

การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบแผนผู้ป่วยใน
ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกผู้ป่วยใน
ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

นางสาวดิวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุรชาติ ณ หนองคาย,
Psy.D.(Management)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์สุจิตต์ สุจิรัตน์,
วท.ม.(ชีวสถิติ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกผู้ป่วยใน
ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

นางสาวรวินต์ กิตติชัยเศรษฐ์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ดุสิต สุจิรารัตน์,
วท.ม.(ชีวสถิติ)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นิตยา เพ็ญศิริรักษา,
พย.บ., วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), ส.ค.(สุขศึกษา)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ปัทมา ศรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุรชาติ ณ หนองคาย,
Psy.D.(Management)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ฅ หนองคาย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา ศรีเดช และรองศาสตราจารย์ดุสิต สุจิรารัตน์ทุกท่าน ได้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ติดตามการทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่อง และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงในความกรุณาของท่านไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข ดร.ยุวดี เกดสัมพันธ์ และนางละมัยพร โลหิตโยธิน ซึ่งเสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่อนุญาตและสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ รวมถึงแพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน แพทย์หญิงชลฤดี ศรีสุภผล คุณวรรณวส อินทร คุณพัชรินทร์ สรไชยเมธา หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล และบุคลากรทุกคนในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นอย่างดีจนการวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่อบรมสั่งสอนให้มีความพากเพียร อดทนในการฝ่าฟันอุปสรรคทั้งปวง เพื่อความสำเร็จในชีวิตและหน้าที่การงาน รวมถึงพี่ชายที่ให้ความช่วยเหลือ พี่ ๆ และเพื่อนนักศึกษาสาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุขที่เป็นกำลังใจ และบุคคลที่ผู้วิจัยมิได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนช่วยในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์

การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์แห่งชาติ

THE EVALUATION OF THE USAGE OF NURSING DOCUMENTATION IN IN-PATIENT
DEPARTMENT AT SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE

รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ 5336645 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุรชาติ ณ หนองคาย, Psy.D. (MANAGEMENT), ปิยธิดา ศรีเดช, ศ.ด., คุณิต
สุจิรารัตน์, วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการ
พยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 25 คน และบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 30 แฟ้ม เลือก
ตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย
แบบฟอร์ม 6 แบบ มีระยะเวลาดำเนินการใช้ 3 เดือน คือ เดือนกันยายน ตุลาคม และพฤศจิกายน 2556 2) แบบตรวจสอบ
คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการ
บันทึกทางการพยาบาล เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามความ
พึงพอใจผ่านการทดสอบความเที่ยงได้ค่า = 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยของ
คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของ
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์ม ทดสอบความแตกต่างด้วยค่าสถิติที แบบ 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) เมื่อประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้าน
ความครอบคลุมตามกระบวนการ ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก
พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมทั้ง 3 ด้าน ของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่า
คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม พบว่า
พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มเดิม กล่าวโดยสรุป คือ การบันทึกด้วย
แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าการบันทึกด้วยแบบฟอร์มเดิม และพยาบาล
วิชาชีพมีความพึงพอใจในการบันทึกด้วยแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าการบันทึกด้วยแบบฟอร์มเดิม ข้อเสนอแนะ
จากการวิจัย คือ ควรมีการพัฒนาบุคลากร เสริมสร้างความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการประเมินภาวะ
สุขภาพผู้ป่วยและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเห็น
ความสำคัญในการเขียนบันทึก ควรมีคู่มือการบันทึก นอกจากนี้ควรมีการจัดระบบการตรวจสอบประเมินผลการ
บันทึก เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพการบันทึกและการพยาบาล

คำสำคัญ: แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล / แผนกผู้ป่วยใน / การบันทึกทางการพยาบาล

THE EVALUATION OF THE USAGE OF NURSING DOCUMENTATION IN IN-PATIENT DEPARTMENT AT SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE

RADIWAN KITTICHAISED 5336645 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) PROGRAM IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SURACHART NA NONGKHAI, Psy.D. (MANAGEMENT), PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H. DUSIT SUJIRARAT, M.Sc. (BIOSTATISTICS)

ABSTRACT

This is an evaluative research study with the following objectives: (a) to evaluate the quality of the nursing documentation form formats; (b) to evaluate the satisfaction of professional nurses regarding the usage of nursing documentation form formats.

The studied sample were 25 professional nurses. 30 patients' nursing documentation form formats of which fifteen nursing documentation form formats used prior to modifications, and fifteen used after the new documentation format were implemented.

The research instruments used were (I) nursing documentation form formats consisting of 6 different mini varied formats form. Format evaluation (1) Nursing Admission Assessment Form, (2) Admission Primary Nursing Assessment Form, (3) Nursing Focus List Form, (4) Daily Nursing Activity Check List Form, (5) Focus Progress Note Form, and (6) Nursing Discharge Planning and Nursing Discharge Summary Form were distributed during the months of September, October, November 2556 B.E. (II) the nursing Documentation Format Audit form, and (III) a questionnaire surveying professional nurse's satisfaction of nursing documentation form formats. The research instrument was approved for content validity by 3 experts. The relevancy of questionnaire was tested, and the Cronbach alpha coefficient was 0.93. Data were statistically analyzed using Whitney U Test to compare quality of nursing document format and Paired t-test to compare mean value of professional nurse's satisfaction with the developed nursing documentation format.

The study found that the mean score of the quality of new nursing documentation format in three aspects: coverage, accuracy and continuity of recording were higher than of the former format with statistical significance. An average score reflecting the satisfaction of professional nurses of the newly format was higher than the formerly used format. The study found that the quality of documenting of the newly developed nursing documentation form formats was higher than the former one, and professional nurses were more satisfied with the new format. The research recommendation are that a personnel development program should be established to increase the knowledge and capability levels of the professional nurses regarding the health assessment of the patient and nursing documentation, create incentive and motivation for the nurses to be more aware of the importance of nursing documentation and manual for documentation. There should also be a system for the evaluation of nursing documentation should also be in placed in order to establish a quality control system for nursing documentation.

KEY WORDS: IN-PATIENT NURSING RECORD FORMS / NURSING RECORDS

169 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ส่วนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีการประเมินผล.....	11
ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีการบันทึกทางการพยาบาล.....	13
ส่วนที่ 3 ลักษณะของบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ และรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล.....	16
ส่วนที่ 4 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ.....	25
ส่วนที่ 5 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล.....	38
ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	48

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	51
3.2 พื้นที่วิจัย.....	52
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	52
3.4 การดำเนินการวิจัย.....	53
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
3.6 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	59
3.7 การเก็บและรวบรวมข้อมูล.....	60
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
ตอนที่ 2 ผลของการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์.....	68
บทที่ 5 อภิปราย.....	83
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	90
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	98
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	107
บรรณานุกรม.....	116
ภาคผนวก.....	120
ประวัติผู้วิจัย.....	169

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล....	66
4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน.....	68
4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์ม ที่พัฒนาขึ้นจำแนกเป็นรายด้าน.....	69
4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ.....	70
4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้าน ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ.....	74
4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก จำแนกเป็นรายด้าน.....	76
4.7	ค่าเฉลี่ยต่อรายข้อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพของการบันทึกทาง การพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก จำแนกเป็นรายข้อ.....	77
4.8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและ หลังการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน.....	79
4.9	เปรียบเทียบความพึงพอใจรายข้อของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทาง การพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น.....	79
4.10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบฟอร์ม การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น.....	82

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
2.1	กรอบการดำเนินการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล.....	49
2.2	สรุปขั้นตอนการวิจัย.....	50
3.1	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มาตรฐานคุณภาพของการบริการสุขภาพเป็นหัวใจที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่รับรองว่าการบริการนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา การทำงานเป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับและมีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด เป็นการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การนำโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งการที่มีระบบประกันคุณภาพจึงสร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้และผู้ให้บริการว่า การรักษาพยาบาลนั้นมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด มีความปลอดภัยและเชื่อถือได้ ดังนั้น การประกันคุณภาพและปรับปรุงคุณภาพเป็นภารกิจที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาให้มากขึ้น สำหรับการประกันคุณภาพการพยาบาล ถือเป็นกระบวนการสำคัญของการประเมินผลความเป็นเลิศทางการพยาบาลจากผลลัพธ์ของการให้การดูแลผู้ป่วย⁽¹⁾

การประกันคุณภาพการพยาบาลและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล จัดเป็นหน้าที่รับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาลในการอำนวยความสะดวกให้มีการปรับปรุงคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้มีการปฏิบัติที่สอดคล้องตามมาตรฐานของวิชาชีพ ในการประกันคุณภาพต้องมีระบบตรวจสอบ และในการควบคุมคุณภาพบริการนั้นจะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพบริการจากผู้ให้บริการ ผู้บริหาร ระบบงาน และตรวจสอบจากรายงานการบันทึกทางการพยาบาลตามหลักเกณฑ์ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดวิธีการประเมินผล เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของการพยาบาลไว้ 2 วิธี คือ การตรวจสอบขณะที่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลดำเนินการให้การพยาบาลผู้ป่วย และการตรวจสอบย้อนหลังจากบันทึกรายงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เช่น จากแผนการพยาบาล รายงานการพยาบาล⁽²⁾

ปัจจุบันการควบคุมคุณภาพการพยาบาล สามารถจัดทำและตรวจสอบได้หลายรูปแบบ เช่น การจัดทำมาตรฐานการพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย เพราะสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับการตรวจสอบได้⁽³⁾ ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญที่สุดของพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลที่มีความครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล จะสามารถบอกถึงคุณภาพของการพยาบาลได้^{(4),(5)}

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ และเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ การปฏิบัติงานของพยาบาลต้องใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาล โดยมีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบและนำไปสู่การช่วยเหลือแก้ไขปัญหสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง กระบวนการทำงานนั้นคือ กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาล⁽⁵⁾ กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจึงมีความสำคัญยิ่งในการสร้างคุณภาพบริการสุขภาพ ซึ่งลักษณะการทำงานของพยาบาลต้องทำงานเป็นทีม เป็นงานต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง และการทำงานเป็นทีมจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี การสื่อสารที่พยาบาลใช้ในการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและแสดงถึงวิชาชีพ คือ บันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญ คือ (1) เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในทีมพยาบาล รวมถึงทีมสุขภาพและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ (2) เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการบันทึกไว้เป็นหลักฐานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลและในทางกฎหมาย⁽⁷⁾ (3) เป็นส่วนสำคัญในการบริการทางวิชาชีพที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างการปฏิบัติและการประเมินผล⁽⁸⁾ (4) บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสามารถใช้เป็นหลักฐานในการประเมินคุณภาพการพยาบาล⁽⁹⁾

แต่ในปัจจุบันยังพบปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เช่น มีการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ขาดความสมบูรณ์ และไม่ใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลส่วนใหญ่บันทึกเฉพาะวิธีการพยาบาลที่ให้ผู้ปวยมากกว่าการคิดวิเคราะห์เพื่อสื่อให้เห็นถึงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล⁽¹⁰⁾ การบันทึกทางการพยาบาล แม้จะมีความสำคัญมาก แต่การบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังบกพร่อง ไม่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลได้เต็มที่ ซึ่งจากการศึกษาปัญหาของศูนย์สิรินธร ฯ พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล คือ ด้านการบันทึก ด้านภาระงาน และทัศนคติ

ปัญหาการบันทึกด้านการบันทึก คือ การบันทึกไม่ได้มาตรฐาน นำไปใช้ประโยชน์ได้น้อย ขาดความถูกต้องตามหลักการบันทึก อีกทั้งยังพบว่าการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดความชัดเจนต่อเนื่อง มีความหลากหลายของแบบฟอร์มการบันทึก การที่รูปแบบการบันทึกไม่ชัดเจนแบบบันทึกยุ่งยากซ้ำซ้อนทำให้เสียเวลาในการบันทึก⁽¹¹⁾

ปัญหาการบันทึกด้านภาระงาน คือ ในสภาพความเป็นจริงพบว่าพยาบาลไม่มีเวลาในการบันทึกอย่างเต็มที่เนื่องจากมีภาระงานมากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของจรัญญาณี ภูวสันติ⁽¹¹⁾ พบว่า ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่มาจาก พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เอกสารมีจำนวนมากต้องใช้เวลาในการบันทึก และมีภาระงานมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เบรนดส์⁽¹²⁾ พบว่า พยาบาลใช้เวลาหนึ่งในสามของการทำงานประจำในการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง

ปัญหาการบันทึกด้านทัศนคติ จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในแง่ลบเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งจากผลการวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข⁽¹³⁾ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถของพยาบาล ขาดแรงจูงใจ และความมั่นใจในการบันทึก 2) กิจกรรมการพยาบาลขาดประสิทธิภาพ และ 3) ระบบการตรวจสอบการบันทึก และการนิเทศยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรศิริ พันธสี รัชนี้ นามจันทรา และอรพินท์ สีขาว⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ทัศนคติในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับต่ำที่สุด โดยพยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น และข้อความของข้อวินิจฉัยการพยาบาลใช้ภาษาที่เข้าใจยากทำให้ไม่อยากเขียนบันทึก

จากปัญหาที่กล่าวมาพบว่า แต่ละโรงพยาบาลมีการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ในรูปแบบต่าง ๆ ตามบริบทของตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบการให้บริการสุขภาพและบริการพยาบาล ซึ่งศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติก็มีประเด็นปัญหาด้านการบันทึกทางการแพทย์ที่ต้องมีการพัฒนาเช่นกัน

ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จัดตั้งขึ้นด้วยความร่วมมือของมูลนิธิสายใจไทยและ National Rehabilitation Center for the disabled, Japan โดยมีฐานะเป็นกองหนึ่งของกรมการแพทย์ ตามพระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2531 ระยะแรกเปิดดำเนินการด้านวิชาการและได้อัญเชิญพระนามาภิไธยในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นชื่อศูนย์ว่า “ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ” เมื่อ พ.ศ.2534 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการได้เริ่มใน พ.ศ.2537 โดยเริ่มเปิดบริการผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยในเปิดในปี พ.ศ.2538 จำนวน 30 เตียง และเพิ่มเป็น 48 เตียงในปี พ.ศ. 2539 ทั้งนี้ได้เปิดอย่างเป็นทางการโดยมีองค์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เสด็จมาเป็นองค์ประธานเมื่อ พ.ศ. 2543

ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้เริ่มกิจกรรมด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และมีความมุ่งมั่นในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน พัฒนาระบบงานมาโดยตลอด โดยนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ เป็นระบบการมอบหมายงานที่มุ่งเน้นการให้การพยาบาลที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และในขณะเดียวกันก็เป็นระบบการมอบหมายงานที่มีการสร้างคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย โดยในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นเพื่อให้มีมาตรฐานในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยคนพิการแต่พบปัญหาด้านความรู้ในการทำแบบประเมิน ดังนั้นในปี พ.ศ.2553 ได้มีการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลเจ้าของไข้โดยการพัฒนาองค์ความรู้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถิติการ

ประเมินซึ่งเป็นการประเมินในเชิงปริมาณ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 พบว่าความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์มีความสมบูรณ์มากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ในปี พ.ศ.2554 คะแนนของมาตรฐานการพยาบาลเจ้าของใช้สูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ.2553 ศูนย์สรีรฯ ๑ ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยได้รับประเด็นข้อเสนอแนะให้พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์และปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกให้เหมาะสมและมีคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านการบันทึกทางการแพทย์ฟื้นฟูสภาพ เพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ.2555 ได้มีการประเมินเชิงคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์ พบว่า อยู่ในระดับต่ำ คือ ต่ำกว่า 60% ดังนั้นในช่วงของปี 2556 กลุ่มภารกิจบริการวิชาการจึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบการเขียนบันทึกทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับรูปแบบของสภาการพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมในการรองรับการ Audit ของสภาการพยาบาล โดยการปรับปรุงรูปแบบการเขียนบันทึกทางการแพทย์เป็นแบบ F-A-I-E (Focus - Assessment - Intervention - Evaluation) ซึ่งสิ้นกระชั้นใช้เวลาในการเขียนบันทึกน้อยสามารถสื่อให้สหวิชาชีพทราบ⁽¹⁵⁾

แบบบันทึกทางการแพทย์เป็นมาตรฐานการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลในองค์กร ดังนั้น ในการจัดทำแบบบันทึกทางการแพทย์จะต้องคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานของแบบบันทึกทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึก⁽¹⁶⁾ ซึ่งในด้านคุณภาพมาตรฐานของแบบบันทึก พบประเด็นแนะนำระหว่างเยี่ยมสำรวจ คือ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังขาดคุณภาพในมุมมองของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่ามีการติดตามบันทึกทางการแพทย์ เน้นการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งพบว่าเป็นการประเมินในเชิงปริมาณ ยังไม่มีการประเมินที่สามารถสะท้อนคุณภาพการบันทึก ที่อาจนำมาใช้ประโยชน์ในการเพิ่มทักษะและพัฒนากระบวนการได้ ส่วนด้านความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึก พบว่าจากการวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แล้วพบประเด็นปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ ปัญหาด้านแบบฟอร์ม และปัญหาด้านทัศนคติ

ปัญหาด้านแบบฟอร์ม จากการสำรวจพบว่า เอกสารบันทึกทางการแพทย์ที่ต้องประเมินและเขียนบันทึกมีปริมาณมาก และพยาบาลต้องใช้เวลาในการเขียนบันทึกนาน ส่งผลให้ทำไม่ทัน ต้องใช้เวลาในวันหยุดส่วนตัวมาทำแบบบันทึกให้สมบูรณ์

ปัญหาด้านทัศนคติ จากการสำรวจพบว่า พยาบาลส่วนมากมีความพึงพอใจต่อบันทึกทางการแพทย์น้อย โดยเห็นว่าเสียเวลาในการบันทึก เพราะจำนวนเอกสารมีเยอะ ไม่มีเนื้อหาสาระที่เป็นแก่นสาร ตลอดจนไม่มีใครสนใจอ่านเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีข้อเสนอแนะที่เสนอในงานวิจัยของรัตนฯ ขวคำมา⁽¹⁷⁾ เรื่องการพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ว่าผู้บริหารควรให้ผู้ป่วยปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการ

บันทึก เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความพึงพอใจ และมีทัศนคติที่ดี ให้ความร่วมมือในการบันทึกทางการแพทย์ จึงได้มีการศึกษาความต้องการในการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ของศูนย์สรีรฯ ที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์ พบว่ามีความต้องการ ดังนี้

1. โครงสร้างการบันทึก ต้องการทั้งแบบที่เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และมีการเติมคำในช่องว่าง โดยสามารถบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
2. แบบบันทึกแต่ละแบบต้องไม่ใช้เวลาในการบันทึกมาก แต่สื่อความหมายได้ชัดเจนตั้งแต่แรกจับจ้องกระทันหัน และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ถูกต้อง
3. ควรมีคู่มือการบันทึกและตัวอย่างการบันทึก โดยมีขั้นตอนการบันทึกตามกระบวนการบันทึกอย่างต่อเนื่องทุกวันทุกเวร และแสดงให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล
4. ต้องการคู่มือหรือตัวอย่าง การวางแผนการพยาบาลตามกลุ่มอาการหรือตามกลุ่มโรคผู้ป่วย

จากสภาพปัญหา ความต้องการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน ของศูนย์-สรีรฯ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนประเด็นแนะนำจากการเยี่ยมชมสำรวจ และประเด็นข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานบริการผู้ป่วยในเล็งเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน จึงนำปัญหาดังกล่าวมาประชุมปรึกษาหารือในการช่วยลดเวลาในการทำแบบประเมินให้น้อยลงไม่ต้องใช้วันหยุดส่วนตัวและมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และเพื่อให้บันทึกทางการแพทย์เป็นที่ยอมรับของบุคลากรในทีมสุขภาพ ส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาล จึงมีการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ขึ้น โดยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นร่วมกันอย่างเป็นระบบ นำมาสู่การปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นนี้ จึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สรีรฯ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ โดยผลการศึกษาจะใช้เป็นแนวทางที่ช่วยให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ เป็นการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้

ได้คุณภาพการบันทึกที่ดีและเป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ อันจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อศูนย์สิรินธรฯ ในการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นดีกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิม
2. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิม

ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการดำเนินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น คือ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Assessment Form) แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ (Admission Primary Nursing Assessment Form) แบบฟอร์มแผนการพยาบาล และแบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting (Nursing Care Plan Form and Nursing Focus List) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (Daily nursing activity checklist form) แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Focus Progress Note) แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning) และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Summary) โดยไม่ก้าวล้ำไปถึงแบบฟอร์มที่ใช้เหมือนกันทั้งก่อนและหลังการพัฒนา คือ ฟอร์มปรอท บันทึกการให้ยา และบันทึกย่อยต่าง ๆ (Flow sheets)
2. กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง และผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้แบบฟอร์ม จำนวนทั้งสิ้น 25 คน
3. แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ใช้สำหรับแผนกผู้ป่วยใน ของ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 3 เดือน

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้ คือ

การประเมินผล หมายถึง กระบวนการในการวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลในด้านความครอบคลุม ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และวัดความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลของแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยมีตัวบ่งชี้ที่ชัดเจน และมีเกณฑ์การเปรียบเทียบ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระดับตติยภูมิ ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

แผนกผู้ป่วยใน หมายถึง หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ให้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเพื่อพักรักษาฟื้นฟู และเป็นพื้นที่วิจัยในการดำเนินการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Records) หมายถึง การเขียนบรรยายข้อมูลของผู้ป่วย เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการ

พยาบาล ผลของการปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล โดยบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลต่อเนื่องกันทุกวันและทุกเวร จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record Form) หมายถึง แบบฟอร์มและวิธีการบันทึกทางการพยาบาล ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดและหลักการของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิม หมายถึง แบบฟอร์มและวิธีการบันทึกที่ใช้ก่อนการพัฒนา ประกอบด้วย แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ (Admission Primary Nursing Assessment Form) แบบฟอร์มรายการปัญหาและแผนการพยาบาล (Problem List and Nursing Care Plan Form) แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress Nurse's Note) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning) และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Summary)

แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มใหม่ หมายถึง แบบฟอร์มและวิธีการบันทึกที่สร้างขึ้นใหม่ ประกอบด้วยแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Assessment Form) แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ (Admission Primary Nursing Assessment Form) แบบฟอร์มแผนการพยาบาลและรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting (Nursing Care Plan Form and Nursing Focus List) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (Daily nursing activity checklist form) แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Focus Progress Note) แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning) และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Summary)

แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Assessment Form) หมายถึง แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล โดยมีการประเมินผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ สภาพทั่วไปของผู้ใช้บริการเมื่อแรกรับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร และโรคประจำตัว

แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ (Admission Primary Nursing Assessment Form) หมายถึง แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ข้อมูลที่รวบรวมได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การได้รับการผ่าตัดการประเมินสภาพร่างกาย การประเมินสภาพจิตใจและสังคม รวมทั้งการตรวจวินิจฉัย และเป้าหมายการรักษา

แบบฟอร์มแผนการพยาบาลและแบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting (Nursing Care Plan Form and Nursing Focus List) หมายถึง แบบฟอร์มบันทึกที่พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยบันทึกในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลซึ่ง ประกอบด้วย ปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ส่วนแบบฟอร์มรายการปัญหาเป็นแบบฟอร์มที่บันทึกประเด็นสำคัญ (Focus) ของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย บันทึกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการให้การพยาบาล (Goals/Outcomes) โดยมีการระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดของปัญหา

แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (Daily nursing activity checklist form) หมายถึง แบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยประจำวันในลักษณะ checklist แบ่งเป็น 8 หมวด คือ 1)Hygiene 2)Nutrition 3)Activity 4)Elimination 5)Safety 6)Psychosocial Support 7)Special care 8)Coordination

แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Focus Progress Note) หมายถึง แบบฟอร์มที่บันทึกประเด็นสำคัญ (Focus) ข้อมูลในส่วนของการประเมิน (Assessment) กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention) และการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาลหรือผลการพยาบาล (Evaluation) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสรุปความก้าวหน้าของปัญหา ข้อมูลที่บันทึกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวินิจฉัยการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยบันทึกในรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ (Focus Charting)

แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning) หมายถึง แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามประเด็นหลักที่จะใช้ในการสอนหรือการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆสำหรับผู้ป่วยตามระบบ METHOD

แบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Summary) หมายถึง แบบฟอร์มสรุปข้อมูลของผู้ป่วย ในวันที่ออกจากโรงพยาบาลข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วยสรุปการวินิจฉัยโรค สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายสัญญาณชีพ สรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง วัน เวลาที่จำหน่าย ประเภทการจำหน่าย สิ่งที่น่ากลับบ้าน พร้อมลงชื่อผู้จำหน่าย ผู้รับกลับ

คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีความครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก โดยศึกษา

จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว และบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

- **ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล** หมายถึง มีการบันทึกข้อมูล ได้ครบถ้วนในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล/ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

- **ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล** หมายถึง มีการบันทึกข้อมูล ถูกต้องตามหลักของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล บันทึกตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ข้อความได้ใจความตรงประเด็น สื่อความหมายได้ชัดเจนตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ถาวร

- **ความต่อเนื่องของการบันทึก** หมายถึง บันทึกได้อย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย บันทึกได้ต่อเนื่องทุกวันทุกเวร ตามขั้นตอนการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกอย่างสม่ำเสมอในรอบ 24 ชั่วโมง แสดงให้เห็นสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

ความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก หมายถึง ความคิดเห็นในทางบวกที่เกิดขึ้นจากการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในแบบฟอร์มการบันทึก สามารถวัดเป็นคะแนนโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในด้านการใช้เวลาในการบันทึก ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก และประโยชน์ต่อการพยาบาล

- **การใช้เวลาในการบันทึก** หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลว่า สามารถบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการบันทึกลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แบบฟอร์มเดิม

- **ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก** หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลว่า สามารถบันทึกได้ง่าย สะดวก และสามารถค้นหาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แบบฟอร์มเดิม

- **ประโยชน์ต่อการพยาบาล** หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลว่า ทำให้ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถทำให้เกิดคุณประโยชน์ต่อการพยาบาล

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในบทที่ 2 ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีการประเมินผล

ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีการบันทึกทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 ลักษณะของบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ให้มีคุณภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีการประเมินผล

1.1 ความหมายของการประเมินผล

ปัจจุบันหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ให้ความสำคัญต่อการประเมินผลมาก เนื่องจากการประเมินผลจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย แนวทางในการดำเนินงานหรือตรวจสอบการใช้ทรัพยากร การประเมินผลยังมีประโยชน์ที่จะช่วยกำหนดนโยบายการวางแผน โครงการและการทดสอบแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ

การประเมินผล หมายถึง กระบวนการในการวิเคราะห์และการให้คุณค่าอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการประเมินผลจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนและการดำเนินงาน โครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ การประเมินผลจะเกี่ยวข้องกับการวัด ซึ่งจะต้องมีตัวบ่งชี้ที่ชัดเจน มีเกณฑ์การเปรียบเทียบเพื่อให้คุณค่า⁽¹⁸⁾

ในขบวนการประเมินผล กิจกรรมที่สำคัญมากอีกประการหนึ่ง คือ การควบคุมกำกับ (Monitoring) หรือการตรวจสอบ (Audit) โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้วนั้นว่าตรงกับความคิดหวังเพียงใด การควบคุมกำกับหรือการตรวจสอบ⁽¹⁹⁾ จะให้ความสนใจกับปัจจัยนำเข้าและความก้าวหน้าของกิจกรรมการดำเนินงาน

1.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินผล

วัตถุประสงค์ของการประเมินผลจะมีความหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ การประเมินผลบางครั้งดำเนินงานเพื่อจุดประสงค์ของการวางแผนหรือการกำหนดนโยบาย แต่สามารถสรุปวัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการตามที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก⁽²⁰⁾ ได้ดังนี้

- 1.2.1 เพื่อความเข้าใจและความชัดเจนของโครงการ
- 1.2.2 เพื่อความโปร่งใส
- 1.2.3 เพื่อปรับปรุงโครงการ
- 1.2.4 เพื่อการพัฒนาโครงการ
- 1.2.5 เพื่อทำตามกฎเกณฑ์หรือระเบียบที่กำหนดไว้

1.3 บทบาทของการประเมิน

ลักษณะความต้องการสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหารเป็นตัวกำหนดบทบาทของการประเมิน ซึ่งสามารถจำแนกเป็นบทบาทที่สำคัญได้ 2 บทบาท คือ บทบาทของการประเมินความก้าวหน้าหรือกระบวนการ (Formative Evaluation) และบทบาทของการประเมินผลสรุปรวม (Summative Evaluation)⁽²¹⁾

1.3.1 การประเมินความก้าวหน้าหรือกระบวนการ (Formative Evaluation) จะมีบทบาทของการตัดสินใจคุณค่าของกระบวนการ เพื่อเสนอสารสนเทศเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และเพื่อเป็นแนวทางสู่การปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้มีความเหมาะสม

1.3.2 การประเมินผลสรุปรวม (Summative Evaluation) จะมีบทบาทของการตัดสินใจคุณค่าของผลที่ได้รับเพื่อเสนอสารสนเทศเกี่ยวกับคุณค่าของโครงการและเพื่อเป็นแนวทางสู่การตัดสินใจ ยุติ-ปรับเปลี่ยน หรือพัฒนาโครงการให้มีความเหมาะสมต่อไป

1.4 ชนิดของการประเมินผล

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีการประเมินผลโครงการ⁽²²⁾ ได้แสดงให้เห็นว่า การประเมินผลสามารถทำได้หลายระดับ ดังต่อไปนี้

1.4.1 ประเมินการวางแผน

1.4.2 ประเมินโครงการ

1.4.3 ประเมินนโยบาย

1.4.4 ประเมินองค์กร

1.4.5 ประเมินผลของกิจกรรม

การประเมินผลเป็นกระบวนการที่จะได้รับข้อมูลมาช่วยในการตัดสินใจในการดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ สิ่งที่จะประเมินจะมีความหลากหลายแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นนโยบาย การดำเนินกิจกรรมโครงการ หรือแม้แต่การประเมินการฝึกอบรมหรือเอกสารที่จะนำมาใช้ในการฝึกอบรม เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการประเมินผลสามารถทำได้ในหลายระดับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมิน

ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีการบันทึกทางการพยาบาล

2.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลหรือการบันทึกทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล การเขียนบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้บุคคลทั่วไปทราบถึงการทำงานของพยาบาลที่แสดงออกถึงทักษะด้านการเขียนสติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล⁽²³⁾

พูลสุข หิงคานนท์⁽²⁴⁾ ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง เครื่องมือในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การรักษายาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้

อีลลิส⁽²⁵⁾ กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (Health Care Team Members) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษา การวินิจฉัย การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นตัวควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยที่พยาบาลต้องบันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งการบันทึกที่มีคุณภาพจะสะท้อนระดับคุณภาพของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย การไม่บันทึกแสดงถึงการยังไม่มีปฏิบัติการ

