



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช เป็นการปฏิบัติตามแนวทางของทฤษฎีการพยาบาล และทฤษฎีอื่นที่อธิบายปรากฏการณ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบ มีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่พยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ด้วยหลักการแก้ปัญหาตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ การวางแผนการพยาบาล การนำแผนไปใช้ และการประเมินผล โดยมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยคือ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมผู้ป่วยที่ดีขึ้น (Townsend, 1993)

การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลนี้จะสื่อสารกันในระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพด้วยการรายงานและการจดบันทึก การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างสมบูรณ์แบบ พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการจดบันทึกให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และตรงเวลา บันทึกของผู้ป่วยจะต้องประกอบไปด้วยส่วนของการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (Craven and Hirnle, 1992) ตามที่ สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันพัฒนามาตรฐานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขึ้นใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 จนเสร็จสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2536 ตามมาตรฐานได้ให้แนวทางการบันทึกการพยาบาลให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล บันทึกกิจกรรมในส่วนของ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา การบำบัดทางจิต ครอบครัวยุติธรรม แผนการสอนการให้คำแนะนำ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ลงในแบบบันทึกไว้เป็นหมวดหมู่ (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536)

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารงานบริการพยาบาล เนื่องจากเป็นสิ่งที่ใช้เป็นหลักฐาน แสดงผลการปฏิบัติงานที่แน่ชัด ใช้อ้างอิงได้ และเป็นเครื่องแสดงถึงคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล (พวงทิพย์ เสงี่ยมือง , 2533) อีกทั้งบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นบันทึกที่มีความสำคัญทางด้านวิชาชีพ เนื่องจากจะสื่อสารถึงความรู้ ความสามารถของพยาบาล เอกสิทธิ์ทางการแพทย์พยาบาลและคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล ด้านความร่วมมือประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกัน ด้านการศึกษาวิจัย อันเป็นที่มาของความรู้ต่างๆทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านกฎหมาย เนื่องจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารทางกฎหมายที่ใช้ประกอบการพิจารณาคดี ชื่อเรียกห้องต่าง ๆ ทั้งของผู้ป่วย พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ ชื่อความที่ปรากฏในบันทึกจึงเป็นทั้งคุณและโทษกับผู้เกี่ยวข้อง (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดมนกุล , 2534) ถ้าการบันทึกนั้นมีประสิทธิภาพ และบันทึกได้อย่างถูกต้องตามหลักการ

ลักษณะของบันทึกที่มีประสิทธิภาพ (Potter and Perry , 1987 ; Potter , 1994) จะต้องมียุทธศาสตร์ดังนี้ คือ 1) บันทึกแต่ข้อมูลที่เป็นจริง ตรงตามที่พยาบาลรับรู้ได้จากประสาทสัมผัส โดยไม่แปลความหมายตามความรู้สึกของตน เช่นการบันทึกตามคำพูดที่ผู้ป่วยบอกเล่า 2) บันทึกมีความถูกต้อง ตรงตามจำนวนและเวลา ถูกต้องในการสะกดคำ การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ถูกต้องในการลงชื่อตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึก 3) มีความสมบูรณ์ของข้อมูลคือจะต้องบอกข้อมูลอื่น ๆ รวมด้วย เช่นเมื่อบันทึกลักษณะของอาการ ก็จะต้องบันทึกเกี่ยวกับระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการ อาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วยเป็นต้น 4) บันทึกมีความเป็นปัจจุบัน คือบันทึกข้อมูลทันทีเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 5) การบันทึกมีความเป็นระบบ คือการบันทึกข้อมูลจะบันทึกไว้อย่างเป็นหมวดหมู่ให้ครอบคลุมตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านทำความเข้าใจข้อมูลได้โดยง่าย 6) บันทึกมีความชัดเจน คือเขียนด้วยลายมือที่อ่านออกได้ง่าย สะอาดเป็นระเบียบ เขียนด้วยปากกาน้ำเงินหรือสีน้ำเงิน เพื่อแก้ไขต่อเติมไม่ได้ เป็นเอกสารที่ถาวร ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และ 7) บันทึกของผู้ป่วยจะต้องเก็บรักษาไว้เป็นความลับ นอกจากผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

