนำเสนอผลการเขียน กรณีที่เขียนได้ดีแล้วผู้วิจัยให้คำชื่นชม หากยังมีข้อบกพร่อง ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะในการเขียนให้ชัดเจนสมบูรณ์มากขึ้น <p>เมื่อจบการอบรมผู้วิจัยมอบคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดให้กับทุกหอผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้ตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดในหอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงาน และหากมีข้อสงสัยในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล สามารถสอบถามจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลประตึก หากกรรมการไม่แน่ใจ สามารถสอบถามมายังผู้วิจัยได้ ซึ่งทั้งหมดนี้จะมีหนังสือที่ลงนามโดยรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล แจ้งให้ทุกหอผู้ป่วยทราบต่อไป</p> <p>หมายเหตุ โจทย์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มาจากทุกหอผู้ป่วย</p>

ข้อคิดเห็นจากการเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

- การอบรมครั้งนี้ทำให้เข้าใจการเขียน Focus Charting มากขึ้น มีแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล จากเมื่อก่อนไม่ทราบว่าเขียน Nurse Note ยังไง เห็นความสำคัญ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น มีความมั่นใจในการเขียน Nurse note มากขึ้น
- เป็นประโยชน์และเห็นช่องทางการเขียน Nurse Note ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมตามมาตรฐานได้เป็นอย่างดี ได้มีการพัฒนาทั้งทางด้าน Focus และ Assessment ที่ชัดเจนและเขียนได้ตรงประเด็น และง่ายต่อการเขียน ได้มากขึ้น อาจารย์วิมล ถ่ายทอดความรู้ได้ดีมากและเข้าใจง่าย และคิดว่าตนเองจะทำได้ดีมาก
- เป็นข้อมูลปฏิบัติจริง ชัดเจน และสอดคล้อง ครอบคลุมปัญหาที่พบ และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย กาย จิต และสังคม
- อบรมครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เกิดความเข้าใจเชื่อมโยงปัญหา ข้อเสนอแนะ การพยาบาล และการประเมินผล เกิดความเข้าใจในการเขียนมากขึ้น
- ดีค่ะเพราะจะได้ทบทวนตัวเองในเรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
- ห่วงหายหลักการเขียนบันทึกทางการพยาบาล การใช้ภาษาในการบันทึกที่อธิบายยากเข้าใจตรงตามเหตุการณ์ บางครั้งความยืดหยุ่นของ Focus Charting ทำให้งงสับสน การลงข้อวินิจฉัยของผู้ป่วย เมื่อมีการอบรมทำ ข้อตกลงการใช้ข้อวินิจฉัยแนวทางเดียวกันดูเป็นความมั่นคง เหมาะสมของข้อวินิจฉัยนั้นๆมากขึ้นค่ะ ยังมีความเข้าใจในการใช้แบบตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลน้อย อยากต่อยอดการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเด็กและวัยรุ่นเพิ่มเติม
- การเรียนรู้วันนี้ทำให้เข้าใจกระบวนการ และแนวทางการเขียน Nurse Note ได้มากขึ้น ทราบแนวทางการเขียน Focus ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พี่วิมลสอนกระชับ เข้าใจง่ายมากค่ะ ทราบกระบวนการ Audit Chart และรู้ข้อบกพร่องในการเขียน Nurse Note จะนำไปปรับใช้ในครั้งต่อไป
- ได้ความรู้ เข้าใจในการเขียน Nurse Note เพิ่มขึ้น วิทยากรมีความรู้และให้ความสำคัญกับผู้เข้าอบรม ระยะเวลาสั้นๆไปหน่อยค่ะ
- รู้สึกดีในบรรยากาศการเข้าอบรม บุคลากรไม่เยอะหรือน้อยเกินไป มีความเข้าใจในการเขียน Nurse Note มากขึ้นกว่าเดิม วิทยากรน่ารัก และให้ความรู้ดี มีความเป็นกันเอง
- การจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลส่งผลดีต่อบุคลากรมาก เนื่องจากได้มีการเรียนรู้ การเขียน การเรียงลำดับความสำคัญของผู้ป่วย และการเสริมหลักการที่ทำให้การเขียนไม่ยาก การมองให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย
- ความรู้สึกวันนี้กับการอบรม ชอบค่ะ โดยส่วนตัวเคยทำงานที่รพ.ฝ่ายกายมาก่อน จึงค่อนข้างไม่ค่อยเข้าใจเรื่องการเขียน Nurse Note ของที่นี่ การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตั้งไม่ค่อยเป็น จริง ๆ อยากให้มีการอบรมแบบนี้มานานแล้วค่ะ เพราะจะส่งผลดีกับทั้งพยาบาลที่จบใหม่ หรือพยาบาลที่ย้ายมาจากฝ่ายกาย จะทำให้เห็นรูปแบบการเขียนและการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากขึ้น
- ควรมีการจัดอบรมเป็นระยะ เพื่อ refresh ในเรื่องการเขียน Nurse Note