ไอเยอร์ และแคมป์⁽²⁶⁾ ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงการรวบรวมข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ การตัดสินใจนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องบันทึกให้ชัดเจน เพื่อใช้สื่อสารกันภายในทีมสุขภาพ

พอตเตอร์ และเพอร์รี⁽²⁷⁾ กล่าวว่า เป็นการเขียนหรือพิมพ์ข้อมูลทางการพยาบาลลงในแบบบันทึกซึ่งเชื่อถือได้ และการบันทึกที่ดีจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลจากทีมสุขภาพ

วาล์ส⁽²⁸⁾ กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล คือ เครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจการให้การดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

สรุป ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้รับบริการ เป็นเอกสารหรือแบบบันทึกซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ

2.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้⁽⁵⁾

- 2.2.1 เพื่อบันทึกอาการของผู้ป่วย รวมถึงการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
- 2.2.2 เพื่อเป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.2.3 เพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจากพยาบาล
- 2.2.4 เพื่อใช้ตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล
- 2.2.5 เพื่อใช้ในการประกอบการศึกษา ค้นคว้าและวิจัย
- 2.2.6 เพื่อใช้เป็นเอกสารทางกฎหมาย

2.3 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ขั้นตอนวิธีการที่จะได้มาซึ่งบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้⁽²⁹⁾

ขั้นที่ 1 การรวบรวมข้อมูล

ก่อนการบันทึกสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมี คือการรวบรวมข้อมูลที่ดีย่อมช่วยให้การบันทึกได้ดี ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1. ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกี่ยวกับการเกิดโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับ เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดความต้องการของมาสโลว์หรือโอเร็ม มาเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้แนวคิดหรือทฤษฎีใด ก็จะประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีนั้น
3. มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพ และง่ายต่อการบันทึก เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติ

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ให้พิจารณาว่าจะบันทึกอย่างไรจึงจะสั้น กระชับ ได้ใจความ และสะดวกต่อการปฏิบัติ ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องศึกษา และฝึกฝนให้เกิดทักษะ โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลนั้นเป็นจริงหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้บันทึกตามที่เห็น ทั้งนี้ การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้
2. ข้อมูลที่ได้ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะใด เช่น เป็นปัญหาที่พยาบาลค้นพบ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว ลงบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้มาไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ก็ไม่ต้องลงบันทึก
3. การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใดให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น ช่วงเวลาใด หรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวร เช่น กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอยู่ในภาวะวิกฤต ลักษณะนี้ให้เขียนบันทึกทันทีที่ได้ข้อมูล แต่ถ้าข้อมูลไม่รีบด่วน ก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวร
4. สิ่งที่ยังมีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ และสามารถบันทึกลงในแบบบันทึกได้หรือไม่

ขั้นที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล

เขียนบันทึกอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ และชัดเจน อ่านง่าย กระชับ ได้ใจความ ความหมายถูกต้อง ด้วยปากกาสีน้ำเงิน ถ้าเขียนผิดให้ขีดคร่อม แล้วเขียนใหม่พร้อมลงชื่อกำกับ ห้ามลบ ซึ่งอัลฟาโร⁽³⁰⁾ ได้ให้แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาล
2. ไม่ว่าจะบันทึกด้วยมือหรือใช้คอมพิวเตอร์บันทึก การดูแลต้องเป็นไปตามขั้นตอนให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการดูแลต้องมีประสิทธิภาพ
3. เมื่อบันทึกแล้วให้คิดทบทวนสะท้อนการดูแล
4. บันทึกสิ่งที่สำคัญที่แน่ใจว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว
5. บันทึกสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากมาตรฐานหรือสิ่งที่ผิดปกติ
6. ให้น้เน้นการบันทึกเรียงเหตุการณ์ตามลำดับเวลา ก่อนหลัง
7. บันทึกประเด็นปัญหาที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่ใช้ในการสื่อสารว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงในวันนี้
8. บันทึกสิ่งที่เป็จริง หลีกเลียงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล
9. ห้ามใช้คำพูดคลุมเครือ
10. บันทึกข้อความสั้นกะทัดรัด ไม่ต้องเขียนประโยคที่สมบูรณ์ อาจใช้คำคุณศัพท์ คำย่อที่เป็นที่ยอมรับ
11. บันทึกชื่อ นามสกุลผู้บันทึกหลังรายการบันทึกที่จบแล้ว
12. เมื่อลืมบันทึกบางอย่างให้รีบบันทึกทันทีที่นึกได้ต่อท้ายรายการอื่นแล้วบอกเวลาว่าเกิดขึ้นเมื่อไรต่อด้วยคำว่า เพิ่มเติมภายหลัง (late entry)

ขั้นที่ 4 ประเมินผลการบันทึก

ประเมินผลทุกครั้งว่า เขียนบันทึกตรงตามวัตถุประสงค์ดังที่กำหนดหรือไม่ คือ บอกถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองจากผู้ป่วย และสิ่งที่สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ลักษณะของบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

3.1 ลักษณะของบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

คุณภาพของการบันทึก ตามแนวคิดของ ไอเยอร์ และเคมปี⁽⁸⁾ มีลักษณะดังนี้

1. การบันทึกที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บ่งบอกถึงการพยาบาลที่ให้และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล บ่งบอกว่าพยาบาลได้ดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยระหว่างอยู่รับการรักษา

2. การบันทึกที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาล

3. การบันทึกบ่งบอกถึงสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงเวรต่อเวร เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพ การบันทึกที่ถูกต้อง (Accurate) ครบถ้วน (Complete) ย่อมเกิดความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care)

4. แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกไม่ทำให้พยาบาลต้องเขียนบันทึกซ้ำซ้อน

5. ควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล หรือมาตรฐานการพยาบาลใช้ร่วมด้วย

6. การบันทึกทุกกิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วย รวมถึงบันทึกย่อย (Flowsheets) ซึ่งบ่งบอกข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดและสังเกตอาการ

7. ระบบการบันทึกต้องง่ายต่อการค้นหาข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ

บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องมีลักษณะต่อไปนี้⁽³¹⁾

1. เป็นปัจจุบัน ถูกต้องและรัดกุม (concise) และซ้ำซ้อนน้อยที่สุด
2. สะท้อนกระบวนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจทางคลินิก เช่น มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

3. มีหลักฐานของความต้องการการดูแล กิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย

4. มีข้อความที่เป็นหลักฐานด้วยตัวของบันทึกเอง (self – evident statements) ทำให้สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ ได้ดี

5. บันทึกตามลำดับก่อนหลังและแสดงความมีเหตุผลในการตัดสินใจ

6. มีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้บันทึกเมื่อจำเป็นต้องใช้หรือต้องการสืบค้นข้อมูล เช่น บริษัทประกันสุขภาพ การทำวิจัย หรือฝ่ายตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล

7. ได้ผลลัพธ์ของการบันทึกที่ดี คือเป็นหลักฐานที่ดีทางกฎหมาย แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล สะท้อนสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรม ที่ผู้ป่วยได้รับ และมีรูปแบบที่เอื้อต่อการสืบค้นและไม่ซ้ำซ้อนหรือซ้ำซ้อนน้อย⁽⁸⁾

สภาการพยาบาล⁽³²⁾ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข⁽³³⁾ กำหนดลักษณะของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี โดย

1. มีการบันทึกทุกครั้งภายหลังปฏิบัติการพยาบาล

2. มีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 S (Subjective data) ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วย
- 2.2 O (Objective data) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 2.3 A (Assessment) การประเมินปัญหา/สภาวะสุขภาพจากข้อมูลที่รวบรวมได้

2.4 P (Planning) จุดประสงค์และการวางแผนการพยาบาล

2.5 E (Evaluation) การประเมินผลหลังให้การพยาบาล

- 3. มีการบันทึกที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล
- 4. อธิบายการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
- 5. สอดคล้องกับแผนการพยาบาลเฉพาะราย
- 6. เชื่อมต่อการศึกษาข้อมูลในการวิจัย การประเมินคุณภาพการพยาบาล
- 7. เป็นข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติมการวิจัยโรค และการทำหัตถการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- 8. มีการบันทึกที่ครบถ้วนถูกต้องตามความเป็นจริง
- 9. มีการบันทึกที่ชัดเจน ได้ใจความและกะทัดรัด มีความต่อเนื่อง
- 10. มีการบันทึกที่สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลได้ โดยประเมินจากผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การบรรเทาจากความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ในการบันทึกที่มีคุณภาพนอกจากจะต้องมีลักษณะของการบันทึกที่ดีมีคุณภาพแล้ว ในเรื่องรูปแบบการบันทึกก็เป็นส่วนประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกด้วยเช่นกัน

3.2 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลนั้น มีการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้และส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีทั้งหมด 5 รูปแบบ ดังนี้⁽⁸⁾

- 1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)
- 2. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (PIE Charting)
- 3. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception)
- 4. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)
- 5. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting)

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย ใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาล โดยเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวันตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นจริง รูปแบบการบันทึกแบบบรรยายนี้มีข้อดีและข้อเสียดังนี้

1) ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย

(1) พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการบันทึกแบบนี้

เพราะถูกสอนมาจากโรงเรียนพยาบาล

(2) การบันทึกแบบบรรยายสามารถใช้ร่วมกับวิธีการ

บันทึกแบบอื่นได้ง่าย เช่น ใช้ร่วมกับบันทึกย่อย (Flowsheets) หรือบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note)

(3) ถ้าพยาบาลบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องแล้ว เมื่อ

อ่านบันทึกจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และปฏิกิริยาสนองตอบของผู้ป่วย

(4) ง่ายต่อการบันทึกในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

โดยบันทึกไปตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องพะวงถึงความถูกต้องตามกระบวนการของการบันทึก

2) ข้อเสียของระบบการบันทึกแบบบรรยาย

(1) ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ สัมพันธ์

กันอย่างไร เพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่ เรียงเรียงข้อมูล

(2) เป็นการบันทึกที่มุ่งงาน (Task – Oriented) ตาม

เวลาที่พยาบาลได้กระทำ เน้นเรื่องการประเมินผลน้อย

(3) ไม่ได้เขียนปัญหาผู้ป่วยไว้ทุกเวร จึงไม่ทราบว่า

สภาพและปัญหาของผู้ป่วยปัจจุบันเป็นอย่างไร ส่งผลถึงการขาดข้อมูลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้มีคุณภาพและการประเมินประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย

(4) ไม่ได้แสดงถึงการใช้ภูมิปัญญา ความสามารถ

ในการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์ของพยาบาล

2. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (PIE Charting)

รูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้ถูกพัฒนาขึ้นขึ้นในปี ค.ศ.1984 ที่โรงพยาบาลคราเวนคันทรี (Craven Country Hospital) เมืองนิวบิล รัฐแคลิฟอร์เนียตอนเหนือ รูปแบบการบันทึก

แบบ PIE มีลักษณะคล้ายกับแบบ SOAP คือ มุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วย ต่างกันที่แบบ SOAP พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทางการแพทย์ แต่รูปแบบ PIE ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ส่วนของปัญหา (Problems) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) โดยมีจุดประสงค์ของการพัฒนาระบบนี้ขึ้นเพื่อให้มีความง่าย สะดวก ใช้การบันทึกอย่างสั้น ๆ ในการบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวัน

ส่วนประกอบของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้แก่ แผ่นบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวันและแผ่นบันทึกความก้าวหน้า

1) แผ่นบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (Daily Patient Assessment Sheet) ใช้บันทึกการประเมินผู้ป่วยในส่วนที่เฉพาะเจาะจงในรอบ 24 ชั่วโมง ตามความต้องการของมนุษย์ เช่น การหายใจ ผิวหนัง กิจกรรม เป็นต้น และการพยาบาลที่ต้องทำเป็นประจำ เช่น การให้ยา การทำแผล เป็นต้น

2) แผ่นบันทึกความก้าวหน้า (Progress notes) หลังจากประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกแล้ว พยาบาลจะเขียนปัญหาของผู้ป่วยในรูปของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ภายใต้อักษร “P” และใส่อันดับที่ตามการค้นพบปัญหา ก่อน – หลัง และเขียนแผนการพยาบาลและการประเมินผลภายใต้อักษร “I” “E” ตามลำดับ

3. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting By Exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่ถูกพัฒนาขึ้นใช้ในปี ค.ศ.1983 โดยคณะพยาบาล ผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาลเซนต์ลูคัส เมืองมิลวอกี รัฐวิสคอนซิน เพื่อจุดประสงค์ที่จะสามารถสังเกตสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยได้กว้างขึ้น ลดเวลาที่ใช้ในการเขียนบันทึกและการส่งเวร และสามารถรับรู้สภาพปัจจุบันของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยการนำเอาแบบฟอร์มย่อยต่าง ๆ มาใช้และใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย

รูปแบบการบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วย แบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ได้แก่

1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (Nursing/Physician order flow sheet) ด้านหน้าใช้บันทึกการประเมินตามระบบร่างกายของผู้ป่วย คำสั่งการรักษาของแพทย์ คำสั่งพยาบาล ส่วนด้านหลังเป็นคู่มือแนะนำวิธีการบันทึก

2) แบบฟอร์มมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นงานประจำและสามารถนำไปใช้ได้ในทุกหน่วยของโรงพยาบาล เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายให้อาหารเหลวทางจมูก เป็นต้น

3) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล (Nursing data base) ใช้บันทึกประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วย

4) แบบฟอร์มความก้าวหน้าโดยใช้แบบ SOAP (IE) เช่นเดียวกับแบบบันทึกที่มุ่งปัญหา

4. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหา ได้ถูกพัฒนาขึ้นขึ้นในปี ค.ศ.1960 โดย ดร.ลอว์เรนซ์ วีด (Dr. Lawrence Weed) โดยมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAP คือ

S = Subjective data คือ ข้อมูลอัตนัย เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล

O = Objective data คือ ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้

A = Assessment คือ สิ่งที่พยาบาลคิดวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้

P = Plan คือ แผนการพยาบาล

ถึงแม้ว่าระบบการบันทึกนี้จะถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ แต่พยาบาลก็ได้นำเอาระบบนี้มาใช้โดยปรับปรุงให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แต่ยังขาดขั้นตอนของการประเมินผลเพื่อให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้นำมาปรับปรุงให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเพิ่มเติม

I = Intervention คือ กิจกรรมการพยาบาล

E = Evaluation คือ การประเมินผลการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหานี้ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (Database) เป็นข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนดูแลผู้ป่วยซึ่งพยาบาลรวบรวมข้อมูลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และจะต้องมีการเพิ่มเติมข้อมูลเพื่อให้ทันสมัยอยู่เสมอ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 รายการปัญหาของผู้ป่วย (Problem list) เป็นส่วนที่บันทึกปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งอาจเขียนปัญหาในรูปของอาการ อาการแสดง หรือการวินิจฉัยทางการพยาบาลก็ได้เรียง

ลำดับที่ของปัญหา ตามวันที่ที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ ไม่ใช่ลำดับตามความสำคัญของปัญหา และเนื่องจากปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือปัญหานั้นหมดไป ก็จะจัดक्रमออก พร้อมทั้งระบุวันที่ให้ชัดเจน

ส่วนที่ 3 แผนการพยาบาลขั้นต้น (Initial plan) เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการ หรือการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้องในการป้องกัน บรรเทา แก้ไขปัญหาผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ ซึ่งประกอบด้วยการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนแผนการพยาบาล

ส่วนที่ 4 การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress notes) เป็นส่วนที่ใช้บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาลและการรักษาแล้ว ซึ่งจะทำให้ทราบว่าปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่ หรือเกิดปัญหาขึ้นใหม่ ซึ่งเขียนในรูปแบบของ SOAP (IE)

ส่วนที่ 5 การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดอย่างย่อ ๆ ปัญหาใดบ้างที่ได้รับการแก้ไข ปัญหาใดบ้างที่ยังคงเหลืออยู่ เพื่อประโยชน์ของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

5. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting)

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แบบ Focus Charting ได้มีการพัฒนาขึ้นใช้ในปี ค.ศ.1981 โดย Susan Lampe เพื่อใช้ในโรงพยาบาลไอเทล (Eitel Hospital) เมืองมินเนโซโพลิส (Minneapolis) ประเทศสหรัฐอเมริกา และปัจจุบันรูปแบบบันทึก ที่มีการนำไปใช้แพร่หลายในระดับชาติของสหรัฐอเมริการูปแบบหนึ่ง การบันทึก Focus Charting สะท้อนกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน แต่ปรับรูปแบบและเน้นเนื้อหาที่สำคัญ วิธีการบันทึกด้วยรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ จะแยกออกเป็น 2 หลัก คือ 1) ส่วนที่เป็นเนื้อหา Progress note ประกอบด้วย Focus Assessment Intervention และ Evaluation และ 2) ส่วนสรุป ประกอบด้วย Focus List และ Goal/outcome โดยแต่ละส่วนมีโครงสร้างของการบันทึกดังนี้

1) การบันทึกส่วนเนื้อหา Progress note

การบันทึกส่วนเนื้อหา มีโครงสร้างการบันทึก 2 ส่วน คือ Focus (F) และส่วนรายละเอียด Assessment (A) Intervention (I) และ Evaluation (E) ซึ่งโครงสร้าง F-A-I-E นี้ดัดแปลงจากรูปแบบที่พัฒนาใน Eitel Hospital คือ F-D-A-R โดย F คือ Focus D คือ Data A คือ Action และ R คือ Response โดยแต่ละส่วนประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 Focus เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาการบันทึกแบบบรรยาย แต่แยกส่วนให้เห็นชัดเจน เพื่อให้ง่ายต่อการสื่อสารและการนำข้อมูลกลับมาใช้ การบันทึก Focus เป็นเรื่องราวของผู้ป่วยที่อาจเกี่ยวข้องกับความสามารถ ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เนื้อหาสำคัญที่นำมาบันทึกเป็น Focus มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ กังวล หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนในขณะนั้น และการรักษาหรือผลของการรักษา รวมทั้งเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การบันทึกส่วน Focus ใช้คำหรือวลีที่สามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลรักษาให้เข้าใจได้ว่ามีสิ่งใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 Assessment Intervention และ Evaluation เป็นส่วนของการบันทึกต่อจาก Focus ข้อมูลส่วนนี้มีความเกี่ยวข้องกับ Focus โดยมีรายละเอียด ดังนี้

Assessment เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และหรือข้อมูลปรนัย (objective data) ที่สนับสนุนหรืออธิบายข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วน Focus ซึ่งลักษณะของข้อมูลมีดังนี้

Subjective Data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สอบถาม หรือคำถามของผู้ป่วย หรือข้อมูลที่ได้จากญาติ ครอบครัวหรือนุเคราะห์ในทีมสุขภาพอื่น

Objective Data เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย การสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์ หรือข้อมูลอื่น ๆ นอกเหนือจากสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

Intervention เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ Focus และเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยอาศัยความรู้ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ตามสิทธิและหน้าที่ทางกฎหมาย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งกิจกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการประสานงานกับทีมผู้ดูแลรักษา

กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติโดยทั่วไปประกอบกิจกรรมหลัก ๆ ดังนี้

ของแพทย์

- กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

- กิจกรรมที่เกี่ยวกับการให้สุขศึกษาโดยทั่วไป
- กิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม
- กิจกรรมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

- กิจกรรมที่เกี่ยวกับความปลอดภัย
- กิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- กิจกรรมช่วยเหลือ ป้องกัน พื้นฟู รักษา

ในการบันทึกกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย ควรระบุให้เห็นถึงสิ่งที่กระทำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลรักษา ซึ่งหลักการในการบันทึกดังนี้

- บันทึกสิ่งที่กระทำหรือกิจกรรมอย่างชัดเจน หรืออาจบันทึกการดูแลที่วางแผนจะให้แก่ผู้ป่วยในอนาคต
- กิจกรรมที่ให้มีความเหมาะสม และเฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับความต้องการ สภาพาสภาพและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย
- พิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เสมอ
- เป็นการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขององค์กร

Evaluation เป็นการบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (individual's response) ที่มีต่อการรักษาและหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เป็นประโยคที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายหรือเป็นไปในทิศทางที่จะบรรลุเป้าหมาย บันทึกส่วนนี้ใช้พิจารณาตัดสินว่า ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแลรักษามีประสิทธิภาพการแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีมากน้อยเพียงใด เป็นการช่วยให้ผู้ร่วมทีมการดูแลผู้ป่วยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนให้การดูแลรักษาจนถึงให้การพยาบาลเสร็จสิ้นในแต่ละเวร เพื่อสามารถติดตามแก้ไขปัญหาและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ในการตรวจสอบเพื่อการรับรองคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นไปตามมาตรฐาน

2) การบันทึกส่วนสรุป

การบันทึกส่วนสรุปมีโครงสร้างการบันทึก 2 ส่วน คือ Focus List และ Goal/outcome โดยแต่ละส่วนประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 Focus List เป็นการบันทึกรายการ (List) ประเด็น Focus เป็นแบบบันทึกที่ใช้ควบคู่กับการบันทึกส่วนของเนื้อหา โดยทำหน้าที่เป็นดัชนีหรือการอ้างอิงสิ่งที่ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย แบบบันทึกนี้เป็นการแสดงรายการ Focus เรียงลำดับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 Goal/Outcome เป็นบันทึกที่เกี่ยวกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ Focus โดยแสดงถึงการตอบสนองของผู้ป่วย (Patient response) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาได้รับการแก้ไข หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (patient needs)

ข้อดีของ Focus Charting

1. ยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล
2. ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น
3. หาข้อมูลได้ง่ายเนื่องจากโครงสร้าง ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
4. เอื้อให้มีการบันทึกที่รวบรวม กระชับ ชัดเจน
5. เน้นประเด็นสำคัญ ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น
6. สะท้อนกระบวนการพยาบาล

รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลนั้นมีหลายรูปแบบ ซึ่งที่ผ่านมาใน ศูนย์สิทธิฯ ใช้รูปแบบของการบันทึกแบบบรรยายผสมผสานกับแบบมุ่งปัญหา จากนั้นได้มีการปรับตามสถานการณ์ของหอผู้ป่วยในศูนย์สิทธิฯ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งในขณะนี้มีการปรับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นรูปแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting) โดยมีโครงสร้างในรูปของ F-A-I-E ซึ่งการบันทึกโดยใช้รูปแบบ Focus Charting ที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญนี้ เพราะเมื่อพิจารณาตามเนื้อหาแล้ว การบันทึกแบบ Focus Charting นี้ครอบคลุมขั้นตอนกระบวนการพยาบาล เน้นประเด็นสำคัญ และทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น

ส่วนที่ 4 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ

ในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ควรคำนึงถึงองค์ประกอบดังนี้

4.1 หลักของการบันทึกทางการพยาบาล

กองการพยาบาลได้กำหนดแนวทางในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล โดยหลักการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีคุณภาพประกอบด้วย^{(2),(27)}

1. ความถูกต้อง (correct) ความเป็นจริงของผู้รับบริการ (factual) บันทึกทางการแพทย์จะต้อง มีความถูกต้องตามความเป็นจริงของผู้รับบริการ ปัญหาของผู้รับบริการมีความสอดคล้องกับอาการแสดงที่ได้จากการสังเกตตรวจสอบ รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลเหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการ และหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยการพยาบาลโดยไม่มีข้อมูลสนับสนุน

2. ความครบถ้วน (complete) บันทึกทางการแพทย์ จะต้องมีความครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล ครบถ้วนตามปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

3. ความชัดเจน (clear) บันทึกทางการแพทย์จะต้องบันทึกด้วยตัวอักษรที่ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ถูกต้องในการสะกดคำตามภาษา

4. ใต้ใจความ (concise) มีการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (organization) ควรบันทึกในแบบฟอร์มที่หน่วยงานกำหนด เพื่อง่ายในการสืบค้น ดังนั้น บันทึกจะต้อง กระชับรัดสั้น อ่านแล้วได้ใจความสำคัญ สมาชิกทีมสุขภาพมองเห็นปัญหาได้ครอบคลุม

พอดเตอร์ และเพอร์⁽³⁴⁾ ได้ให้หลักในการบันทึกทางการแพทย์ไว้ 5 ประการ คือ ความถูกต้อง ความกะทัดรัดชัดเจน ความเป็นปัจจุบัน ความสมบูรณ์ และความเป็นระบบโดยใช้ระบบของกระบวนการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. ความถูกต้อง

1.1 ความถูกต้องตรงกับความเป็นจริง บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกต เขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยพูดและกระทำ โดยไม่ลงความเห็นหรือตัดสินการกระทำของผู้ป่วยจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

1.2 ถูกต้องตามจำนวนและเวลา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวัดต่าง ๆ จะต้องระบุจำนวนและเวลาที่ให้อย่างถูกต้องชัดเจน

1.3 ถูกต้องในการเขียนคำสะกดและการใช้คำย่อ ต้องใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับของสถาบันนั้น ๆ เลี่ยงการใช้คำบางคำ เช่น ปกติเพียงพอ เพราะแต่ละคน จะให้ความหมายแตกต่างกัน

1.4 ถูกต้องในแง่กฎหมาย โดยตระหนักเสมอว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้สิ่งที่บันทึกลงไปนั้นถาวรแก้ไขไม่ได้ และตรวจสอบได้ว่าผู้ใดเป็นผู้บันทึก ซึ่งมีแนวปฏิบัติว่าให้เขียนชัดเจนด้วยปากกา กรณีเขียนผิดให้เขียนทับข้อความนั้นและเขียนคำว่า "ผิด" เหนือหรือข้างข้อความนั้นแล้วลงชื่อกำกับ หากมีที่ว่างเหลืออยู่ให้ขีดเส้นคร่อมไว้ เพื่อไม่ให้มีการเติมข้อความใด ๆ

2. ความกะทัดรัด ชัดเจน อ่านแล้วได้ใจความ หลีกเลี่ยงการใช้คำที่ไม่จำเป็น

3. ความเป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่บันทึกต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน ไม่ล้าสมัย ก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง

4. ความเป็นระบบ ควรจัดระบบหมวดหมู่ข้อมูลประเภทเดียวกันไว้ด้วยกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจง่ายขึ้น

5. ความสมบูรณ์ในการบันทึก ประกอบด้วย

5.1 ความสมบูรณ์ของข้อมูล หมายถึง ข้อมูลที่เขียนลงในแบบบันทึกนั้นจะต้องบ่งบอกถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น เมื่อต้องการบันทึกข้อมูลที่เป็นอาการของผู้ป่วยก็ต้องบอกถึงลักษณะอาการ เวลาที่เป็นความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาที่มีอาการ ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือลดลง และอาการร่วมอื่น ๆ หรือเมื่อต้องการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ก็ต้องระบุถึงเวลาที่ทำกิจกรรมนั้น ปฏิบัติการของผู้ป่วยและสิ่งที่พยาบาลตรวจพบ

5.2 ความสมบูรณ์ของกระบวนการพยาบาล หมายถึง จะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย และการประเมินผลการพยาบาล

อารี ชิวเกษมสุข⁽¹³⁾ ได้กำหนดแนวทางในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล โดยหลักการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีคุณภาพประกอบด้วย

1. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ คือ มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

2. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ คือ มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน รวมถึงครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. ความถูกต้องตามกฎหมาย คือ การบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ข้อความได้ใจความตรงประเด็น ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของการบันทึก ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ถาวร

4. ความต่อเนื่องของการบันทึก คือ มีการบันทึกตามขั้นตอนการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกอย่างไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยบันทึกอย่างต่อเนื่อง ทุกเวลา ทุกวัน ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สรุป จากหลักการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีผู้กล่าวไว้ และการวิจัยครั้งนี้ ได้นำหลักการการบันทึกนี้มาใช้ในการประเมินคุณภาพของการบันทึกด้วย ซึ่งมีดังนี้

1. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล/ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล บันทึกตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ข้อความได้ใจความตรงประเด็น สื่อความหมายได้ชัดเจนตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ถาวร

3. ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง บันทึกได้อย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย บันทึกได้ต่อเนื่องทุกวันทุกเวร ตามขั้นตอนการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกอย่างไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมง แสดงให้เห็นสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน พยาบาลจะบันทึกตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บันทึกต่อเนื่องไปทุกเวรทุกวันจนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาล เป็นส่วนสำคัญมากในการบริการทางวิชาชีพที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาล เป็นเอกสารที่แสดงถึงสภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาลและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นตัวควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ในการบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องบันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งการบันทึกที่มีคุณภาพจะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้นำหลักการบันทึกทางการพยาบาลมาเป็นกรอบในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้วย

4.2 กระบวนการพยาบาล

4.2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

ยูราและวอล์ซ⁽²⁾ ให้ความหมายของกระบวนการพยาบาลว่าเป็นการนำเอาวิธีการแก้ไขปัญหามาทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งวิธีการ

ดังกล่าวจะต้องปฏิบัติเป็นขั้นตอนลำดับ และมีกลไกเป็นวงจร (Dynamics Cycle-Process) ต่อเนื่องกัน การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานจะช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ และใช้บทบาทหน้าที่ที่อิสระของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฟาริดา อิบราฮิม⁽³⁵⁾ ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการสำรวจภาวะสุขภาพ อนามัยของผู้รับบริการ อย่างมีระบบระเบียบ ชี้บ่งความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการและกำหนด วิธีปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ

White⁽³¹⁾ ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการวางแผนและการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะให้การดูแลเป็นรายบุคคล (individualized) แบบองค์รวม (holistic) มีประสิทธิภาพ (efficient) และประสิทธิผล (effective)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่ทำให้การพยาบาลมีทิศทางที่ชัดเจนในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา และให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเป็นระบบ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4.2.2 ลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีลักษณะสำคัญ⁽³⁶⁾ ดังนี้ คือ

1. เป็นระบบระเบียบ (systemic) กระบวนการพยาบาลจะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกับกระบวนการแก้ปัญหา (problem – solving process) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client – centred) นั่นคือ การใช้กระบวนการพยาบาลจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยมุ่งช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่มุ่งการทำงานของพยาบาลให้สำเร็จ
3. เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมาย (goal – directed) โดยเป็นกระบวนการที่มุ่งผลลัพธ์ (outcome – oriented) เป้าหมายหรือผลลัพธ์นี้ หมายถึง เป้าหมายหรือผลลัพธ์ของผู้ป่วย
4. เป็นกระบวนการเชิงมนุษยธรรม (humanistic) ทำให้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล และความแตกต่างของบุคคลทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจ และความรู้สึกนึกคิด

5. มีความเป็นพลวัตร (dynamic) นั่นคือ พยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนกระบวนการพยาบาลกลับไปกลับมาได้ เช่น ประเมินผู้ป่วยใหม่อีกครั้งเพื่อตรวจสอบว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้ถูกต้องหรือไม่
6. เป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา (cognitive process) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ซึ่ง ยูวดี เกตสัมพันธ์⁽¹⁵⁾ สรุปคุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. กิจกรรมเป็นขั้นตอน เป็นวงจรมีความต่อเนื่องตามลำดับ (Systematic)
2. ความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และมีส่วนที่ซ้อนทับกันระหว่าง 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และมีกลไกย้อนกลับทุกขั้นตอน (Dynamic)
3. เคารพในความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาล (Interpersonal)
4. พยาบาลและผู้ป่วยทำงานร่วมกันในการกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล (Outcome oriented)
5. เป็นกรอบที่ใช้สำหรับกิจกรรมทางการพยาบาลทุกกิจกรรม (Universally applicable)

4.2.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยของบุคคล เพื่อการวิเคราะห์ปัญหา การประเมินผู้ป่วยต้องอาศัยกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การมองปัญหา หรือช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไป

ในแนวทางเดียวกัน กรอบแนวคิดของการสร้างแบบฟอร์มในการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับ และนำมาใช้อย่างกว้างขวาง คือ แบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอน (Functional Health Pattern of Gordon) กรอบแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับความปกติหรือผิดปกติของแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน⁽³⁷⁾

1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health Perception – Health Management Pattern) คือ แบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการมีชีวิตรอยู่ปกติสุข (Well Being) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้พยาบาลประเมินได้ว่าผู้รับบริการมีแบบแผนการดูแลสุขภาพอย่างไร มีพฤติกรรมอนามัยถูกต้องหรือไม่ มีการรับรู้และแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างไร ซึ่งใช้ประกอบการวินิจฉัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2. แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม (Nutritional – Metabolic Pattern) คือ แบบแผนเกี่ยวกับการได้รับอาหารและน้ำ บริโภคนิสัย รวมทั้งการมีบาดแผลหรือริ้วรอยบริเวณผิวหนังโดยทั่วไป สภาพของผิวหนัง ผม เล็บ เชื้อราต่าง ๆ ฟัน อุณหภูมิของร่างกาย ส่วนสูง และน้ำหนัก ข้อมูลที่ได้รับจากแบบแผนนี้ ช่วยให้ประเมินได้ว่าผู้รับบริการมีแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหารเป็นอย่างไร ใช้ประกอบการวินิจฉัยเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารเกินหรือขาดสารอาหาร ภาวะน้ำเกินหรือขาดน้ำ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผิวหนัง การหายของแผล การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย (Elimination Pattern) คือ แบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสีย รวมทั้งการรับรู้ของบุคคลต่อลักษณะการขับถ่ายของเสียที่ปกติ การใช้ยาถ่ายหรือยาระบาย การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการขับถ่ายในเรื่องเวลา วิธีการ ปริมาณ การใช้เครื่องมือใด ๆ ช่วยในการขับถ่าย ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้พยาบาลประเมินแบบแผนการขับถ่ายของเสียของผู้รับบริการ ซึ่งใช้ประกอบการวินิจฉัย เช่น ท้องผูก ปัสสาวะค้าง กลั้นปัสสาวะไม่ได้

4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity – Exercise Pattern) คือ แบบแผนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้พยาบาลประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีแบบแผนกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำงานบ้าน และออกกำลังกายอย่างไร ใช้ประกอบการวินิจฉัยด้านความทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (Sleep – Rest Pattern)

คือ แบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการใช้ยาหรือกิจกรรมใด ๆ ช่วยในการนอนหลับ ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ทำให้ทราบว่า ผู้รับบริการต้องนอนหลับพักผ่อนนานเท่าใดจึงเพียงพอ เพราะแต่ละคนมีความต้องการต่างกัน

6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive – Perceptual Pattern)

คือ แบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้และสติปัญญา ด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การรับสัมผัส การได้กลิ่น รวมถึงการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยฟัง ด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บปวด และวิธีลดความเจ็บปวด ด้านสติปัญญา ได้แก่ การใช้ภาษา ความจำ การตัดสินใจ เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ช่วยให้พยาบาลประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ หรือไม่ ความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจและความสามารถในการลดความเจ็บปวดอย่างไร

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self – Perception – Self – Concept Pattern)

คือ แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์และตนเอง ได้แก่ ทัศนคติต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ด้านสติปัญญา อารมณ์ หรือร่างกาย) ภาพลักษณ์เอกลักษณ์ของตนเอง ทำทางการเคลื่อนไหว การสนทนา ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ใช้ประกอบการวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์คุณค่าแห่งตน ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role – Relationship Pattern)

คือ แบบแผนเกี่ยวกับบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมถึงความพึงพอใจในบทบาทและสัมพันธภาพที่เป็นอยู่ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบแผนนี้ ในการวินิจฉัยเกี่ยวกับบทบาทและความขัดแย้งในการแสดงบทบาท

9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality – Reproductive Pattern)

คือ แบบแผนเกี่ยวกับความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ การหมดประจำเดือน และปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

10.แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความ

เครียด (Coping – Stress Tolerance Pattern) คือ แบบแผนเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่ใช้โดยทั่วไป และประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการความเครียด

11.แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (Value – Belief Pattern)

คือ แบบแผนเกี่ยวกับค่านิยม จุดมุ่งหมายในชีวิต ความเชื่อ รวมทั้งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ ที่นำไปสู่การตัดสินใจ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบแผนนี้ ใช้ประกอบการวินิจฉัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อและค่านิยม เช่น การไม่สามารถปฏิบัติตามความเชื่อ

การประเมินสภาพจะเป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย
อย่างเป็นระบบ เพื่อกำหนดปัญหาของผู้ป่วย วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการ
พยาบาล จะประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน คือ

1. การรวบรวมข้อมูล (collecting the data) พยาบาลจะ
เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล และตลอดระยะเวลาที่อยู่ในความ
ดูแลของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
จนกระทั่งจำหน่ายออกไป การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น สังเกต สัมภาษณ์ หรือซักประวัติ
ตรวจร่างกาย หรือรวบรวมจากบันทึกและรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ เช่น บันทึกต่าง ๆ
ของพยาบาล บันทึกของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ

2. การตรวจสอบข้อมูล (validating the data) พยาบาล
ควรตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้ว่า มีความถูกต้องและเป็นจริง วิธีการตรวจสอบ เช่น การเปรียบเทียบ
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย เป็นต้น

3. การจัดกลุ่มข้อมูล (organizing or clustering the data)
เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้และผ่านการตรวจสอบแล้วมาแยกเป็นกลุ่ม ๆ โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มี
ความสัมพันธ์เอาไว้ด้วยกัน หากมีการรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้ป่วย (assessment form) ที่
พัฒนาจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใด ๆ เช่น ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (functional health
patterns) ก็จะช่วยให้การจัดกลุ่มข้อมูลง่ายมากขึ้น

4. การบันทึกข้อมูล (recording the data) ภายหลังรวบรวม
ข้อมูลตรวจสอบและจัดกลุ่มข้อมูล พยาบาลจะบันทึกข้อมูลในแบบประเมินผู้ป่วย

แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วย

อริ ชิวเกษมสุข⁽³⁸⁾ กล่าวว่าแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล เป็น
เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย มี 2 รูปแบบ คือ

1. แบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง (Structured Form) คือแบบฟอร์ม
ที่มีช่องไว้ให้กาเครื่องหมาย หรือเขียนข้อความเพียงเล็กน้อย ข้อดี คือ ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไป
อย่างรวดเร็ว ใช้เวลาน้อย ข้อเสีย คือ อาจไม่ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดที่พบในสถานการณ์จริง

2. แบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Form) คือ
แบบฟอร์มที่มีช่องว่างไว้ตามกรอบแนวคิดอย่างกว้าง ๆ ข้อดี คือ ได้ข้อมูลครบถ้วน ใช้ได้หลาย
สถานการณ์ และค้นกระทัดรัด เพราะเนื้อที่ในแบบฟอร์มจะใช้บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น
ข้อเสีย คือ ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้เวลามาก

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่สองในกระบวนการพยาบาล เป็นระยะที่พยาบาลจะต้องแปลข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนกำหนดเป็นข้อวินิจฉัย เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนต่อปัญหาสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนของการวินิจฉัยแบ่งออกเป็น

1. การแปลข้อมูล (data interpretation) ข้อมูลที่ถูกจัดเป็นกลุ่ม ๆ จะผ่านการแปลโดยพยาบาลดังนี้

1.1 เปรียบเทียบข้อมูลที่บ่งบอกปัญหา กับมาตรฐานและค่าปกติต่าง ๆ เช่น แบบแผนสุขภาพปกติ (normal functional health patterns) ค่าปกติของสัญญาณชีพ (normal vital signs) ค่าปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (lab values) เป็นต้น

1.2 จัดกลุ่มข้อมูลที่บ่งบอกปัญหาและความสัมพันธ์ของข้อมูลเหล่านี้

1.3 สรุปเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างไม่เป็นทางการหรืออย่างคร่าว ๆ โดยพิจารณาความหมายของกลุ่มข้อมูลที่บ่งบอกปัญหาซึ่งสัมพันธ์กัน

1.4 กำหนดสาเหตุและปัญหาที่มีความเป็นไปได้ ปัญหาที่กำหนดขึ้นอยู่กับแนวคิดหรือทฤษฎีที่พยาบาลผู้นั้นใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น ถ้าใช้การวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North American Nursing Diagnosis Association: NANDA)⁽³⁹⁾ ก็ต้องกำหนดปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในรูปแบบของการตอบสนองของบุคคลขั้นพื้นฐาน 13 ด้าน ได้แก่ (1) กิจกรรม/การพักผ่อน (2) การไหลเวียนโลหิต (3) ความสมบูรณ์ของจิตใจ อารมณ์ (4) การขับถ่าย (5) อาหารและน้ำ (6) สุขอนามัยส่วนบุคคล (7) การรับรู้และประสาทสัมผัส (8) ความเจ็บป่วย (9) การหายใจ (10) ความปลอดภัย (11) อนามัยทางเพศและการเจริญพันธุ์ (12) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ (13) การเรียนรู้

2. เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้นหรือเสี่ยงต่อการเกิด โดยพยาบาลสามารถให้การแก้ไขตามขอบเขตวิชาชีพและกฎหมาย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลประกอบด้วยข้อความ 3 ส่วน คือ ปัญหา (problem) เนื่องจาก (related to) และสาเหตุ (etiology) หรือปัญหาที่เกี่ยวข้อง (related factor)

3. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล (nursing care plan form) ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลนอกจากการใช้วิธีการค้นหา

ข้อมูลที่บ่งบอกปัญหา ตั้งสมมติฐานและกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังที่กล่าวมาแล้ว ในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องเขียนให้ถูกต้องตามลักษณะต่อไปนี้

ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. เป็นข้อความที่แสดงถึงการตอบสนองของบุคคล (human response) ต่อความเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพนั้น ไม่ใช่ข้อความที่บ่งถึงความต้องการของบุคคล
2. ไม่เป็นผลลบทางด้านกฎหมาย เช่น ไม่ควรเขียนว่า “ขาดประสิทธิภาพในการทำให้ทางเดินหายใจโล่งเนื่องจากการไม่ได้รับการดูแล” แต่ควรเขียนว่า “ขาดประสิทธิภาพในการทำให้ทางเดินหายใจโล่งเนื่องจากระดับความรู้สึกลดลง”
3. ไม่ใช้คำนิยามหรือมาตรฐานของพยาบาลในการตัดสิน ต้องอาศัยข้อมูลที่ได้มาจากการรวบรวมและตรวจสอบได้จริง
4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อต้องเฉพาะเจาะจง เป็น ปัญหาเดียวและเฉพาะบุคคล
5. ต้องชัดเจน กะทัดรัด ได้ใจความ และใช้คำย่อเฉพาะที่เป็นสากล เป็นที่ยอมรับในทางวิชาการ และสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

เป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการพยาบาล หลังจากกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลจากข้อมูลที่รวบรวมได้แล้ว พยาบาลจะกำหนดแผนการพยาบาลเพื่อป้องกัน แก้ไข บรรเทาหรือช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น การวางแผนการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท⁽⁵⁾ คือ

1. การวางแผนขั้นต้น (initial planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลในช่วงแรกกับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินสภาพของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามลำดับ
2. การวางแผนระยะต่อเนื่อง (ongoing planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลโดยมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยใหม่ และมีการวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเดิมและปัญหาเดิมที่มีอยู่ ทำให้ทราบว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อาจมีการเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญของปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. การวางแผนเพื่อจำหน่าย (discharge planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ตามความเหมาะสม การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย มีแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านโดยวิธี METHOD⁽⁴⁰⁾ มีดังนี้คือ

M = Medication แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยให้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของยา อาการข้างเคียง ขนาดที่ใช้ เวลา และวิธีรับประทานยาให้ถูกต้อง

E = Economic & Environment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย รวมทั้งการประกอบอาชีพที่เหมาะสมหลังการเจ็บป่วย การขอความช่วยเหลือทางการเงินจากหน่วยงานต่าง ๆ และผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน

T = Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการตนเองและรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์ทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

H = Health ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O = Outpatient Referral ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะมารับช่วงดูแลต่อ เช่น สถานิอนามัย

D = Diet ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งน้ำดื่มเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนที่จะนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ มาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยรับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการประเมิน การจัดการ เทคนิคต่าง ๆ และเข้าใจศาสตร์ทางการพยาบาล แอ็คคินสันและเมอร์เรย์⁽⁴¹⁾ กล่าวว่า ในขั้นตอนของการนำแผนไปปฏิบัติจะต้องประกอบด้วย การตรวจสอบความถูกต้องของแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการบันทึกการพยาบาล ตลอดจนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติมี 2 บทบาท คือ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระ (independent intervention) หมายถึง บทบาทที่พยาบาลใช้ความรู้ของตนเองสั่งการเพื่อการปฏิบัติกับ

ผู้รับบริการได้โดยอิสระ และการปฏิบัติการพยาบาล โดยร่วมมือกัน (interdependent intervention) คือ บทบาทที่พยาบาลปฏิบัติ โดยร่วมมือปรึกษากับวิชาชีพอื่นที่ดูแลผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการตัดสินใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ให้บริการบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการเปรียบเทียบกับข้อมูลของผู้ให้บริการที่รวบรวมได้กับเกณฑ์ประเมินผลของเป้าหมายที่ระบุไว้ในแผนการพยาบาล

การประเมินผลประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน คือ

1. การทบทวนเกณฑ์การประเมินผล เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการประเมินผล

2. การประเมินสภาพของผู้ป่วยอีกครั้งจากผู้ป่วย ข้อมูลที่รวบรวมจะสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล วิธีการรวบรวมข้อมูลนี้เหมือนวิธีการรวบรวมข้อมูลในขั้นการประเมินสภาพและรวบรวมทั้งข้อมูล อัตรา และข้อมูลปรนัย

3. การเปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมได้กับเกณฑ์การประเมินผล แล้วสรุปผลว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ หากบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ก็ยุติการปฏิบัติการพยาบาลนั้น แต่ถ้ายังไม่บรรลุเป้าหมาย พยาบาลจะต้องกลับไปประเมินผลในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลว่ามีความบกพร่องจุดใดบ้าง ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงแก้ไข เช่น ถ้าการประเมินสภาพไม่ถูกต้องอาจต้องรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่หรือกำหนดกิจกรรมการพยาบาลไม่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย ก็กำหนดกิจกรรมการพยาบาลใหม่ เป็นต้น

4. การบันทึกข้อมูลการประเมินผลในแบบบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลอาจใช้วิธีการเขียนแผนผังความคิด (concept mapping) ในการพัฒนาการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลแทนการเขียนบรรยายความ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม

สรุป กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการทบทวนและการประเมินอยู่ตลอดเวลา การใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาล จะต้องใช้ทักษะ กระบวนการตัดสินใจ และความรู้ความเข้าใจ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติเห็นคุณค่าของการพยาบาล และเมื่อพยาบาลได้ให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลยังต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเป็นการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนให้เห็นสภาพของผู้รับบริการและการตอบสนองต่อการพยาบาลของผู้รับบริการ ดังนั้นการบันทึก

ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและตามมาตรฐานของวิชาชีพ ต้องบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการบันทึก

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล

5.1 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นศูนย์วิชาการ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก่อตั้งเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534 โดยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีฐานะเป็นกองหนึ่งของกรมการแพทย์ ตามพระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2531 ระยะแรกเปิดดำเนินการด้านวิชาการ ภายหลังมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการใน พ.ศ. 2537 โดยเริ่มเปิดบริการผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยในเปิดเมื่อปี พ.ศ. 2538 จำนวน 30 เตียง และเพิ่มเป็น 48 เตียงในปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบันศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้พัฒนาตนเองให้ก้าวสู่การ “เป็นองค์กรนำด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระดับสากลมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน”

5.1.2 ลักษณะบริการ

- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยในที่เปิดให้บริการ 48 เตียง

- ระดับของการให้บริการ: โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระดับตติยภูมิ
- ลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล: ผู้ป่วยและผู้พิการทางการ

เคลื่อนไหวที่เป็นสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง (CVA, Hemiplegia) ไขสันหลังบาดเจ็บ (Spinal injury) เด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) ผู้พิการแขนขาขาด (Amputation) และผู้ป่วยที่มีอาการปวดเนื่องจากกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและข้อต่อ (Musculoskeletal pain)

5.1.3 ภารกิจตามกฎหมายกระทรวง

ตามประกาศเรื่อง “กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552” ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 126 ตอนที่ 98 ก ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2552 กำหนดบทบาทให้ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

- 1) ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการและผู้ป่วย ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 2) ศึกษาวิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการ
- 3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการ แก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
- 4) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการ
- 5) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

5.1.4 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรนำด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระดับสากล มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนโดยมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

พันธกิจ

1. ศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
2. ให้บริการและรับส่งต่อผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิและสูงกว่าตติยภูมิ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
4. พัฒนานโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ค่านิยมองค์กร

S = Service mind มีจิตบริการ

N = kNowledge sharing การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

M = Merit มีคุณธรรม จริยธรรม

R = Respect การให้เกียรติเคารพในศักดิ์ศรีของแต่ละบุคคล

C = Customer focus การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

5.2 การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลควรคำนึงถึงองค์ประกอบ ดังนี้

5.2.1 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ

สุริย์ ธรรมิกบวร ⁽²⁹⁾ ได้กล่าวถึงแนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ คือ

1. พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลให้สามารถสื่อสารให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจน แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลครบถ้วน โดยศึกษารูปแบบต่าง ๆ และนำมาปรับให้เหมาะสมกับการทำงาน
2. สร้างมาตรฐานการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้พยาบาลสามารถนำไปเขียนได้โดยง่าย เพื่อให้สามารถนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลมาบันทึกได้รวดเร็ว เพื่อลดภาระของงานและใช้เวลาในการเขียน
3. กำหนดเป็นนโยบายให้ความสำคัญต่อการบันทึกอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงและมีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง
4. จัดการประชุมสัมมนาเพื่อระดมความคิดและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบันทึกทางการพยาบาล โดยเฉพาะข้อควรระวังทางด้านกฎหมาย เชื่อว่าจะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้พยาบาลเพิ่มพูนความรู้นำไปปฏิบัติได้จริง
5. จัดทำรูปแบบการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ การพยาบาลและวิชาชีพเพื่อแสดงให้เห็นคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่ทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล
6. พัฒนาความสามารถของพยาบาลให้สามารถบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยวิธีการจัดอบรมในหลาย ๆ ลักษณะ

5.2.2 กระบวนการเพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กระบวนการเพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการนำมาใช้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ⁽⁸⁾

1. การสำรวจสภาพปัญหา (Problem Realization) เป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้ผู้ทำการเปลี่ยนแปลงจะต้องทำให้กลุ่มเกิดความเข้าใจ รับรู้ถึงปัญหาและความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งอาจมีได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ระบบการบันทึกที่ใช้อยู่มีผลลัพธ์ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ มีความบกพร่องในทางปฏิบัติ เช่น การให้ยาซ้ำ เมื่อผู้บริหารตรวจสอบจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบว่ายังขาดความสมบูรณ์ และพยาบาลยังขาดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. การนิยามปัญหา (Problem Definition) เป็นขั้นตอนความเข้าใจถึงสภาพของปัญหา โดยใช้แผนภูมิแก๊งปลาเป็นเครื่องมือช่วยให้เห็นสภาพที่มาหรือสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนและครอบคลุม โดยทั่วไปแล้ว ปัญหาของระบบการบันทึกมาจาก 2 สาเหตุที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง คือ รูปแบบหรือระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่เหมาะสม และถ้าระบบคืออยู่แล้วก็เกิดจากตัวพยาบาลผู้ทำการบันทึกขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการบันทึก หรือไม่สนใจงาน เมื่อทราบสาเหตุของปัญหาที่แน่ชัดแล้ว จะได้หากลยุทธ์ในการจัดการที่เฉพาะเจาะจง

3. การออกแบบโครงการ (Program Design) เป็นขั้นตอนของการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) กำหนดสถานที่ที่จะนำโครงการลงไปปฏิบัติ 2) รวบรวมสิ่งต่าง ๆ ที่จะมามีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงระบบครั้งนี้ 3) กำหนดสภาพและข้อจำกัดต่าง ๆ ในการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกและพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการควบคุมและการประเมินเพื่อเป็นเกณฑ์วัดประสิทธิผลของการเปลี่ยนแปลง 4) จัดให้มีการติดต่อประสานงานที่คล่องตัวตลอดกระบวนการเปลี่ยนแปลง

4. การปฏิบัติตามแผน (Action Stage) ก่อนลงมือปฏิบัติตามแผน จะต้องศึกษานำร่อง (Pilot Programs) ก่อน โดยจัดประชุมสัมมนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง วิธีการของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ที่จะนำมาใช้ ใช้วิธีการศึกษานำร่อง 4-6 สัปดาห์ เพื่อให้เพียงพอในการสร้างความคุ้นเคย และทราบปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อนของระบบบันทึกใหม่ นำข้อเสนอแนะ ปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับนำไปปฏิบัติจริงต่อไป

5. การควบคุม และการประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ทำการเปลี่ยนแปลงจะต้องควบคุมให้พยาบาลผู้บันทึกด้วยระบบบันทึกใหม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ต่าง ๆ เหล่านี้ คือ ควบคุมคุณภาพในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย วัดความ

ตระหนักถึงนโยบายของการบันทึกทางการแพทย์ ทราบจุดอ่อน จุดแข็ง ในความสามารถของแต่ละบุคคลในการบันทึกทางการแพทย์ และเป็นขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบบันทึกที่นำมาใช้ใหม่

6. การย้อนกลับวงจรใหม่ (Reformulation) เป็นขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขระบบใหม่จากข้อมูลและอุปสรรคที่พบในขั้นตอนของการควบคุมและการประเมินผล จะต้องย้อนกลับไปวิเคราะห์พิจารณาในขั้นตอนเริ่มต้นทุกขั้นตอน ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน และเป็นวงจรที่มีการเริ่มต้นใหม่ได้ตลอดเวลา

ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดลักษณะของบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ แนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ให้มีคุณภาพ และการศึกษารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ นำมาสู่การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ โดยเป้าหมายในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของศูนย์สิทธิรณเพื่อการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์แห่งชาติ คือ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสภาการพยาบาล ที่ได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ไว้ในมาตรฐานที่ 5 คือ การบันทึกและรายงาน กำหนดไว้ว่าการบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาลโดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กระชับ มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ โดยนำการศึกษากระบวนการเพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์มาปรับให้เข้ากับบริบทของศูนย์สิทธิรณฯ ได้แนวทางและกระบวนการในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ให้มีคุณภาพ ดังนี้

1. สำรวจสภาพปัญหา เป็นขั้นตอนแรกที่จะต้องทำให้เกิดความเข้าใจ รับรู้ถึงปัญหาและความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาที่พบ คือ แบบฟอร์มการบันทึกที่ใช้อยู่มีปริมาณมาก ใช้เวลานานในการบันทึกให้สมบูรณ์ ส่งผลต่อความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึก อีกทั้งมีประเด็นข้อเสนอแนะให้พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์และปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกให้เหมาะสมและมีคุณภาพ

2. การนิยามปัญหา เป็นขั้นตอนความเข้าใจถึงสภาพของปัญหา สาเหตุของปัญหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของศูนย์สิทธิรณฯ มี 2 สาเหตุที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง คือ ปรับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์และพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์

2.1 ปรับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์จากเดิมที่บันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วย (Problem – oriented method) และบันทึกในลักษณะ SOAP มา

เป็นการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting) โดยบันทึกในลักษณะ F-A-I-E ซึ่งมีข้อดี คือ เพื่อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว กระชับ ชัดเจน เน้นประเด็นสำคัญ ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น และสะท้อนกระบวนการพยาบาล

2.2 พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล
ให้สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาลซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เพื่อนำมากำหนดการวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลต่อไป การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแนวทางในการจัดเก็บ ซึ่งแบบฟอร์มเดิมที่ใช้บันทึกในขั้นตอนนี้ คือ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยเรื้อรังพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งมีจำนวน 7 หน้า และใช้เวลาในการบันทึกนาน ได้ปรับให้กระชับและเพื่อให้ใช้เวลาในการบันทึกน้อยลง โดยปรับจากแบบฟอร์มเดิม ลดข้อ้อย และคงข้อเด่น ได้เป็นแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง มีจำนวน 1 หน้า และแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยเรื้อรังพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งมีจำนวน 4 หน้า

2) การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลตามกรอบแนวคิดที่เลือกใช้ คือ การตอบสนองของบุคคลขั้นพื้นฐาน 13 ด้าน ของ NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association)⁽³⁹⁾ ในขั้นตอนนี้มีการบันทึกปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาลซึ่งยังคงใช้แบบฟอร์มเดิม และหากพบประเด็นปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา จะมีการบันทึกในแบบฟอร์มรายการปัญหา (Problem List) ซึ่งได้ปรับมาให้บันทึกในแบบฟอร์มรายการปัญหา (Focus List) โดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting

3) การวางแผนการพยาบาล บันทึกในแผนการพยาบาลเหมือนเดิมแต่ปรับรูปแบบการบันทึก เป็นการบันทึกที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) มากกว่ามุ่งเน้นปัญหา (problem-oriented) โดยการวางแผนการพยาบาลจะสัมพันธ์กับการเขียนในแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย นอกจากการวางแผนการพยาบาลแล้ว สิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปกับการวางแผนการพยาบาลก็คือ การวางแผนการจำหน่าย โดยจะบันทึกในแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเดิมแบบฟอร์มนี้จะทำบันทึกคำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เป็นแบบฟอร์มที่มีโครงสร้างตั้งแต่การวินิจฉัยปัญหาว่าผู้ป่วยขาดความรู้ทางด้านสุขภาพ และต้องการคำแนะนำ/การสอน ระบุเนื้อหาที่สอนหรือสาธิตแกผู้ป่วย แล้วให้ทำบันทึกไว้ตามวัน/เวลาที่ได้ให้คำแนะนำ/การสอนแกผู้ป่วย ต่อมาได้มีการปรับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายเป็นแบบฟอร์มที่เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และมีการเติมคำในช่องว่าง โดยใช้แนวทางในการเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านโดยวิธี METHOD⁽⁴⁰⁾

4) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ หลังจากนั้นต้องลงบันทึกเป็นหลักฐานว่าได้กระทำจริง สื่อความหมายให้แก่ทีมพยาบาล ในขั้นตอนนี้เดิมบันทึกในแบบฟอร์ม Nurse's Note การเขียนเป็นแบบบรรยายเรียงเวรตึก/เวรเช้า/เวรบ่าย ซึ่งเป็นการบันทึกที่มีความซ้ำซ้อน ใช้เวลามากและใช้ประโยชน์ได้น้อย จึงได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นแบบฟอร์ม Focus Progress Note เป็นแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่บันทึกประเด็นสำคัญของผู้ป่วย (Focus) มีข้อมูลในส่วนของการประเมิน (Assessment) กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Intervention) และการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาลหรือผลการพยาบาล (Evaluation) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสรุปความก้าวหน้าของปัญหา เขียนเฉพาะปัญหาที่มีการปฏิบัติการพยาบาลในเวรนั้น ๆ โดยบันทึกในรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ (Focus Charting) ในส่วนของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติประจำ จะมีการบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน Daily Nursing Activity Check list

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนการตัดสินใจให้การพยาบาลกับผู้ป่วยว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคือใหม่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาล ซึ่งต้องนำแผนการพยาบาลไปปรับปรุงใหม่เพราะไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เปลี่ยนไป หรือการพยาบาลที่ให้นั้นควรยุติเพราะปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วจึงนำมาสู่การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการพยาบาลแล้วจะมีการประเมินเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นเป็นผู้บันทึกในแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกส่วนนี้จะใช้อ้างอิงเมื่อผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งลักษณะแบบฟอร์มเดิมมีข้อมูลที่ต้องบันทึก คือ คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เป็นแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง ระบุเนื้อหาที่สอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การรับประทานอาหาร การใช้ยา กิจกรรม/การออกกำลังกาย และหัวข้ออื่น ๆ โดยลักษณะแบบฟอร์มใช้บันทึก 1 แผ่นต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งใช้เวลานานในการบันทึกจึงได้มีการปรับลักษณะแบบฟอร์มให้กระชับขึ้น ลักษณะแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายที่ปรับนั้นมีข้อมูลที่บันทึก คือ วันที่จำหน่าย ประเภทการจำหน่าย สัญญาณชีพ สรุปการวินิจฉัยโรค สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและสรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง โดยลักษณะแบบฟอร์มที่ปรับจะอยู่ในแผ่นเดียวกับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย

3. วางแผนพัฒนา มีขั้นตอนของการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกใหม่ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 กำหนดสถานที่ที่จะนำโครงการลงไปปฏิบัติ

3.2 รวบรวมสิ่งต่าง ๆ ที่จะมามีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงระบบครั้งนี้

3.3 กำหนดสภาพและข้อจำกัดต่าง ๆ ในการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกและพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการควบคุมและการประเมินเพื่อเป็นเกณฑ์วัดประสิทธิผลของการเปลี่ยนแปลง

4. ปฏิบัติตามแผน ก่อนลงมือปฏิบัติตามแผน จะต้องศึกษานำร่องก่อน โดยจัดประชุมสัมมนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง วิธีการของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ที่นำมาใช้ ใช้วิธีการศึกษานำร่อง 4 สัปดาห์ เพื่อให้เพียงพอในการสร้างความคุ้นเคยของระบบบันทึกใหม่ นำข้อเสนอแนะปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับนำไปปฏิบัติจริงต่อไป

5. ประเมินผล เป็นขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบบันทึกที่นำมาใช้ใหม่ โดยในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินในด้านคุณภาพและความพึงพอใจที่มีต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้ดังนี้

สายสมร พลเชื้อ และคณะ⁽⁴²⁾ ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลประจำการ ศึกษาจากพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งรายด้านและโดยรวมดีกว่าการบันทึกตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.01$) ส่วนการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งรายด้านและโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและควรมีการนิเทศงานเป็นระยะเพื่อเพิ่มความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติและให้ข้อเสนอแนะว่ากลุ่มการพยาบาลควรมีนโยบายชัดเจนในการปรับปรุงรูปแบบบันทึกการพยาบาลและวิธีเขียนบันทึกโดยมีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้และเอื้ออำนวยให้เกิดความพร้อมในการบันทึก

ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์⁽⁴³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความครบถ้วนของการ

บันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย แต่ในด้านความคล่องตัว มีความแตกต่างกัน ผู้บริหารทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ แบบฟอร์มใหม่สูงสุดในด้านความครบถ้วนของการบันทึกทำให้ใช้สื่อสารได้และต่ำสุดในด้านความคล่องตัวในการบันทึก

กนกพร คูสัตกุลและคณะ⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์โดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิภาพการบันทึก และความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 26 คน และวิเคราะห์แยกตามความรุนแรงของผู้ป่วย 3 ระดับ คือ emergent urgent และ non-urgent ประเภทละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การใช้บันทึกทางการแพทย์ โดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการ แบบตรวจสอบรายการบันทึกทางการแพทย์ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นิเทศการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้หลังใช้นิเทศการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการมากกว่าคะแนนความรู้ก่อนใช้นิเทศการพยาบาล ประสิทธิภาพของการใช้นิเทศการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการภายหลังพัฒนามิเปอร์เซ็นต์การบันทึกสูงขึ้น ในเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วนตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องของการบันทึก ข้อวินิจฉัยตามความเป็นจริง (actual diagnosis)

พรทิพย์ รัตนวิชัย⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาล และบันทึกทางการแพทย์: เพื่อคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม) แบ่งกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โดยวัดผลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลหลังใช้รูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และประสิทธิภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสูงขึ้นกว่าเดิม

อารี ชิวเกษมสุข⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม สังเกตการทำงานของพยาบาลทุกคนในแต่ละวัน ตารางกำหนดเวลาสนทนากลุ่ม คู่มือเทคนิคการทำกลุ่ม แบบฟอร์มสังเกตกิจกรรมการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึก การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการบันทึก ระยะที่ 2 การนำสู่การปฏิบัติและปรับปรุงระบบ ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การวิเคราะห์

ข้อมูล ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดสำคัญ คือ 1) ส่วนของเนื้อหาในแฟ้มผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) ส่วนของการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มที่เป็นโครงสร้างซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม มาตรฐานการดูแล มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ การบริหารเวลาและการบริหารความเสี่ยง 3) ส่วนของการปฏิบัติการ ประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนการจำหน่าย และ 4) คู่มือบันทึกทางการแพทย์ และแบบบันทึกทางการแพทย์ 6 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลซึ่งใช้แบบบันทึกต่อเนื่อง แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และแบบฟอร์มการให้ยาด้านปฏิบัติการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมพยาบาลผู้บันทึกมีความพึงพอใจ ความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในการบันทึกมากขึ้น

พรศิริ พันธลี รัชนี นามจันทรา และอรพินท์ สีขาว⁽¹⁴⁾ ศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียว ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาพยาบาลขาดความเข้าใจหลักการบันทึกทางการแพทย์ เนื้อหาการบันทึกขาดความสมบูรณ์และความสอดคล้องกัน และไม่เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ 1) ปรับแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับให้มีข้อมูลครบถ้วนและมีรายการข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกับข้อมูลแต่ละส่วน 2) ปรับแบบฟอร์มการบันทึกแผนการพยาบาล 3) พัฒนาแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ 4) ปรับคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ หลังการพัฒนาพบว่า ในภาพรวมบันทึกทางการแพทย์มีความสมบูรณ์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

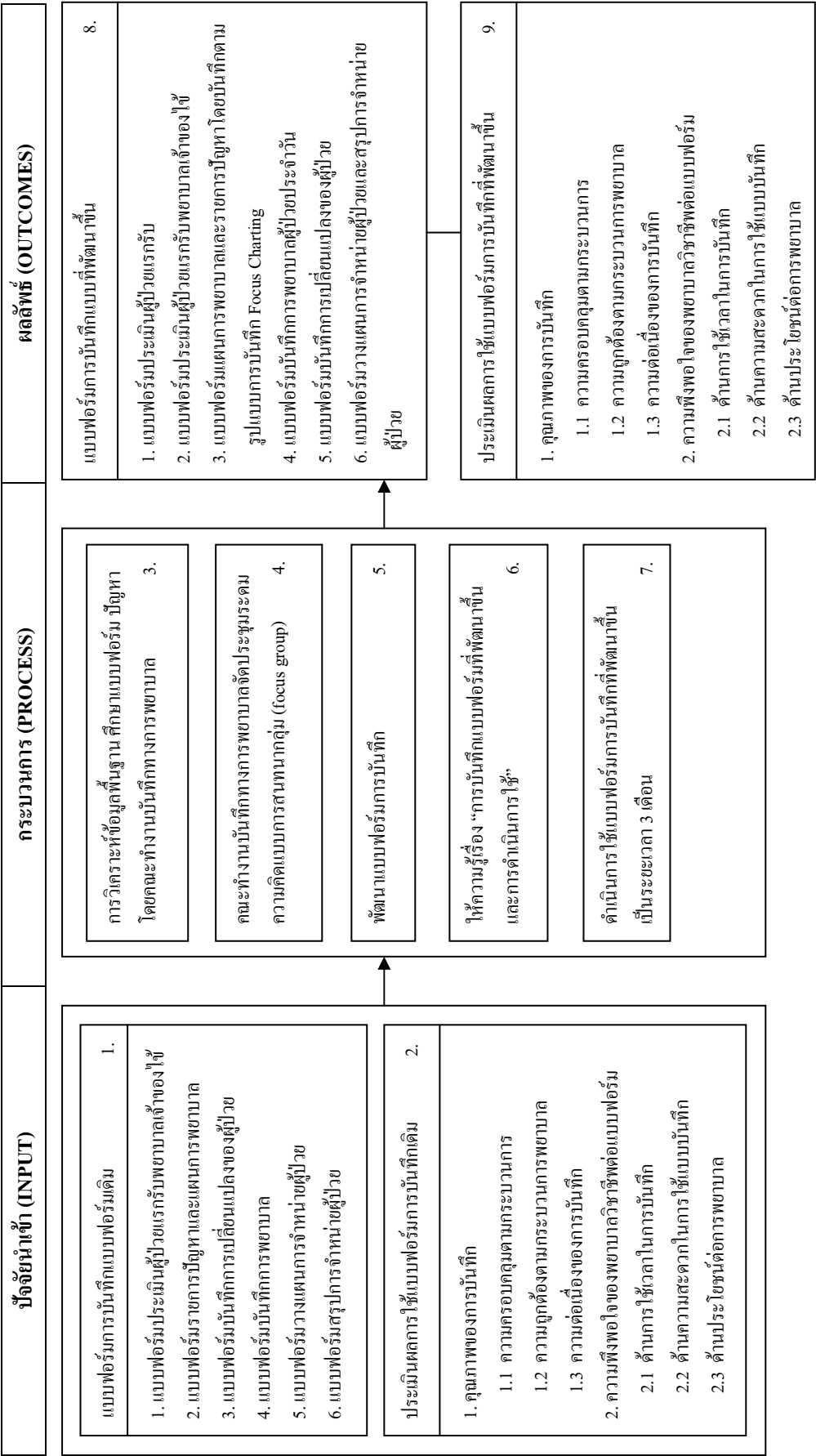
ณภัทร ธนะพุดินา⁽³⁾ ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบบบันทึกเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีการพัฒนาแบบบันทึก 4 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ สรุปผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกและค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เยาเวศ คุณแก้ว⁽⁴⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก ได้แก่ บันทึกประเมินผู้ป่วยรับใหม่ บันทึกปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล บันทึกการประเมินผลการพยาบาล และบันทึกจำหน่ายผู้ป่วย หลังการพัฒนาพบว่า บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพในการบันทึกสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลส่วนมากยังมีประเด็นปัญหา ตั้งแต่แบบฟอร์มในการบันทึก วิธีการบันทึก รวมถึงรูปแบบในการบันทึก สำหรับศูนย์สิรินธรฯ ก็ประสบปัญหาการบันทึกที่ต้องการพัฒนาดังเช่นที่กล่าวมาแล้ว ด้วยเหตุนี้จึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบงานมาใช้ในการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล โดยกระบวนการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมความคิดเพื่อค้นหาปัญหาความต้องการ กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล นำมาสู่การพัฒนาปรับแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล โดยมีการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มในด้านคุณภาพและความพึงพอใจเกี่ยวกับแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและแสดงถึงการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 ได้นำมาสู่แนวคิดในการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล โดยบันทึกตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่มีความครอบคลุมมากที่สุด โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Functional Health Pattern of Gordon) และใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting ดังแสดงตามสรุปขั้นตอนการวิจัย ในแผนภูมิที่ 2.2 และมีกรอบการดำเนินการในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 การดำเนินการดำเนินการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล



แผนภูมิที่ 2.2 สรุปขั้นตอนการวิจัย

บทที่ 3

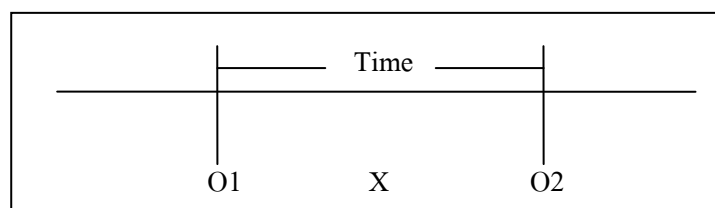
วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยมีระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่วิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การดำเนินการวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.7 การเก็บและรวบรวมข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ของศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่ พัฒนาขึ้น



โดยให้ X = แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
 O1 = การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มเดิม
 O2 = การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น
 Time = ระยะเวลาในการดำเนินการใช้เป็นเวลา 3 เดือน

3.2 พื้นที่วิจัย

พื้นที่วิจัยอยู่ในศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง คือ หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ทั้งหมดจำนวน 30 คน และแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการฟื้นฟูในศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งถูกบันทึกโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 17 คน ซึ่งเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง เป็นผู้บันทึกทางการพยาบาล และให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.2 กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล หมายถึง ผู้นำทางการพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการครั้งนี้ ได้แก่ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ คณะทำงานบันทึกทางการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยในชาย และหอผู้ป่วยในหญิง รวม 8 คน

2. แบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบฟอร์มบันทึก 6 แบบ ได้แก่ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน แบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting และแผนการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 30 แฟ้ม เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกแบบบันทึกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีการฟื้นฟูที่มีระยะเวลานอนตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป

3.4 การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยดำเนินการประเมินผลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกก่อนการพัฒนา แล้วจึงนำแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นดำเนินการใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นจึงประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกที่พัฒนาขึ้น

ซึ่งการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปและประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้มีการดำเนินการพัฒนาโดยคณะทำงานบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ในขั้นตอนนี้ทางกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะทำงานบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างมีระบบ ใช้แนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม คณะทำงานได้จัดประชุมระดมความคิดแบบการสนทนากลุ่ม (focus group) ในเรื่องปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และได้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนำผลจากการศึกษา และจากการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกทั้งนำแบบบันทึกเดิมมาเป็นพื้นฐาน โดยตัดข้อด้อยคงข้อเด่นของแบบเดิมไว้ และเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์ตามการศึกษาและความต้องการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้เป็นแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น 6 แบบฟอร์ม ประกอบด้วย แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มแผนการพยาบาลและแบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

2. แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ มีวิธีการพัฒนาดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาลได้แบบตรวจสอบที่สร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ของอารี ชิวเกษมสุข⁽¹³⁾

2.2 กำหนดเนื้อหาที่จะต้องตรวจสอบ โดยแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จะประเมินคุณภาพการบันทึก 3 ด้าน ดังนี้

1) ตรวจสอบด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล/ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2) ตรวจสอบด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล บันทึกตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ข้อความได้ใจความตรงประเด็น สื่อความหมายได้ชัดเจนตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ถาวร

3) ตรวจสอบด้านความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง บันทึกได้อย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย บันทึกได้ต่อเนื่องทุกวันทุกเวร ตามขั้นตอนการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกอย่างไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมง แสดงให้เห็นสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เห็นความก้าวหน้าของการให้การรักษา

2.3 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

รายการประเมินด้านที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และด้านที่ 2 ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าบันทึกถูกต้อง ครบถ้วน ให้คะแนน = 1 คะแนน

ถ้าบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่มีการบันทึก ให้

คะแนน = 0 คะแนน

ถ้าไม่จำเป็นต้องบันทึก ไม่คิดคะแนนในข้อนี้

รายการประเมินด้านที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ไม่คิดคะแนน กรณีข้อมูลนั้นไม่จำเป็นหรือไม่ต้องประเมิน
- 0 คะแนน = บันทึกลงได้ไม่ถูกต้องหรือไม่มีการบันทึก
- 1 คะแนน = มีการบันทึกตามที่กำหนดได้เป็นบางส่วน
- 2 คะแนน = มีการบันทึกตามที่กำหนดได้เป็นส่วนใหญ่
- 3 คะแนน = มีการบันทึกตามที่กำหนดได้ครอบคลุมถูกต้อง

2.4 กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 5 ระดับ โดยคิดจากร้อยละของคะแนนที่ได้ ดังนี้⁽⁴⁷⁾

- คะแนนร้อยละ 90-100 หมายถึง คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดีมาก
- คะแนนร้อยละ 80-89 หมายถึง คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดี
- คะแนนร้อยละ 70-79 หมายถึง คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลปานกลาง
- คะแนนร้อยละ 60-69 หมายถึง คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ดี
- คะแนนร้อยละ 0-59 หมายถึง คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ดีเลย

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยบูรณาการมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของณัฏฐ์ ธนะพุฒินา⁽³⁾ โดยลักษณะแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง ประกอบด้วยคำถามลักษณะส่วนบุคคลของประชากร ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานตำแหน่งปัจจุบัน แผนกที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยมีข้อคำถามซึ่งครอบคลุมการประเมินความคิดเห็นใน 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการใช้เวลาในการบันทึก หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึก โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลว่า สามารถบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการบันทึกลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แบบฟอร์มเดิม
- 2) ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลว่า สามารถบันทึกได้ง่าย สะดวก และสามารถค้นหาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แบบฟอร์มเดิม

3) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึก โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลว่าทำให้ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถทำให้เกิดคุณประโยชน์ต่อการพยาบาล

ลักษณะแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลมีลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

พึงพอใจน้อยที่สุด	มีค่าเท่ากับ	1
พึงพอใจน้อย	มีค่าเท่ากับ	2
พึงพอใจปานกลาง	มีค่าเท่ากับ	3
พึงพอใจมาก	มีค่าเท่ากับ	4
พึงพอใจมากที่สุด	มีค่าเท่ากับ	5

ซึ่งในแต่ละช่วงคำตอบมีความหมาย ดังนี้

น้อยที่สุด	พึงพอใจน้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจตามข้อความนี้ระดับน้อยที่สุด
ปานกลาง	พึงพอใจน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจตามข้อความนี้ระดับน้อย พึงพอใจปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจตามข้อความนี้ระดับปานกลาง
มากที่สุด	พึงพอใจมาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจตามข้อความนี้ระดับมาก พึงพอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจตามข้อความนี้ระดับมากที่สุด

การแปลผลคะแนน เกณฑ์การคิดคะแนน โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจแต่ละด้านต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้หลักการแปลความคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้⁽⁴⁸⁾

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นส่วนของคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเติมข้อความที่เป็นจริงในส่วนความคิดเห็นที่อาจมีนอกเหนือจากความคิดเห็นทั้ง 3 ด้าน มีข้อความระบุเป็นความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถามความคิดเห็นในส่วนที่ 3 และจัดหมวดหมู่เป็นความคิดเห็นเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

เนื่องจากการที่พยาบาลจะทำบันทึกแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สรีรฯ ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมการและการดำเนินการเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจอย่างถูกต้อง สามารถปฏิบัติได้ และไม่กระทบกับการทำงานประจำ มีการดำเนินงานเป็นระยะ ดังนี้

2.1 ระยะเตรียมการ เตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ทั้งบุคลากร พื้นที่วิจัย และแบบฟอร์มต่าง ๆ ประกอบด้วยกิจกรรม คือ

- 1) กำหนดพื้นที่วิจัยที่จะนำแบบฟอร์มไปดำเนินการใช้ ได้เลือกแบบเจาะจง คือ หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง
- 2) เตรียมเอกสารแบบฟอร์มต่าง ๆ ได้แก่ แบบฟอร์มทั้ง 6 แบบฟอร์ม และแบบสอบถามเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น
- 3) เตรียมบุคลากร ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการพัฒนา วิธีการบันทึกแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น และขั้นตอนการดำเนินการ โดย

(1) ประชุมชี้แจงเรื่อง “การบันทึกแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น และการดำเนินการใช้” แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัย ให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น

(2) ฝึกบันทึกด้วยแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในหอผู้ป่วยจริง 1 สัปดาห์ หลังการประชุมชี้แจง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ปรับปรุงแก้ไขการบันทึกและฝึกเขียนบันทึกตามแบบฟอร์มการบันทึกที่พัฒนาขึ้น และคุ้นเคยกับแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งดำเนินการจริงโดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลานาน 1 เดือน ก่อนเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2.2 ระยะดำเนินการใช้ ดำเนินการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่วิจัย โดยกำหนดให้นำแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สรีรฯ ตามระยะเวลาในการดำเนินการใช้ คือ ระยะเวลา 3 เดือน (เดือนกันยายน เดือนตุลาคม และเดือนพฤศจิกายน) ประกอบด้วยกิจกรรม คือ

1) ก่อนดำเนินการ ได้เก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการบันทึกก่อนการจัดประชุมชี้แจง และถูกบันทึกด้วยแบบฟอร์มเดิมทั้ง 7 แบบ ได้แก่ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ (Admission Primary Nursing Assessment Form) แบบฟอร์มรายการปัญหาและแผนการพยาบาล (Problem List and Nursing Care Plan Form) แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress Nurse's Note) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning) และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Summary) โดยใช้คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจก่อนการดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิม

2) การดำเนินการใช้แบบฟอร์มการบันทึก พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ทำบันทึกแบบฟอร์ม โดยบันทึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

3) ในระหว่างการดำเนินการใช้มีการติดตามเป็นระยะ โดยให้พยาบาลผู้ทำบันทึกเขียนปัญหา/อุปสรรคในการเขียนบันทึกแบบฟอร์มไว้ และมีการติดตามกำกับการบันทึกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์โดยหัวหน้าพยาบาล

4) เก็บข้อมูลหลังการดำเนินการใช้ โดยแบบสอบถามชุดเดิมเพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกและสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปและประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

3.1 ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากการใช้แบบฟอร์มบันทึกที่พัฒนาขึ้นทั้ง 6 แบบ คือ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน แบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting และแผนการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่วิจัยในระยะดำเนินการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 6 แบบจากหอผู้ป่วยในทั้ง 2 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 15 ฉบับ รวม 30 ฉบับ และใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 1

3.2 ประเมินความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 1 หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการใช้แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สรุปการประเมินผลปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์ม แล้วนำเสนอต่อผู้บริหารของกลุ่มภารกิจบริการวิชาการและผู้บริหารของศูนย์สรีรฯ เพื่อขอนำแบบฟอร์มไปใช้จริงต่อไป

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.6 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทดสอบคุณภาพ ดังนี้

1.1 การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นทั้ง 6 แบบ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

1.2 นำแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทดสอบคุณภาพ ดังนี้

- 1) การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึก

ทางการพยาบาลไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ชุดเดียวกับการตรวจสอบแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2) นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามาพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา และสำนวนภาษา

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลทดสอบคุณภาพดังนี้

1) การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2) การหาค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และนำแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปตรวจสอบความเที่ยงโดยไปสอบถามพยาบาลนอกพื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบาช (Cronbach)

การคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สรุปผลการวิเคราะห์ คือ จากจำนวนตัวอย่าง 30 ชุด ข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน 30 ชุด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ จากผลการวิเคราะห์ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.93 ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จึงสามารถนำข้อคำถามชุดนี้ไปรวบรวมได้ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข)

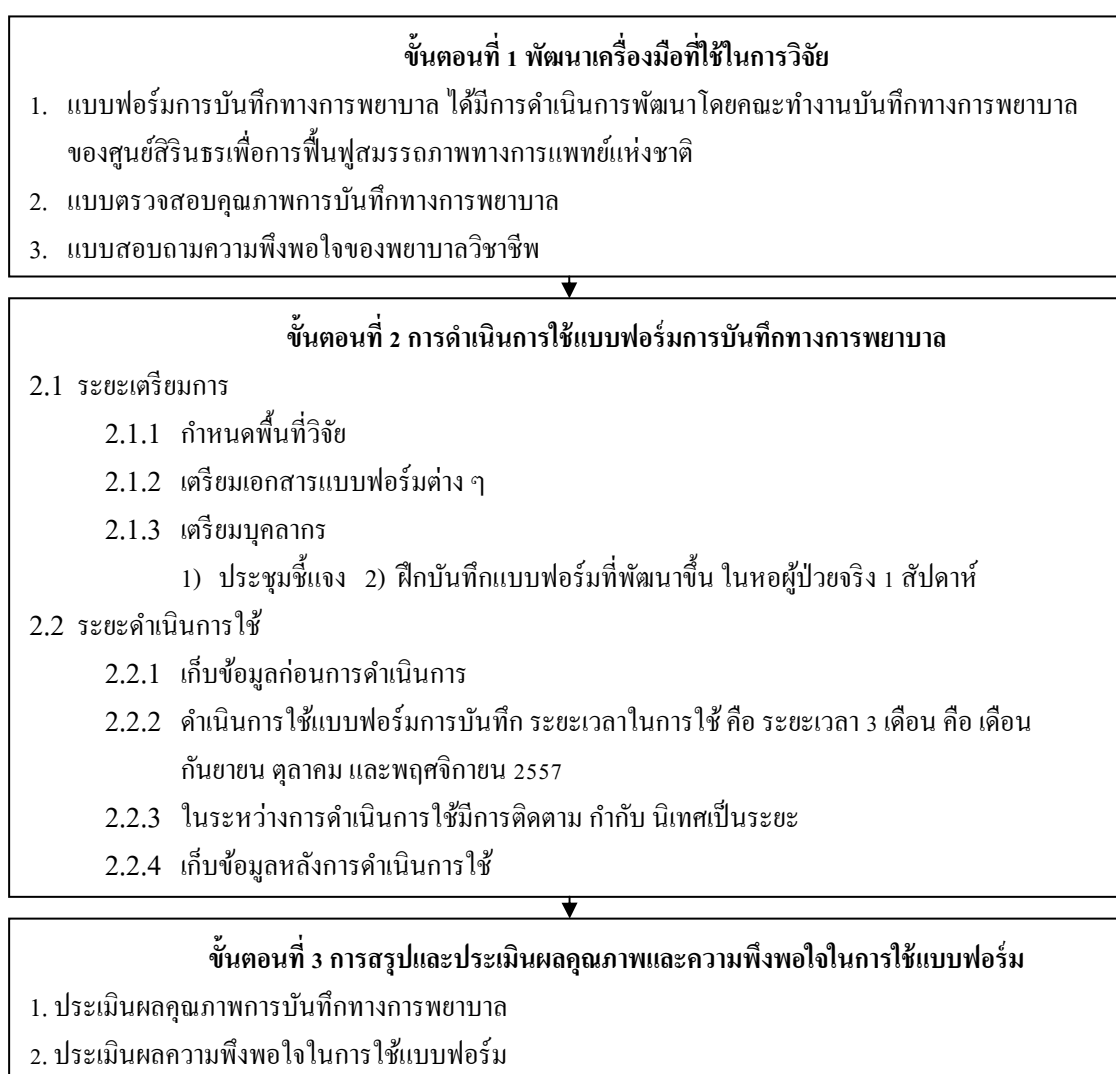
3.7 การเก็บและรวบรวมข้อมูล

การเก็บและรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินงานแต่ละขั้นตอนแก่พยาบาลวิชาชีพทุกคนในพื้นที่วิจัย
- 2.เตรียมเอกสารแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล

3. เก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการใช้แบบฟอร์ม ด้านคุณภาพของการบันทึก โดยนำแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ที่ถูกบันทึกด้วยแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิมตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่าย มาตรวจสอบคุณภาพของการบันทึก โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิม ส่วนด้านความพึงพอใจ เก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิม

4. เก็บข้อมูลหลังการดำเนินการใช้แบบฟอร์ม ด้านคุณภาพของการบันทึก นำแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และถูกบันทึกด้วยแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่าย มาตรวจสอบคุณภาพของการบันทึก และด้านความพึงพอใจ ใช้แบบสอบถามเดียวกันกับการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ เพื่อสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น โดยสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้



แผนภูมิที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

ส่วนที่ 1 การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์แต่ละแบบฟอร์มบันทึกที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่วิจัย ที่มีการบันทึกด้วยแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ในช่วงการทดลองใช้แบบฟอร์มบันทึก ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์แต่ละแบบฟอร์มทั้ง 6 แบบฟอร์ม โดยอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับ ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบ ดังนี้

1) การอ่านรายงานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยของแพทย์ (Discharge Summary) เพื่อดูการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) ปัญหาภาวะแทรกซ้อน การรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

2) อ่านรายงานการซักประวัติและการตรวจร่างกายของแพทย์ (Physical Examination) จากแบบบันทึกของแพทย์

3) อ่านคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's Order) จากแบบบันทึกการรักษาของแพทย์

4) อ่านรายงานการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากการบันทึกของแพทย์เพื่อดูปัญหาและการรักษาของแพทย์ตามปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

5) อ่านรายงานการบันทึกการให้ยาจากแบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record)

6) อ่านรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจอื่น ๆ (ถ้ามี)

7) ตรวจสอบฟอร์มโปรท (Graphic Sheet) และการบันทึกสารน้ำเข้าและออก (Intake-Output) รวมทั้งแบบบันทึกย่อยต่าง ๆ (Flow Sheet) ถ้ามี

8) สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่าย

9) ตรวจสอบแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ทั้ง 6 แบบฟอร์ม และให้คะแนนการบันทึกตามแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้

เกณฑ์ตามคู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากคู่มือสำหรับการวิเคราะห์การตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข⁽¹¹⁾

2. นำผลคะแนนการตรวจสอบแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมา คำนวณหาคุณภาพการบันทึก

ส่วนที่ 2 วัดคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาล โดยจัดหมวดหมู่ของแบบสอบถามความพึงพอใจทั้ง 20 ข้อ เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความพึงพอใจด้านการใช้เวลาในการบันทึก ได้แก่

ข้อ 1 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ/
แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้

ข้อ 2 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มรายการปัญหา

ข้อ 3 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการ
พยาบาล

ข้อ 4 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลง
ของผู้ป่วย

ข้อ 5 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกการ
พยาบาลผู้ป่วยประจำวัน

ข้อ 6 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มวางแผนการจำหน่าย
ผู้ป่วย

ข้อ 7 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย
ผู้ป่วย

2. ความพึงพอใจด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ได้แก่

ข้อ 8 แบบฟอร์มบันทึกที่ท่านใช้ ง่าย สะดวกต่อการบันทึก และ
ไม่ซ้ำซ้อน

ข้อ 9 ท่านสามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้
ง่าย

ข้อ 10 การบันทึกทำให้ท่านสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากการ
ประเมินมาวางแผนการพยาบาลได้

ข้อ 11 แบบฟอร์มบันทึกช่วยให้ท่านสามารถติดตามผลการ
รักษาพยาบาลได้ง่าย

ข้อ 12 แบบฟอร์มบันทึกช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบ
องค์รวม

ข้อ 13 แบบฟอร์มทุกแบบฟอร์มเรียงลำดับ จัดกลุ่มข้อมูล ทำ
ให้สะดวกในการบันทึก

ข้อ 14 แบบฟอร์มทุกแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกมีความ
สะดวก เหมาะสมกับภาระงานประจำของพยาบาลวิชาชีพ

3. ความพึงพอใจด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ได้แก่

ข้อ 15 แบบฟอร์มบันทึกสามารถใช้ประกอบการประกัน
คุณภาพการพยาบาลได้

ข้อ 16 แบบบันทึกส่งเสริมการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ
เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อ 17 แบบฟอร์มบันทึกใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย
ได้

ข้อ 18 การบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มบันทึก ทำให้มองเห็น
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจน

ข้อ 19 ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล/แบบบันทึกที่
กำหนดไว้

ข้อ 20 แบบบันทึกช่วยให้ท่านสามารถบันทึกได้ครอบคลุม
กระบวนการพยาบาล

3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

1. คะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดย
การคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการ
พยาบาลระหว่างการใช้แบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (SD) และการทดสอบ Mann Whitney U Test

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นโดยรวม ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบค่าที ที่มีกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t - test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การประเมินการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลของการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2.1 ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2.2 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 25)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ		ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20-29	3	17.6	0	0
30-39	7	41.2	0	0
40-49	6	35.3	7	87.5
50-59	1	5.9	1	12.5
รวม	17	100.0	8	100.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 25) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ		ผู้บริหารทางการพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษาสูงสุด				
ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี	11	64.7	2	25
ปริญญาโท	6	35.3	6	75
ปริญญาเอก	0	0	0	0
รวม	17	100.0	8	100.0
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ปี)				
1-5	3	17.7	0	0
6-10	4	23.5	0	0
11-15	5	29.4	0	0
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	5	29.4	8	100.0
รวม	17	100.0	8	100.0
แผนกที่ปฏิบัติงาน				
หอผู้ป่วยในชาย	9	52.9	1	12.5
หอผู้ป่วยในหญิง	8	47.1	1	12.5
อื่น ๆ	0	0	6	75
รวม	17	100.0	8	100.0

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 17 คน และผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 8 คน คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ (ตารางที่ 4.1)

พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 39.92 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 41.2) รองลงมา มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 35.3) มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.7) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ระหว่าง 11-15 ปี (ร้อยละ 29.4) รองลงมา ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 23.5)

ผู้บริหารทางการแพทย์ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 87.5) มีวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 75) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 100.0) ผู้บริหารทางการแพทย์ 7 คน เป็นหัวหน้าพยาบาลหรือผู้ป่วยใน 2 คน และอยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ 6 คน

ตอนที่ 2 ผลของการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2.1 ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากผลการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
- ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล (คะแนนเต็ม 1.00)	0.64	0.48	ไม่ดี	0.85	0.36	ดี
- ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล (คะแนนเต็ม 1.00)	0.70	0.46	ปานกลาง	0.83	0.36	ดี
- ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก (คะแนนเต็ม 3.00)	1.52	0.63	ไม่ดีเลย	2.45	0.64	ดี

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของแบบฟอร์มเดิมโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับไม่ดีเลย ($\bar{X} = 1.52$) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 0.64$) และด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.70$) แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีทั้งหมด ($\bar{X} = 0.85, 0.83$ และ 2.45 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้าน
ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น
จำแนกเป็นรายด้าน

ด้านความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล (คะแนนเต็มแต่ละข้อ 1.00 คะแนน)	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	0.69	0.43	ไม่ดี	0.84	0.36	ดี
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	0.54	0.50	ไม่ดีเลย	0.84	0.36	ดี*
3. การวางแผนการพยาบาล	0.65	0.48	ไม่ดี	0.85	0.35	ดี*
4. การปฏิบัติการพยาบาล	0.47	0.50	ไม่ดีเลย	0.87	0.32	ดี*
5. การประเมินผลการพยาบาล	0.63	0.48	ไม่ดี	0.81	0.39	ดี
6. การสรุปการจำหน่าย	0.73	0.44	ปานกลาง	0.84	0.36	ดี
รวม	0.64	0.48	ไม่ดี	0.85	0.36	ดี

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของแบบฟอร์มเดิมโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 0.64$) แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.85$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การประเมินสุขภาพเมื่อแรกรับ						
1.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ	0.93	0.25	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
1.2 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการตรวจร่างกาย และ/หรือจากทีมสุขภาพ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	0.97	0.18	ดีมาก	0.93	0.25	ดีมาก
1.3 มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	0.76	0.43	ปานกลาง	0.79	0.40	ปานกลาง
1.4 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	0.48	0.51	ไม่ดีเลย	0.72	0.44	ปานกลาง
1.5 มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย	0.73	0.45	ปานกลาง	0.76	0.43	ปานกลาง
1.6 มีบันทึกลักษณะของอาการเจ็บป่วย	0.77	0.43	ปานกลาง	0.90	0.30	ดีมาก
1.7 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วย และ/หรือวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ	0.63	0.49	ไม่ดี	0.86	0.34	ดี
1.8 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมาในอดีต	0.73	0.45	ปานกลาง	0.80	0.40	ดี
1.9 มีบันทึกประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร หรือสารอื่น ๆ	0.57	0.50	ไม่ดีเลย	0.83	0.37	ดี
1.10 มีบันทึกโรคทางพันธุกรรมโรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว	0.73	0.45	ปานกลาง	0.90	0.30	ดีมาก
1.11 มีบันทึกค่าสัญญาณชีพ และ/หรืออาการแสดงทางระบบประสาทของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ (ถ้ามี)	0.57	0.50	ไม่ดีเลย	0.90	0.30	ดีมาก

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ด้านความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.12 มีบันทึกอาการและอาการแสดงทาง ด้านร่างกายที่สังเกตและ/หรือตรวจ ได้เมื่อแรกรับ	0.53	0.51	ไม่ดีเลย	0.86	0.34	ดี
1.13 มีบันทึกข้อมูลที่แสดงถึงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยที่สังเกตและ/หรือประเมิน ได้เมื่อแรกรับ	0.57	0.50	ไม่ดีเลย	0.70	0.46	ปานกลาง
2. การวินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ						
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกาย ได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อ วินิจฉัยการพยาบาล	0.66	0.48	ไม่ดี	0.93	0.25	ดีมาก
2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้อง ตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	0.24	0.43	ไม่ดีเลย	0.62	0.49	ไม่ดี*
2.3 มีบันทึกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ คาดหวังที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัย/ ประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย	0.66	0.48	ไม่ดี	0.89	0.30	ดี
2.4 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา ของผู้ป่วยเพื่อการวางแผนการจำหน่าย	0.59	0.50	ไม่ดีเลย	0.89	0.30	ดี
3. การวางแผนการพยาบาล						
3.1 มีบันทึกลำดับความสำคัญของปัญหา หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล	0.69	0.47	ไม่ดี	0.75	0.43	ปานกลาง
3.2 มีบันทึกวัตถุประสงค์และเกณฑ์การ ประเมินผลการพยาบาลที่สอดคล้อง กับข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทุกข้อ วินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วย	0.72	0.45	ปานกลาง	0.86	0.34	ดี

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล
ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ด้านความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3.3 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วย	0.76	0.43	ปานกลาง	0.86	0.34	ดี
3.4 มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามประเด็นปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย	0.41	0.50	ไม่ดีเลย	0.93	0.25	ดีมาก*
4. การปฏิบัติการพยาบาล						
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด	0.72	0.45	ปานกลาง	0.89	0.30	ดี
4.2 มีบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด	0.10	0.31	ไม่ดีเลย	0.79	0.40	ปานกลาง*
4.3 มีบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติ ก่อนจำหน่าย ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด	0.59	0.50	ไม่ดีเลย	0.93	0.25	ดีมาก
5. การประเมินผลการพยาบาล						
4.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้	0.72	0.47	ปานกลาง	0.86	0.34	ดี

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

ด้านความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
4.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาล ที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การ ประเมินผลตามที่กำหนดไว้	0.45	0.51	ไม่ดีเลย	0.72	0.44	ปานกลาง
4.3 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อน จำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล	0.76	0.45	ปานกลาง	0.82	0.37	ดี
6. การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย						
6.1 มีบันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยและ สัญญาณชีพก่อนการจำหน่าย	0.72	0.45	ปานกลาง	0.89	0.30	ดี
6.2 มีบันทึกการให้คำแนะนำหรือทบทวน คำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหา ของผู้ป่วย	0.72	0.45	ปานกลาง	0.79	0.40	ปานกลาง
6.3 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ต้อง ดูแลต่อเนื่อง	0.45	0.50	ไม่ดีเลย	0.82	0.37	ดี
รวม	0.64	0.48	ไม่ดี	0.85	0.36	ดี

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของแบบฟอร์มเดิมโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 0.64) แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 0.85) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) มีบันทึกการปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาลที่กำหนด 2) มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามประเด็นปัญหา และข้อมูลของผู้ป่วย 3) มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้อง ตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (แบบฟอร์มเดิม $\bar{X}$ = 0.10, 0.41 และ 0.24 ตามลำดับ และหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น $\bar{X}$ = 0.79, 0.93 และ 0.62 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้าน ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านความถูกต้อง ตามกระบวนการพยาบาล	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. มีบันทึกการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง	1.00	0.18	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. มีการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง	0.86	0.35	ดี	0.93	0.25	ดีมาก
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง	0.79	0.41	ปานกลาง	0.86	0.34	ดี
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง	0.59	0.50	ไม่ดีเลย	0.89	0.30	ดี*
5. มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง	0.72	0.45	ปานกลาง	0.82	0.37	ดี

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ทางด้าน
ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

ด้านความถูกต้อง ตามกระบวนการพยาบาล	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
6. มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการ พยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง	0.62	0.50	ไม่ดี	0.72	0.44	ปานกลาง
7. มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อน และหลังการพยาบาลและ/หรือการ รักษาทุกครั้ง	0.38	0.49	ไม่ดีเลย	0.86	0.34	ดี*
8. บันทึกคำบอกเล่า สภาพหรือการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยไม่แปล ความหมายทุกครั้ง	0.69	0.47	ไม่ดี	0.82	0.37	ดี
9. บันทึกด้วยข้อความที่อ่านได้ง่ายทุก ข้อความ	0.66	0.48	ไม่ดี	0.68	0.46	ไม่ดี
10. บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้นกะทัดรัด ได้ใจความ	0.72	0.45	ปานกลาง	0.75	0.43	ปานกลาง
11. ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็น สากลทุกครั้ง	0.79	0.43	ปานกลาง	0.82	0.37	ดี
12. ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกทุก ครั้งด้วยตัวบรรจง	0.62	0.49	ไม่ดี	0.75	0.43	ปานกลาง
13. บันทึกชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ เลข ประจำตัวโรงพยาบาลและหอผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกแผ่น	0.83	0.41	ดี	0.86	0.34	ดี
14. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือสี แดงตามที่กำหนดทุกครั้ง	0.79	0.41	ปานกลาง	0.82	0.37	ดี
15. จัดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับไว้ที่ด้านบนของ ข้อความ เมื่อเขียนผิดทุกครั้ง	0.41	0.50	ไม่ดีเลย	0.82	0.37	ดี*
รวม	0.70	0.46	ปานกลาง	0.83	0.36	ดี

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลของแบบฟอร์มเดิมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.70$) แต่หลังจากการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.83$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง 2) ชัดเจนตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับไว้ที่ด้านบนของข้อความ เมื่อเขียนผิดทุกครั้งและ 3) มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (แบบฟอร์มเดิม $\bar{X} = 0.38, 0.41$ และ 0.59 ตามลำดับ และหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น $\bar{X} = 0.86, 0.82$ และ 0.89 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก จำแนกเป็นรายด้าน

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การประเมินผู้ป่วย	1.70	0.67	ไม่ดีเลย	2.48	0.65	ดี
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	1.40	0.62	ไม่ดีเลย	2.50	0.50	ดี*
3. การวางแผนการพยาบาล	1.50	0.60	ไม่ดีเลย	2.40	0.64	ดี*
4. การปฏิบัติการพยาบาล	1.57	0.68	ไม่ดีเลย	2.43	0.62	ดี
5. การประเมินผลการพยาบาล	1.43	0.56	ไม่ดีเลย	2.45	0.76	ดี*
รวมทั้งหมด	1.52	0.63	ไม่ดีเลย	2.45	0.64	ดี

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดีเลย ($\bar{X} = 1.52$) แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.45$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล (แบบฟอร์มเดิม $\bar{X} = 1.40, 1.43$ และ 1.50 ตามลำดับ และหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น $\bar{X} = 2.50, 2.45$ และ 2.40 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยต่อรายชื่อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การประเมินผู้ป่วย						
1. บันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ และ บันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมใน แบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง	1.76	0.64	ไม่ดีเลย	2.51	0.73	ดี
2. บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยในแบบ บันทึกการพยาบาลทุกเวรภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลจน กระทั่งจำหน่าย	1.69	0.71	ไม่ดีเลย	2.41	0.56	ดี
การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย						
3. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา ของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึก ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของ ผู้ป่วยในวันต่อ ๆ มา	1.41	0.62	ไม่ดีเลย	2.51	0.50	ดี*
การวางแผนการพยาบาล						
4. บันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงความต่อเนื่อง ของกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึก แผนการพยาบาล	1.55	0.57	ไม่ดีเลย	2.44	0.72	ดี
5. บันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการ พยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการ พยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่ง ปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลง ไป	1.48	0.63	ไม่ดีเลย	2.37	0.55	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยต่อรายข้อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การปฏิบัติการพยาบาล						
6. บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวอร์	1.59	0.68	ไม่ดีเลย	2.44	0.62	ดี
การประเมินผลการพยาบาล						
7. การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวอร์ในแบบบันทึกการพยาบาล	1.48	0.57	ไม่ดีเลย	2.41	0.81	ดี*
8. การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวอร์ตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล	1.41	0.56	ไม่ดีเลย	2.44	0.73	ดี*

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึก หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าการใช้แบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อ ๆ มา 2) การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวอร์ตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และ 3) การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวอร์ในแบบบันทึกการพยาบาล (แบบฟอร์มเดิม $\bar{X}$ = 1.41, 1.41 และ 1.59 ตามลำดับ และหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น $\bar{X}$ = 2.51, 2.44 และ 2.44 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	แบบฟอร์มเดิม		แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		Mann-Whitney U Test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
- ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	0.64	0.48	0.85	0.36	184.5	<0.001
- ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล	0.70	0.46	0.83	0.36	202.5	<0.001
- ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	1.52	0.63	2.45	0.64	70.0	<0.001

จากตารางที่ 4.8 พบว่า คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ทุกด้านมีค่าคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและจากการสรุปผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความพึงพอใจรายข้อของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น (n = 25)

ความพึงพอใจ	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการใช้เวลาในการบันทึก						
1. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ/แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้	2.44	1.12	น้อย	4.04	0.54	มาก
2. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มรายการปัญหา	2.72	0.84	ปานกลาง	3.68	0.69	มาก

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความพึงพอใจรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น (n = 25) (ต่อ)

ความพึงพอใจ	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล	2.92	0.95	ปานกลาง	3.44	0.77	ปานกลาง
4. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	3.00	0.65	ปานกลาง	3.76	0.72	มาก
5. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน	2.64	0.99	ปานกลาง	3.96	1.06	มาก
6. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	2.92	0.86	ปานกลาง	3.88	0.67	มาก
7. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	2.72	0.68	ปานกลาง	3.88	0.73	มาก
ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก						
8. แบบฟอร์มบันทึกที่ท่านใช้ง่าย สะดวกต่อการบันทึก และไม่ซ้ำซ้อน	2.24	0.72	น้อย	3.92	0.64	มาก
9. ท่านสามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ง่าย	3.04	0.79	ปานกลาง	3.76	0.83	มาก
10. การบันทึกทำให้ท่านสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการพยาบาลได้	3.24	0.66	ปานกลาง	3.80	0.91	มาก
11. แบบฟอร์มบันทึกช่วยให้ท่านสามารถติดตามผลการรักษาพยาบาลได้ง่าย	3.16	0.80	ปานกลาง	3.76	0.83	มาก
12. แบบฟอร์มบันทึกช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	3.32	0.85	ปานกลาง	3.84	0.85	มาก
13. แบบฟอร์มทุกแบบฟอร์มเรียงลำดับ จัดกลุ่มข้อมูล ทำให้สะดวกในการบันทึก	2.64	0.81	ปานกลาง	3.92	0.49	มาก

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความพึงพอใจรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น (n = 25) (ต่อ)

ความพึงพอใจ	แบบฟอร์มเดิม			แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
14.แบบฟอร์มทุกแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึก มีความสะดวก เหมาะสมกับภาระงาน ประจำของพยาบาลวิชาชีพ	2.36	0.86	น้อย	3.76	0.60	มาก
ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล						
15.แบบฟอร์มบันทึกสามารถใช้ประกอบการ ประกันคุณภาพการพยาบาลได้	3.04	0.73	ปานกลาง	3.92	0.81	มาก
16.แบบบันทึกส่งเสริมการสื่อสารระหว่าง ทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	2.88	0.73	ปานกลาง	3.92	0.91	มาก
17.แบบฟอร์มบันทึกใช้เป็นหลักฐานสำคัญ ทางกฎหมายได้	3.44	0.87	ปานกลาง	3.72	0.89	มาก
18.การบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มบันทึก ทำให้มองเห็นภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้ชัดเจน	3.24	0.72	ปานกลาง	3.72	0.79	มาก
19.ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล/แบบ บันทึกที่กำหนดไว้	3.08	0.86	ปานกลาง	3.80	0.87	มาก
20.แบบบันทึกช่วยให้ท่านสามารถบันทึก ได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	3.32	0.85	ปานกลาง	3.72	0.68	มาก
รวม	2.93	0.81	ปานกลาง	3.81	0.77	มาก

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึก
ทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

ความพึงพอใจ	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการใช้เวลาในการบันทึก	2.77	0.87	3.81	0.74	-5.14	<0.001
ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก	2.86	0.79	3.82	0.74	-4.52	<0.001
ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล	3.16	0.79	3.80	0.82	-2.99	0.006
สรุปผลรวม	2.93	0.81	3.81	0.77	-4.72	<0.001

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม ($p < 0.001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ($p < 0.001$) ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก ($p < 0.001$) และด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ($p = 0.006$) ทั้ง 3 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มเดิม

บทที่ 5

อภิปราย

จากผลการวิจัยในบทที่ 4 ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายผลการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล

ส่วนที่ 3 อภิปราย ข้อดี ข้อด้อยของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 1 อภิปรายผลการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพมากกว่าก่อนการพัฒนา โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยครั้งนี้ว่า คะแนนคุณภาพโดยรวมของการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามข้อสมมติฐานการวิจัย คือ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิม ทั้งนี้อาจมีเหตุผลสนับสนุน คือ

มีการจัดทำแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสะดวกและง่ายต่อการบันทึกมากกว่าแบบฟอร์มเดิม เนื่องจาก

1. พัฒนาจากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงาน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ระดมปัญหา ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและแก้ไขปัญหาคได้ตรงประเด็น มีการจัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในเรื่องของการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล แล้วร่วมกันพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

2. ใช้ระบบการบันทึกแบบ Focus Charting เป็นรูปแบบการบันทึกที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ บันทึกเมื่อข้อมูลของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง เป็นระบบการบันทึกที่ยึด

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการบันทึกกระบวนนี้มีข้อดีคือ หาข้อมูลได้ง่ายเนื่องจากโครงสร้างของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญหรือปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เน้นประเด็นสำคัญ เพื่อให้มีการบันทึกที่รวบรัด กระชับ ชัดเจน ง่ายในการบันทึก และช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึก อีกทั้งสะท้อนกระบวนการพยาบาล ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น

3. การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในการร่วมกันพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลจากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงานของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รวมถึงการดำเนินการบันทึกตามแบบฟอร์มการบันทึก ทำให้คุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้นกว่าเดิม

เมื่อพิจารณาคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเป็นรายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังการพัฒนาพบว่า มีค่าคะแนนอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด 2) มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามประเด็นปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย 3) มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มใหม่ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่เอื้อให้บันทึกได้ตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ คือ

1.1 มีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาล ที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Assessment Form) แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ (Admission Primary Nursing Assessment Form) แบบฟอร์มแผนการพยาบาลและแบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting (Nursing Care Plan Form and Nursing Focus List) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (Daily nursing activity checklist form) แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Focus Progress Note) แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning) และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Summary) ซึ่งทำให้มีความสะดวกรวดเร็วในการบันทึก และส่งเสริมการบันทึกอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

1.2 มีการพัฒนาวิธีการบันทึก โดยใช้รูปแบบการบันทึกแบบ Focus Charting ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ F-A-I-E (Focus Assessment Intervention และ Evaluation) ทำให้สามารถบอกปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเห็นถึงขั้นตอนกระบวนการ

2. ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนามีค่าคะแนนความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแบบฟอร์มเดิมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.70$) แต่หลังจากการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.83$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง 2) จดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับไว้ที่ด้านบนของข้อความ เมื่อเขียนผิดทุกครั้ง และ 3) มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5) ทั้งนี้เนื่องจากแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

2.1 แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสามารถบันทึกได้เชื่อมโยง มีทั้งการระบุปัญหาทางการพยาบาล และมีการระบุการปฏิบัติการพยาบาล/การประเมินผลตามปัญหาทางการพยาบาล ทำให้ผู้บันทึกที่ดูแลผู้ป่วยสามารถเห็นสภาพผู้ป่วยและประเมินผลผู้ป่วยได้เป็นระยะ

2.2 ส่วนมากมีการจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน โดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ และเขียนเพิ่มเติมบางส่วนในช่องที่กำหนด ทำให้สะดวกในการบันทึก รวมทั้งมีการกำหนดแนวทางการบันทึก และการกำหนดสัญลักษณ์การบันทึกในแบบฟอร์ม จะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

3. ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดีเลย แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดีเลย แต่หลังจากการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่า

แบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อ ๆ มา 2) การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และ 3) การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7) ทั้งนี้เนื่องจากมีแบบบันทึกและวิธีการบันทึก ตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

3.1 แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ และแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน ใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ และมีเขียนเพิ่มเติมบางส่วนในช่องที่กำหนด ซึ่งครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยอย่างองค์รวม

3.2 แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน สำหรับบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติเพื่อประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกัน ทุกวัน ทุกเวร จนจำหน่ายผู้ป่วย บันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อประเมินอาการไม่พบสิ่งผิดปกติหรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง และใช้เครื่องหมาย x เมื่อพบสิ่งผิดปกติ

3.3 มีแบบฟอร์มแผนการพยาบาล สำหรับใช้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และแผนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้ต่อเนื่องและครอบคลุมแบบองค์รวม อีกทั้งมีแบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting ที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3.4 มีแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ F-A-I-E (Focus Assessment Intervention และ Evaluation) ทำให้สามารถบอกปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเห็นถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่บอกถึงปัญหาของผู้ป่วย การพยาบาลและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น ในด้านการใช้เวลาในการบันทึก ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก และด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ทั้ง 3 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มเดิม และเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วจะเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าการใช้แบบฟอร์มเดิม (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.10) ทั้งนี้เนื่องมาจากแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างชัดเจน เอื้อต่อการบันทึก ช่วยให้ผู้บันทึกบันทึกได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำให้ใช้เวลาในการบันทึกน้อย และมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เพราะแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ชัดเจน ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนทำให้เสียเวลาในการบันทึก⁽¹⁾

1) แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Assessment Form) และแบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning) เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้างการบันทึกที่ชัดเจน ง่ายต่อการบันทึก โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ และมีการเขียนเพิ่มเติมบางส่วนในช่องที่กำหนด ซึ่งครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยอย่างองค์รวม

2) การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยมีความสะดวกขึ้น ซึ่งจากเดิมที่บันทึกแบบบรรยายลงในแบบบันทึก Nurse's Note ซึ่งใช้เวลาในการบันทึกนาน ก็ได้พัฒนามาเป็นแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (Daily nursing activity checklist form) คือ มีรายการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เลือกและทำบันทึกด้วยวิธีทำเครื่องหมาย ✓, x ในช่องแต่ละเวร แบ่งเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก โดยทำเครื่องหมาย ✓ เมื่อไม่พบสิ่งผิดปกติหรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง และใช้เครื่องหมาย x เมื่อพบสิ่งผิดปกติหรือพบปัญหา แล้วสามารถนำปัญหาที่พบไปเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้

3) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย ในแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Focus Progress Note) และแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan Form) สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องเชื่อมโยง และสามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบบันทึกที่สามารถนำไปใช้ได้จริง สะดวก ง่ายต่อการบันทึก การค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และผลการศึกษา พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแบบฟอร์มเดิม และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ยังต้องมีการพัฒนาแบบบันทึกต่อไปอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาตามสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และในการพัฒนาแบบบันทึกต้องมีการเฝ้าระวังการบันทึกโดยการนิเทศ และการตรวจสอบของพยาบาล

หัวหน้าหอผู้ป่วย และการบันทึกจริงในขณะปฏิบัติงานโดยการตรวจสอบประจำวัน ส่วนผู้บริหารควรต้องกำหนดนโยบายในการบันทึกที่ชัดเจน ควรมีคู่มือการบันทึกและมีระบบการตรวจสอบที่สามารถติดตามได้

ส่วนที่ 3 อภิปราย ข้อดี ข้อด้อยของแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น

จากการทดลองใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 6 แบบฟอร์ม ได้พบข้อดี ข้อด้อยของแบบฟอร์ม สรุปได้ดังนี้

3.1 ข้อดีของแบบฟอร์ม

3.1.1 แบบฟอร์มทั้ง 6 แบบฟอร์ม เป็นการบันทึกที่ครบตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาล มีการบันทึกได้ครอบคลุมในหมวดต่าง ๆ ของการดูแลผู้ป่วย ทำให้กระชับเวลาในการทำข้อมูล ส่งผลให้ใช้เวลาในการบันทึกน้อยลง ทำให้มีเวลาไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยได้มากขึ้น

3.1.2 แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ ช่วยให้การประเมินผู้ป่วยเป็นระบบและมีข้อมูลการประเมินครบถ้วนมากขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการรับรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

3.1.3 การกำหนดให้เขียนปัญหาของผู้ป่วยในแบบฟอร์มรายการปัญหา และแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลเขียนบันทึกครบถ้วนขึ้น และทำให้เห็นสภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น

3.1.4 แบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจน และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ถือได้ว่าเป็นการให้การพยาบาลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

3.2 ข้อด้อยของแบบฟอร์ม

3.2.1 แบบฟอร์มการวางแผนการจำหน่าย ให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย แต่ขาดช่องการประเมินผลการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งแต่เดิมนั้นมีช่องการให้คำแนะนำ และมีช่องการประเมินผลว่าผู้ป่วยรับรู้เพียงใด

3.2.2 แบบฟอร์มชุดนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยด้านอื่น เช่น ผู้ป่วยเด็ก มีสภาพการเจ็บป่วยที่ต้องประเมินเฉพาะอีก จึงมีแนวคิดควรแยกแบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ แต่ใช้โครงสร้างเดียวกัน ซึ่งทางกลุ่มภารกิจบริการวิชาการมีแผนงานจะพัฒนาต่อไป

สรุปว่าจากผลการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมา ผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลครั้งนี้ และตัดสินใจที่จะนำแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้จริง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการวางแผนงาน การเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพผู้ทำบันทึก

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ในบทสุดท้ายนี้ ขอเสนอเนื้อหาเป็น 2 ส่วน คือ สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกของแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

1.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

2. สมมติฐานการวิจัย

2.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิม

2.2 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิม

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิงของศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 30 คน

2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งถูกบันทึกโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) พยาบาลวิชาชีพ โดยเป็นกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 8 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง จำนวน 17 คน ซึ่งได้ ซึ่งเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้บันทึกทางการพยาบาล ภายหลังให้การพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิงเป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

2) แบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบฟอร์มบันทึก 6 แบบ ได้แก่ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน แบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting และแผนการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 30 แฟ้ม เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกแบบบันทึกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มารับการฟื้นฟูที่มีระยะเวลานอนตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปในช่วงการดำเนินการ

4. การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในขั้นตอนนี้ทางกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะทำงานบันทึกทางการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างมีระบบ ใช้แนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม คณะทำงานได้จัดประชุมระดมความคิดแบบการสนทนากลุ่ม (focus group) ในเรื่องปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล และได้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล โดยนำผลจากการศึกษา และจากการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้เป็นแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 6 แบบฟอร์ม ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ 2) แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ 3) แบบฟอร์มแผนการพยาบาลและแบบฟอร์มรายการปัญหาโดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting 4) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน 5) แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และ 6) แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย และศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้แบบตรวจสอบที่สร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข⁽¹¹⁾ ในส่วนของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ได้บูรณาการมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของณภัทร ธนะพุดินา⁽³⁾

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในขั้นตอนนี้มีการเตรียมเอกสารที่ใช้ในการดำเนินการ อีกทั้งมีการเตรียมการและการดำเนินการเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ และไม่กระทบกับการทำงานประจำ มีความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีการจัดประชุมชี้แจงเรื่อง “การบันทึกแบบฟอร์มใหม่และการทดลองใช้” แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัย และแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิม แก่พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัยก่อนการดำเนินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น ในระหว่างดำเนินการใช้แบบฟอร์มบันทึกที่พัฒนาขึ้น มีการติดตามเป็นระยะ โดยให้พยาบาลผู้ทำบันทึกเขียนปัญหา/อุปสรรคในการเขียนบันทึกแบบฟอร์มไว้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการใช้แบบบันทึก และมีการติดตามกำกับกับการบันทึกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์โดยหัวหน้าพยาบาล หลังการดำเนินการใช้แบบฟอร์มบันทึกที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามความพึงพอใจชุดเดิม เพื่อสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัยต่อแบบฟอร์มบันทึกที่พัฒนาขึ้น การดำเนินการใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปและประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในขั้นตอนนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for Social Science) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท ได้แก่

(1)แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ
คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ประเมินตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับการวินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวนข้อคำถาม 30 ข้อย่อย ส่วนที่ 2 ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อย่อย และส่วนที่ 3 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อย่อย พร้อมคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการแพทย์ ต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์จากแบบบันทึกทางการแพทย์ในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง ก่อนและหลังการดำเนินการ จำนวนอย่างละ 30 ชุด โดยเลือกตัวอย่างอย่างเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

5.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น โดยแจกแบบสอบถามให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ตอบแบบสอบถาม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพ สถิติทดสอบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์แบบ 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (paired t-test) เนื่องจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) และความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ระหว่างการใช้แบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

7. ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

7.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิงเป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 17 คน โดยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยในชาย จำนวน 9 คน และหอผู้ป่วยในหญิง จำนวน 8 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 39.92 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 41.2) รองลงมามีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 35.3) มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.7) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ระหว่าง 11-15 ปี (ร้อยละ 29.4) รองลงมา 6-10 ปี (ร้อยละ 23.5) ส่วนผู้บริหารทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 87.5) มีวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 75) มีประสบการณ์

ในการปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 100.0) ผู้บริหารทางการแพทย์ 8 คน เป็นหัวหน้าพยาบาล หรือผู้ป่วยใน 2 คน และอยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ 6 คน

7.2 ผลของการประเมินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์

1) คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ จากการศึกษา

พบว่า

(1) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ก่อนการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแบบฟอร์มเดิมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 0.64$) แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.85$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การปฏิบัติการพยาบาล 2) การวินิจฉัยการพยาบาล และ 3) การวางแผนการพยาบาล (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3)

(2) ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล ค่าเฉลี่ย

ของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นพบว่า มีค่าคะแนนความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าการใช้แบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการใช้แบบฟอร์มเดิมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.70$) แต่หลังจากการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.83$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง 2) ชีตเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับไว้ที่ด้านบนของข้อความ เมื่อเขียนผิดทุกครั้ง และ 3) มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5)

(3) ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ค่าเฉลี่ยของ

คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น พบว่าแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดีเลย ($\bar{X} = 1.52$) แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของ

คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.45$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6)

2) เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น พบว่า แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแบบฟอร์มเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า

(1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล ต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิม พบว่า มีผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งหมด 25 คน ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง คือ 2.93 โดยด้านที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย คือ 3.16 อยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจต่ำสุด คือ ด้านการใช้เวลาในการบันทึก มีค่าเฉลี่ย คือ 2.77 อยู่ในระดับปานกลาง

(2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล ต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผลความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.81 โดยด้านที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก มีค่าเฉลี่ย คือ 3.82 อยู่ในระดับพึงพอใจมาก และด้านที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจต่ำสุด คือ ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย คือ 3.80 อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

4) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล ต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น โดยรวม พบว่า แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อการการประเมินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการดำเนินการวิจัยเพื่อการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

1.1 ด้านการพัฒนาบุคลากร

1) จากผลการวิจัย พบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลมีคะแนนสูงกว่าก่อนการพัฒนาในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล โดยด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่าย หลังการพัฒนามีคะแนนสูงกว่าก่อนพัฒนาน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้น ผู้บริหารควรพัฒนาบุคลากร โดยการเสริมสร้างความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในเรื่องของการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่าย

2) จากผลการวิจัย พบว่า ความต่อเนื่องของการบันทึกในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผู้ป่วยหลังการพัฒนามีคะแนนสูงกว่าก่อนพัฒนาน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นผู้บริหารควรพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยและแนวทางการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ดังนั้นผู้ปฏิบัติและผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับควรร่วมกันกำหนดนโยบายในการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการอย่างจริงจัง และสนับสนุนทีมพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ให้มีแผนกำกับติดตามประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านการปฏิบัติ

1) ควรมีการสร้างมาตรฐานแบบบันทึกที่มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ

2) กลุ่มภารกิจบริการวิชาการควรมีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ โดยมีเนื้อหา การวินิจฉัยการพยาบาลให้ครบถ้วนตามแนวคิดของ NANDA และมีตัวอย่าง

การวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่พบบ่อยในศูนย์สิรินธรฯ ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นต้น

1.3 ด้านระบบงาน

1) กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ควรจัดระบบการนิเทศงาน ในหอผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจสอบประจำวัน และการนำเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลมาปรึกษาในการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเห็นความสำคัญในการเขียนบันทึก และช่วยให้การเขียนบันทึกมีคุณภาพ

2) กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ควรจัดระบบการตรวจสอบ และประเมินผลการบันทึก โดยคณะทำงานบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งแผนงานการตรวจสอบและประเมินผลควรทำทุกเดือน การตรวจสอบนี้เป็นการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและสามารถนำผลการตรวจการเขียนบันทึกของพยาบาลแต่ละคนไปประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานได้อีกประการหนึ่ง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากผลการวิจัยพบว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกหลังการพัฒนามีคุณภาพมากกว่าก่อนการพัฒนา จึงควรมีการวิจัยเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบันทึก จากการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.2 จากที่แบบฟอร์มชุดนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ แต่ยังมีผู้ป่วยด้านอื่นที่มีสภาพการเจ็บป่วยที่ต้องประเมินเฉพาะอีก และควรแยกแบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งทางกลุ่มภารกิจบริการวิชาการมีแผนงานที่จะพัฒนา จึงควรมีการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลในด้านคุณภาพและความพึงพอใจของแบบฟอร์มที่จะพัฒนาด้วย

2.3 ควรมีการศึกษาคูณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นรายบุคคลเพื่อนำไปใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

THE EVALUATION OF THE USAGE OF NURSING DOCUMENTATION IN IN-PATIENT DEPARTMENT AT SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE

รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ 5336645 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุรชาติ วัฒนทอง, Psy.D.(MANAGEMENT), ปิยธิดา ศรีเดช, บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ด., ดุสิต สุจิรารัตน์, วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มาตรฐานคุณภาพของการบริการสุขภาพเป็นหัวใจที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่รับรองว่าการบริการนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา เป็นการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การนำโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งการที่มีระบบประกันคุณภาพจึงสร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้และผู้ให้บริการว่า การรักษาพยาบาลนั้นมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด มีความปลอดภัยและเชื่อถือได้ และสำหรับการประกันคุณภาพการพยาบาล ถือเป็นกระบวนการสำคัญของการประเมินผลความเป็นเลิศทางการพยาบาลจากผลลัพธ์ของการให้การดูแลผู้ป่วย⁽¹⁾

ปัจจุบันการควบคุมคุณภาพการพยาบาล สามารถจัดทำและตรวจสอบได้หลายรูปแบบ เช่น การจัดทำมาตรฐานการพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และแบบบันทึกทางการแพทย์ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการแพทย์ เป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย เพราะสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับการตรวจสอบได้⁽³⁾

ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มีฐานะเป็นกองหนึ่งของกรมการแพทย์ ตามพระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2531 และเริ่มมีกิจกรรมด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 จากสถิติการประเมินซึ่งเป็นการประเมินในเชิงปริมาณ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 พบว่าความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์มีความสมบูรณ์มากขึ้นเรื่อย ๆ และในปี พ.ศ.2553 ศูนย์สรีนทรฯ ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยได้รับประเด็นข้อเสนอแนะให้พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์และปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกให้เหมาะสมและมีคุณภาพ

ปี พ.ศ.2555 ได้มีการประเมินเชิงคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์ พบว่า อยู่ในระดับต่ำ คือ ต่ำกว่า 60% ดังนั้นในช่วงของปี 2556 กลุ่มภารกิจบริการวิชาการจึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งในด้านคุณภาพมาตรฐานของแบบบันทึก พบประเด็นแนะนำระหว่างเยี่ยมชมสำรวจ คือ บันทึกทางการแพทย์ยังขาดคุณภาพในมุมมองของผู้เยี่ยมชมพบว่า มีการติดตามบันทึกทางการแพทย์ เน้นการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งพบว่าเป็นการประเมินในเชิงปริมาณ ยังไม่มีการประเมินที่สามารถสะท้อนคุณภาพของการบันทึก ส่วนด้านความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึก พบว่าจากการวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แล้ว พบประเด็นปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ ปัญหาด้านแบบฟอร์ม และปัญหาด้านทัศนคติ

จากสภาพปัญหา ตลอดจนประเด็นแนะนำจากการเยี่ยมชมสำรวจ และประเด็นข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานบริการผู้ป่วยในเล็งเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้บันทึกทางการแพทย์เป็นที่ยอมรับของบุคลากรในทีมสุขภาพ ส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาล จึงมีการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ขึ้น โดยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นร่วมกันอย่างเป็นระบบ นำมาสู่การปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ โดยผลการศึกษาจะใช้เป็นแนวทางที่ช่วยให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ทำให้ได้คุณภาพการบันทึกที่ดีและเป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล อันจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อศูนย์สรีนทรฯ ในการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นดีกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิม
2. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจในการใช้แบบฟอร์ม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในทั้ง 2 แห่ง และผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้แบบฟอร์ม และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพของศูนย์สรีรเวชเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ

แพทย์แห่งชาติ จำนวน 25 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง จำนวน 17 คน และผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 8 คน และ 2) แบบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบฟอร์มบันทึก 6 แบบ จำนวน 30 แฟ้ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง การวิจัยนี้เป็นการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยดำเนินการประเมินผลในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกก่อนการพัฒนา แล้วจึงนำแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นดำเนินการใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน คือ ในช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2556 หลังจากนั้นจึงประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกในด้านคุณภาพของการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2)แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบ Mann Whitney U Test และการทดสอบค่าที ที่มีกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t - test)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 39.92 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 41.2) รองลงมาอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 35.3) มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.7) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ระหว่าง 11-15 ปี (ร้อยละ 29.4) รองลงมาระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 23.5) ส่วนผู้บริหารทางการแพทย์ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 87.5) มีวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 75) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 100.0) ผู้บริหารทางการแพทย์ 7 คน เป็นหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยใน 2 คน และอยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ 6 คน

ระดับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับไม่ดีเลย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.52) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.64) และด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.70) แต่หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น พบว่า ระดับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีทั้งหมด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85, 0.83 และ 2.45 ตามลำดับ)

คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ทุกด้านมีค่าคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิม ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง คือ 2.93 ส่วนแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผลความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.81

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิม และแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม ($p < 0.001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ($p < 0.001$) ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก ($p < 0.001$) และด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ($p = 0.006$) ทั้ง 3 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มเดิม

อภิปรายผลและข้อสรุป

จากผลการวิจัยการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบแผนกผู้ป่วย ของศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พบว่า การพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หลังพัฒนามีคุณภาพมากกว่าก่อนการพัฒนา โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยครั้งนี้ว่า คะแนนคุณภาพโดยรวมของการบันทึกทางการแพทย์สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามข้อสมมติฐานการวิจัย คือ คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์หลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิม เมื่อพิจารณาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์เป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังการพัฒนาพบว่า มีค่าคะแนนอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ตามแผนการพยาบาลที่กำหนด 2) มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามประเด็นปัญหา และข้อมูลของผู้ป่วย 3) มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้อง ตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่เอื้อให้บันทึกได้ตามกระบวนการพยาบาล และมีการพัฒนาวิธีการบันทึก โดยใช้รูปแบบการบันทึกแบบ Focus Charting ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ F-A-I-E (Focus Assessment Intervention และ Evaluation) ทำให้สามารถบอกปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเห็นถึงขั้นตอนกระบวนการ

ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า แบบฟอร์มเดิมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังจากการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง 2) ชิดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับไว้ที่ด้านบนของข้อความ เมื่อเขียนผิดทุกครั้ง และ 3) มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสามารถบันทึกได้เชื่อมโยง ทำให้ผู้บันทึกที่ดูแลผู้ป่วยสามารถเห็นสภาพผู้ป่วยและประเมินผลผู้ป่วยได้เป็นระยะ และส่วนมากมีการจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน ทำให้สะดวกในการบันทึก รวมทั้งมีการกำหนดแนวทางการบันทึก และการกำหนดสัญลักษณ์การบันทึกในแบบฟอร์ม จะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมของแบบฟอร์มเดิมอยู่ในระดับไม่ดีเลย แต่หลังจากการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อ ๆ มา 2) การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และ 3) การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากมีแบบบันทึกและวิธีการบันทึก ตามแนวคิดของ

กระบวนการพยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับและแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน สำหรับบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติเพื่อประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกันทุกวัน ทุกเวร จนจำหน่ายผู้ป่วย มีแบบฟอร์มแผนการพยาบาล สำหรับใช้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และแผนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้ต่อเนื่องและครอบคลุมแบบองค์รวม อีกทั้งมีแบบฟอร์มรายการปัญหา โดยบันทึกตามรูปแบบการบันทึก Focus Charting ที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ มีแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ F-A-I-E (Focus Assessment Intervention และ Evaluation) ทำให้สามารถบอกปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเห็นถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่บอกถึงปัญหาของผู้ป่วย การพยาบาลและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล

เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิม เนื่องจากการจัดทำแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสะดวกและง่ายต่อการบันทึกมากกว่าแบบฟอร์มเดิม มีการพัฒนามาจากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงาน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ระดมปัญหา ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและแก้ไขข้อบกพร่องได้ตรงประเด็น มีการจัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ แล้วร่วมกันพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายแห่งชาติ อีกทั้งมีการใช้ระบบการบันทึกแบบ Focus Charting เป็นรูปแบบการบันทึกที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ บันทึกเมื่อข้อมูลของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการบันทึกแบบนี้มีข้อดีคือ หาข้อมูลได้ง่ายเนื่องจากโครงสร้างของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญหรือปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เน้นประเด็นสำคัญ เอื้อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว กระชับ ชัดเจน ง่ายในการบันทึก และช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึก อีกทั้งสะท้อนกระบวนการพยาบาล ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น ในด้านการใช้เวลาในการบันทึก ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก และด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ทั้ง 3 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบฟอร์มเดิม ทั้งนี้เนื่องมาจากแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างชัดเจน เอื้อต่อการบันทึก ทำให้ใช้เวลาในการบันทึกน้อย และมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ และแบบฟอร์มวางแผนการจำหน่าย

ผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้างการบันทึกที่ชัดเจน ง่ายต่อการบันทึก การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยมีความสะดวกขึ้น โดยพัฒนามาเป็นแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน คือ มีรายการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เลือกและทำบันทึกด้วยวิธีทำเครื่องหมาย ✓, X ในช่องแต่ละเวอร์ และการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย ในแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง และสามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านการพัฒนาบุคลากร

1. ผู้บริหารควรพัฒนาบุคลากร โดยการเสริมสร้างความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในเรื่องของการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่าย เนื่องจากคะแนนคุณภาพการบันทึกของแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อย
2. ผู้บริหารควรพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยและแนวทางบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เนื่องจากความต่อเนื่องของการบันทึกในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการประเมินผู้ป่วยหลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพการบันทึกเพิ่มขึ้นน้อย

ด้านปฏิบัติ

1. ควรมีการสร้างมาตรฐานแบบบันทึกที่มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ
2. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการควรมีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลโดยมีเนื้อหา การวินิจฉัยการพยาบาลให้ครบถ้วนตามแนวคิดของ NANDA และมีตัวอย่างการวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่พบบ่อยในศูนย์สิรินธรฯ ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นต้น

ด้านระบบงาน

1. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการควรจัดระบบการนิเทศงานในหอผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจสอบประจำวัน และการนำเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลมาปรึกษาในการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย

เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเห็นความสำคัญในการเขียนบันทึก และช่วยให้การเขียนบันทึกมีคุณภาพ

2. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ควรจัดระบบการตรวจสอบและประเมินผลการบันทึก โดยคณะทำงานบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งแผนงานการตรวจสอบและประเมินผลควรทำทุกเดือน การตรวจสอบนี้เป็นการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและสามารถนำผลการตรวจการเขียนบันทึกของพยาบาลแต่ละคนไปประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานได้อีกประการหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกหลังการพัฒนามีคุณภาพมากกว่าก่อนการพัฒนา จึงควรมีการวิจัยเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบันทึก จากการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

2. จากที่แบบฟอร์มชุดนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ แต่ยังมีผู้ป่วยด้านอื่นที่มีสภาพการเจ็บป่วยที่ต้องประเมินเฉพาะอีก และควรแยกแบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งทางกลุ่มภารกิจบริการวิชาการมีแผนงานที่จะพัฒนา จึงควรมีการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลในด้านคุณภาพและความพึงพอใจของแบบฟอร์มที่จะพัฒนาด้วย

3. ควรมีการศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล เพื่อนำไปใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

THE EVALUATION OF THE USAGE OF NURSING DOCUMENTATION IN IN-PATIENT DEPARTMENT AT SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE

RADIWAN KITTICHAISED 5336645 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) PROGRAM IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SURACHART NA NONGKHAI, Psy.D. (MANAGEMENT), PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H., DUSIT SUJIRARAT, M.Sc. (BIOSTATISTICS)

EXTENDED SUMMARY

Rationale and significance of the problem

Standard quality of health service is the core of health service, it acts as the guarantee that the service provided is the desirable one and also as the quality assurance of the hospital as well. This will lead to the stage of being accredited under the Hospital Accreditation System. Hospital Accreditation System creates confidence for both service provider and client that the service being provided is safe and trustworthy. Nursing service assurance is considered as an important process of monitoring and evaluation system for patient nursing service excellence.⁽¹⁾

Presently, nursing quality assurance could be undertaken and checked by many methods e.g. nursing service standard practice, nursing quality checking and nursing documentation in accord with nursing documentation format. Checking the quality from nursing documentation format is one of the method which has been accepted widely because it can reflect the quality of nursing service which could be checked.⁽³⁾

Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre is a government organization (equivalent to a division) in Department of Medical Services according to

Government Decree Related to Department of Medical Services, Ministry of Public Health 2531 B.E. The Center had been involved with hospital accreditation system activities since 2544. The quantitative evaluation of the hospital from 2553 B.E. found that since then the completeness of nursing documentation had been increased. In 2553 B.E., the center had been accredited from the Institute of Hospital Accreditation. There was recommendation that the nursing documentation format should be improved to be more appropriate and better quality.

In 2555 B.E. the qualitative evaluation of the nursing documentation found that the quality was quite low (<60%). Thus during 2556 B.E. the technical service task force group had tried to improve the nursing documentation format both in the perspective of quality and the satisfaction of the nurses who had to fill the form. During the survey, the task force group had found that the format lacked the qualitative approach, there was only in quantitative aspect. The attitude of the nurse who filled up the format was not very much satisfied with the recording.

From the problems mentioned above, the suggestion collected during the survey and advice from Institute of Hospital Accreditation, the executive committee for in-patient service became aware of the necessity to have the improvement of the nursing documentation format so that the format became accepted by health team personnel and result in the quality of nursing service. The mission had begun by having group discussion and brain storming so that the nurses had participated in exchanging ideas and experience systematically and resulting in the development of improved version of nursing documentation format. The researcher had interest in the evaluation of the utilization of this nursing documentation format in both the aspect of quality of document in the in-patient department of Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center and the satisfaction of the professional nurses in filling up the format. The result of the study would be useful as the input for the improvement of nursing documentation format to attain the level of good practice of the standard of nursing service which will result in the benefit of the patient and leading to the improvement of nursing service. Thus Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center would be sustainably accredited under hospital accreditation system.

Research Objective

General Objective

To evaluate the utilization of nursing documentation format in the aspect of the quality of documentation and the satisfaction of professional nurse toward the format.

Specific Objective

1. To compare the quality of nursing documentation in the former format and in the newly developed format.
2. To compare the satisfaction of the professional nurses toward the former format and the newly developed format.

Research Hypothesis

1. Quality of nursing documentation in the newly developed format is better than in the former format.
2. The professional nurses have more satisfaction in using the newly developed format than the former format.

Scope of the Study

The study was the evaluative study of the utilization of nursing documentation format in the aspect of quality of documentation and the satisfaction in using the format. The studied sample were the professional nurses in in-patient department and the nursing administrators concerned with the utilization of the format documented by the sampled nurses.

Research Methodology

The research was an evaluative research. The studied sample were the personnel of two groups; 1) 25 professional nurses of Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center consisting of 17 nurses from both in-patient wards for men and women and 8 nursing administrators 2) nursing documentation format documented by sampled nurses. (There were 30 nursing documentation format consisting of 6 different mini-format) The Sample were purposively selected. The research was the evaluative research of the utilization of the nursing documentation format in the aspect of the quality of documentation and the satisfaction of the professional nurses toward the format. The first stage of evaluation was undertaken by assessing the quality of nursing documentation with the former format and noting the satisfaction of the nurses toward that format. Then implementing the documentation with the newly developed format for 3 months (September-November 2556). Assessed the quality of nursing documentation and satisfaction of the professional nurses toward the newly developed format. There were two kinds of research tool, 1) Quality check list for nursing documentation 2) Questionnaire surveying satisfaction of the nurses toward the nursing documentation format. Data had been statistically analyzed by using mean, standard deviation, Mann Whitney U Test and Paired t-test.

Research Result

The study found that the professional nurses had average age of 39.92 years old, the majority had the age of 30-39 years old (41.2%) followed by 40-49 years old (35.3%) The majority had bachelor degree education (64.7%) Duration of working experience as the professional nurse was mostly 11-15 years (29.4%) followed by 6-10 years (23.5%). The majority of the nursing administration had the age of 40-49 years old (87.5%), their education were mostly master level (75%) all of them had working experience for more than 15 years (100%). Two of the administrator group were the heads of in-patient department and the other six were in other positions.

Quality of nursing documentation. The level of quality of documentation with the former format was in non-satisfactory level; upon analysis per aspect found that

continuity of charting was non-satisfactory ($\bar{X} = 1.52$), nursing process comprehensiveness was also non-satisfactory ($\bar{X} = 0.64$), charting accuracy was in medium level ($\bar{X} = 0.70$). After using the newly developed documentation format all aspects of documentation had increased up to good level ($\bar{X} = 0.85, 0.83$ and 2.45 consecutively).

Score of quality of nursing documentation after using the newly developed format which were nursing process comprehensiveness, charting accuracy and continuity of charting were higher than the score using the former format with statistical significance at $p = 0.05$

The satisfaction of the professional nurse toward the former nursing documentation format was in medium level ($\bar{X} = 2.9$) but toward the newly developed former was in high level ($\bar{X} = 3.81$).

The overall satisfaction of the professional nurses toward the former nursing documentation format and the newly developed format were different with statistical significance ($p < 0.001$). Upon analysis per aspect, the study found that all of three aspects of; time consumed for documenting ($p < 0.001$), benefit for nursing care ($p = 0.006$) from using two versions of the format were different with statistical significance. In other word the professional nurses had more satisfaction with the newly developed format than with the former one.

Discussion and Conclusion

From the study of the evaluation of the utilization of nursing documentation format by the professional nurses of Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center, the study found that the newly developed format enabled better quality of documentation than the former one with statistical significance at $p = 0.05$ which was in accord with the research hypothesis that hypothesized “Quality of documentation from using newly developed format was higher than using the former format. Analysis per aspect found as followed;

Aspect of nursing process comprehensiveness. The average score for quality of documentation with the former format was in unsatisfactory level but with the newly developed former was in good level. Analysis per issue found that there

were three issues which had higher score when using the newly developed format comparing with the former one: (1) nursing documentation that responded to psycho-social/spiritual need of the patient in accord with the prescribed nursing plan (2) documentation the adjustment of nursing plan in accord with problems and information from the patients (3) there were record of diagnosis/problems in psycho-social/spiritual correctly in accord with nursing diagnosis. This could be explained that the newly developed format had facilitated the documentation in accord with nursing process and there were development of documenting technique using “Focus Charting” in the form of F-A-I-E (Focus Assessment Intervention and Evaluation) Thus the documentation could reflect specific problems of the patient continually and also displayed the stages of the process.

Aspect of nursing process accuracy. The study found that average score of overall nursing process accuracy recorded with the former format was in medium level but with the newly developed format the average score was in good level. Analysis per issue found that there were three issues which had higher score than the former one: (1) there were record showing patient condition before and after nursing care/treatment (every time) (2) there were direct line over erratic phrase with signature (every time) (3) there were record showing correct nursing care and responsive to the problems of the patients (every time). This could be explained that the newly developed format could facilitate the connectivity which the recorder could observe and assess the patient periodically. Most of the documentation had been recorded with standardized structured format, easily to record, well-equipped with recording guidelines and recording symbols. The professional nurse could record correctly and to be in accord with the patient’s problems.

Aspect of continuity of charting. The study found that average score of overall continuity of charting from using newly developed format was higher than the score from using the former format with statistical significance at $p = 0.05$. The score from using former format was not in satisfactory level but the score from using newly developed format was in good level. Analysis per issue found that three main issues which received the highest score were 1) record of nursing diagnosis/patient’s problem both for the first day of admission and the other following days 2) record of the evaluation of diagnosis/patient’s problem continually from the beginning through the

changing situation in the patient 3) records showing output from nursing practice continually from shift to shift. This could be explained that because the newly developed format has contained the recording form and recording method in accord with nursing concept which is conducive for continuity of charting which are “Nursing Admission Assessment Form” and “Admission Primary Nursing Assessment Form” which are standardized recording format. There are also “Daily Nursing Activity Checklist Form” for recording nursing practice in continually assessing the patient every day and every shift until the discharge of the patient. “Nursing Care Plan Form” which is used for recording nursing diagnosis, evaluative criteria and nursing plan that make the recording more holistic is also included in the new format “Nursing Focus List” which enables focus charting and patient’s problem has been included. Together with “Focus Progress Note” which records the progress of the patient in the form of F-A-I-E (Focus Assessment Intervention and Evaluation) helps reflect specific problem of the patient continually and also indicates nursing process in caring of the patient.

The main reasons explaining why documentation with newly developed format contain better quality of documentation than with the former format ; the new version is more easily recorded than the former one and there is “focus charting” in the newly developed version also. This could be explained that because the new version of documentation format had been developed from lesson learned from using the former format and with the participation of many professional nurses who had experience using the former format. There were group process to bring the professional nurses together in developing new documentation format to be appropriate with the application in Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center. The newly developed format have many advantages e.g. easy to search for patient’s problem, emphasize upon main issue, concise and take less time for recording but also reflect nursing process.

The satisfaction of professional nurses toward the newly developed nursing documentation format. The study found that the satisfaction of the professional nurses in three aspects; time consumed for recording, convenience of utilization and benefit to nursing care in using newly developed format was different from using the former format with statistical significance. This could be explained that because the newly developed format contains clear structural format for recording,

easy to use and take less time for recording thus the nurses have more time for providing the nursing care to the patient. The “Nursing Admission Assessment Form”, and “Nursing Discharge Planning” are documentation format which contain simple structure for recording thus make it easier for noting nursing care provided to the patient. These two formats had been modified to be “Daily Nursing Activity Checklist Form” containing nursing activities choice by making the ✓, X sign in each space. Documenting nursing diagnosis/patient’s problem in “Focus Progress Note” and “Nursing Care Plan Form” enable continuity of charting and continual evaluation of nursing activity.

Research Recommendation

Human Resource Development

1. There should be the development of human resource through providing continuing education to the professional nurses in the issues of health status assessment, nursing assessment and concluding remark for patient discharge because from the research finding indicated that the quality of documentation had only slightly increased.
2. There should be the improvement of the capability of the professional nurse in patient assessment and nursing documentation technique because the research found that the score for continuity of charting and patient assessment had only slightly increased.

Practice

1. There should be the development of higher quality nursing documentation format to increase the quality of nursing record.
2. The technical service task force should have the manual for nursing documentation with the full content of nursing diagnosis in accord with NANDA. The task force group should have examples for nursing diagnosis and nursing plan for patients with frequently found symptoms in Sirindhorn National Medical Rehabilitation

Center e.g. patients with spinal cord problems, hemiplegia, acute cerebrovascular disease etc.

Work System

1. The technical service task force group should set up supervision system in patient ward e.g. daily inspection, monthly meeting on problems found about nursing documentation so that there will be motivation and incentive for the nurse to be aware of the importance of documentation and also help them to document with higher quality.

2. The technical service task force group should set up monitoring and evaluation system for nursing documentation every month to be part of nursing quality control system and the nurse could use the result of the evaluation to be part of the evaluation of their work performance.

Recommendation for Further Research

1. Since the study found that the quality of nursing documentation with newly developed format has improved, comparing with the former one, thus there should be additional study to monitor the effectiveness of documentation and the utilization of the documentation format.

2. Since the newly developed format had been designed for adult patient, however there is still the need for other groups of patient to be assessed as well. Thus there should be the development of documentation format for those patients also, including the research to evaluate the quality of the format and survey the satisfaction of the users.

3. There should be the assessment of the quality of nursing documentation of each individual nurse and use the result as the tool for evaluating each nurse competency

บรรณานุกรม

1. คารารัตน์ หงส์ทอง. ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. [วิทยานิพนธ์ พ.ม. การบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
2. กองการพยาบาล. คู่มือการจัดการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
3. ณภัทร ชนะพุฒินาท. ผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2550.
4. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลีมอานวยลาภ และวิพร เสนารักษ์. กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 15. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2548.
5. อารี ชิวเกษมสุข. กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักวิชาการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.
6. วรณี ตปนิยากร และคณะ. การวางแผนและบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โอกรูปเพรส; 2552.
7. ฤดี จำสูงเนิน. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปัทมชัย. [วิทยานิพนธ์ พ.ม. การบริหารการพยาบาล]. นนทบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.
8. Iyer P W. & Camp N H. Nursing documentation: A nursing process approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1995.
9. สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี; 2549.
10. เรณู พุกบุญมี. บันทึกทางการแพทย์ และสมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ. สมาคมพยาบาล. (อค์สำเนา); 2551.

11. จริญญาณี ภูวสันติ. การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยในและงานหลังคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาศิระปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
12. Brain. "Changing roles of hospital/clinic committees, physician nurse informaticians to implement and sustain the clinical information technologies." Siemens Medical Solution. Retrieved March 30, 2007, from <http://www.amia.org>
13. Cheevakasemsook A. Facilitating Change: The Development of An Effective Nursing Documentation System In A Medical-Surgical Ward In Thailand. A thesis Submitted Total Fulfillment of The Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy. Charles Sturt University. NSW Australia; 2005.
14. พรศิริ พันธสี, รัชณี นามจันทร์และอรพินท์ สีขาว. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2548.
15. ยุวดี เกตลัมพันธ์. กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
16. ไชแสง ขวศิริ และคนอื่น ๆ. ระบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล กองการพยาบาล 2547; 25(1): 40-51.
17. รัตนา ขวงคำมา. การพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
18. Isaac S., W. Michele. Handbook in Research and Evaluation. 3rd ed. Edition. California: Publishers San Diego 1991; 92107: 234.
19. Bowden J. Audit and Evaluation-is there any difference? Canberra Bulletin of Public Administration 1993; 73 September: 145-148.
20. World Health Organization. Health Program Evaluation, Guiding Principles for its Application in the Managerial Process for National Health Development WHO, Geneva 1981: 47.
21. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

22. Owen M J. Program Evaluation; Forms and Approaches, Allen & Unwin St. Leonard's, NSW 2065, Australia; 1993.
23. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา. บันทึกทางการพยาบาล (เอกสารวิชาการ) สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
24. พูลสุข หิงคานนท์. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล: การบันทึกทางการพยาบาล. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ วันที่ 12-13 สิงหาคม 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดอุตรดิตถ์; 2549.
25. Eillis N. Nursing: A Human Needs Approach. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1994.
26. Iyer P W., and Camp N H. Nursing documentation: A nursing process approach. 3rd ed. Louis: Mosby; 1999.
27. Potter P A., and Perry A G. Fundamental of nursing. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
28. Walus Jacqueline-Wigle. Fundamentals of Documentation. Skill Master: Better Documentation. New York: Lippincott Williams & Wilkins A Wolter Kluwer Company; 2003.
29. สุริย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2540.
30. Alfaro, Rosalinda-LeFevre. Applying Nursing Process. A Tool for critical thinking. Lippincott Williams & Wilkins A Wolters Kluwer Company. Copyright 2006.
31. White L. Documentation & The nursing process. Canada: Deimar; 2003.
32. สภาการพยาบาล. “มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ” ประกาศ ณ วันที่ 14 กันยายน 2548. (2548).
33. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. การตรวจสอบคุณภาพ การให้รหัสโรคและเวชระเบียน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2547.
34. ผ่องพรรณ ลาภเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของกฎหมายต่อการปฏิบัติวิชาชีพ ความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลคุณค่าวิชาชีพ กับความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา; 2543.
35. ฟารีดา อิบราฮิม. กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์; 2541.
36. Wilkinson J M. Nursing process in action A critical thinking approach. California: Addison – Wesley Publishing; 1992.

37. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลีมอานวยภาพ และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ). กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2538.
38. อารี ชิวเกษมสุข. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
39. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร; 2553.
40. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล นนทบุรี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.); 2543.
41. Atkinson and Murray. Understanding the nursing process. The next generation. New York: McGraw-Hill, Inc; 1994.
42. สายสมร พลเชื้อ และคณะ. ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2541; 14(1) (มกราคม – มีนาคม): 46-5.
43. ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์. การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล พญาไท 1. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
44. กนกพร ดุสิตกุล และคณะ. ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด การพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาล. วารสารวิชาการเขต 2546; 12 15, 1 (มกราคม-มีนาคม) 2: 9.
45. พรทิพย์ รัตนวิชัย. การพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกเพื่อคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 1 (2547); 6(1) (มกราคม – เมษายน): 39-48.
46. เขียวเรศ คุณแก้ว. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ดึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551
47. นุสรรา สุขศิริ. ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลระยอง. [วิทยานิพนธ์ พย.ม.]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
48. ประกอง วรรณสุด. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ปทุมธานี: บริษัทศูนย์หนังสือศรีสง่า จำกัด; 2543.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
2. อาจารย์ ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพงาน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. นางละมัยพร โลहितโยธิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล โดยใช้คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1. การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ		
	1.2 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย และ/หรือจากบันทึกของทีมสุขภาพ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
	1.3 มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล		
	1.4 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ		
1.1 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1.1.1 มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย		
	1.1.2 มีบันทึกลักษณะของอาการเจ็บป่วย		
	1.1.3 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วย และ/หรือวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ		
1.2 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	1.2.1 มีบันทึกการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมาในอดีต		
	1.2.2 มีบันทึกประวัติการแพ้ยา/สารอาหารหรือสารอื่น ๆ		

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1.3 ประวัติสุขภาพของครอบครัว	1.3.1 มีบันทึกโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว		
1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.4.1 มีบันทึกค่าสัญญาณชีพ และ/หรืออาการแสดงทางระบบประสาทของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ (ถ้ามี)		
	1.4.2 มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายที่สังเกตและ/หรือตรวจได้เมื่อแรกรับ		
	1.4.3 มีบันทึกข้อมูลที่แสดงถึงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สังเกตและ/หรือประเมินได้เมื่อแรกรับ		
2. การวินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ	2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
	2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
	2.3 มีบันทึกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัย/ประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย		
	2.4 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวางแผนการจำหน่าย		
3. การวางแผนการพยาบาล	3.1 มีบันทึกลำดับความสำคัญของปัญหา หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
	3.2 มีบันทึกวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วย		
	3.3 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วย		

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
	3.4 มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามประเด็นปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย		
4. การปฏิบัติการพยาบาล	4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด		
	4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด		
	4.3 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติ ก่อนจำหน่าย ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด		
5. การประเมินผลการพยาบาล	5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้		
	5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้		
	5.3 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล		
6. การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	6.1 มีบันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยและสัญญาณชีพก่อนการจำหน่าย		
	6.2 มีบันทึกการให้คำแนะนำหรือทบทวนคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย		
	6.3 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง		

ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน

รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1. มีบันทึกการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
2. มีการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
5. มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
6. มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยถูกต้องตามจริงทุกครั้ง		
7. มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง		
8. บันทึกคำบอกเล่า สภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง		
9. บันทึกด้วยข้อความที่อ่านได้ง่ายทุกข้อความ		
10. บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ		
11. ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลทุกครั้ง		
12. ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกทุกครั้งด้วยตัวบรรจง		
13. บันทึกชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกแผ่น		
14. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือสีแดงตามที่กำหนดทุกครั้ง		
15. ชิดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับไว้ที่ด้านบนของข้อความ เมื่อเขียนผิดทุกครั้ง		

ส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล โดยใช้คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน

รายการ	คะแนน			
	3	2	1	0
1. การประเมินสภาพของผู้ป่วย				
1.1 มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง				
1.2 มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย				
2. การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย				
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อ ๆ มา				
3. การวางแผนการพยาบาล				
3.1 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				
3.2 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป				
4. การปฏิบัติการพยาบาล				
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวร				
5. การประเมินผลการพยาบาล				
5.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล				
5.2 มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				

คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์

คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์มีวิธีการและเกณฑ์การบันทึกในรูปแบบฟอร์มแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
1	การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	
1.1	มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ	ข้อมูลที่บันทึกเป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่ทำให้ทราบถึงอาการ ความเจ็บป่วย และความรู้สึกต่าง ๆ
1.2	มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย และ/หรือจากบันทึกของทีมสุขภาพ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	มีการบันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้ใช้การสังเกต และ/หรือตรวจร่างกายของผู้ป่วยด้วยตนเอง เช่น สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป อาการแสดงหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
1.3	มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	มีการบันทึกอาการหลักหรือเป็นอาการที่เป็นปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษา
1.4	มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	มีการบันทึกระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการสำคัญจนถึงเวลาที่มาโรงพยาบาล
1.1	ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน	
1.1.1	มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย	มีการบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน
1.1.2	มีบันทึกลักษณะของอาการเจ็บป่วย	มีบันทึกรายละเอียดของอาการและอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้
1.1.3	มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วย และ/หรือวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ	มีบันทึกรายละเอียดของช่วงเวลาต่าง ๆ ที่มีอาการและอาการแสดง โดยเรียงลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยและการรักษาเบื้องต้นจนถึงอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
1.2 1.2.1	ประวัติเจ็บป่วยในอดีต มีบันทึกการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมาในอดีต	มีบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับความ เจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา ได้แก่ ประวัติการเข้า รักษาในโรงพยาบาล การรับการผ่าตัด หรือ อุบัติเหตุ
1.2.2	มีบันทึกประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร หรือสารอื่น ๆ	ระบุชนิดหรือชื่อของยา/อาหาร/สิ่งอื่น ๆ ที่แพ้ ระบุ อาการ ลักษณะของการแพ้ เช่น มีผื่นแดง หน้าบวม หายใจลำบาก เป็นต้น
1.3 1.3.1	ประวัติสุขภาพของครอบครัว มีบันทึกโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกใน ครอบครัว	มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวซึ่งเป็น ประวัติการเจ็บป่วยที่สามารถถ่ายทอดทาง พันธุกรรมของญาติสายตรง หรือ โรคติดต่อของ บุคคลในครอบครัว ที่อาจมีความสัมพันธ์กับ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
1.4 1.4.1	อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม มีบันทึกคำสัญญาณชีพของผู้ป่วยเมื่อ แรกเริ่ม และถ้ามีอาการแสดงทาง ระบบประสาทให้บันทึกสัญญาณทาง ระบบประสาทของผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม	มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพของผู้ป่วยใน ช่วงเวลาแรกที่ห่อผู้ป่วย
1.4.2	มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางด้าน ร่างกายที่สังเกตและ/หรือตรวจได้เมื่อ แรกเริ่ม	มีบันทึกอาการและอาการแสดงที่พยาบาล สังเกตและ/หรือตรวจร่างกายของผู้ป่วยได้เมื่อ แรกเริ่ม
1.4.3	มีบันทึกข้อมูลที่แสดงถึงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ที่สังเกตและ/หรือประเมินได้เมื่อแรกเริ่ม	มีบันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจ อารมณ์ แสดงถึงสภาพอารมณ์และความรู้สึก ของผู้ป่วย

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
2.	การวินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ	
2.1	มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล	มีการบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายในรูปของปัญหาทางการพยาบาล
2.2	มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณ ได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล	มีการบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณ ในรูปของปัญหาทางการพยาบาล
2.3	มีบันทึกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัย/ประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย	มีการบันทึกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ
2.4	มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวางแผนการจำหน่าย	มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพ หรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเพื่อใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
3.	การวางแผน	
3.1	มีบันทึกลำดับความสำคัญของปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล	มีการบันทึกประเด็นปัญหาของผู้ป่วยหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยเรียงลำดับ
3.2	มีบันทึกวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทุกข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วย	มีการเขียนวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจนและมีการบันทึกเกณฑ์การประเมินผลเพื่อเป็นเครื่องมือในการวัดว่าปัญหานั้นๆ ได้รับการแก้ไขให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ และเป็นแนวทางในการเลือกกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
3.3	มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วย	มีการบันทึกหรือมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย เป็นการบันทึกรายการกิจกรรมพยาบาล ที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
3.4	มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามประเด็นปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย	มีการบันทึกทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงประเด็น ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา โดยมีการติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง
4.	การปฏิบัติ	
4.1	มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้	มีการบันทึกที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย
4.2	มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด	มีการบันทึกที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และหรือจิตวิญญาณ
4.3	มีบันทึกทางปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติ ก่อนจำหน่าย ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้	มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลจริงตามที่วางแผนเพื่อการจำหน่ายไว้ โดยบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการสอน การให้คำปรึกษาแนะนำที่สัมพันธ์กับโรคของผู้ป่วย
5.	การประเมินผล	
5.1	มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้	มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย
5.2	มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้	มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย
5.3	มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล	มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อการจำหน่าย

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
6. 6.1	การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย มีบันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยและ สัญญาณชีพก่อนการจำหน่าย	มีการบันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย สัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย และ/ หรือประเภทของการจำหน่าย
6.2	มีบันทึกการให้คำแนะนำหรือทบทวน คำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อน การจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของ ผู้ป่วย	มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำที่ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้หลัก METHOD
6.3	มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องดูแล ต่อเนื่อง	มีการบันทึกปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง โดย บันทึกตามสรุปของการประชุมทีมสหสาขา วิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
1	มีบันทึกการประเมินสถานะสุขภาพของ ผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ พยาบาลทุกครั้ง	มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักการ ประเมินภาวะสุขภาพ เช่น จากการสังเกต จาก การตรวจร่างกาย (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบ บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบสรุปการ จำหน่ายผู้ป่วย)
2	มีการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ ประเมินหรือรวบรวมได้อย่าง สมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาล ทุกครั้ง	มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของ ผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่ รวบรวมได้ (ดูในแบบฟอร์มแผนการพยาบาล แบบฟอร์มรายการปัญหา และแบบบันทึกการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย)
3	มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้อง ตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้อง กับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง	มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลใน แบบฟอร์มแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ทางการ พยาบาล (ดูในแบบฟอร์มแผนการพยาบาล)

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
4	มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง	มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามปัญหาที่มี (ดูในแบบฟอร์มแผนการพยาบาล แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน)
5	มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง	มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังจากการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาที่มี (ดูในแบบฟอร์มแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย)
6	มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง	มีการบันทึกวันและเวลาจริงที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง (ดูในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน)
7	มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง	มีการบันทึกสภาพของผู้ป่วยที่สังเกต สัมภาษณ์ และ/หรือตรวจร่างกายก่อนและหลังการให้การพยาบาลและ/หรือการรักษา (ดูในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย)
8	บันทึกด้วยคำบอกเล่า การสังเกตและประเมินสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง	มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ด้วยคำพูดของผู้ป่วย หรือจากการสังเกต การประเมิน (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแบบสรุปการจำหน่าย)
9	บันทึกด้วยข้อความที่อ่านได้ง่ายทุกข้อความ	มีการบันทึกด้วยลายมือที่ผู้อ่านสามารถอ่านได้รู้เรื่องอย่างรวดเร็ว (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบฟอร์มแผนการพยาบาล แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบฟอร์มรายการปัญหา และแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย)

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
10	บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ใจความ ได้ใจความ	มีการบันทึกข้อมูลโดยใช้คำที่สั้น เข้าใจง่าย สื่อ ความหมายได้ชัดเจน (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบฟอร์มแผนการพยาบาล แบบบันทึกการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบฟอร์มรายการ ปัญหา และแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย)
11	ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ทุกครั้ง	มีการบันทึกโดยใช้คำย่อ สัญลักษณ์ ศัพท์เทคนิคต่างๆ ที่นิยมใช้ และเป็นที่รู้จักกัน ในทีมสุขภาพ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบฟอร์มแผนการพยาบาล แบบบันทึกการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบฟอร์มรายการ ปัญหา และแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย)
12	ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกทุกครั้ง ด้วยตัวบรรจง	มีการบันทึกชื่อของพยาบาลผู้บันทึกในแบบ ประเมินผู้ป่วย แบบฟอร์มแผนการพยาบาล แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และ แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยทุกครั้ง
13	บันทึกชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ เลข ประจำตัว โรงพยาบาล และหอผู้ป่วยใน แบบบันทึกทุกแผ่น	มีการบันทึกชื่อ-สกุลของผู้ป่วย เลขประจำตัว โรงพยาบาลและหอผู้ป่วยในช่องว่างสำหรับ ข้อความในแบบฟอร์มบันทึกต่าง ๆ ของ พยาบาลทุกแผ่น
14	บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือสีแดง ตามที่กำหนดทุกครั้ง	มีการบันทึกข้อความต่าง ๆ ในแบบฟอร์ม บันทึกที่สร้างขึ้นโดยใช้ปากกาสีน้ำเงิน หรือสี แดงตามที่กำหนดทุกครั้ง
15	ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลง นามกำกับไว้ที่ด้านบนของข้อความ เมื่อ เขียนผิดทุกครั้ง	กรณีบันทึกผิดและต้องการแก้ไขข้อความ ใช้วิธี ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด และลงนาม กำกับไว้ที่ด้านบนของข้อความทุกครั้ง ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูล เชื่อถือได้และป็นใช้เป็นหลักฐาน ทางกฎหมาย

ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
1.	การประเมินสภาพของผู้ป่วย	
1.1	มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ และ บันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบ ประเมินผู้ป่วยแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ โดยบันทึกดังนี้ 1) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับภายใน 24 ชั่วโมง 2) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบ ประเมินแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้ ภายใน 1 สัปดาห์ 3) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบ บันทึกการพยาบาลในเวรถัดจากเวรที่ แรกรับ 4) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการ พยาบาลและแผนการ จำหน่าย	- ได้ 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุข้อ 1), 2), 3) และ 4) ครบถ้วน ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1), 2) และ 3) หรือข้อที่ 1), 2) และ 4) หรือข้อที่ 1), 3) และ 4) - ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ - ข้อที่ 1) และ 2) หรือ - ข้อที่ 1) และ 3) หรือ - ข้อที่ 1) และ 4) - ได้ 0 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามข้อที่ 1) เท่านั้น หรือไม่มีเลย
1.2	มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยในแบบ บันทึกการพยาบาลทุกเวรภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย 1) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในเวรต่อ จาก 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล 2) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกเวร จนกระทั่งจำหน่าย 3) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24	- ได้ 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) และ 2) ครบถ้วน - ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3) (อาจมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อที่ 1) หรือไม่มีก็ได้) - ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 4) (อาจมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อที่ 1) หรือไม่มีก็ได้) - ได้ 0 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1) เท่านั้น หรือไม่มีเลย

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
	ชั่วโมงแรกประมาณ 1 ใน 2 ส่วนใน แบบบันทึกการพยาบาล และ ไม่ทุกวัน ทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 4) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 4 ส่วน และไม่ทุกวันทุกเวรจนกระทั่ง จำหน่าย	
2. 2.1	การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา ของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อ วินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยใน วันต่อ ๆ มาในแบบบันทึกแผนการ พยาบาล - มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา ของผู้ป่วยในวันแรกรับ และในวัน ต่อๆมาอย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกได้ ดังนี้ 1) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง แรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล 2) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมภายหลัง 24 ชั่วโมงแรก	- ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1) และ 2) ครบถ้วน - ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1) หรือ 2) - ได้ 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1) และ 2)
3. 3.1	การวางแผนการพยาบาล มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการ พยาบาลที่ต่อเนื่องของกิจกรรม การพยาบาลในแบบบันทึกแผนการ พยาบาล	- ได้ 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1) - ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 2)

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
3.2	- มีบันทึก/หลักฐานที่เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในแบบบันทึกแผนการพยาบาล โดยบันทึกดังนี้ 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวร จนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวร จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวร จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป - มีการบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปโดยบันทึกดังนี้ 1) มีบันทึกครบทุกปัญหาจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกปัญหาจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกปัญหาจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3)	- ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3) - ได้ 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1), 2) หรือ 3) เลย - ได้ 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1) - ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2) - ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3) - ได้ 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1), 2) หรือ 3) เลย

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
4. 4.1	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวอร์ - มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวอร์ โดยบันทึกดังนี้ 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวอร์จนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวอร์จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวอร์จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3)	- ได้ 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1) - ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2) - ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3) - ได้ 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1), 2) หรือ 3) เลย
5. 5.1	การประเมินผลการพยาบาล มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวอร์ในแบบบันทึกการพยาบาล - มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยสืบเนื่องกันโดยบันทึกได้ ดังนี้ 1) มีบันทึกครบทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3)	- ได้ 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1) - ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2) - ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3) - ได้ 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1), 2) หรือ 3) เลย

ลำดับ	รายการ	วิธีการและเกณฑ์การบันทึก
5.2	มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่มีการแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล - มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกัน โดยบันทึกได้ดังนี้ 1) มีบันทึกครบทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3)	- ได้ 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1) - ได้ 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2) - ได้ 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3) - ได้ 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1), 2) หรือ 3) เลย

แบบสอบถามความพึงพอใจ
เรื่อง การประเมินการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเพิ่มเติม

กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
คำตอบที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านในการปฏิบัติงานแต่อย่างใด

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม

(นางสาวดิวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี (อายุปีเต็มบริบูรณ์)
2. วุฒิกการศึกษาสูงสุด
 - ☐ ปริญญาตรี
 - ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ.....ปี (เต็มสมบูรณ์)
4. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน
 - ☐ ผู้บริหารทางการพยาบาล (รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้างาน)
 - ☐ พยาบาลวิชาชีพ (ถ้าตอบข้อนี้ กรุณาทำแบบสอบถามข้อ 5 ต่อ)
5. แผนกที่ปฏิบัติงาน
 - ☐ หอผู้ป่วยในชาย
 - ☐ หอผู้ป่วยในหญิง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ					
2. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มรายการปัญหา					
3. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล					
4. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย					
5. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย					
7. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย					
8. แบบฟอร์มบันทึกที่ท่านใช้ง่าย สะดวกต่อการบันทึกและไม่ซ้ำซ้อน					
9. ท่านสามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ง่าย					
10. การบันทึกทำให้ท่านสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากการประเมินวางแผนการพยาบาลได้					
11. แบบฟอร์มบันทึกช่วยให้ท่านสามารถติดตามผลการรักษาพยาบาลได้ง่าย					
12. แบบฟอร์มบันทึกช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม					
13. แบบฟอร์มทุกแบบฟอร์มเรียงลำดับ จัดกลุ่มข้อมูลทำให้สะดวกในการบันทึก					
14. แบบฟอร์มทุกแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกมีความสะดวกเหมาะสมกับภาระงานประจำของพยาบาลวิชาชีพ					
15. แบบฟอร์มบันทึกสามารถใช้ประกอบการประกันคุณภาพการพยาบาลได้					
16. แบบบันทึกส่งเสริมการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
17. แบบฟอร์มบันทึกใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายได้					
18. การบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มบันทึก ทำให้มองเห็นภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจน					
19. ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล/แบบบันทึกที่กำหนดไว้					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
20.แบบบันทึกช่วยให้ท่านสามารถบันทึกได้ครอบคลุม กระบวนการพยาบาล					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเพิ่มเติม

ความคิดเห็นเพิ่มเติมด้านอื่น ๆ.....

.....

.....

การคำนวณค่าความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) ได้ผลดังนี้

ตารางภาคผนวกที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก
ทางการพยาบาลจำแนกเป็นรายชื่อ

ข้อที่	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
1	78.7333	33.3747	.4315	.9369
2	78.8000	32.6483	.5474	.9349
3	78.8000	31.6828	.7341	.9312
4	78.6667	32.0920	.7405	.9312
5	78.7000	32.2172	.6248	.9334
6	78.7000	33.2862	.7429	.9314
7	78.7333	33.7195	.4595	.9360
8	78.7667	32.5989	.6250	.9333
9	78.7667	31.9092	.7724	.9307
10	78.7333	31.9954	.7051	.9318
11	78.7333	31.7195	.7612	.9307
12	78.7000	32.2862	.7429	.9314
13	78.8333	34.0747	.5899	.9347
14	78.7333	34.7540	.2212	.9395
15	78.7667	32.7368	.5960	.9338

ตารางภาคผนวกที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก
ทางการพยาบาลจำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

ข้อที่	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
16	78.8333	31.5920	.6871	.9322
17	78.7000	32.2172	.7586	.9311
18	78.7667	31.5644	.7129	.9316
19	78.8000	31.4069	.6808	.9324
20	78.8333	33.0402	.5113	.9354
ALPHA = .93				

ตารางภาคผนวกที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก
ทางการพยาบาลด้านการใช้เวลาในการบันทึก

ข้อที่	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
1	25.0000	3.4483	.4832	.7856
2	25.0667	3.5126	.4134	.7995
3	25.0667	3.1678	.6369	.7559
4	24.9333	3.3057	.6378	.7577
5	24.9667	3.2747	.5588	.7716
6	24.9667	3.4819	.5542	.7733
7	25.0000	3.6552	.4758	.7864
ALPHA = .80				

ตารางภาคผนวกที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก

ข้อที่	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
1	24.9000	2.9897	.5236	.8037
2	24.9000	2.7828	.6856	.7742
3	24.8667	2.7402	.6625	.7782
4	24.8667	2.7402	.6625	.7782
5	24.8333	2.8333	.7050	.7721
6	24.9667	3.3437	.5996	.8011
7	24.8667	3.5678	.1766	.8528
ALPHA = .82				

ตารางภาคผนวกที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล

ข้อที่	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
1	20.5667	3.2195	.5194	.7854
2	20.6333	2.8609	.6158	.7634
3	20.5000	3.0862	.6755	.7561
4	20.5667	2.8057	.6789	.7476
5	20.6000	2.8690	.5650	.7772
6	20.6333	3.4126	.3624	.8168
ALPHA = .80				

การคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการ
ใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้ คือ วิเคราะห์จากจำนวนตัวอย่าง 30
ชุด จากจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ จากผลการวิเคราะห์ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.93

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิม

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ พยาบาลเจ้าของไข้ (1/7)
--	---

คำชี้แจง โปรดประเมินและบันทึกข้อมูลภายใน 1 สัปดาห์ หลังรับผู้ป่วย

คำแนะนำ ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม

ชื่อ – สกุล อายุ ปี H.N. A.N.

เพศ หอผู้ป่วย ☐ ชาย ☐ หญิง เดียว/ห้อง วันที่รับ เดือน พ.ศ. เวลาที่มาถึง น.

ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด

อาชีพ ประเภทสิทธิการรักษา เลขที่ พ.ร.บ.

แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักรอดบำบัด นักกายอุปกรณ์

เจ้าหน้าที่ฝึกทักษะ นักให้คำปรึกษาคณพิการ นักสังคมสงเคราะห์

ที่อยู่ปัจจุบัน

1. น้ำหนักแรกรับ กก. ส่วนสูง ซม. รอบเอว ซม. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

2. รับ – ส่ง จากที่อื่น ☐ ใช่ จาก ☐ ไม่

3. มาถึงหอผู้ป่วยโดย ☐ เดินมา ☐ รถมอเตอร์ไซด์ ☐ เปลนอน

4. ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ ☐ ผู้ดูแล ☐ ผู้นำส่ง ☐ อื่น ๆ

5. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัยเบื้องต้น

.....

..... การผ่าตัด

.....

..... วันที่

เป้าหมายการรักษา.....

.....

6. ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

7. สภาพทั่วไปของผู้ใช้บริการเมื่อแรกรับ ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว

T °C P/m R/m BP mmHg

8. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว ☐ ปฏิกิริยา ☐ มี โรค

การเข้ารักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคยครั้งสุดท้ายเมื่อ เนื่องจาก.....

การรับการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคยครั้งสุดท้ายเมื่อ เนื่องจาก.....

9. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ☐ ไม่มี

☐ มี 1. โรค ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

☐ มี 2. โรค ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

 ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของไข้ (2/7)
--	---

ชื่อ – สกุล อายุ ปี H.N. A.N.

10.ประวัติการใช้สิ่งเสพติด

10.1 บุหรี่ ☐ ปกติ ☐ สูบมานาน ปี ปริมาณเฉลี่ย มวน/วัน
ปัจจุบัน ☐ ยังเลิกไม่ได้ สูบเฉลี่ย มวน/วัน ☐ เลิกสูบบุหรี่มานาน ปี

10.2 สุรา ☐ ปกติ ☐ ดื่มมานาน ปี ปริมาณเฉลี่ย
ปัจจุบัน ☐ ยังเลิกไม่ได้ ปริมาณเฉลี่ย ☐ เลิกดื่มมานาน ปี

11.ประวัติการแพ้ ☐ ปกติ ☐ แพ้ ☐ ยา ☐ อาหาร
☐ สารอื่น ๆ

ลักษณะความผิดปกติที่พบเมื่อมีอาการแพ้

12.ยาที่ใช้เป็นประจำ (นอกเหนือคำสั่งแพทย์)

☐ ไม่มี ☐ มี 1.ยา ขนาด
2.

13.คำแนะนำ/กิจกรรมการพยาบาล ☐ ไม่ได้ให้คำแนะนำ ☐ ให้กับผู้ป่วย/ญาติ

เรื่อง ☐ ระเบียบการเยี่ยม ☐ ระเบียบการปฏิบัติตัว ☐ การเก็บของมีค่า ☐ การขอความช่วยเหลือ
☐ การใช้เตียงโรงพยาบาล ☐ PT เวลา น. ☐ OT เวลา น. ☐ ST วัน/เวลา น.
☐ AT วัน/เวลา น. ☐ RC วัน/เวลา น. ☐ PO เวลา น. ☐ IL เวลา น.

14.การหายใจ

ทางเดินหายใจ ☐ โล่ง ☐ อุดตันบางส่วน ☐ On tracheostomy ชนิด ขนาด
ลักษณะการหายใจ ☐ ไม่พบความผิดปกติ ☐ หายใจหอบ ☐ หายใจลำบาก ☐ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องหายใจ
การไอ ☐ ไม่ไอ ☐ ไอเองไม่ได้ ☐ ไอไม่มีเสมหะ ☐ ไอมีเสมหะ
ลักษณะเสมหะ (ระบุ) ☐ ขับออกได้เอง ☐ ขับออกยาก ☐ Suction
เสียงปอด ☐ Normal ☐ Wheezing ☐ Crepitating ☐ เสียงในปอดไม่เท่ากัน 2 ข้าง

15.การไหลเวียนโลหิต

ชีพจร (ตำแหน่ง) ☐ แรง ☐ เบา ☐ เร็ว ☐ ช้า ☐ สมมาตร
☐ ไม่สมมาตร ☐ คลำได้ชัด ☐ คลำได้ไม่ชัด

16.สุขอนามัย/ผิวหนัง

สีผิว ☐ ปกติ ☐ ซีด ☐ เหลือง ☐ เขียว (บริเวณ) ☐ แดง
อุณหภูมิ ☐ ปกติ ☐ อุ่น ☐ เย็น ☐ ชื้น/แห้งออก ☐ ปลายมือ / ปลายเท้าเย็น
ความตึงตัว ☐ ดี ☐ เริ่มมีความผิดปกติ ☐ ผิวน้ำแข็ง
ความแข็งแรง ☐ Intact ☐ มีรอยแดง/ฟกช้ำ ☐ มีแผล (บริเวณ/ขนาด)
การหายใจของแผล.....
ความสะอาด **ผม** ☐ สะอาด ☐ poor hygiene **เล็บ** ☐ สะอาด ☐ poor hygiene
ผิวหนัง ☐ สะอาด ☐ poor hygiene ☐ มีผื่น/คัน
☐ มีโรคผิวหนัง (ระบุ) ไข้ (ระบุ)

 ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของไข้ (3/7)
--	---

ชื่อ – สกุล อายุ ปี H.N. A.N.

17.การรับประทานอาหาร (ถามเฉพาะรายที่มีปัญหา เช่น DM, PU, HT, ไต ฯลฯ)

ภาวะโภชนาการ ☐ ไม่พบปัญหา ☐ น้ำหนักเกิน ☐ น้ำหนักน้อย ☐ น้ำหนักลด.....กก.

อาการรบกวนระหว่างการเจ็บป่วย ☐ ไม่มี ☐ คลื่นไส้ ☐ อาเจียน ☐ ท้องอืด ☐ จุกเสียด

☐ เคี้ยว/กลืนลำบาก ☐ มีสำลัก ☐ ปวดท้อง (บริเวณ).....

ช่องปาก ☐ ไม่พบสิ่งผิดปกติ ☐ มีแผลในปาก ☐ มีฟันผุ ☐ ใช้ฟันปลอม

☐ อื่น ๆ (On NG tube, Gastostomy) ขนาด การเปลี่ยนสายทุก เปลี่ยนครั้งสุดท้ายเมื่อ

อุปนิสัยการรับประทานอาหาร ☐ ตรงเวลา ☐ ไม่ตรงเวลา ☐ ชอบรับประทานอาหารจุกจิก

รับประทานอาหารวันละ มื้อ รส/ชนิดอาหารที่ชอบรับประทาน

การดื่มน้ำ ☐ ปกติ (1.5-2 ลิตร/วัน) ☐ น้อย (< 1 ลิตร/วัน) ☐ มาก (> 2 ลิตร/วัน) ☐ จำกัดปริมาณ..... ลิตร/วัน

ความเชื่อเรื่องอาหารแสลง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

18.การขับถ่ายปัสสาวะ

อาการรบกวน ☐ ไม่พบปัญหา ☐ ปัสสาวะบ่อย ☐ ปัสสาวะลำบาก ☐ กลั้นไม่ได้ ☐ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย

☐ ได้สายสวนปัสสาวะ ขนาด การเปลี่ยนสายทุก เปลี่ยนครั้งสุดท้ายเมื่อ

☐ IC/IS ทุก ชม./วัน ☐ On Suprapubic Cath. ☐ เคาะ/เบ่ง ☐ ใช้แผ่นรองป้อน/ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ลักษณะของปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

19.การขับถ่ายอุจจาระ

อาการรบกวน ☐ ไม่พบปัญหา ☐ ท้องเสีย/ถ่ายกะปริดกะปรอย ☐ ท้องผูก ☐ ถ่ายดำ ☐ มีรูเปิดถ่ายทางหน้าท้อง

☐ มีอาการริดสีดวงทวาร ☐ ลักษณะอุจจาระ (ระบุ)

อุปนิสัยการขับถ่ายระหว่างการเจ็บป่วย ☐ ถ่ายทุกวัน วันละ ครั้ง ☐ ไม่ถ่ายทุกวัน ถ่าย วัน/ครั้ง

☐ ไม่ใช้ยาระบาย ☐ ใช้ยาระบาย (ระบุ) วัน/ครั้ง ☐ สวนอุจจาระทุก วัน/ครั้ง

☐ ส้วมอุจจาระ วัน/ครั้ง ☐ เหนียวระบาย วัน/ครั้ง ☐ นวดหน้าท้อง/กระตุ้นรอบทวารหนัก

☐ ฝึกขับถ่าย (ด้วยวิธี)

20.การรับรู้และการตอบสนองระหว่างการเจ็บป่วย

ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว

การพูด ☐ ได้ตอบดี ☐ ได้ตอบซ้ำ ☐ Slurred speech (พูดรว) ☐ Aphasic ☐ อื่น ๆ.....

อาการปวด ☐ ไม่มี ☐ ปวด (บริเวณ) ระดับ ☐ ชา (บริเวณ).....

ระดับความเจ็บปวด ไม่ปวด 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ปวดมากที่สุด

พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเจ็บปวด

การรับรู้ (เวลา, สถานที่, บุคคล) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ความจำและการโต้ตอบ ☐ ปกติ ☐ หลงลืม ☐ สูญเสียความจำ ☐ ได้ตอบไม่เหมาะสม

การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ สายตาสั้น ☐ สายตายาว ☐ สายตาเอียง ☐ โรคทางตา

การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ หูอื้อ ☐ หูตึง ☐ หูหนวก ☐ ใช้เครื่องช่วยฟัง ☐ อื่น ๆ.....

การได้กลิ่น ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของใจ (4/7)
--	--

ชื่อ – สกุล อายุ ปี H.N. A.N.

21. ความปลอดภัย / การเคลื่อนไหว

ลักษณะรูปร่าง แขน ขา ลำตัว ☐ ปกติ ☐ ปกติ (ระบุ)

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ ☐ แขนซ้าย ☐ แขนขวา ☐ ขาซ้าย ☐ ขาขวา การกำมือ ซ้าย/ขวา/.....

การเคลื่อนไหว ☐ ROM ปกติ ☐ ผิดปกติ บริเวณ องศา

☐ เกร็ง (บริเวณ) ระดับ

☐ เคยมีประวัติกระดูกหักบริเวณ (ระบุ)

22. ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง คะแนน SNMRC score คะแนน ระดับ

กิจกรรม	ระดับความสามารถ			
	ทำเองได้ทั้งหมด	ทำเองได้บางส่วน	ทำเองไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์ช่วย (ระบุ)
1. การรับประทานอาหาร				
2. การทำความสะอาดปากฟัน				
3. การแต่งตัว/เสริมสวย				
4. การทำความสะอาดร่างกาย				
5. การจับถ้าย และการทำความสะอาด				
6. การเคลื่อนย้ายตัว/เคลื่อนที่				
7. การเคลื่อนไหวบนเตียง				
8. การจัดและรับประทานอาหาร				

23. การพักผ่อนและการนอนหลับ

อุปนิสัยการนอนหลับ ก่อนป่วยนอนวันละ ชม. ☐ ไม่นอนกลางวัน ☐ นอนกลางวัน วันละ ชม.

ช่วงที่ป่วยนอนวันละ ชม. ☐ ไม่นอนกลางวัน ☐ นอนกลางวัน วันละ ชม.

สิ่งที่ช่วยให้หลับ ☐ ไม่มี ☐ ใช้ยานอนหลับ (ระบุ) ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

อาการรบกวน ☐ ไม่มี ☐ นอนไม่หลับ ☐ นอนหลับยาก ☐ นอนหลับๆตื่นๆ ☐ ผื่นร่ายบ่อยๆ

☐ อื่น ๆ

24. การเจริญพันธุ์ (ถ้าสามารถซักประวัติได้)

มีความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ☐ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องเพศหรือไม่ (สมรรถภาพทางเพศ, ความต้องการทางเพศ ฯลฯ)

☐ ไม่มี ☐ ยังไม่ทราบ ☐ มี (ระบุ)

ความต้องการการช่วยเหลือ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ยังไม่ทราบ

☐ ต้องการ (ระบุคำแนะนำ/การช่วยเหลือเบื้องต้น/การส่งต่อ)

วิธีคุมกำเนิด (ถ้ามี)

การมีรอบเดือน ☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่าเสมอ

	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของไข้ (5/7)
---	---	--

ชื่อ – สกุล อายุ ปี H.N. A.N.

25.สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลักษณะนิสัย/อารมณ์โดยทั่วไปก่อนเจ็บป่วย ☐ เฉย ☐ เก็บตัว ☐ ชอบสังคม ☐ อารมณ์ดี/ใจเย็น

☐ เครียดง่าย ☐ วิตกกังวล ☐ หงุดหงิดง่าย ☐ อารมณ์ร้อน ☐ โมโหง่าย ☐ อื่น ๆ

ช่วงเจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ เก็บตัว ☐ รู้จัก/เจอะเจียม ☐ ไม่ร่วมมือ ☐ เศร้า/ซึม ☐ วิตกกังวล ☐ หงุดหงิดง่าย

☐ กลัว ☐ ถอนหายใจบ่อยๆ ☐ เศร้า ☐ ร้องไห้บ่อยๆ ☐ ก้าวร้าว ☐ เอะอะโวยวาย

☐ ไม่สนใจผู้อื่น ☐ ไม่สนใจตนเอง ☐ เฉยๆ ☐ อารมณ์ดี/ใจเย็น ☐ อื่น ๆ

26.ความรู้สึกต่อความเจ็บป่วย

ความหวังเกี่ยวกับการรักษาฟื้นฟูฯ ครั้งนี้

เป้าหมายของการรักษาฟื้นฟูฯ ครั้งนี้

เป้าหมายในชีวิต คือ

ผลการเจ็บป่วยต่อเป้าหมายในชีวิต

สิ่งที่กังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ปัญหา

ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อคนในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ปัญหา

ความเจ็บป่วยมีผลต่อระดับการช่วยเหลือตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ปัญหา

แรงจูงใจในการดูแลตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

การรับรู้ความสำคัญในการดูแลตนเอง ☐ ไม่สำคัญ เพราะ

☐ สำคัญ เพราะ

ความรู้สึกต่อการสูญเสียภาพลักษณ์/ การทำงานของร่างกาย ☐ น้อยมาก ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

การยอมรับต่อการสูญเสียภาพลักษณ์/ การทำงานของร่างกาย ☐ น้อยมาก ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

วิธีแก้ปัญหา

27.การรับรู้บทบาทของตนเองต่อครอบครัวและสังคม

มีพี่น้อง คน เป็นบุตรคนที่ มีบุตร คน จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน

สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ☐ ไม่ปัญหา ☐ มี (ระบุ)

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท (รวมเงินได้ทั้งหมดของสมาชิกที่อยู่ในบ้านเดียวกัน)

รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท (เป็นรายจ่ายทั้งหมดในบ้าน + ค่าใช้จ่ายส่วนตัว)

ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการหารายได้ ☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน ☐ ไม่ต้องรับผิดชอบ

ผู้รับผิดชอบครอบครัวแทนเมื่อเจ็บป่วย (ระบุ) ☐ ไม่มี

เมื่อต้องตัดสินใจในสิ่งสำคัญ คุณตัดสินใจ ☐ คนเดียว ☐ มีที่ปรึกษา (ระบุ)

ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย (ระบุ) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ผู้ดูแลหลักที่บ้าน (ระบุ) 1..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

2..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

	ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของใจ (6/7)
---	--	--

ชื่อ – สกุล อายุ ปี H.N. A.N.

28.การจัดการและการแก้ไขปัญห (เกิดขึ้นก่อนเจ็บป่วย)

เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ไขเมื่อเกิดความเครียด ☐ ระบายให้ผู้ฟัง ☐ ใช้จ่าย ☐ เล่นกีฬา ☐ ทำบุญ ☐ อื่น ๆ

ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ไข

ปัญหาที่ร้ายแรงที่สุดในชีวิต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ไข

การสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ไข

29.ศาสนาและความเชื่อ

ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจขณะเจ็บป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

ความรู้สึกละแฉงระหว่างความเชื่อกับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

30.แหล่งประโยชน์ในชุมชน

สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

31.ข้อมูลบ้านผู้ป่วย

31.1ลักษณะบ้านผู้ป่วย

บ้านอยู่ห่างจากถนน สถานที่ใกล้เคียง

ลักษณะทางเข้าบ้าน กว้าง เมตร

ลักษณะบ้าน ขนาดพื้นที่ ตารางวา

ลักษณะบริเวณรอบบ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

ขนาดประตูรั้วบ้าน กว้าง ซม. ☐ ไม่มี ☐ มี ทางลาด สูง ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้

ขนาดประตูทางเข้า – ออกตัวบ้าน กว้าง ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้

☐ มี ทางต่างระดับ/ธรณีประตู สูง ซม. กว้าง ซม. ☐ ไม่มี

☐ มี บันได ขั้น สูง ซม. กว้าง ซม. ☐ ไม่มี

ลักษณะของพื้นภายในบ้าน

31.2ลักษณะห้องนอนผู้ป่วย

ห้องนอนผู้ป่วยปัจจุบันอยู่ที่ชั้น ขนาดห้อง เมตร ลักษณะพื้นในห้อง

ขนาดประตูห้องนอน ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้

☐ มี ทางต่างระดับ สูง ซม. ☐ ไม่มี ☐ มี ธรณีประตูสูง ซม. ☐ ไม่มี

☐ มี เติียงชนิด ขนาดกว้าง x ยาว x สูง ซม. ☐ ไม่มี

สิ่ง ที่ควรปรับปรุง

 ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของใจ (7/7)
--	--

ชื่อ – สกุล อายุ ปี H.N. A.N.

31.3 ลักษณะห้องน้ำที่ผู้ป่วยใช้

ห้องน้ำอยู่ชั้นที่ ประตูห้องน้ำกว้าง ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้

ขนาดห้องน้ำ เมตร การใช้รถเข็นในห้องน้ำ ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้

☐ มี พื้นต่างระดับสูง ซม. ☐ ไม่มี การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้

☐ มี ธรณีประตู ด้านนอกสูง ซม. ด้านในสูง ซม. ☐ ไม่มี

☐ มี ราวจับ บริเวณ สูง ซม. ยาว ซม. ☐ ไม่มี

แบบของโถส้วม ☐ ชักโครก ☐ ส้วมซึม ☐ ส้วมราดน้ำทรงสูง ความสูง ซม.

ลักษณะพื้นห้องน้ำ ☐ ลื่น ☐ ไม่ลื่น

อาบน้ำโดยวิธี ☐ ใช้ฝักบัว ความสูงของฝักบัว ซม. ☐ ใช้ขันตักอาบ

☐ ใช้รถเข็น / รถเข็นอาบน้ำ ☐ นั่งอาบบนเก้าอี้ ☐ นั่งอาบบนชักโครก

อ่างล้างหน้า ☐ ไม่มี ☐ มี สูง ซม. การใช้รถเข็น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้

สิ่งที่ควรปรับปรุง

32.แผนที่สังเขป

ผู้บันทึกแรกรับ วันที่/เวลา/.....

ผู้บันทึก (พยาบาลเจ้าของใจ) วันที่/เวลา/.....

ผู้ตรวจสอบ วันที่/เวลา/.....

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	NURSING PROBLEM LISTS
--	-----------------------

ชื่อ – สกุล..... H.N..... A.N. Dx.

Date	Nursing Diagnosis	Objective/Expected Outcome	Plan	Signature	Expire Date

แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

ชื่อผู้ป่วย.....

H.N.

พยาบาลเจ้าของไข้.....

จัดทำวันที่.....

แผนที่.....

Nursing Assessment	Nursing Diagnosis	Planning Expected outcomes	Implementation	Evaluation

[illegible]

แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเรื่อง
 งานบริการผู้ป่วยใน ☐ ชาย ☐ หญิง

ชื่อผู้ป่วย H.N. A.N. Admission date พยาบาลเข้าของใช้
 การวินิจฉัยโรค
 Short term goals
 Long term goals

ข้อมูล/ปัญหา/ความต้องการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล	หัวข้อการให้ความรู้/การพยาบาล	การให้ความรู้/ข้อมูลการฝึกทักษะ			
		ครั้งที่ 1 วันที่.....		ครั้งที่ 2 วันที่.....	
		ประเมินผล	ผู้รับผลงาน	ประเมินผล	ผู้รับผลงาน
O:					
S:					
ND:					

หมายเหตุ O = Objective data S = Subjective data NID = Nursing Diagnosis

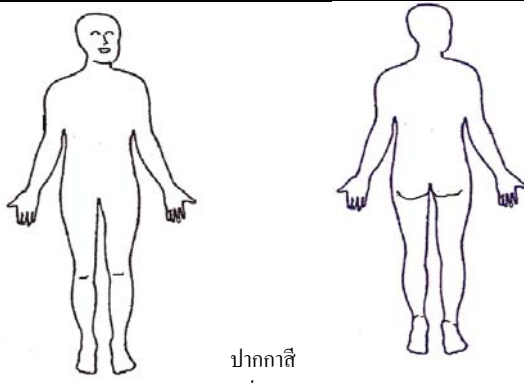
 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยทางการแพทย์ NURSING DISCHARGE SUMMARY
--	--

ชื่อ – สกุล..... H.N..... A.N. Dx.

1. ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	สิทธิการรักษา
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....	ประเภทของการจำหน่าย: ☐ แพทย์อนุญาต ☐ ไม่สมควรให้อยู่
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล รวม วัน	☐ หนักกลับ ☐ ถึงแก่กรรม ☐ ส่งต่อ (ระบุ)
สัญญาณชีพเมื่อจำหน่าย: T °C P /min. R /min.	ผู้รับกลับบ้าน ชื่อ – นามสกุล:
BP mmHg. BW Kg. BMI Kgm ²	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย:
ระดับความรู้สึกตัว:	สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย: ☐ บัตรประจำตัว/สมุดคนพิการ
☐ ปกติ ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว	☐ ยา ☐ ไบนัด ☐ ใบรับรองแพทย์/ใบสรุปการรักษา
ความสามารถในการดูแลตนเอง: SNMRC score=	☐ ใบเสร็จค่ารักษา ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
☐ การช่วยเหลือตนเองได้ดี ระดับ	ความรู้/คำแนะนำที่ได้รับ:
การแพ้ยา/อาหาร ☐ ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ)	
อุปกรณ์การพยาบาลที่ติดตัวกลับ: ☐ Foley catheter	
☐ Suprapubic cath. ☐ N.G.tube ☐ T.T. Tube	
อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ: ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	
แผลกดทับ: ☐ ไม่มี ☐ มี Braden Score =	
ยารับประทานต่อเนื่องที่บ้าน: ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	คู่มือ/แผ่นพับการดูแลตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี
	แผนการดูแลต่อเนื่อง/การติดตามหลังจำหน่าย
ผู้รับข้อมูล	เกี่ยวข้องเป็น
ลงชื่อพยาบาลเจ้าของไข้	วันที่
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานบริการผู้ป่วยในชาย/หญิง ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 02-5915455, 025914242 ต่อ 6850 (ชาย), 6851 (หญิง)	วันที่

ภาคผนวก ง

แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มใหม่

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE		แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ (1/1)	ดิฉันคือ ชื่อผู้ป่วย
คำชี้แจง โปรดประเมินและบันทึกข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วย คำแนะนำ ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม		Dx. ผู้บันทึกแรกรับวันที่ เวลา.....	
สภาพทั่วไปของผู้ใช้บริการเมื่อแรกรับ ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว V/S: T=.....°C P=...../min R=...../min BP=.....mmHg N/S: E =, V =, M = (คะแนนเต็ม 15 คะแนน E4-V5-M6) Pupil: Lt, Rt การหายใจ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ O ₂ sat ☐ On tracheostomy tube ชนิด/ขนาด การไหลเวียนโลหิต ชีพจร ☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่าเสมอ Chest Pain: ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (ระบุ) การนอนหลับ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ Lt. / Rt. ☐ นอนหลับยาก ☐ นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ☐ ผื่นรื้อบ่อย ๆ ☐ อื่น ๆ การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ Lt. / Rt. ☐ อุปกรณ์ช่วย การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ Lt. / Rt. ☐ อุปกรณ์ช่วย สุขอนามัย ☐ clean ☐ poor hygiene ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ	การรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. BMIKgm ² อาการบวมน้ำ ☐ ไม่มี ☐ คลื่นไส้/อาเจียน ☐ ท้องอืด ☐ เคี้ยว/กลืนลำบาก ☐ มีสำลัก ช่องปาก ☐ ไม่พบสิ่งผิดปกติ ☐ มีฟันผุ ☐ มีแผลในปาก ☐ ใช้ฟันปลอม ☐ อื่น ๆ (On NG tube, Gastostomy tube) การดื่มน้ำ ลิตร/วัน การขับถ่ายอุจจาระ ☐ ปกติ ☐ ท้องผูก ☐ ท้องเสีย / ถ่ายกระปริบกระปรอย ☐ มีรูเปิดถ่ายทางหน้าท้อง ☐ มีอาการริดสีดวงทวาร ☐ Bristol stool form scale แบบที่ ☐ ไม่ถ่ายทุกวัน ระบุความถี่ ขับถ่าย (ด้วยวิธี)	การขับถ่ายปัสสาวะ อาการบวมน้ำ ☐ ไม่พบปัญหา ☐ ปัสสาวะบ่อย ☐ ปัสสาวะลำบาก ☐ กลั้นไม่ได้ ☐ ปัสสาวะ กระปริดกระปรอย ☐ ใส่สายสวนปัสสาวะ ขนาด การเปลี่ยนสายทุก เปลี่ยนครั้งสุดท้ายเมื่อ ☐ IC/SCครั้ง/วัน เวลา ☐ On Suprapubic Catheter ☐ ใช้แผ่นรองป้อน/ผ้าอ้อมผู้ใหญ่/condom ลักษณะของปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ	
การใช้ ☐ ระบุ ตำแหน่งแผล/ขนาด/ระดับ ☒ ระบุ ตำแหน่งที่เจ็บปวด/คะแนน VAS		 ปากกาสี เครื่องหมาย แดง ทำ Braden scale คะแนน	
โรคประจำตัว ☐ ปฏิกิริยา ☐ มีโรค Autonomic Dysreflexia (กรณี SCI) ☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุ ประวัติการชัก ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ ประวัติการแพ้ (ยา, อาหาร, อื่นๆ) ลักษณะความผิดปกติที่พบเมื่อมีอาการแพ้			

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE		แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของไข้ (1/4)	คัดสัปดาห์ ชื่อผู้ป่วย
คำชี้แจง โปรดประเมินและบันทึกข้อมูลภายใน 1 สัปดาห์ หลังรับผู้ป่วย คำแนะนำ ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม		ผู้บันทึก (พยาบาลเจ้าของไข้)วันที่ เวลา ผู้ตรวจสอบ (หัวหน้างาน)วันที่ เวลา	

ข้อมูลทั่วไป

ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ

ประเภทสิทธิการรักษา

ที่อยู่ปัจจุบัน

เบอร์โทรศัพท์

การวินิจฉัยเบื้องต้น ประวัติการผ่าตัด วันที่

เป้าหมายการรักษา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

เป้าหมายทางการพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	
การเข้ารักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคยครั้งสุดท้ายเมื่อ เนื่องจาก	ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี 1. โรค ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 2. โรค ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
การรับการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคยครั้งสุดท้ายเมื่อ เนื่องจาก	
ประวัติการใช้สิ่งเสพติด	
1. บุหรี่ ☐ ปกติ ☐ สูบครั้งแรก ปี ปัจจุบัน ☐ ยังเลิกไม่ได้ สูบเฉลี่ย มวน/วัน ☐ เลิกสูบบุหรี่มานาน ปี 2. สุรา ☐ ปกติ ☐ ดื่มครั้งแรก ปี ปัจจุบัน ☐ ยังเลิกไม่ได้ ปริมาณเฉลี่ย ☐ เลิกดื่มมานาน ปี	3. อื่น ๆ ☐ ระบุ ปริมาณเฉลี่ย ปัจจุบัน ☐ ยังเลิกไม่ได้ ปริมาณเฉลี่ย ☐ เลิกมานาน ปี
การรับประทานอาหาร (ถามเฉพาะรายที่มีปัญหา เช่น DM, PU, HT, ไต ฯลฯ)	
อุปนิสัยการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารวันละ มื้อ ☐ ตรงเวลา ☐ ไม่ตรงเวลา ☐ ชอบรับประทานอาหารจุกจิก	รส/ชนิดอาหารที่ชอบรับประทาน ความเชื่อเรื่องอาหารแสลง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
การรับรู้และการตอบสนองระหว่างการเจ็บป่วย	
การรับรู้ (เวลา, สถานที่, บุคคล) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ	การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ
ความจำและการได้ตอบ ☐ ปกติ ☐ หลงลืม ☐ สูญเสียความจำ ☐ ได้ตอบไม่เหมาะสม	การรู้รส ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ การสัมผัส ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ
การพักผ่อนและการนอนหลับ	
อุปนิสัยการนอนหลับ ก่อนมาโรงพยาบาลนอนวันละ ชม. นอนกลางวันวันละ ชม.	สิ่งที่ทำให้หลับ ☐ ไม่มี ☐ ใช้ยานอนหลับ (ระบุ) ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของไข้ (2/4)	ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อผู้ป่วย
--	---	--------------------------------------

ความเคลื่อนไหว / การเคลื่อนไหว	
ลักษณะรูปร่าง/แขนขา/ลำตัว ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ)	ระดับกำลังกล้ามเนื้อ ☐ แขนซ้าย..... ☐ ขาซ้าย ☐ แขนขวา..... ☐ ขาขวา การกำมือซ้าย/ขวา/.....
การเคลื่อนไหว ☐ ROM ปกติ ☐ ผิดปกติ บริเวณ องศา ☐ เกร็ง (บริเวณ) ระดับ	
การเจริญพันธุ์ (ถ้าสามารถชักประวัติได้)	
มีความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ☐ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องเพศหรือไม่ (สมรรถภาพทางเพศ, ความต้องการทางเพศ ฯลฯ) ☐ ไม่มี ☐ ยังไม่ทราบ ☐ มี (ระบุ)
ความต้องการการช่วยเหลือ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ยังไม่ทราบ ☐ ต้องการ (ระบุคำแนะนำ / การช่วยเหลือเบื้องต้น / การส่งต่อ) (ระบุ)	วิธีการคุมกำเนิด (ถ้ามี) การมีรอบเดือน ☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่าเสมอ ความผิดปกติของการมีรอบเดือน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม	
ลักษณะนิสัย/อารมณ์โดยทั่วไปก่อนเจ็บป่วย ช่วยเจ็บป่วยในครั้งนี้	
ความรู้สึกต่อความเจ็บป่วย	
เป้าหมายของการฟื้นฟูฯ ครั้งนี้	เป้าหมายในชีวิต คือ ผลการเจ็บป่วยต่อเป้าหมายในชีวิต
สิ่งที่กังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) วิธีแก้ปัญหา	ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อคนในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) วิธีแก้ปัญหา
ความเจ็บป่วยมีผลต่อระดับการช่วยเหลือตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) วิธีแก้ปัญหา	แรงจูงใจในการดูแลตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
การรับรู้ความสำคัญในการดูแลตนเอง ☐ ไม่สำคัญ เพราะ ☐ สำคัญ เพราะ	ความรู้สึกต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ / การทำงานของร่างกาย ☐ น้อยมาก ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก
การยอมรับต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ / การทำงานของร่างกาย ☐ น้อยมาก ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก วิธีแก้ปัญหา	
ศาสนาและความเชื่อ (ที่มีผลต่อการฟื้นฟู)	
ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในขณะที่เจ็บป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อกับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ
การจัดการและการแก้ไขปัญห (เกิดขึ้นก่อนเจ็บป่วย)	
ปัญหา/สาเหตุที่ทำให้รู้สึกเครียด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	วิธีแก้ไขเมื่อเกิดความเครียด ☐ ระบายให้ผู้ฟัง ☐ ใช้จ่าย ☐ เล่นกีฬา ☐ อื่น ๆ
ปัญหาที่ร้ายแรงที่สุดในชีวิต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) วิธีแก้ไข	การสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) วิธีแก้ไข

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของไข้ (3/4)	ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อผู้ป่วย
--	---	--------------------------------------

การรับรู้บทบาทของตนเองต่อครอบครัวและสังคม	
มีพี่น้อง คน เป็นบุตรคนที่ มีบุตรคน จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ☐ ไม่มีปัญหา ☐ มี (ระบุ)	รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท (รวมเงินได้ทั้งหมดของสมาชิกที่อยู่ในบ้านเดียวกัน) รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท (เป็นรายจ่ายทั้งหมดในบ้าน + ค่าใช้จ่ายส่วนตัว)
ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการหารายได้ ☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน ☐ ไม่ต้องรับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบครอบครัวแทนเมื่อเจ็บป่วย (ระบุ) ☐ ไม่มี
เมื่อต้องตัดสินใจในสิ่งสำคัญ คุณตัดสินใจ ☐ คนเดียว ☐ มีที่ปรึกษา (ระบุ)	ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย (ระบุ) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ผู้ดูแลหลักที่บ้าน (ระบุ) 1. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 2. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	
แหล่งประโยชน์ในชุมชน	
สถานบริการสาธารณสุข ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเจ้าของไข้ (4/4)	คิตติศักดิ์เกอร์ ชื่อผู้ป่วย
--	---	---

ข้อมูลบ้านผู้ป่วย	
ลักษณะบ้านผู้ป่วย	
บ้านอยู่ห่างจากถนน เมตร สถานที่ก่อสร้าง เมตร ลักษณะทางเข้าบ้าน เมตร กว้าง เมตร ลักษณะบ้าน เมตร ขนาดพื้นที่ ตารางวา ลักษณะบริเวณรอบบ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) ขนาดประตูรั้วบ้าน กว้าง ซม. ทางลาด ☐ ไม่มี ☐ มี สูง ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้	ขนาดประตูทางเข้า – ออก คิวบ้าน กว้าง ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้ ทางต่างระดับ/ธรณีประตู ☐ ไม่มี ☐ มี สูง ซม. กว้าง ซม. ลักษณะของพื้นภายในบ้าน บันได ☐ ไม่มี ☐ มี ขึ้น สูง ซม. กว้าง ซม.
ลักษณะห้องนอนผู้ป่วย	
ห้องนอนผู้ป่วยปัจจุบันอยู่ที่ชั้น ขนาดห้อง เมตร ลักษณะพื้นในห้อง ขนาดประตูห้องนอน ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้ ทางต่างระดับ ☐ มี สูง ซม. ☐ ไม่มี ธรณีประตู ☐ มี สูง ซม. ☐ ไม่มี	เตียง ☐ ไม่มี ☐ มี ชนิด ขนาด กว้าง x ยาว x สูง ซม. สิ่งที่ควรปรับปรุง
ลักษณะห้องน้ำผู้ป่วยใช้	
ห้องน้ำอยู่ชั้นที่ ประตูห้องน้ำกว้าง ซม. การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้ ขนาดห้องน้ำ เมตร การใช้รถเข็นในห้องน้ำ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ พื้นต่างระดับ ☐ ไม่มี ☐ มี สูง ซม. การใช้รถเข็น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ธรณีประตู ☐ ไม่มี ☐ มี ด้านนอกสูง ซม. ด้านในสูง ซม. ราวจับ ☐ ไม่มี ☐ มี บริเวณ สูง ซม. ยาว ซม. แบบของโถส้วม ☐ ชักโครก ☐ ส้วมซึม ☐ ส้วมราดน้ำทรงสูง ความสูง ซม. ลักษณะพื้นห้องน้ำ ☐ ลื่น ☐ ไม่ลื่น	อาบน้ำโดยวิธี ☐ ใช้ฝักบัว ความสูงของฝักบัว ซม. ☐ ใช้ขันตักอาบน้ำ ☐ ใช้รถเข็น / รถเข็นอาบน้ำ ☐ นั่งอาบนอนเก้าอี้ ☐ นั่งอาบนอนชักโครก อ่างล้างหน้า ☐ ไม่มี ☐ มี สูง ซม. การใช้รถเข็น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ สิ่งที่ควรปรับปรุง

แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

ชื่อผู้ป่วย.....

H.N.

พยาบาลเจ้าของไข้.....

จัดทำวันที่.....

แผนที่.....

Nursing Assessment	Nursing Diagnosis	Planning Expected outcomes	Implementation	Evaluation

	ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE	NURSING FOCUS LIST	ติศตติกเกอร์ ชื่อผู้ป่วย
---	---	----------------------------------	--

[illegible]

[illegible]

 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE		การวางแผนจำหน่าย DISCHARGE PLANNING		คัดสติกเกอร์ ชื่อผู้ป่วย		
คำแนะนำ กาเครื่องหมาย “✓” เมื่อประเมินผลผ่าน และกาเครื่องหมาย “✗” เมื่อประเมินผลไม่ผ่าน						
ปัญหา/ความต้องการ	กิจกรรม	ว.ค.ป. ที่ วางแผน	ประเมินผล			
			ครั้งที่ 1 (.....)	ผู้ ประเมิน	ครั้งที่ 2 (.....)	ผู้ ประเมิน
Medication : ทบทวน ☐ ชนิดของยา ☐ วิธีใช้	☐ ☐ ☐					
Environment & Economic : การจัดการ ☐ สิ่งแวดล้อม ☐ สังคม ☐ เศรษฐกิจ ☐ อาชีพที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วย	☐ การปรับสภาพบ้าน ☐ ประสานเรื่อง Return to work/ education ☐ ประสานเรื่อง Social Reintegration ☐ อุปกรณ์เครื่องช่วย..... ☐ แนะนำสถานที่ดูแล/แหล่งสนับสนุน					
Treatment : ☐ ทักษะ ☐ อาการสำคัญที่ควรเฝ้าระวัง ☐ การปฏิบัติตัวที่จำเป็นตามแผนการรักษา	☐ Bowel program ☐ Bladder program ☐ Skin Care/Pressure ulcer ☐ ADL ☐ Transfer/Ambulation ☐ การทำกายภาพบำบัด ☐ การป้องกันแผลกดทับ/ข้อติด/UTI ☐ การให้ความรู้เฉพาะโรค.....					
Health : ☐ ข้อจำกัดการทำกิจกรรม ☐ ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	☐ ☐ ☐					
Outpatient referral : ☐ การใช้สิทธิ ☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การส่งต่อ ☐ อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด	☐ แนะนำการใช้สิทธิการรักษา/คนพิการ ☐ การมา F/U ☐					
Diet : ☐ อาหารที่ควรรับประทาน ☐ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	☐ จำกัดอาหารประเภท หวาน/เค็ม/มัน ☐					
สรุปการจำหน่าย (NURSING DISCHARGE SUMMARY)						
สรุปการวินิจฉัยโรค..... สัญญาณชีพ T=.....°C P=...../min R=...../min BP=..... mm/Hg BMI...Kgm ² สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย..... แผลกดทับ: ☐ ไม่มี ☐ มี ตำแหน่ง/ขนาด..... สรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง..... จำหน่าย วันที่..... เวลา..... น. ประเภทการจำหน่าย ☐ แพทย์อนุญาต ☐ ไม่สมัครใจอยู่ ☐ ส่งต่อ(ระบุ)..... สิ่งที่ได้รับก่อนจำหน่าย: ☐ ยา ☐ ใบรับรองแพทย์/ใบสรุปการรักษา ☐ แผ่นพับ ☐ ใบนัด อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ: ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... พยาบาลเจ้าของไข้ เบอร์โทรศัพท์..... ลงชื่อผู้รับกลับ..... ระบุความสัมพันธ์..... เบอร์โทรศัพท์.....						

ภาคผนวก จ

รายชื่อคณะกรรมการบัณฑิตกิตติมศักดิ์

รายชื่อคณะกรรมการบัณฑิตกิตติมศักดิ์

คำสั่งศูนย์บริหารราชการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการแพทย์แห่งชาติ

ที่ ๕๘ / ๒๕๕๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์บริหารราชการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการแพทย์ ขอแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะกรรมการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการใหม่ โดยให้ยกเลิกคำสั่งที่ ๑๕๕/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ เพื่อการพัฒนา การบริหารจัดการทางพยาบาลในการรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามนโยบายของศูนย์บริหารราชการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการแพทย์แห่งชาติ และตามแนวทางของสภาการพยาบาล โดยมีมุ่งเน้นผลลัพธ์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการ ดังนี้

คณะกรรมการบัณฑิตกิตติมศักดิ์

๑. นางสาวพรณีการ์ แวอาราม	ประธาน
๒. นางสาวสุภา ใจะรัตน์	คณะกรรมการ
๓. นางสาวประนอม กระจ่างศรี	คณะกรรมการ
๔. นางขวัญจิต รังสฤษดิ์วิระโชติ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวพัชรินทร์ สุทธิศักดิ์	คณะกรรมการ
๖. นางสาวอภินันท์ บัวเหลือง	คณะกรรมการ
๗. นางสาวจันทิมา จันทะทิพย์วารี	เลขาฯ
๘. นางสาววันดี กิตติชัยเศรษฐ์	ผู้ช่วยเลขาฯ

โดยให้คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

- กำหนดรูปแบบและพัฒนาระบบบัณฑิตกิตติมศักดิ์ ให้สอดคล้องกับระบบข้อมูลทางการแพทย์ของศูนย์บริหารราชการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการแพทย์
- สนับสนุนและแก้ไขระบบบัณฑิตกิตติมศักดิ์ของกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
- รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานให้แก่คณะกรรมการบริหารการพยาบาลทุก

๓ เดือน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวรติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์

วัน เดือน ปีเกิด

17 ตุลาคม พ.ศ. 2527

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, พ.ศ. 2545 - 2549
พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2549 - 2555 โรงพยาบาลนนทเวช
พ.ศ. 2555 - ปัจจุบัน ศูนย์สรีรธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์แห่งชาติ
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