แต่จากการศึกษา การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังมีความบกพร่องอยู่ ดังเช่นการศึกษาต่อไปนี้ สุชาติดา รัชกุล

(2528) วิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตกรุงเทพมหานคร” พบว่า เนื้อหาที่มีบันทึกในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ เนื้อหาที่เกี่ยวกับคำแนะนำ คำอธิบาย การได้รับความปลอดภัยหรือการการสันทนการต่าง ๆ มีการบันทึกน้อยมาก การเขียนบันทึกมีลักษณะเขียนสั้นๆและซ้ำจากเวรก่อน ๆ เนื้อหาที่บันทึกเน้นไปทางด้านกิจกรรมหรือวิธีการที่ได้ปฏิบัติในการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินผล เนื้อหาที่บันทึกเป็นเนื้อหาด้านพฤติกรรม หรือการแสดงออกที่มองเห็นทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ หรือความคิดเห็นของผู้ป่วย ลัดดา เชียงเห็น ( 2529) วิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล” พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ไม่สมบูรณ์ และระบุประเด็นปฏิบัติการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพไม่ถูกต้อง และ นิษฐิตา ลีนะขุนนางกูร (2530) วิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ : การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี” พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นของกระบวนการพยาบาล มีการใช้ขั้นการปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด และใช้ขั้นประเมินปัญหาของผู้ป่วยต่ำที่สุด

จากความบกพร่องและปัญหาที่พบของการบันทึกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีความจำเป็นที่การบันทึกทางการแพทย์จะต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง ซึ่งถ้าไม่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้วจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนั้นยังมีผลเสียต่อตัวพยาบาลเอง ต่อวิชาชีพ ทั้งทางด้านกฎหมายและจริยธรรม ปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์การบันทึกดังกล่าว ได้มีผู้พยายามที่จะแก้ไขปรับปรุง โดยมีการจัดโครงการอบรมความรู้ในฝ่ายการพยาบาลกันอยู่เนื่อง ๆ และมีผู้ทำการวิจัยเพื่อการพัฒนาในรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ขึ้นมาใช้ เช่น การวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (2534) เรื่อง “การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา” เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหมุนเวียนสมดุลง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา การวิจัยของพิชชุดา วิรัชพินทุ และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยพักค้างรอดูอาการ : ศึกษาเฉพาะกรณีศึกษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยให้มีความกระชับ

และสะดวกแก่การนำไปใช้ การวิจัยของพินิจ ปริชานนท์ และนวลลออ ศรีโพธิ์ทอง (2537) เรื่อง “ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด ต่อความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย” เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลต่อความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย ในห้องผ่าตัดหูดอกจุมก โรงพยาบาลรามาริบัติ

ส่วนทางด้านจิตเวช ก็ได้มีการศึกษาเพื่อการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล เช่นกัน ดังเช่น จารุวรรณ ต. สกุล และ ดารา ศัตรูลี (2536) วิจัยเรื่อง “การศึกษาติดตามประเมินผลโครงการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลจิตเวช” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาติดตามผลการบันทึกทางการพยาบาลจิตเวชภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องของการใช้รูปแบบการบันทึก ความสามารถในการบันทึกตามครรลองของกระบวนการพยาบาล ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการบันทึก ผลการวิจัยสรุปว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการพัฒนาความสามารถเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับการบันทึกเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ความสามารถในการตั้งปัญหาเป็นไปในรูปของรายการปัญหามากกว่ารูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาล จึงทำให้ไม่แน่ใจในการวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลตามแผน จะเห็นได้ว่าแม้จะได้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ แต่ก็ยังพบประสบปัญหาอยู่ เช่นไม่ได้้นำรูปแบบที่สร้างขึ้นมาใช้ในทางปฏิบัติ หรือเมื่อนำรูปแบบที่สร้างขึ้นมาใช้แล้ว แต่ยังขาดการติดตามและการประเมินผลที่ต่อเนื่อง และเนื่องจากการพยาบาลมีการพัฒนาและสถานการณ์แวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาและพัฒนาเป็นไปอย่าง ต่อเนื่อง

ลักษณะการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชของประเทศไทยในปัจจุบัน เช่น ที่โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา มีวิธีการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ เมื่อรับผู้ป่วยใหม่เข้ามาในหอผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคในเวรนั้นจะซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ตามหัวข้อในแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต ทั้งทางจิตและทางกาย ประวัติส่วนตัวและสุขนิสัยประจำวัน และการตรวจสภาวะทางจิต ลักษณะของแบบฟอร์มนี้มีทั้งเติมข้อความลงในช่องว่าง การเลือกตอบข้อที่ตรงกับอาการซักประวัติ เป็นต้น เมื่อซักประวัติเสร็จแล้ว พยาบาลจะระบุปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งบางแห่งเขียนในลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล บางแห่งเขียนเป็นอาการ อาการแสดง และบางแห่งเปิดโอกาสให้เขียน

ได้ทั้ง 2 แบบ และจะบันทึกลงในคาร์เด็กซ์ พร้อมทั้งวางแผนการพยาบาล เขียนด้วยดินสอ มีการลบแก้ไขเมื่อปัญหาผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป และต้องการปรับแผนการพยาบาลใหม่ มีการตรวจสอบทุกเวรและใช้เพื่อการรับส่งเวร คาร์เด็กซ์นี้จะแยกอยู่คนละส่วนกับแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจะถูกทิ้งไปเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ในขั้นของการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะบันทึกสภาพผู้ป่วย กิจกรรมที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย และประเมินผลบันทึกลงในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาล เป็นประจำทุกเวรในช่วงแรกรับ และจะบันทึกห่างออกไปเมื่ออาการของผู้ป่วยทุเลา อาจจะเป็นวันละ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง เดือนละ 1 - 2 ครั้ง เป็นต้น จะบันทึกถี่ขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ นอกจากนี้ยังมีแบบฟอร์มการบันทึกอื่น ๆ ประกอบอีกเพื่อบันทึกกิจกรรมประจำวัน เช่น บันทึกการตรวจสัญญาณชีพ บันทึกการทำกลุ่มบำบัด บันทึกการให้ยา แบบบันทึกสภาวะสมดุลย์ของเหลว เป็นต้น รวมอยู่ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยแฟ้มเดียวกัน และโรงพยาบาลบางแห่งมีแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่บางแห่งยังไม่มีแบบฟอร์มนี้

จากลักษณะของการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 3 แห่งดังกล่าว ยังขาดความครอบคลุมตามขั้นตอนของการบันทึก จะเห็นได้จากการประเมินผู้ป่วย เมื่อแรกรับในแบบฟอร์มประเมินภาวะสุขภาพไม่ครบทุกหัวข้อ เช่น การประเมินสภาวะทางจิต บางหัวข้อก็เขียนสั้น ๆ เขียนว่า "ปกติ" หรือเว้นว่างไว้ไม่ตอบ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยแล้วแบบประเมินนี้ก็ยังคงกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่วนการวางแผนการพยาบาลก็จะบันทึกลงในคาร์เด็กซ์ แยกต่างหาก บันทึกด้วยดินสอและลบแก้ไขเมื่อส่งเวร ทำให้การบันทึกแผนการพยาบาลนี้ไม่มีเก็บไว้เป็นหลักฐานที่ถาวร ส่วนการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล/ความก้าวหน้าของผู้ป่วยมีการบันทึกไม่สืบเนื่องกันทุกวัน จะบันทึกบ่อยเมื่อแรกรับ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง แสดงถึงการบันทึกที่ไม่ต่อเนื่อง และขาดการประเมินผลเป็นส่วนใหญ่ การลงชื่อผู้บันทึกบางครั้งเป็นลายเซ็นค่อนข้างยาก เมื่อเขียนผิดจะลบคำผิดด้วยน้ำยาลบคำผิด ทำให้บันทึกทางการพยาบาลยังบกพร่องที่ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในทางกฎหมายได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาต่อไป

ระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันมี 5 รูปแบบ (Iyer and Camp , 1995) ได้แก่ รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting) รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem - Oriented Charting) รูปแบบการบันทึกแบบ PIE ( PIE Charting)

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ (Focus Charting) รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีลักษณะ และข้อดี - ข้อเสียดังนี้

รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย เป็นรูปแบบการบันทึกที่พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย จะเขียนบรรยายหรือเล่าเรื่องราวในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวันตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้น ซึ่งง่ายต่อการบันทึกในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยบันทึกไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องพะวงถึงความถูกต้องตามกระบวนการของการบันทึก และสามารถใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย แต่มีข้อเสียคือค้นหาข้อมูลยาก เพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่ข้อมูล จึงไม่ทราบว่าจะหาข้อมูลต่าง ๆ สัมพันธ์กันอย่างไร

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAP (S = Subjective data , O = Objective data , A = Assessment , P = Plan) โดยมุ่งเน้นที่ปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รูปแบบการบันทึกนี้มีข้อดีคือมีโครงสร้างที่แน่นอนเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ต่อเนื่อง และเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ช่วยให้สามารถค้นหาข้อมูลและช่วยในการประเมินคุณภาพในการพยาบาลได้ง่ายขึ้น ส่วนข้อเสียได้แก่การบันทึกมีความซับซ้อน เช่นจะต้องเขียนปัญหาของผู้ป่วยทั้งในใบรายการปัญหา และแบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล เป็นต้น

รูปแบบการบันทึกแบบ PIE เป็นรูปแบบการบันทึกที่ใช้แนวความคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยส่วนของปัญหา (Problems) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) และจะใช้ร่วมกับแบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยประจำวัน (Daily Patient Assessment Sheet) ในการประเมินผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมง ซึ่งการบันทึกแบบนี้มีข้อดีคือบันทึกได้ง่ายเพราะใช้แผ่นบันทึกย่อยมาบันทึกในส่วนของการประเมินผู้ป่วยและบันทึกกิจกรรมพยาบาลประจำวัน ช่วยจัดความซ้ำซ้อนของข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วยถูกประเมินอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และพยาบาลจะต้องประเมินผลทุกครั้ง ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อเสียคือไม่มีการเขียนแผนการพยาบาลไว้อย่างชัดเจน จึงไม่ทราบทิศทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังอยู่โรงพยาบาลนาน ซึ่งปัญหาผู้ป่วยยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

รูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นที่ความต้องการ (Focus) ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ความต้องการ (Focus) ในที่นี้มีความหมายว่าสิ่งที่ เป็นทุกข์ ความกังวล ความห่วงใย (Concerns) หรือความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งมีความหมายกว้างกว่าคำว่า “ปัญหา” (Problem) ซึ่งมีความหมายไปในทางลบเพียงอย่างเดียว รูปแบบการบันทึกนี้จะบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ และส่วนของงานประจำของพยาบาล ในแผ่นบันทึกย่อย (Flow sheets) และบันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วยช่องสำหรับเขียน Focus และ DAR (Data , Action , Response) ซึ่งมีข้อดีคือ การบันทึกความก้าวหน้าเป็นหมวดหมู่ตามรูปแบบ DAR เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และช่วยให้การ ระบุถึงความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางบวกและทางลบ ไม่จำกัดแต่เฉพาะการหา ปัญหาของผู้ป่วยเท่านั้น แต่รูปแบบนี้ไม่มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลโดยเฉพาะ

รูปแบบการบันทึกแบบ CBE เป็นรูปแบบบันทึกที่นำแบบบันทึกย่อยต่าง ๆ มาใช้ ร่วมกัน และใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย รูปแบบบันทึกนี้มีข้อดีคือมีความสะดวกใน การบันทึก ลดเวลาในการเขียนและการรับ - ส่งเวชเพราะใช้สัญลักษณ์แทน สามารถเก็บไว้ ที่เตียงของผู้ป่วยได้ ส่วนข้อเสียคือการเปลี่ยนระบบการบันทึกจากเดิมมาใช้ระบบนี้ จะใช้ เวลาในการศึกษาที่ยาวนาน กระทบกระเทือนต่อการบันทึกแบบเดิมเป็นส่วนใหญ่ และยังมี ปัญหาเมื่อนำบันทึกนี้ไปใช้อ้างอิงในทางกฎหมาย การบันทึกยังมีความซ้ำซ้อนในบางจุด