- ชื่นชมค่ะ จะได้มีแนวทางการเขียนที่ตรงประเด็น อัปเดตแนวทางการเขียนที่ตรงปัญหาของผู้ป่วย วิทยากรถ่ายทอดได้เยี่ยมมากค่ะ มีตัวอย่างที่ตรงกับผู้ป่วยยาเสพติดค่ะ (ขอเล่มข้อวินิจฉัยด้วยค่ะ)
- อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกี่ยวกับพฤติกรรม รู้สึกว่ากำหนดปัญหาทางการพยาบาลและประเมินผลไม่ถูก ไม่รู้จะเขียนอย่างไรให้ถูกต้องและครบถ้วน วิทยากรสอนเข้าใจง่าย และเหมาะสมกับการนำไปใช้ค่ะ
- รู้สึกดี มีหลักการเขียนที่ชัดเจน และถูกต้องมากขึ้น วิทยากรเป็นกันเอง ไม่ทำให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกเครียด จัดอบรมหลายรุ่น ทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เรียนรู้ และมีแนวทางในการเขียน ไปแนวทาง ทิศทางเดียวกัน คนที่บกพร่องจะได้เกิดการเรียนรู้ และปรับปรุงตนเองในข้อบกพร่องเดิมๆของตนเอง
- ระยะเวลาการอบรมครอบคลุมถึงเนื้อหาสาระได้ อยากมีคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรายบุคคล อยากเก็บไว้เป็นตำราส่วนตัว วิทยากรให้ความรู้ได้อย่างชัดเจน และเข้าใจง่าย
- การอบรมวันนี้ เข้าใจในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากขึ้น และความชัดเจนในการเขียน Nurse Note รวมถึงความต่อเนื่อง ทำให้การเขียน Nurse Note ในครั้งต่อไป ไม่รู้สึกวุ่นวาย หรือหาข้อความในการเขียนเข้าใจง่ายขึ้น จะนำกลับไปปฏิบัติ และเขียนให้เข้าใจมากขึ้นกว่าเดิม
- ขอบคุณมากค่ะ ได้ความรู้ชัดเจน เข้าใจง่าย ได้ทดลองฝึกจริง มีการตอบคำถาม ทำให้เข้าใจมากขึ้น มีคู่มือที่จะแจก ทำให้ใช้เวลาในการคิด Focus น้อยลง เขียนง่าย สะดวกขึ้น ทำให้ตระหนักถึงการดำเนินงานอย่างมีหลักวิชาการ และการเขียนอย่างสอดคล้อง ต่อเนื่องกัน เห็นความก้าวหน้าของ ผู้ป่วยและการปฏิบัติของพยาบาล
- การอบรมนี้ดีมาก ๆ สามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี และคิดว่า จะเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ดีขึ้นแน่นอน
- จากการอบรมในครั้งนี้ ทำให้ได้เห็นได้ทราบ หลักการ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยมากขึ้น ได้ทราบจุดบกพร่องที่เคยมีมา และจะแก้ไขอย่างไรได้
- หลังการอบรม มีแนวทางในการเขียน Focus เข้าใจมากขึ้นและสามารถที่จะประเมินผู้ป่วยและเขียน Focus ตามความเป็นจริงได้มากขึ้น แต่ถ้ามีแนวทางการเขียนที่พิมพ์มาไว้ในการดูเป็นแนวทางจะดีมากยิ่งขึ้นช่วงแรก อาจเปิดดูคู่มือ แต่ถ้าเขียนถูกต้องบ่อยๆ ทำให้เราจำได้และเขียนได้ถูก และเร็วมากขึ้น ขอบคุณพิมพ์ที่มีแนวทางการเขียนดีๆให้ค่ะ
- เป็นการอบรมที่มีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานมากค่ะ ทำให้มีความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องมากขึ้น จะได้นำไปปรับใช้ในการทำงานเพื่อพัฒนางานในหอผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น การที่ทุกคนได้เข้ารับการอบรมเป็นผลดี จะได้มีความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน ขอบคุณค่ะ
- หลังจากการอบรมทำให้เข้าใจถึงบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting มากขึ้นสามารถนำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานได้จริง และประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม อารมณ์ให้ดีขึ้น รวมถึงการมองเห็นความต้องการของญาติ การมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มากขึ้น
- ได้รับแนวทางการเขียน Focus แบบสั้นๆตรงประเด็นมากขึ้น เข้าใจและจับประเด็นระหว่างการลงข้อมูลช่อง Focus กับ Assessment มากขึ้น ทำให้การเขียน Nurse Note สั้นและตรงประเด็นกับปัญหาผู้ป่วย ได้กลับไปทบทวนข้อบกพร่องในการวางแผนที่ยังขาดในเรื่องต่างๆมากขึ้น เช่นการส่งเสริมป้องกัน การวางแผนจำหน่ายร่วมกับครอบครัว

- มีความเข้าใจในการเขียน Focus และ Assessment มากขึ้นว่าต้องเขียนอย่างไร รู้สึกโล่งสบายไม่อึดอัดในการเขียน Nurse Note ขอขอบคุณพี่วิมลค่ะ ที่ให้ความรู้ความเข้าใจ ขอขอบคุณมากค่ะ
- ควรมีการอบรมทุกปี ได้ประโยชน์มากสามารถนำไปใช้ได้จริง มีความชัดเจนมากขึ้นในประเด็นที่ยังค้างคาใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- ควรมีการจัดให้พยาบาลทุกท่านได้สลับเปลี่ยนการ Audit Chart
- การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เขียนกระชับสั้นๆได้ใจความ เข้าใจง่ายกับคนอ่านจะทำให้พยาบาลประหยัดเวลาเพิ่มมากขึ้น
- จากการอบรมในวันนี้ทำให้ได้ความรู้ที่ถูกต้องในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทำให้เขียนปัญหาทางการแพทย์พยาบาลครอบคลุมมากขึ้น และการประเมินผลสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
- เข้าใจประเด็นการเขียน Nurse Note ที่กระชับ ชัดเจนมากขึ้น อาจารย์แนะนำการเขียนแบบสามารถกลับไปใช้ได้จริง รับทราบข้อบกพร่องของตนเองในการเขียน Nurse note มากขึ้น
- มีความเข้าใจในการเขียนการพยาบาลที่กระชับมากขึ้น การเขียนให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยทุกด้าน อยากให้มีการอบรมนี้ทุกปี เพื่อทบทวนการพยาบาล การอบรมนี้จะประโยชน์กับพยาบาลใหม่ด้วยค่ะ เพราะบางคนคิดข้อวินิจฉัยไม่ออก
- อยากให้มีการทบทวนแบบนี้ปีละ ๒ ครั้งเนื่องจากเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง
- ได้เรียนรู้การเขียน Nurse Note ที่ไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้เขียนง่ายขึ้น
- ควรเพิ่มเวลาในการอบรม เพราะการอบรมสร้างความเข้าใจต้องใช้เวลาเยอะ และการแชร์หรือสอบถามข้อสงสัยจะทำให้ได้พูดคุยพร้อมอธิบายจนสามารถทำให้เข้าใจได้ลึกซึ้งขึ้นค่ะ
- หลังจากเข้าอบรม มีความรู้ความเข้าใจหลัก และแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มมากขึ้น และทราบถึงจุดบกพร่องที่พบบ่อยในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- การอบรมครั้งนี้ทำให้รู้ถึงประเด็นปัญหาที่จะนำไปเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลได้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น
- จากการได้อบรมในครั้งนี้มีความเข้าใจในการบันทึกมากขึ้น แต่ยังคงคิดว่าต้องนำกลับไปฝึกฝนให้มากขึ้น ขอขอบคุณค่ะสำหรับการจัดกิจกรรมอบรมในครั้งนี้ มีประโยชน์มากค่ะ
- หลังจากได้รับการอบรม รู้สึกเข้าใจในการเขียนการพยาบาลมากขึ้น ทำให้มองเห็นข้อบกพร่องในการทำงานของตัวเองมากขึ้น และทำให้สามารถเขียนไปได้ในแนวทางที่ถูกต้องมากขึ้น มั่นใจในการเขียนได้มากขึ้น
- ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้น มีแนวทางการ Focus มากขึ้น พี่มลอธิบายเข้าใจง่าย บรรยากาศในการสอนดูไม่น่าเบื่อ มีความน่าสนใจ ขอขอบคุณค่ะ
- รู้สึกมีความมั่นใจในการเขียน Nurse Note มากขึ้น จากตอนแรกไม่รู้เทคนิคการเขียนให้สอดคล้องกับปัญหา ดีมากค่ะสำหรับน้องใหม่ ได้ความรู้เพิ่มขึ้นมากๆ ขอขอบคุณค่ะ
- สามารถนำความรู้ไปใช้ในการเขียน Nurse Note ได้อย่างเข้าใจมากขึ้น Focus ให้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละเคสได้เหมาะสม มีแนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยต่างๆ เขียนให้ครอบคลุม กาย จิต สังคม

- มีความเห็นด้วยกับการอบรมเพื่อพัฒนาความเป็นวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น อยากเสนอแนะเรื่องการตรวจ Chart ค่ะ คิดว่าน่าจะมีอ่านทีละข้อ และให้คะแนนไปพร้อมๆกันค่ะ เวลามีคนสงสัยหรือเข้าใจไม่ตรงกัน จะได้เข้าใจการให้คะแนนแต่ละข้อมาจากอะไรบ้างค่ะ
- มั่นใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น รู้สึกว่าจะเขียน Nurse Note ได้ง่ายมากขึ้น และสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยมากขึ้น
- มีความเข้าใจในการเขียน Nursing Care มากขึ้น และสอดคล้องระหว่างปัญหา และแผนการพยาบาลต้องไปในทิศทางเดียวกัน และหัวข้อของการ Audit Chart ว่ามีอะไรบ้างสามารถทำให้ Chart มีความ Complete มากขึ้น
- ควรมีการอบรมทบทวนเป็นระยะ เพื่อความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และเพื่อการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน



ภารกิจด้านการพยาบาล
วันที่ ๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๕
เวลา 10.10 น.

สำนักงานผู้อำนวยการ
วันที่ 23 มิ.ย. 2565
เวลา 15.39 น.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
เลขรับที่ 1112 / 65
เวลา 10.49
วันที่ 23 มิ.ย. ๒๕๖๕

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โทร.๐-๔๓๔๒-๔๕๐๐-๒ โทรสาร ๐-๔๓๔๒-๔๕๐๗
ที่ สธ.๐๓๑๒.๓/๑๑๗/๒ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์หนังสือคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ตามที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้จัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งมีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ครอบคลุมสารเสพติดหลัก สามารถใช้เป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดได้ ทั้งระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จึงขออนุมัติครุภัณฑ์หนังสือคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน ๖ เล่ม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดและใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลของแต่ละตึกผู้ป่วยของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณ

(นางจันทร์เพ็ญ มุลศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันฯ
- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นสมควรแจ้ง

เพื่อ ทราบ พิจารณา
 ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
ต่อไปด้วย

๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๕

ทราบ ชอบ
ดำเนินการได้

๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๕

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน
 การพยาบาลผู้ป่วยเมอด
 การพยาบาลผู้ป่วยใน
 วิชาการพยาบาล
 ชุมชน
 เพื่อโปรดทราบ
 เพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย
 เพื่อโปรดทราบ

(นางสาวเยาวเรศ นาคะโธอินสกุล)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
24 มิ.ย. 2565



ภารกิจด้านการพยาบาล
วันที่ 27 มิ.ย. 2566
เวลา 15.02 น.



สำนักงานผู้อำนวยการ
วันที่ 27 มิ.ย. 2566
เวลา - 0850 -

ผู้ติดตาม: พิศนภะชาติบรมราชชนนี
เลขที่รับที่ 2022, 66
10210 น
วันที่ 26 มิ.ย. 2566

ที่ พยบ. 018 / 2566

มหาวิทยาลัยปทุมธานี
140 หมู่ที่ 4 ตำบลบ้านกลาง
อำเภอเมือง ปทุมธานี 12000

17 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตนำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นตำราประกอบการสอน

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จึงใคร่ขออนุญาตนำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้แต่งโดย นางวิมล ลักขณาภิชนชัช ภารกิจการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นตำรารองใช้ในการเรียนการสอนรายวิชาดังกล่าว เพื่อประกอบการฝึกภาคปฏิบัติได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล และให้นักศึกษาได้ใช้ประสบการณ์ ตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันฯ

- เพื่อโปรดทราบ

- เห็นสมควรแจ้ง

ภ.วิมล ลักขณาภิชนชัช

เพื่อ ทราบ พิจารณา

ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ต่อไปด้วย

ทราบ ขอ
ดำเนินการได้

(นายลำซ่า ลักขณาภิชนชัช)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษา
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

27 มิ.ย. 66

คณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0- 2975- 6999 ต่อ 1605

<http://www.ptu.ac.th>

บน หัวหน้ากลุ่มงาน

การพยาบาลผู้ป่วยนอก

การพยาบาลผู้ป่วยใน

วิชาการพยาบาล

ชุมชน

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย

เพื่อโปรด.....

(นางสาวเยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล)
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางวิมล ลักขณาภิชนชัช วันเดือนปีเกิด ๒๘ เมษายน ๒๕๐๗

สถานที่เกิด จังหวัดฉะเชิงเทรา

การศึกษา

ปีที่จบการศึกษา	ระดับปริญญา	อักษรย่อปริญญาและชื่อเต็ม	สาขาวิชา	ชื่อสถาบันการศึกษา
๒๕๓๐	ตรี	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้น ๑	พยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง	วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
๒๕๓๓	ตรี	วิทยาศาสตร์บัณฑิต(วทบ.)	สาขาโภชนวิทยา	มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕๔๔	โท	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วทม.)	เอกสุขศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕๕๓	วุฒิปัตร	ผู้มีความรู้ความชำนาญในการ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)	การพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต	สภาการพยาบาล

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ๖๐๐/๗๔๖ ถ.พหลโยธิน ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ๑๒๑๓๐

สถานที่ทำงาน ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ตำแหน่งงานในปัจจุบัน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑ ๔๐๗๖๙๒๐

ชื่อ-สกุล นางฐาปณี ภาณุภาส วันเดือนปีเกิด ๒๓ เมษายน ๒๕๔๕
 สถานที่เกิด จังหวัดปทุมธานี
 การศึกษา

ปีที่จบการศึกษา	ระดับปริญญา	อักษรย่อปริญญาและชื่อเต็ม	สาขาวิชา	ชื่อสถาบันการศึกษา
๒๕๑๖	ประกาศนียบัตร	พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ชั้น ๑	พยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัยชั้น ๑	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
๒๕๒๐	อนุปริญญา	อนุปริญญาพยาบาล สาธารณสุข	พยาบาล สาธารณสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕๒๕	ตรี	วิทยาศาสตร์บัณฑิต(วทบ.)	สุขศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕๒๙	โท	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วทม.)	เอกสุขศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ๓๙/๕ หมู่ ๒ ถ.รังสิต - องค์กรักษ์ ต.บึงนาราง อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๑๐
 สถานที่ทำงาน ข้าราชการบำนาญ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
 ตำแหน่งงานในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ข้าราชการบำนาญ
 เบอร์โทรศัพท์ ๐๖๑ ๙๘๙ ๕๙๕๔

ชื่อ-สกุล นางสาวศศิภรณ์ วิงวอน วัน เดือน ปี เกิด ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๒๗

สถานที่เกิด จังหวัดปทุมธานี

การศึกษา

ปีที่จบการศึกษา	ระดับปริญญา	อักษรย่อปริญญาและชื่อเต็ม	สาขาวิชา	ชื่อสถาบันการศึกษา
๒๕๔๙	ตรี	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต	พยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจังหวัดนนทบุรี
๒๕๕๗	การพยาบาล เฉพาะทาง	การพยาบาลเฉพาะทางด้านยา เสพติด	การพยาบาลผู้ ใช้ยาและสารเสพติด	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
๒๕๖๔	โท	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	การพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ๒๖ ถ.รัฐอำนวย ต.บางปรอก อ.เมือง จ.ปทุมธานี ๑๒๐๐๐

สถานที่ทำงาน ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ตำแหน่งงานในปัจจุบัน หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด

เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓ ๙๘๙๔๖๑๖

ชื่อ-สกุล นางพิมพ์ อยุธยา วัน เดือน ปีเกิด ๕ กรกฎาคม ๒๕๐๖

สถานที่เกิด จังหวัดแพร่

การศึกษา

ปีที่จบการศึกษา	ระดับปริญญา	อักษรย่อปริญญาและชื่อเต็ม	สาขาวิชา	ชื่อสถาบันการศึกษา
๒๕๒๘	ประกาศนียบัตร	พยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น	การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับต้น	วิทยาลัยพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่
๒๕๓๓	ตรี	ศึกษาศาสตร์บัณฑิต	สุขศึกษา	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
๒๕๔๗	ตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง)	การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี
๒๕๕๓	วุฒิปัตร	การพยาบาลเฉพาะทาง	การพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด	สถาบันอัญญรักษ์ร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ๑๙/๕๐ หมู่ ๘ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี ๑๒๑๒๐

สถานที่ทำงาน ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี


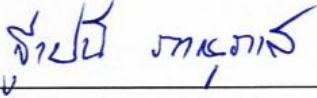

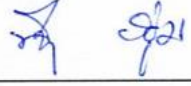
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙ ๒๓๕๔๔๖๙

หนังสือรับรองการมีส่วนร่วมในการวิจัย

วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

คณะผู้วิจัยที่มีรายชื่อต่อไปนี้ ขอรับรองว่ามีส่วนร่วมในการทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (Quality Improvement of Nursing Record for Drug Abuse Patients at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment ” ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล ผู้วิจัย	สัดส่วนการทำวิจัย (%)	ลายเซ็น
๑. นางวิมล ลักขณาภิชนชัช	๘๐	
๒. นางธัญปวี ภาณุภาส	๑๐	
๓. นางสาวศศิภรณ์ วิงวอน	๕	
๔. นางพิมพ์มา อยู่สม	๕	
รวม	๑๐๐	

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130
โทรศัพท์ 0 2531 0080 – 8 โทรสาร 0 2531 0085
www.pmnidat.go.th สายด่วนบำบัดยาเสพติด 1165