เมื่อได้ประเมินถึงข้อดี ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทั้งหลายดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัย ได้เลือกรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา และรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการมาทดลอง ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย เพราะทั้งสองรูปแบบมีข้อดีคือ เป็นรูปแบบที่มี โครงสร้างที่แน่นอน ง่ายต่อการบันทึก การค้นหาข้อมูล และการทำความเข้าใจข้อมูล มี ขั้นตอนที่ต่อเนื่องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิด ของการบันทึกทั้ง 2 รูปแบบ มาพัฒนาให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาและมาตรฐานการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ให้มีความคล่องตัวในการบันทึก เหมาะสมกับการนำไปใช้ ในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งถ้าได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีก็จะช่วยให้เห็นถึง คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลจากการใช้รูปแบบการบันทึกทาง การพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบนี้ ในโรงพยาบาลจิตเวช

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการ กับรูปแบบที่มุ่งปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการ กับรูปแบบที่มุ่งปัญหา

### สมมติฐานของการวิจัย

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติการต่อผู้รับบริการซึ่งครอบคลุมถึงบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อผดุงหรือส่งเสริมความมีสุขภาพดีของผู้รับบริการ สนองต่อความต้องการพื้นฐาน ในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วย โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการจะมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการสังเกต สัมผัส ประคับประคอง สื่อสาร จัดการ สอน และดูแล ซึ่งจะกระทำอย่างมีระเบียบภายใต้ ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีรูปแบบ ขั้นตอน มีระบบระเบียบ และมีเจตนาเฉพาะ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์, 2533) และจะต้องลงบันทึกได้เป็นหลักฐานในทุกขั้นตอน นับตั้งแต่เริ่ม ประเมินปัญหา วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และแสดงความ เป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล

บันทึกทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2 รูปแบบ เพื่อต้องการศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึก คือ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการกับ รูปแบบที่มุ่งปัญหา ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ และระบบบันทึกที่มุ่งปัญหา จากโครงสร้างและกระบวนการของการบันทึกของทั้ง 2 รูปแบบ มีความแตกต่างกัน คือ รูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ จะประเมินผู้ป่วยรับใหม่ในแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ ต่อจากนั้นระบุ ความต้องการของผู้ป่วยในรูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ความต้องการของผู้ป่วย (Focus) ไม่ใช่เฉพาะแต่เป็นปัญหา (problems) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปทางลบเท่านั้น แต่ยังหมายถึง ความกังวล ห่วงใย ความสนใจ (concerns) ของผู้ป่วยด้วย (Iyer and Camp, 1995) โดยมุ่งให้ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยมีความเชื่อว่าบุคคลประกอบด้วย กาย จิต



และสังคม ไม่สามารถแยกออกเป็นอิสระจากกันได้ ขั้นต่อไปเป็นการเขียนแผนการพยาบาล โดยประเมินลำดับความสำคัญของความต้องการ ระบุจุดมุ่งหมาย เกณฑ์ประเมินผล กำหนด กิจกรรมการพยาบาล และเขียนบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลในรูปของ DAR คือ ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล ผลการตอบสนองต่อการพยาบาล และการรักษา (DATA, ACTION, RESPONSE) เขียนการประเมินผลโดยสรุปในแบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาลโดยการเขียนบรรยายสั้น ๆ ว่า ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และเขียนสรุปการจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การบันทึกจะมีความต่อเนื่องและครอบคลุมตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ส่วนรูปแบบบันทึกที่มุ่งปัญหา มีความแตกต่างจากการบันทึกในรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ ในส่วนของการเขียนแผนการพยาบาล คือ หลังจากรวบรวมข้อมูลและบันทึกลงในแบบฟอร์มประเมินภาวะสุขภาพแล้วพยาบาลจะระบุปัญหาของผู้ป่วยตามลำดับของการค้นพบปัญหา และเขียนในลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล คำว่า “ปัญหา” (problem) หมายถึง ส่วนที่ขาดหรือบกพร่องในการจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลคุ้นเคยกับการระบุปัญหาในรูปของวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือปัญหาทางด้านร่างกายมากกว่าปัญหาทางด้านจิตสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุชาติดา รัชชกุล (2528) พบว่าพยาบาลมีการบันทึกในด้านความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ และผลของการติดตามการใช้ระบบบันทึกแบบปัญหาทางการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่จะระบุปัญหาทางการแพทย์ หรือปัญหาทางด้านร่างกาย และมีการประเมินภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้น้อย (สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุภาณี กาญจนจारी, 2528) ต่อจากนั้นเขียนกิจกรรมการพยาบาลโดยไม่ต้องเขียนจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผลเหมือนในรูปแบบที่มุ่งความต้องการ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้การบันทึกรูปแบบมุ่งปัญหานี้ไม่ครอบคลุมตามขั้นตอนของการบันทึกโดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่วนการเขียนการประเมินผลโดยสรุป ให้ใช้คำว่า “SAME” เมื่อประเมินว่าปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง และคำว่า “OFF” เมื่อประเมินว่าปัญหายุติ แทนการเขียนบรรยาย ซึ่งเขียนได้ง่ายกว่า การเขียนประเมินผลโดยใช้รูปแบบบันทึกที่มุ่งความต้องการ ส่วนการเขียนบันทึกความก้าวหน้าและการเขียนบันทึกสรุปการจำหน่ายบันทึกเหมือนกันกับการใช้รูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ

ในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนการทดลองผู้วิจัยได้จัดโครงการอบรมความรู้ให้กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ให้สามารถบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้อย่างถูกต้องตาม หลักการของการบันทึกเพื่อให้บันทึกทางการแพทย์บาลนั้นมีความถูกต้องทางกฎหมาย สามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้

จากเหตุผลดังกล่าว จึงตั้งเป็นสมมติฐานของการวิจัยว่า

1. ประสิทธิภาพของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการบันทึกที่ มุ่งความต้องการมีความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก และความต่อเนื่องของ การบันทึก มากกว่ารูปแบบการบันทึกที่มุ่งปัญหา
2. ประสิทธิภาพของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการบันทึกที่ มุ่งความต้องการกับรูปแบบการบันทึกที่มุ่งปัญหาในด้านความถูกต้องทางกฎหมาย ไม่แตกต่างกัน
3. ประสิทธิภาพของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการบันทึกที่ มุ่งปัญหาในด้านความคล่องตัวในการบันทึก มากกว่า รูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ

#### ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ เป็นพยาบาลระดับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปชาย / หญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 28 คน ผู้วิจัยได้ทำการทดลองที่หอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปแผนกชาย/หญิง จำนวน 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยราชสาทิศ ราชพฤกษ์ 2 ลดาวัลย์ และบานบุรี ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

#### 2. ตัวแปรที่จะศึกษา

ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการ กับ รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งปัญหา ซึ่งแต่ละรูปแบบประกอบด้วย 4 แบบฟอร์ม คือ แบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้า และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย

ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพของการบันทึก ซึ่งในการวิจัยนี้จะพิจารณาผลใน 4 เรื่อง ได้แก่

- ความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก
- ความต่อเนื่องของการบันทึก

- ความคล่องตัวในการบันทึก
- ความถูกต้องทางกฎหมาย

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ลักษณะงานและการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย จิตเวชที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อประสิทธิภาพของการบันทึกทางการพยาบาล
2. การบันทึกทางการพยาบาลโดยพยาบาลเทคนิคซึ่งกระทำภายใต้การควบคุม กำกับของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าเวรในเวรนั้น หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย นับว่าเป็นบันทึกทางการพยาบาลที่นำมาวิเคราะห์ได้เช่นเดียวกับการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การบันทึกทางการพยาบาล** หมายถึง การที่พยาบาลจิตเวชเขียนบรรยายข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาลและการรักษา ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวรและทุกวันจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลลงในแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment Form) แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan Form) แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary Form)

**รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ** หมายถึง แบบของการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล มุ่งเน้นการบันทึกความทุกข์ ความกังวลห่วงใย ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ เป็นศูนย์กลางในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยแบบฟอร์มบันทึกย่อย 4 ชุด ซึ่งมีลักษณะและวิธีการบันทึกดังนี้

1. แบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment Form) คือแบบรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความคาดหวังต่อการมาโรงพยาบาลครั้งนี้ สภาพชีวิตของบุคคลในปัจจุบัน และแบบแผนการดำรงชีวิตในอดีต ใช้กับผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย
2. แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan Form) คือแผนบันทึกที่ใช้เขียนความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในรูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดเรียง

ลำดับตามความสำคัญของความต้องการ จุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลโดย เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3. แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) คือ แผ่นบันทึกที่พยาบาลใช้เขียนการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย ผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลและการนำบัตรรักษาในรูปของ "DAR" หรือ "ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนอง" (Data, Action, Response) เวนระ 1 ครั้ง เมื่ออาการค่อนข้างคงที่หรือบ่อยครั้งขึ้นอยู่กับอาการที่เปลี่ยนแปลงไป

4. แบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary Form) คือ แผ่นบันทึกที่พยาบาลใช้เขียนสรุปอาการ การพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ การสอนสุขภาพ การส่งต่อการนัดมาตรวจ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

**รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งปัญหา** หมายถึง แบบของการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลมุ่งเน้นการบันทึกที่การขาดหรือความบกพร่องในการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยแบบฟอร์ม 4 ชุดซึ่งมีลักษณะและวิธีการบันทึกดังนี้

1. แบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment Form) มีลักษณะแบบฟอร์มและวิธีการบันทึก เช่นเดียวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ

2. แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan Form) คือ แบบบันทึกที่ใช้เขียนปัญหาของผู้ป่วย เรียงตามลำดับที่พบปัญหา โดยเขียนในรูปของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลทางการพยาบาล โดยเขียนคำว่า "same" เมื่อปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง และคำว่า "off" เมื่อปัญหาเดิมยุติหรือเปลี่ยนไป

3. แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) คือ มีลักษณะแบบฟอร์มและวิธีการบันทึกเช่นเดียวกับรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ

4. แบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary Form) มีลักษณะแบบฟอร์มและวิธีการบันทึกเช่นเดียวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ

**ประสิทธิผลของการบันทึก** หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นหรือปรากฏเป็นหลักฐานหรือเป็นปฏิกริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นกับพยาบาลผู้บันทึก ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการที่พยาบาลบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งในการวิจัยนี้จะพิจารณา

จากประสิทธิผลใน 4 เรื่อง ได้แก่ ความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก ความคล่องตัวในการบันทึก ความถูกต้องทางกฎหมาย

**ความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก** หมายถึง ประสิทธิผลที่เกิดจากการบันทึกในเรื่องที่แสดงว่ามีการบันทึกข้อมูลไว้ครบถ้วนและสอดคล้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการบันทึกตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การระบุปัญหา หรือความต้องการทางการแพทย์ กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลในความก้าวหน้าในการพยาบาลและการรักษาและสรุปจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สามารถวัดได้โดยใช้แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก

**ความต่อเนื่องของการบันทึก** หมายถึง ประสิทธิผลที่เกิดจากการบันทึกในเรื่องที่แสดงว่ามีการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนสืบเนื่องกันตามกระบวนการของบันทึกทุกเวอร์ ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การระบุปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยสามารถวัดได้โดยใช้แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

**ความคล่องตัวในการบันทึก** หมายถึง ประสิทธิผลที่เกิดจากการบันทึกในเรื่องที่แสดงว่ามีความสะดวกรวดเร็ว และเข้าใจง่ายในการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ลงในแบบบันทึก ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถวัดความคล่องตัวในการบันทึก โดยให้พยาบาลผู้บันทึกตอบแบบสอบถามวัดความคล่องตัวในการบันทึก

**ความถูกต้องทางกฎหมาย** หมายถึง ประสิทธิผลที่เกิดจากการบันทึกในเรื่องที่แสดงว่ามีการบันทึกที่ชัดเจนในการสื่อความหมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย ปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ การระบุชื่อ สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึกหลังจากบันทึกเสร็จแล้วทุกครั้ง ใช้เป็นหลักฐานทางเอกสารที่ถาวร แก่ไขและเติมข้อความใด ๆ ลงไปไม่ได้ สามารถวัดได้โดยใช้แบบตรวจสอบความถูกต้องของการเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

โรงพยาบาลจิตเวช หมายถึง หน่วยงานราชการกองสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการส่งเสริมป้องกัน ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลเพื่อผู้บริหารของโรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่ง นำไปปรับเพื่อความเหมาะสมกับการใช้งานในหน่วยงานของตน
2. เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิจัยค้นคว้าในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย