



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... ๑๐ พ.ค. ๒๕๕๕
เลขทะเบียน..... ๒๔๕๔๓๘
เลขเรียกหนังสือ.....

บทที่ ๒

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.1 ความหมายและความสำคัญของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลช่วยให้บุคคลทั่วไปทราบถึงการทำงานของพยาบาลที่แสดงถึงทักษะด้านการเขียน สติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล (นวลชนินธุ์ ลิขิตลือชา 2550) และยังใช้เป็นหลักฐานที่แสดงถึงอิสระแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลโดยการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสำคัญดังนี้ (Ruth and Constance 2002; ศิริพร ชัมภลิจิต 2548)

1. เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างทีมสุขภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลรายงานแสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล หรือการปฏิบัติการต่าง ๆ ตลอดจนผลการการปฏิบัตินั้น ๆ
3. เป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพ การประกันคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล
4. ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมาย
5. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับศึกษาค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
6. เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานและการคิดค่าตอบแทน

1.2 วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล อาร์ ซีว เกษมสุข (2551) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อบันทึกอาการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

2. เพื่อเป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องขณะ
อยู่โรงพยาบาล

3. เพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจาก
พยาบาล

4. เพื่อใช้ตรวจสอบคุณภาพทางพยาบาล

5. เพื่อใช้ประกอบการศึกษา ค้นคว้าวิจัย

6. เพื่อใช้เป็นเอกสารทางกฎหมาย

บันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารที่สำคัญสามารถใช้ในการตรวจสอบคุณภาพ
การพยาบาล ดังนั้นภายหลังจากปฏิบัติการพยาบาลควรมีการบันทึกและตรวจสอบรายละเอียดความ
สมบูรณ์ของการบันทึกเพื่อแสดงถึงการบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ

1.3 ลักษณะของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี สภากาพยาบาล (2548) และสำนัก
นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2547) กำหนดลักษณะ
ของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี ดังนี้

1. มีการบันทึกทุกครั้งภายหลังปฏิบัติการพยาบาล

2. มีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 S (Subjective data) ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วย

2.2 O (Objective data) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย และ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3 A (Assessment) การประเมินปัญหา/สภาวะสุขภาพจากข้อมูลที่รวบรวม

ได้

2.4 P (Planning) จุดประสงค์และการวางแผนการพยาบาล

2.5 E (Evaluation) การประเมินผลหลังให้การพยาบาล

3. มีการบันทึกที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล

4. อธิบายการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

5. สอดคล้องกับแผนการพยาบาลเฉพาะราย

6. เอื้อต่อการศึกษาข้อมูลในการวิจัย การประเมินคุณภาพการพยาบาล

7. เป็นข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติมการวิจัยโรค และการทำหัตถการที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วย

8. มีการบันทึกที่ครบถ้วนถูกต้องตามความเป็นจริง

9. มีการบันทึกที่ชัดเจน ได้ใจความและกะทัดรัด มีความต่อเนื่อง

10. มีการบันทึกที่สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลได้ โดยประเมินจากผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การบรรเทาจากความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

จะเห็นว่า บันทึกทางการพยาบาลถือเป็นเอกสารสำคัญสำหรับวิชาชีพ ดังนั้นผู้บันทึกต้องเรียนรู้หลักการบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ

1.4 หลักการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาลที่แสดงให้เห็นหน้าที่ความรับผิดชอบและสามารถใช้อ้างอิงทางกฎหมายหรือเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง และมยุรี ถิทองอิน 2538; Williams & Wilkins 2002)

หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ ดังนี้

1. บันทึกโดยใช้กระบวนการในการบันทึก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ จุดมุ่งหมายของการบันทึก การวางแผนการบันทึก การบันทึก การประเมินการบันทึก และการแก้ไขปรับปรุง
2. ใช้ความรู้ทางการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการบันทึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามข้อเท็จจริง
3. บันทึกพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น บันทึกสิ่ง que ผู้ป่วยพูดและกระทำโดยไม่ตัดสิน ไม่แปลความหมายหรือความเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก
4. บันทึกเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยบันทึกตามเวลาและลำดับก่อนหลังไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง
5. บันทึกอย่างต่อเนื่องตามกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย
6. บันทึกโดยการนำข้อมูลอื่น ๆ มาประกอบการบันทึกทางการพยาบาล เช่น การบันทึกการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของผู้ป่วย เป็นต้น
7. บันทึกให้ถูกต้องตามหลักภาษา ใช้คำที่ถูกต้องตรงตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ ตัวสะกดถูกต้อง ไม่ใช้ภาษาพูดในการเขียนบันทึก บันทึกโดยสรุปให้ได้ใจความครบถ้วน เห็นสภาพของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงเครื่องหมายหรืออักษรย่อที่ไม่เป็นสากล
8. เมื่อบันทึกเรียบร้อยแล้วให้ลงลายมือชื่อและตำแหน่ง กำกับให้ชัดเจนสามารถระบุผู้บันทึกได้
9. หลีกเลี่ยงการบันทึกที่ผูกมัดตนเองหรือตัดสินผู้ป่วย เช่น พบผู้ป่วยพูดบ่น

พิมพ์ฉบับประเด็นไม่ได้ แทนที่การบันทึกว่าผู้ป่วยมีอาการ โรคประสาท

10. หลีกเลี่ยงการบันทึกที่แสดงถึงการตำหนิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคือฉันไม่เชื่อฟัง

11. ไม่แก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลภายหลัง ทำให้บันทึกไม่น่าเชื่อถือ

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพสามารถสะท้อนการดูแลที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาล การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาล (พูลสุข หิงคานนท์ 2548) นอกจากการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพแล้วยังมีการแบ่งประเภทของการบันทึกทางการพยาบาลออกเป็นหลายประเภทให้เลือกใช้ได้ตามบริบทของหน่วยงาน ๔

1.5 ประเภทของการบันทึกทางการพยาบาล วิลเลียมและวอร์ลกิน (Williams & Wilkins 2003) แบ่งประเภทของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1.5.1 การบันทึกแบบดั้งเดิม (*Tradition narrative*) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า (Source - oriented records) เป็นการบันทึกตามแหล่งข้อมูลของผู้ให้บริการ เป็นการรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วยโดยการบรรยายสิ่งที่สังเกตหรือตรวจพบขณะปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบฟอร์ม Progress note, Nurse's note เป็นต้น โดยยึดหลัก A I R format

A = Assessment (The patient's status) หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย

I = Intervention หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล

R = Response (outcome) หมายถึง ผลลัพธ์/การตอบสนองของผู้ป่วย

ข้อดี ของการบันทึกแบบดั้งเดิม (ผ่องพรรณ อรุณแสง และมยุรี ลีทองอิน 2538; พรศิริ พันธสี 2553) คือ

1. เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย สะดวก บันทึกได้ง่าย รวดเร็วในสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่ต้องคิดถึงรูปแบบหรือกระบวนการบันทึก

2. หากบันทึกดีจะประกอบด้วย ปัญหา การดูแล และการตอบสนองของผู้ป่วย

3. สามารถใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่น ๆ ได้โดยง่าย

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบดั้งเดิม (พรศิริ พันธสี 2553) คือ

1. ข้อมูลกระจัดกระจายทำให้ไม่เห็นความต่อเนื่องหรือความก้าวหน้าของ

ปัญหาผู้ป่วย

2. ขาดการประเมินผลการพยาบาล
3. ไม่สะท้อนความคิดเชิงวิเคราะห์/ความสามารถในการตัดสินใจ
4. ลักษณะการเขียนไม่คงที่ ขาดความสมบูรณ์

1.5.2 การบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วย (Problem - oriented method) เป็น การบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วยที่พบ ทีมสุขภาพจะบันทึกข้อมูลร่วมกัน โดยเน้นที่ปัญหา การปฏิบัติการแก้ไขและการประเมินผลการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย เช่น การวางแผนการพยาบาลตาม ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง และมยุรี ลีทองอิน 2538: Williams & Wilkins 2002)

1) **ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (Database)** หมายถึง ข้อมูลที่จำเป็นในการ วางแผนดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีการรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ประวัติการรักษาพยาบาล เป็นต้น

2) **รายการปัญหาของผู้ป่วย (Problem list)** ภายหลักรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ของผู้ป่วยแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์สรุปปัญหาของผู้ป่วยโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และ เขียนปัญหาเพิ่มเติมในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้นใหม่ ซึ่งประเภทของปัญหาที่พบ ได้แก่ ปัญหา ทางด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาทางด้านพัฒนาการ

3) **แผนการพยาบาล (Initial plan)** เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการหรือการ วางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้องในการป้องกัน บรรเทา แก้ไขปัญหาผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ ซึ่งประกอบด้วยการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและ เกณฑ์การประเมินผล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนแผนการพยาบาล

4) **การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress notes)** เป็นการบันทึก เกี่ยวกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ทราบว่าปัญหาได้รับการ แก้ไขหรือไม่ หรือเกิดปัญหาขึ้นใหม่ โดยบันทึกในรูปแบบ SOAP, SOAPIE และ SOAPIER

S = Subjective data หมายถึง ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ

O = Objective data หมายถึง ข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

A = Assessment data หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาของ ผู้ป่วยโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

P = Plan หมายถึง การวางแผนการพยาบาลตามความลำดับสำคัญของ ปัญหาผู้ป่วยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผล

ทางการพยาบาล

I = Intervention หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

E = Evaluation หมายถึง การประเมินผลการพยาบาล

R = Revision หมายถึง การปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

5) การสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge summary) เป็นบันทึกที่แสดงถึงผลลัพธ์ความก้าวหน้าของการปฏิบัติการพยาบาลตาม SOAP, SOAPIE และ SOAPIER ได้สรุปข้อดีและข้อเสียของการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วยไว้ดังนี้

ข้อดี ของการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วย

1. โครงสร้างชัดเจน
2. สะท้อนกระบวนการพยาบาล
3. ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาที่ตรงกัน
4. สะดวกในการแก้ปัญหา
5. รวดเร็วในการค้นหาข้อมูล

ข้อเสีย ของการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วย

1. การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพจึงจะได้ประโยชน์
2. มีความยากในการบันทึกเพราะต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบ

เต็มที่

1.5.3 การบันทึกแบบ PIE (Problem – intervention – evaluation system = PIE)

(พุลสุข หิงคานนท์ 2548) เป็นการบันทึกโดยการใช้ปัญหาเป็นหลักเชื่อมโยงกับการปฏิบัติการพยาบาลและความก้าวหน้าของผู้ป่วย การบันทึกโดยเน้นการแก้ไขปัญหาค่ะแต่ละปัญหายึดหลักดังนี้

P = Problem หมายถึง ปัญหาของผู้ป่วย

I = Intervention หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล

E = Evaluation of the patient's responses หมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

ข้อดี ของการบันทึกแบบการใช้ปัญหาเป็นหลัก

1. มีโครงสร้างชัดเจน
2. สะดวกในการแก้ปัญหา
3. รวดเร็วในการค้นหาข้อมูล

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบการใช้ปัญหาเป็นหลัก

1. ไม่มีการวางแผนการพยาบาล และวัน เวลาที่สิ้นสุดปัญหา

2. ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

1.5.4 การบันทึกแบบ Core (Core charting system) วิลเลียม และวอร์ลกิน

(Williams & Wilkins 2002) เป็นรูปแบบการบันทึกที่ยึดหลักกระบวนการพยาบาลเป็นสำคัญ ซึ่งรูปแบบการบันทึกนี้ใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและเรื้อรัง โดยมีการบันทึกการประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง โดยรูปแบบ Core ประกอบด้วย

1) **ฐานข้อมูล (Database)** เป็นข้อมูลจากการประเมินแรกรับได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล

2) **แผนการพยาบาล (Plan of care)**

3) **แบบบันทึกย่อย (Flow sheets)** บันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล และการสอนผู้ป่วย

4) **บันทึกความก้าวหน้า (Progress note)** เป็นการบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาพยาบาลโดยบันทึกในรูปแบบ DAE (Data, Action, and Evaluation)

5) **การสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)** เป็นการสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาล การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด

ข้อดี ของการบันทึกแบบ Core

1. สะท้อนการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล
2. การบันทึกในรูปแบบ DAE ช่วยให้บันทึกได้สมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล และเป็นรูปแบบที่สะดวก รวดเร็วในการบันทึก
3. เป็นการบันทึกที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบ Core

1. การบันทึกในรูปแบบนี้พยาบาลต้องได้รับการแนะนำและฝึกฝนเป็นอย่างดี
2. การพัฒนาการบันทึกในรูปแบบนี้อาจใช้เวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
3. การบันทึกในรูปแบบ DAE อาจมีความยุ่งยากและล่าช้าในการลำดับความต่อเนื่องของข้อมูลการดูแลผู้ป่วย

1.5.5 **ระบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus system)** เป็นระบบการบันทึกแบบเฉพาะเรื่อง หรือเฉพาะเรื่องที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ความกังวล ความไม่สุขสบาย สภาวะสุขภาพโดยพัฒนามาจากการใช้รูปแบบ SOAP ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบ

DAR วิลเลียมและวอร์ลกิน (Willams & Wilkins 2002) สรุปได้ดังนี้

D = Data เป็นพฤติกรรม/สภาพของผู้ป่วยและข้อมูลการสังเกตของพยาบาลในขณะนั้น

A = Action เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการ/ความทุกข์สบายของผู้ป่วย

R = Response เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

ข้อดี ของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ

1. มีโครงสร้างชัดเจน การบันทึกเป็นระบบ
2. แสดงถึงปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ สะดวกในการแก้ปัญหา
3. รวดเร็วในการสืบค้นข้อมูล

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ

1. ไม่มีการวางแผนการพยาบาล และวัน เวลาที่สิ้นสุดปัญหา
2. ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากโรงพยาบาล

1.5.6 การบันทึกแบบละเว้นข้อมูล (Charting by exception = CBE) เป็นรูปแบบการบันทึกเมื่อข้อมูลของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือเบี่ยงเบนจากมาตรฐานหรือข้อมูลที่ผิดปกติ โดยมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน (อาจบันทึกในรูปแบบข้อมูลที่ให้เลือกหรือแบบ check list) (ยูวดี เกตสัมพันธ์ 2548; พรศิริ พันธสี 2553) ดังนี้

1) **แนวทางที่เป็นมาตรฐานการรักษพยาบาล (Nursing and medical order flow sheet)** ที่มีความครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง

2) **แบบฟอร์มเพื่อดูแนวโน้มอาการผู้ป่วย (Graphic form)** เช่น บันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง intake and output อุจจาระ ปัสสาวะ การรับประทานอาหารของผู้ป่วย เป็นต้น

3) **บันทึกข้อมูลความต้องการเรียนรู้ของผู้ป่วย (Patient - teaching record)** เกี่ยวกับทักษะด้านร่างกาย สังคม สิ่งแวดล้อมหรือพฤติกรรม เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งที่ต้องการหรือไม่ เกี่ยวกับความต้องการเรียนรู้เฉพาะ เช่น ยา การรักษา อุปสรรคในการเรียนรู้ เช่น ปัญหาการได้ยิน ภาษา

4) **บันทึกการวางแผนจำหน่าย (Patient discharge plan)** เพื่อการดูแล

ต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล เช่น การรับประทานยา อาหาร อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค

ข้อดี ของการบันทึกโดยการอ้างอิง

1. มีโครงสร้างชัดเจน
2. สะดวกในการแก้ปัญหา

ข้อเสีย ของการบันทึกโดยการอ้างอิง

1. ไม่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลและวัน เวลาที่สิ้นสุดปัญหา
2. พยาบาลไม่มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อเขียนข้อวินิจฉัยการ

วางแผนการพยาบาล

7.5.7 การใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูล (Computerized charting) เป็นนวัตกรรมล่าสุดของระบบเอกสารทางการแพทย์ เป็นการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นฐานข้อมูลที่สามารถนำมาศึกษาได้ภายหลัง (College of Registered Nurses of British Columbia 2003; อารี ชิวเกษมสุข 2551)

ข้อดี ของการบันทึกด้วยการใช้คอมพิวเตอร์

1. ช่วยลดเวลาในการบันทึก
2. สะดวกรวดเร็วและเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย
3. ทำให้ผลลัพธ์ของการบันทึกถูกต้องและน่าเชื่อถือ
4. ข้อมูลอ่านง่ายและลดความเสี่ยงทางกฎหมาย
5. ใช้เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า

ข้อเสีย ของการบันทึกด้วยการใช้คอมพิวเตอร์

1. มีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
2. เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดและแก้ไขข้อมูลได้ง่าย
3. มีการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนของการทำงานและมีความคาดหวังว่า

ผู้ปฏิบัติจะสามารถบันทึกข้อมูลได้มากขึ้น

4. ผู้บันทึกอาจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยน้อยลง

จะเห็นว่า ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์ มีหลายประเภทซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละสถานที่ ถ้ามีการบันทึกที่ดีจะสามารถติดตามข้อมูลได้ง่าย สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึก สามารถจำแนกปัญหาได้ชัดเจน เป็นประโยชน์ในการเก็บข้อมูล การประกันคุณภาพ การปรับปรุงคุณภาพ และการวิจัย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลนอกจากจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลแล้วยังเป็น

แนวทางสำคัญสำหรับการบันทึกข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล และผดุงครรภ์ พ.ศ. 2548 ตามมาตรฐานที่ 1 ซึ่งกำหนดให้ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถแสดงถึงความเป็นอิสระและเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพพยาบาล โดยการบันทึกจะเป็นหลักฐานแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

2. แนวคิดในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ เกี่ยวกับความก้าวหน้าและสภาพของผู้ป่วย (วรรณิ ตปนียากร และคณะ 2552) สามารถสะท้อนคุณภาพของการพยาบาลและใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการความเสี่ยงรวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยรวมถึงเป็นหลักฐานแสดงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Tonia Dandry Aiken 2004 อ้างถึงใน พรศิริ พันธสี 2553) การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องมีความสามารถในการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (อารี ชิวเกษมสุข 2551) นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้วในทางกฎหมายการบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นข้อมูลทางกฎหมายที่สำคัญในการพิจารณาคดีความหากมีการฟ้องร้อง และนำไปสู่การตัดสินที่ยุติธรรมได้ (Brent 1998; Delaune & Ladner 2002 อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2551) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พัฒนาบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้อง 2 ประการ คือ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม

2.1 กระบวนการพยาบาล

2.1.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) หมายถึง การทำงานอย่างมีเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ภายหลังจากประเมินผู้ป่วย มีการปฏิบัติหรือวางแผนปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายการแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีอาการเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ฟาริดา อิบราฮิม และคณะ 2541) จะเห็นว่า กระบวนการพยาบาลมีลักษณะเฉพาะ คือ มีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาเพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.1.2 คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล ชูวดี เกตสัมพันธ์ (2550) สรุป

คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

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

จะเห็นว่า กระบวนการพยาบาลช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาได้หลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อมทั้งของผู้ให้บริการและผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงมีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่องานบริการผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิมและคณะ 2541) ดังนี้คือ

2.1.3 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

- 1) ด้านผู้ป่วย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันหรือแก้ไขปัญหา และเกิดความพึงพอใจ
- 2) ด้านพยาบาล ปฏิบัติงานอย่างมีระบบ มีความสามารถใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นร่วมกับทีมสุขภาพทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ
- 3) ด้านวิชาชีพ เป็นเอกลักษณ์และเพิ่มคุณค่าแก่วิชาชีพและการพยาบาล ส่งเสริมให้ศึกษาค้นคว้าทำงานวิจัย และเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

2.1.4 ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) ได้สรุปประโยชน์ของกระบวนการพยาบาลดังนี้

- 1) เกิดความมั่นใจ (Confidence) การวางแผนการพยาบาลทำให้พยาบาลมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย
- 2) พยาบาลพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Job-Satisfaction) แผนการพยาบาลที่ดีจะลดเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลได้
- 3) วิชาชีพเจริญก้าวหน้า (Professional Growth) แผนการพยาบาลช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมงาน เป็นการสร้างมาตรฐานการ

พยาบาล

4) ช่วยในการมอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่ในทีม ได้อย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

5) ช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม เพื่อการดูแลต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

6) เป็นการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ช่วยในการติดตามประเมินผลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

สรุปกระบวนการพยาบาลเป็นการสำรวจภาวะสุขภาพอย่างมีระบบ ซึ่งรับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการ กระบวนการพยาบาลจึงเป็นกระบวนการทำงานอย่างมีเป้าหมาย ขั้นตอน และวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อประเมินสภาพปัญหาได้แล้วมีการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงมีขั้นตอนดังนี้

2.1.5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล เนื่องจากเป็นพฤติกรรมแรกที่พยาบาลต้องกระทำเมื่อพบผู้ป่วย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เพื่อนำมากำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลต่อไป ถ้าการประเมินภาวะสุขภาพผิดหรือบกพร่องทำให้แผนการพยาบาลนั้นผิดพลาด ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์ 2548) ขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

(1) การเก็บรวบรวมข้อมูล จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย (Data Collection) การเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องครอบคลุมข้อมูลทุกด้านของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้และทักษะที่เหมาะสม ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การศึกษาจากรายงานผู้ป่วย และการสอบถามที่มสุขภาพเป็นต้น ชนิดของข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

ก. ข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยความรู้ความสามารถในการสัมภาษณ์ ชักประวัติ การฟัง

ด้วยความตั้งใจและเข้าใจ สร้างบรรยากาศที่ดีในการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภายลักษณ์ ค่านิยมและความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่พยาบาลไม่สามารถจะสังเกตโดยตรงหรือจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปวดแผล รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว

ข. *ข้อมูลปรนัย (Objective Data)* เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกต่าง ๆ ของทีมสุขภาพ และรายงานของผู้ป่วย โดยแหล่งของข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

(ก) *แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source)* เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง

(ข) *แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source)* เป็นข้อมูลอื่นที่นอกเหนือจากผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยญาติ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากรายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น

(2) *การจัดระบบข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย (Data Organization)* เป็นการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาจัดให้เป็นหมวดหมู่ จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้เที่ยงตรงและครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การจัดระบบข้อมูลขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น กรอบแนวคิดความต้องการของมาส โลว์ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นต้น

พยาบาลผู้ให้การพยาบาลต้องเลือกกรอบแนวคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่น่าจะมีผลต่อผู้ป่วยทั้งในอดีตและอนาคตที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพที่เชื่อว่ามนุษย์จะมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นกับความคิด หรือผิดปกติกของแบบแผนทางด้านสุขภาพ แบบแผนสุขภาพ คือ รูปแบบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดในเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นการตัดสินใจพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องตัดสินใจจากพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง (ฟาริดา อิบราฮิม และคณะ 2541; สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ 2543)

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ด้านการพยาบาลสามารถใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และเป็นระบบตั้งแต่แรกเริ่ม แบบแผนสุขภาพใช้เป็นมาตรฐานในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานช่วยในการวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลต่อไป ดังนั้นแบบแผนสุขภาพจึงมีประโยชน์ในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน

กอร์ดอน สรุปได้ดังนี้ (Gordon 1993; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์ 2543; สุระพรรณ พนมฤทธิ์และสุภาภรณ์ อุคมลักษณ์ 2543)

1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern) อธิบายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ ทั้งในภาวะปกติและผิดปกติ
2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (Nutritional-metabolic pattern) อธิบายถึง นิสัยการกินอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย การเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย บาดแผล หรือริ้วรอยบริเวณผิวหนัง สภาพของผิวหนัง ขน ผม เชื้อต่างๆ ไขมัน อุณหภูมิของร่างกาย ส่วนสูงและน้ำหนักที่สัมพันธ์กับกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งปัจจัยจูงเสริมและความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร
3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย (Elimination pattern) อธิบายถึง นิสัยการขับถ่ายในด้านต่าง ๆ ของบุคคล รวมทั้งการรับรู้ลักษณะการขับถ่ายของเสียที่ปกติและผิดปกติ การใช้ระบายหรือใช้เครื่องมือช่วยในการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะของผู้ป่วย
4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern) อธิบายถึง การดำเนินกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ได้แก่ การทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการสันทนาการ
5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (Sleep-rest pattern) อธิบายถึง การพักผ่อนนอนหลับและการผ่อนคลายความเครียดของบุคคล
6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern) อธิบายถึง ความรู้สึก การรับรู้ และสติปัญญาในด้านรับความรู้สึก (Sensory) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception-self-concept pattern) อธิบายถึง การเข้าใจตนเอง ทักษะคติเกี่ยวกับตนเองและภาพรวม การรับรู้ความสามารถ ภาพลักษณ์และเอกลักษณ์ของตนเอง ความรู้คุณค่า ความฝันและจินตนาการของตนเอง
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relationship pattern) อธิบายถึง บทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลภายใน/ภายนอกครอบครัวและสังคม บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ
9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality-

reproductive pattern) อธิบายถึง ความพึงพอใจไม่พอใจด้านการเจริญพันธุ์ พัฒนาการทางเพศสัมพันธ์และลักษณะการเจริญพันธุ์

10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern) อธิบายถึง การรับรู้ สาเหตุ การจัดการความเครียด และความทนทานต่อความเครียด

11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ (Value-belief pattern) อธิบายถึง ความรู้ คุณค่าความเชื่อของบุคคล เป้าหมายในชีวิต ทางเลือกในการตัดสินใจ ค่านิยม ความนิยม ความมั่นคง ความเข้มแข็งทางจิตใจ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ หรือความหมายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

(3) การบันทึกข้อมูลในแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย (Data Recording) เป็นการนำข้อมูลพื้นฐานที่เก็บรวบรวมได้มาบันทึกลงในแบบฟอร์มที่กำหนด (ดังกล่าวมาแล้วในเนื้อหาการบันทึกทางการแพทย์)

จากการประเมินภาวะสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว สามารถแบ่งการประเมินได้ 3 ประเภท (อารี ชิวเกษมสุข 2551) ดังนี้

1. การประเมินสภาพขั้นต้น (Initial assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยในระยะแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลในแบบประเมินสภาพระยะแรกหลังจากนั้นนำข้อมูลไปวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลต่อไป

2. การประเมินสภาพต่อเนื่อง (Ongoing assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยในระยะต่อจากการประเมินสภาพระยะแรก เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อยืนยันและเพิ่มเติมข้อมูลต่อจากการประเมินระยะแรก เป็นการตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ในขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

3. การประเมินสภาพซ้ำ (Reassessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยซ้ำเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินสภาพซ้ำจะนำไปสู่การประเมินสภาพผู้ป่วยใหม่ การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลใหม่

หลังจากประเมินภาวะของผู้ป่วยได้แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยและวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาต่อไป

2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) คือ การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนต่อปัญหาสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเมื่อนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยแล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พยาบาลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ โดยการวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึง

เอกลักษณ์วิชาชีพ (วิพร เสนารักษ์ 2548) มีลักษณะสำคัญดังนี้คือ

- 1) เป็นข้อความเกี่ยวกับปัญหาหรือภาวะสุขภาพดีของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนเพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพดีให้นานที่สุดหรือตลอดไป
- 2) เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ พบปัจจัยบางประการที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดภาวะเบี่ยงเบนต่อสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขต่อภาวะเสี่ยงที่ค้นพบไม่ให้เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด
- 3) เป็นกลุ่มของอาการและอาการแสดง (ข้อมูล) ที่ตรวจสอบได้ไม่ใช่สัญชาตญาณหรือการคาดการณ์
- 4) เป็นข้อความที่เกิดจากการตัดสินใจของพยาบาล ไม่ใช่แพทย์ ที่พยาบาลสามารถให้การรักษาพยาบาลได้ภายใต้สิทธิตามกฎหมาย
- 5) ขอบเขตของการวินิจฉัยการพยาบาล คือ สภาพการณ์ที่พยาบาลมีอิสระในการสั่งการรักษาได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์โดยมีประเด็นสำคัญของการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อพยาธิสภาพของโรคที่พยาบาลสามารถให้การรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เข้าใจความสัมพันธ์ของอาหาร การออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดกับกระบวนการของโรคเบาหวาน ซึ่งในกรณีนี้พยาบาลสามารถสร้างและใช้แผนการสอนภายใต้การวินิจฉัยการพยาบาล “ขาดความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของโรคเบาหวาน” ได้
- 6) เกี่ยวข้องกับสภาพการณ์ที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ
- 7) ประกอบด้วยข้อความ 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นข้อความเกี่ยวกับปัญหาที่สรุปจากข้อมูลที่รวบรวมได้ว่าปัญหาคืออะไร และมีความรุนแรงแค่ไหน ซึ่งความหลากหลายของปัญหาจะขึ้นกับการมองการตอบสนองของบุคคลตามกรอบแนวคิดที่พยาบาลเลือกใช้ (ฟาริดา อิบราฮิม 2546) โดยส่วนมากกรอบแนวคิดที่เลือกใช้ ได้แก่ การตอบสนองของบุคคลขั้นพื้นฐาน 13 ด้านของ NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) (Doengs, Moorhouse and Murr 2006 อ้างใน พรศิริ พันธสี 2553) 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 (13) การเรียนรู้ และส่วนที่สองเป็นสมมติฐานหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา โดยมีคำว่า “เนื่องจาก” เชื่อมตรงกลางเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของทั้งสองส่วน

จะเห็นว่า กระบวนการวินิจฉัยการพยาบาลต้องอาศัยความรู้ทางการพยาบาล และความรู้ทางศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การคิดอย่างมีเหตุผล การตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ 2533; วิพร เสนารักษ์ 2541; สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ 2543) ดังนี้คือ

1. การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล (Data Processing) เป็นขั้นตอนของการ จำแนก จัดหมวดหมู่ของกลุ่มอาการและอาการแสดงตามแบบประเมินที่สถานบริการนั้นถือปฏิบัติ อยู่ เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จากนั้นค้นหาข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจงนำมาวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ และแปลความหมายของข้อมูลเปรียบเทียบกับ มาตรฐานหรือปกติวิสัย เช่น

ข้อมูล: เคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้ายไม่ได้

ภาวะปกติ: เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี

การแปลความข้อมูล: มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย

2. การกำหนดภาวะสุขภาพ (Determination Health Status) เมื่อจัด หมวดหมู่และแปลข้อมูลแล้วขั้นต่อไป คือ การระบุภาวะสุขภาพ โดยการเปรียบเทียบข้อมูลกับ เกณฑ์มาตรฐาน หรือปกติวิสัย (วิพร เสนารักษ์ 2548; อารี ชิวเกษมสุข 2551) ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลความมีสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงระดับความมีภาวะสุขภาพดี พบมากในกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพในคลินิกเด็กดี พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริม สุขภาพ เช่น

ข้อมูล: รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน ออกกำลังกาย

สม่ำเสมอ ร่างกายแข็งแรงสดชื่นไม่เคยเจ็บป่วยด้วย

โรคร้ายแรง

การอ้างอิง/สรุป: สุขภาพดี เนื่องจาก สนใจดูแลตนเอง

2.2 ปัญหาที่เสี่ยงต่อการเกิด (Risk problem/Nursing diagnosis) คือ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วยที่น่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ ปัญหาที่ยังไม่ปรากฏอาการและ อาการแสดง แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่าจะเกิดขึ้น มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอในการตัดสินใจ เช่น

ปัญหาสุขภาพ: เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สาเหตุ: นอนนิ่งท่าเดิมนาน ๆ เคลื่อนไหว

ร่างกายซีกซ้ายไม่ได้ ผิวหนังบริเวณก้นกบมี

รอยแดง

การอ้างอิง/สรุป: มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการเคลื่อนไหว
ร่างกายน้อย

2.3 ปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual problem/Nursing diagnosis) คือ ปัญหา
สุขภาพ ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วโดยมีข้อมูลสนับสนุนคือ มีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน
รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังตัวอย่าง เช่น

ปัญหาสุขภาพ: มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สาเหตุ: มี Discharge ซึมเปื้อนบริเวณแผลผ่าตัด
ตลอดเวลา

2.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นกลุ่มอาการ (Syndrome nursing
diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงกลุ่มอาการและอาการแสดง เช่น กลุ่มอาการ
บาดเจ็บจากการถูกข่มขืนทำให้รู้สึกโกรธ วิตกกังวล ความเจ็บปวดไม่สุขสบายบริเวณอวัยวะเพศ
และแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับผิดปกติไปจากเดิม

3. การกำหนดปัญหาหรือการเขียนการวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการหา
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลทราบ
แนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขหรือส่งเสริมภาวะสุขภาพ การกำหนดการวินิจฉัยการ
พยาบาลทำได้ 2 รูปแบบ คือ

3.1 กำหนดข้อความเป็น 2 ส่วน (Two part statement) คือ ปัญหา
สุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ โดยเขียนเชื่อมข้อความทั้ง 2 ส่วนด้วยคำว่า “เนื่องจาก”
ดังนี้

- การวินิจฉัยการพยาบาล = ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ (เมื่อทราบ) การกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาลรูปแบบนี้ กระทำได้เมื่อผู้ป่วย
อยู่ในภาวะสุขภาพดี หรือเมื่อมีสุขภาพเบี่ยงเบน มีโครงสร้างการเขียนมีดังนี้

- มีภาวะสุขภาพดี: ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยส่งเสริม
- ตัวอย่าง: สุขภาพแข็งแรง เนื่องจากสนใจดูแลตนเองและแสวงหา
วิธีปฏิบัติตน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- มีปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้น: อาจเกิดหรือเสี่ยงต่อ + ปัญหา
สุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยเสี่ยง

- ตัวอย่าง: อาจเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบเนื่องจากเคลื่อนไหว
ร่างกายน้อย

- มีปัญหาสุขภาพ: ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่ทำให้เกิด

- ตัวอย่าง: การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง เนื่องจากมีเสมหะ
คั่งค้างในทางเดินหายใจ

3.2 กำหนดในรูปแบบ PES format เป็นการกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล
ตามแนวคิดของกอร์ดอน ที่เสนอไว้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

3.2.1 P (Problem) คือ ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาที่พยาบาล
กำหนดขึ้นจากระบวนการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล โดยต้องระบุทั้งปัญหา และระดับความ
รุนแรงของปัญหา

3.2.2 E (Etiology) คือ สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้าน
ร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม การเขียนข้อความ
ส่วนนี้จะเชื่อมด้วยคำว่า “เนื่องจาก” กับข้อความที่เป็นปัญหาสุขภาพ

3.2.3 S (Symptoms and signs) คือ กลุ่มอาการและอาการแสดง
เป็นส่วนที่ใช้ขยายจากส่วนที่สอง โดยเขียนต่อท้ายจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมด้วยคำว่า “จาก” “เป็น
ผลจาก” หรือ “สังเกตจาก” ประโยชน์ของการระบุกลุ่มอาการและอาการแสดง ทำให้ทราบถึงระดับ
ความรุนแรงของปัญหา และเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมาย เกณฑ์การประเมินผล และการ
วางแผนการพยาบาล เพื่อลดอาการและอาการแสดงนั้น ๆ

- การวินิจฉัยการพยาบาล: ปัญหาสุขภาพ + สาเหตุ/ปัจจัย +
อาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง

- ตัวอย่าง: การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีเสมหะคั่งใน
ทางเดินหายใจจากการไอขับเสมหะออกลำบาก

การกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาลบางครั้งพบว่า ปัญหาสุขภาพ
ที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้น โดยที่ไม่ทราบสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเจ็บปวด มีไข้ หรือ
มีอาการผิดปกติขณะรับใหม่ หรือรอการวินิจฉัยจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจ
ของแพทย์ให้เขียนเป็นข้อความเดียว เช่น อยู่ในภาวะช็อก ร่างกายได้รับสารอาหารและน้ำไม่
เพียงพอ หรือระบุไว้ว่าไม่ทราบสาเหตุ และเมื่อค้นหาสาเหตุได้ในเวลาต่อมาให้เขียนหรือระบุ
สาเหตุเพิ่มเติมภายหลัง ตัวอย่างเช่น

- มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น โดยไม่ทราบสาเหตุ

ขั้นตอนต่อจากการวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการ
พยาบาลการแก้ปัญหา หรือความต้องการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย คือ การ
วางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นผลงานของพยาบาลที่มีอิสระในการคิดวางแผนทางการพยาบาลเพื่อ
การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ

2.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ความหมายของการ

วางแผนการพยาบาล คือ เป็นขั้นตอนหลังจากที่ศึกษาข้อมูล และพิจารณาแล้วว่าข้อมูลดังกล่าวจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ พยาบาลจะวินิจฉัยผลที่จะเกิดขึ้นจากข้อมูลที่รวบรวมได้ว่าจะเกิดปัญหา หรือผู้ป่วยกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพโดยอยู่ พยาบาลจะมีการวางแผนเพื่อป้องกัน บรรเทา หรือช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามการวินิจฉัยการพยาบาล (จันทรเพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิภรณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร 2548) โดยการวางแผนการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (อารี ชิวเกษมสุข 2551) คือ 1) การวางแผนขั้นต้น (initial planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลในระยะแรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล 2) การวางแผนระยะต่อเนื่อง (ongoing planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลโดยการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยใหม่ และวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเดิมหรือปัญหาเดิมที่มีอยู่ 3) การวางแผนเพื่อจำหน่าย (discharge planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยประโยชน์ของกระบวนการพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้านตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้รักษา

การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (ฟาริดา อิบราฮิม และคณะ 2541; อารี ชิวเกษมสุข 2551) คือ

1) การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา (Setting priority) คือ การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีหลักการพิจารณาสำคัญ 2 ประการ ได้แก่

(1) พิจารณาตามความรุนแรงของปัญหา โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ก. ปัญหาที่มีความสำคัญมากคุกคามต่อชีวิตต้องการการแก้ไขทันที (immediate category) ถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือพิการ อาจเป็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นมาก เช่น ทางเดินหายใจไม่โล่งเนื่องจากมีเสมหะชั้นจำนวนมาก

ข. ปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตปานกลาง ต้องการการพยาบาลรีบด่วน (urgent category) ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดปัญหารุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น เสี่ยงต่ออันตราย : สมองขาดเลือดเพราะการชัก เนื่องจากอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ

ค. ปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตน้อย ต้องการการพยาบาลไม่เร่งด่วน อาจรอได้ (non-urgent category) เช่น เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารทางปากได้น้อย

(2) พิจารณาตามความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) ซึ่งจัดเรียงลำดับความสำคัญจากความต้องการขั้นต้นไปยังความต้องการขั้นสูง

ซึ่งแบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ชั้น คือ ก) ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological) ข) ปัญหาที่รบกวนความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety) ค) ปัญหาที่รบกวนความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (love and belonging) ง) ปัญหาที่รบกวนความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และ จ) ปัญหาที่รบกวนความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization) พบว่า ในทางปฏิบัติผู้ป่วยอาจมีความต้องการการแก้ไขปัญหามากกว่า 1 ชั้นในเวลาเดียวกัน โดยไม่จำเป็นต้องรอกการแก้ไขปัญหาในขั้นต้นให้เสร็จสมบูรณ์ พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2) การกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย (client goal) หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงความคาดหวังพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ในการการกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย คือ

(1) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล

(2) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเกณฑ์ประเมินผล เพื่อประเมิน

ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้

วิธีการเขียนเป้าหมาย เป็นข้อความที่บ่งชี้ทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล มักใช้คำว่าเพิ่ม (Increase) ลด (Decrease) ปรับปรุง (Improve) และพัฒนา (Develop) เป็นต้น ตัวอย่างการเขียนเป้าหมาย เช่น คงสภาพแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะให้อยู่ในภาวะปกติ การระบุระยะเวลาของเป้าหมายของการพยาบาลเป็น 2 ระยะ คือ

1. เป้าหมายระยะสั้น (Short-term Goals) เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากให้การพยาบาลไปในระยะอันสั้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสุขสบาย คลายความเจ็บปวดภายในเวลา 30 นาที ภายหลังจากได้รับยาแก้ปวด

2. เป้าหมายระยะยาว (Long-term Goals) หมายถึง ข้อความที่บอกพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการพยาบาลเป็นระยะเวลาหนึ่งในอนาคต เป้าหมายระยะยาวนี้มักจะกำหนดในปัญหาที่มีความเรื้อรังและเกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หรือการสอนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสามารถฉีดอินซูลินให้แก่ตัวเองได้ภายใน 3 เดือน โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

3) การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล (Outcome criteria) หมายถึง ข้อความที่กล่าวถึงการตอบสนองของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง สังเกตและสามารถวัดได้ ใช้ตัดสินว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ บอกถึงทิศทางการปฏิบัติการพยาบาล บอกช่วงเวลาของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ เป็นเกณฑ์ใช้ประเมินผลว่าบรรลุตาม

เป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และช่วยให้ผู้ป่วยและพยาบาลรู้สึกว่าการประสบความสำเร็จร่วมกัน (อารีชีวเกษมสุข 2551) โดยมีตัวอย่างการเขียนเกณฑ์การประเมินผลที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล (พรศิริ พันธสี 2553) ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากมีเสมหะมาก และเหนื่อยง่าย

เป้าหมายการพยาบาล : ทางเดินหายใจโล่ง ร่างกายไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล :

(1) เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียงเสมหะในลำคอ ไม่มีเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ

(2) ลักษณะหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

(3) ไม่มีอาการเขียว (cyanosis) ตามริมฝีปาก และเล็บมือเล็บเท้า

(4) อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-24 ครั้ง/นาที

ลักษณะโครงสร้างของเกณฑ์การประเมินผล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ณ์ 2548) ได้แก่

1. พฤติกรรมผู้ป่วย (Client Behavior) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่พยาบาลสังเกตได้จากการสังเกต หรือการวัดในระหว่างให้การพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าปัญหาที่ระบุไว้ในวินิจฉัยการพยาบาลได้รับการแก้ไข โดยพฤติกรรมดังกล่าวควรสัมพันธ์กับส่วนของปัญหา

2. เกณฑ์ที่คาดหวัง (Criteria of Performance) คือ การระบุเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยในระดับใด ภายหลังจากได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์ที่คาดหวังจะเป็นตัวชี้แนะการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายทางการพยาบาล และเป็นตัวชี้บ่งว่าควรระวังวัดสิ่งใดในขั้นการประเมินผล โดยจะชี้เฉพาะเกี่ยวกับจำนวน คุณภาพ ความเร็ว ระยะเวลา และความถูกต้อง

3. ระยะเวลา (Time Frame) เกณฑ์การประเมินผลควรระบุระยะเวลาหรือวันที่ให้ชัดเจนว่าจะให้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมายได้ภายในระยะเวลาอันเท่าใด ซึ่งต้องอาศัยความรู้ของพยาบาล ประสบการณ์และความรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน โดยระยะเวลาที่ระบุอาจเป็น นาที ชั่วโมง วัน สัปดาห์หรือเป็นเดือน

4. เงื่อนไข (Condition) เป็นการอธิบายว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์อย่างไร โดยอธิบายว่าจะทำที่ไหน เมื่อไร หรืออย่างไร ตัวอย่างเช่น

พฤติกรรมผู้ป่วย: เดินได้ เหน็บที่คาดหัว: อย่างน้อย 10 ก้าว เวลา: ภายในเวลา 1 เดือน และ
เงื่อนใจ (ถ้ามี): โดยไม่ต้องช่วยพยุง

4) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลหรือคำสั่งการพยาบาล

(Nursing order) เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชาการ เพื่อแก้ไขปัญหาและ
ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่คาดหวังหรือตามเป้าหมายกำหนด
ประเภทของกิจกรรมการพยาบาล (อารี ซีวเกษมสุข 2551) แบ่งออกเป็น

1. การปฏิบัติอิสระ (independent care) เป็นกิจกรรมที่

พยาบาลเป็นผู้กำหนดและกระทำด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ เช่น กระตุ้นให้
ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

2. การปฏิบัติที่ไม่อิสระ (dependent care) เป็นการกระทำกิจกรรมตาม
บทบาทที่ต้องพึ่งพาของพยาบาลเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ได้แก่ การให้ยาทางปาก การให้สารน้ำทาง
หลอดเลือดดำ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

3. การปฏิบัติแบบพึ่งพาซึ่งกันและกัน (interdependent care) เป็น
กิจกรรมที่พยาบาลกระทำร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักสังคม
สงเคราะห์ โภชนากร และแพทย์

5) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลในแบบบันทึกการวางแผน
แผนการพยาบาล ประกอบด้วย การเขียนกิจกรรมการพยาบาล 4 ส่วน ดังนี้

(1) วันที่ เขียนวันที่เริ่มทำกิจกรรม และต้องทบทวนรวมถึงปรับปรุง
กิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

(2) คำกริยา กำหนดสิ่งที่จะปฏิบัติอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

(3) คำอธิบายประกอบ เพื่อบอกว่าจะทำอะไร เมื่อไร บ่อยเพียงไร

หรือที่ไหน

(4) ลายเซ็นของพยาบาล เพื่อบอกถึงการยอมรับของพยาบาลทั้งในแง่
กฎหมายและด้านจริยธรรม

6) การเขียนแผนการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล (nursing care
plan form) ตามที่หน่วยงานหรือสถาบันสร้างขึ้น โดยมีแนวทางในการเขียนกิจกรรมการพยาบาล
ดังนี้

(1) เขียนในลักษณะพฤติกรรมของพยาบาล เช่น คุณเสมอหะเมื่อหายใจมี
เสียงครืดคราด

(2) คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและความเป็นปัจเจกบุคคล เพราะผู้ป่วย

แต่ละรายแม้จะได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกัน แต่มีความต้องการการดูแลต่างกัน

(3) เขียนข้อความสั้น ๆ แต่ได้ใจความชัดเจน

(4) ใช้หลักวิชาการ หรือแนวคิดทฤษฎีและศาสตร์ต่าง ๆ

(5) สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อและพื้นฐานด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

กิจกรรมการรักษาหรือแผนการดูแลของบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ

(6) มีกิจกรรมที่ส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดรักษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

(7) เรียงลำดับกิจกรรมก่อน-หลัง ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของ

ผู้ป่วยหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้น ๆ

นอกจากการวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว
 โรงพยาบาลต้องมีการวางแผนการจำหน่ายควบคู่กัน ไป เพื่อเป็นการเตรียมและประสานงานให้มีบริการ
 ดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ตามความเหมาะสม

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วยขั้นตอนของการประเมินปัญหา
 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การกำหนดแผนการจำหน่าย
 ผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายและการประเมินผลโดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ 2543)
 โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้คือ

1. เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่
 ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน

2. มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

3. ดำเนินถึงระดับความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว

4. วางแผนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

แนวทางในการเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านโดยวิธี METHOD (คิวคัสโซ่
 อ้างถึงใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ 2543) มีดังนี้คือ

M = Medication แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดย
 ให้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของยา อาการข้างเคียง ขนาดที่ใช้ เวลา และวิธีรับประทานยาให้
 ถูกต้อง

E = Economic & Environment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานะเศรษฐกิจของ
 ผู้ป่วย รวมทั้งการประกอบอาชีพที่เหมาะสมหลังการเจ็บป่วย การขอความช่วยเหลือทางด้าน
 การเงินจากหน่วยงานต่าง ๆ และผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับ
 ภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน



T = Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการตนเองและรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/พยาบาล มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

H = Health ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น ข้อจำกัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O = Outpatient Referral ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะมารับช่วงดูแลต่อ เช่น สถานีนอนมัย

D = Diet ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งน้ำดื่มเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมีความสำคัญมากดังนี้คือ (ฟาริดา อิบราฮิม 2541)

1. เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด
2. ส่งเสริมให้มีความต่อเนื่องของการดำเนินการรักษา
3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
4. คงไว้ซึ่งสถานะของสุขภาพที่ต้องการ

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายจะยึดรูปแบบเหมือนการวางแผนโดยทั่ว ๆ ไป คือ การกำหนดปัญหาที่ต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง แนวทางในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับปัญหา จะพบว่าเมื่อพยาบาลนำแผนการพยาบาลมาใช้เป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาล แผนการพยาบาลจะกำหนดเป้าหมายในด้านเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีสามารถช่วยตัวเองได้ ปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม

2.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้โดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคน การปฏิบัติการพยาบาลมีขอบเขตในการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและความพิการ การรักษาพยาบาลดูแลให้พ้นจากความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพให้ปลอดภัยจากความพิการหรือการเกิดเป็นซ้ำ การปฏิบัติการพยาบาลมี 3 ขั้นตอน (ฟาริดา อิบราฮิม 2541) คือ

1) การเตรียมการ (Preparation) หรือการตรวจสอบแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนก่อนการลงมือปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องประเมินผู้ป่วย

อีกครั้งและประเมินทุกครั้งที่ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลการตรวจสอบแผนการพยาบาลประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

(1) การประเมินภาวะสุขภาพซ้ำ เป็นกระบวนการต่อเนื่องในขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจะมีการรับรู้ข้อมูลเพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกาย พัฒนาการ สถิติปัญหา การรู้คิด อารมณ์ สังคมและความต้องการทางจิตวิญญาณ จากข้อมูลเหล่านี้พยาบาลอาจต้องปรับแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้เดิมให้เหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับเพิ่ม

(2) การทบทวนและการปรับแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามแผนการวินิจฉัยการพยาบาลอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงต้องมีการปรับแผนก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาล การทบทวนและการปรับเปลี่ยนข้อมูลในแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

(3) การระบุสิ่งอำนวยความสะดวก ในบางสถานการณ์จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนให้การปฏิบัติการพยาบาลบรรลุจุดหมาย ได้แก่ คน องค์กรความรู้ ทักษะของผู้ปฏิบัติและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ก่อนการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินแผนการพยาบาลและระบุความต้องการเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ผู้ป่วยน้ำหนักมากเมื่อพลิกตัวหรือเคลื่อนย้ายจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ

2) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการเตรียมการ โดยนำกิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้มาปฏิบัติกับผู้ป่วยซึ่งต้องใช้ทั้งศิลปะและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลควรมีทักษะที่จำเป็น คือ ทักษะทางสถิติปัญหา การสังเกต การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต้องนำวิธีปฏิบัติหลายกิจกรรมมาประกอบกัน กิจกรรมส่วนใหญ่ที่นำมาใช้มี 5 วิธี (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณา และรัตนกรรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร 2548) ได้แก่

- 1) การช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน
- 2) การให้คำปรึกษา
- 3) การสอน
- 4) การตรวจสอบอย่างต่อเนื่องและการป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย
- 5) การส่งเสริมสนับสนุน

3) การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน (Documentation) มีความสำคัญนับตั้งแต่เริ่มประเมินปัญหา วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลต้องมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทั้ง 5 ขั้นตอน หลักของการบันทึกคือ ข้อความต้องกะทัดรัดเป็นไปตามความเป็นจริง มีเหตุมีผล มีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพ (ดังกล่าวมาแล้วในตอนที่ 1 การบันทึกทางการพยาบาล)

ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินผลการพยาบาล

เป็นการสรุปผลการดูแลผู้ป่วยว่าปฏิบัติได้ตามแผนงาน เป้าหมายที่กำหนด และรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation) เป็นขั้นตอนการตัดสินใจ การให้การพยาบาลกับผู้ป่วยว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ หรือโดยเปรียบเทียบกับ เกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้นๆ มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อตัดสินใจว่า ควรยุติการให้การพยาบาล การพยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใหม่ โดยมี วัตถุประสงค์ของการประเมินผลทางการพยาบาล

ประเภทของการประเมินผลการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ประเภท (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์ณ 2548; สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และ ภาภรณ์ อุคมลักษ์ณ 2543) คือ

1. การประเมินผลขณะปฏิบัติการพยาบาล (Formative Evaluation) เป็นการประเมินผลที่กระทำตลอดเวลาขณะให้การพยาบาล เพื่อประเมินว่าการพยาบาลบรรลุจุดมุ่งหมาย มากน้อยเพียงใด ปัญหาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างไร จะใช้ข้อมูลอะไรเพื่อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลอย่างไรเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้ดีขึ้น

2. การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล (Summative Evaluation) เป็นการประเมินผลรวบยอดในช่วงเวลานั้น ๆ เช่น เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตหรือป่วยหนัก เช่น พ้นจาก ภาวะช็อก การหายใจล้มเหลว ไม่รู้สึกตัว เมื่อผู้ป่วยย้ายหอผู้ป่วย เช่น ย้ายออกจาก OR, ICU เมื่อ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (อารี ชิวเกษมสุข 2551) คือ

1. การทบทวนเกณฑ์การประเมินผล เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวม ข้อมูลเพื่อการประเมินผล

2. การประเมินสภาพผู้ป่วยอีกครั้งข้อมูลที่รวบรวมได้ต้องสอดคล้องกับ เกณฑ์การประเมินผล

3. การเปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมได้กับเกณฑ์ประเมินผล โดยสรุปว่า บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ หากบรรลุเป้าหมายก็ยุติการปฏิบัติการพยาบาลนั้น แต่ถ้าไม่บรรลุ เป้าหมายพยาบาลต้องกลับไปประเมินผลในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลว่ามีจุดบกพร่อง อะไรบ้างเพื่อปรับปรุงแก้ไข

4. การบันทึกข้อมูลการประเมินผลในแบบบันทึกการพยาบาล

โดยสรุป กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบระเบียบสำหรับการ วางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

ดังนั้นคือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล นอกจากแนวคิดของกระบวนการพยาบาลแล้วแนวคิดอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลในงานวิจัยนี้ก็คือ การพยาบาลด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ดังจะกล่าวต่อไปนี้

2.2 การพยาบาลด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม

2.2.1 การพยาบาลด้านอายุรกรรม หมายถึง การพยาบาลโรคและความผิดปกติในร่างกายของผู้ใหญ่ด้วยการใช้ยา โดยให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพโดยยึดหลักการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง สรุปโดยรวมพบว่า ความต้องการหลักในการดูแลผู้ป่วยมี 3 ด้าน ดังนี้คือ (สุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช 2551)

- 1) ด้านการรักษาพยาบาล (*therapeutic role*) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การคัดกรองโรค การให้ยา การรักษาโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นต้น
- 2) ด้านการดูแล (*caring role*) เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดูแลความสุขสบาย ความปลอดภัยรวมถึงป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
- 3) ด้านสังคม (*socializing role*) เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพ หรืออื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ส่วนมากผู้ป่วยด้านอายุรกรรมของโรงพยาบาลปัทมราชเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง หอบหืด ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการพยาบาลเป็นพิเศษนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากผู้ป่วยมีประเด็นปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องดูแลเฉพาะ คือ ภาวะสับสน เคลื่อนไหวไม่ได้ การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน ภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพโภชนาการ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาสุขภาพจิต ความตายและภาวะใกล้ตาย ดังนั้นจึงมีการกำหนดรูปแบบการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังนี้คือ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2548)

1. การจัดสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพในหอผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เช่น ใช้เตียงปรับระดับได้เพื่อช่วยให้อายุรกรรมขึ้นลงจากเตียงสะดวก พื้นไม้ลื่น มีราวจับเดินเข้าห้องน้ำ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
2. การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง เช่น การ

ทำกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นการรับรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวและลดการนอนติดเตียง

3. การเฝ้าระวังและป้องกันอาการสำคัญทางร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่

3.1 ภาวะขาดอาหาร น้ำและเกลือแร่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก พูดไม่ได้หรือไม่รู้สึกรสชาติ

3.2 มีอาการปวดข้อ ข้อติด และบวมตามแขน-ขา เนื่องจากขาดการเคลื่อนไหว

3.3 กระจกหู เปราะบาง และอาจหักได้ เนื่องจากไม่ได้ขยับเขยื้อนเป็นเวลานาน

3.4 ปอดบวมจากการสำลักสิ่งต่าง ๆ ลงไปในทางเดินหายใจ หรือการนอนนาน ๆ ทำให้ปอดแฟบ

3.5 ปัสสาวะลำบาก หรือมีการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะ

3.6 สำลักน้ำลาย เสมหะ หรืออาหารเข้าหลอดลมลงไปอุดกั้นทางเดินหายใจ

3.7 แผลกดทับที่ก้น บริเวณส่วนนูน ปุ่มกระดูกต่าง ๆ ของร่างกายจากการถูกกดทับนาน ๆ

4. การเฝ้าระวังและป้องกันอาการสำคัญด้านจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ โดยผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดและการปรับตัวได้แก่ การปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางกาย ความสูญเสีย การเผชิญกับความตาย การยอมรับความสูงอายุ การพึ่งพาและการสูญเสียอำนาจความเป็นตัวของตัวเอง มีความสิ้นหวัง เพราะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเรียกกลับคืนมาได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด มีการให้กำลังใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ การเคารพสิทธิผู้ป่วย

2.2.2 การพยาบาลด้านศัลยกรรม หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่าตัดและการทำแผล ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบ่งออกได้ 3 ระยะ (พัทริญา แก้วแพง 2549; สุปราณี เสนาคิสัย และวรรณภา ประไพพานิช 2551) ได้แก่

1) การดูแลระยะก่อนผ่าตัด (*preoperative care*) เป็นการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งถึงเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งไปยังห้องผ่าตัด โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดังนี้คือ

(1) การเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ เนื่องจากความกลัว ซึ่งอาจเกิดจากความไม่รู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ กลัวการเสียชีวิต การถูกแยกจากคนที่ใกล้ชิด รวมถึงและความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การเรียน การทำงาน ครอบครัว เศรษฐกิจ ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมด้านจิตใจพยาบาลควรให้กำลังใจ ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย โดยการอธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและรู้สึกกังวลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เหมาะสม อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมทางร่างกายก่อนผ่าตัด เช่น การโกนขนบริเวณที่ทำการผ่าตัด อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องถูกรบกวนจากการประเมิน วัตถุประสงค์ในระยะเวลาแรกหลังการผ่าตัด ตลอดจนอธิบายความจำเป็นในการเซ็นชื่อในใบยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

(2) การเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยในระลอกก่อนผ่าตัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด พยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้ (1) เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการได้รับการผ่าตัด การแพ้ยาแพ้อาหาร เป็นต้น (2) สังเกต บันทึก และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น การตรวจเลือด การตรวจ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (3) ดูแลการให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างพอเพียงก่อนรับการผ่าตัด (4) การตรวจสอบและแก้ไขภาวะโภชนาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าและพลังงานที่เพียงพอ (5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนผ่าตัด (6) การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด เพื่อลดจำนวนแบคทีเรียที่อาศัยอยู่บนผิวหนัง (7) ดูแลงดน้ำและอาหารผู้ป่วยคืนก่อนผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะดมยาสลบหรือหลังผ่าตัด (8) การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและปฏิบัติตามหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล

2) การดูแลระยะระหว่างการผ่าตัด (intraoperative care) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการย้ายเข้าห้องผ่าตัด จนถึงผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังห้องพักฟื้น การพยาบาลสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้ คือ (1) ดูแลความพร้อมด้านร่างกาย เอกสาร อุปกรณ์ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยและการผ่าตัดในอดีต ประวัติการใช้ยาประจำ/สิ่งเสพติด ตรวจสอบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา การประเมินสัญญาณชีพ รวมถึงประเมินความผิดปกติของผิวหนัง กล้ามเนื้อและกระดูกก่อนผ่าตัด (2) ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เปิดโอกาสให้สอบถามและระบายความวิตกกังวล ให้ความสนใจด้านจิตใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยตามอาการเจ็บปวดและการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วย (3) ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการผ่าตัด โดยตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ เช่น ตัว

ผู้ป่วย อุปกรณ์ เครื่องใช้ในการผ่าตัด ชนิดของยา และวิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก ให้การดูแล โดยให้หลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดทุกขั้นตอน ระมัดระวังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือการใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ ดูแลในการจัดท่าและตำแหน่งหรือบริเวณที่จะทำผ่าตัดของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เหมาะสม และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการกดทับจากตัวผู้ป่วยต่ออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง เป็นเวลานาน

3) การดูแลระยะหลังผ่าตัด (*postoperative care*) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการย้ายจากห้องผ่าตัดเข้าไปอยู่ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มี ภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม และสามารถกลับเข้าไปสู่ชีวิตปกติได้ โดยการพยาบาลหลังผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

(1) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีหรือในระยะที่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก (*Immediate postoperative stage*) ได้แก่ (1) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เผื่อระวังภาวะพร่องออกซิเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สาเหตุอาจเกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะหายใจช้า (*hypoventilation*) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น (2) สังเกต ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สัญญาณชีพ รวมถึงค่าออกซิเจนในเลือด (3) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนชีพจรสม่าเสมอ (4) สังเกตลักษณะบาดแผล และปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยรวมถึงประเมิน การสูญเสียสารน้ำที่เกิดขึ้น หากมีการหลั่งในปริมาณที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ (5) ดูแลให้ได้รับ สารน้ำ เลือด หรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและตามอาการของผู้ป่วย (6) ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่ง ๆ ในบริเวณที่มีเลือดออกมาก ๆ เพื่อลดการเคลื่อนไหวซึ่งจะมีผลทำให้ เลือดออกมากขึ้น (7) เตรียมเครื่องมือที่จำเป็นให้พร้อมในรายที่มีภาวะช็อก เช่น อุปกรณ์ ดูดเสมหะ ออกซิเจน ยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น (8) สังเกตบันทึก และติดตามผลการตรวจคลื่นหัวใจ โดยเฉพาะในรายที่มีการเต้นหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าตัด

(2) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะต่อมา (*Extended postoperative stage or later postoperative stage*) ได้แก่ (1) กระตุ้นให้ทำกิจวัตรด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มกิจกรรมการ เคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ (2) เปลี่ยนท่านอน หรือพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ในรายที่ไม่รู้สึกดังควรพลิกตะแคงตัวให้ทุก 1-2 ชั่วโมง และในรายที่ รู้สึกตัวดีควรจัดให้นอนท่าศีรษะสูง (*fowler's position*) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการลุกนั่ง บนเตียงอย่างรวดเร็ว และลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา (3) ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ของยา (4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกาย และจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้

กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล (5) ประเมินความเจ็บปวด ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลจัดทำที่เหมาะสมเพื่อลดการคั่งรังสีจากการผ่าตัด แนะนำให้ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ (6) ส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อลดอาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีหลังผ่าตัด (7) กระตุ้นให้ลุกออกจากเตียง หรือนอนศีรษะสูงเพื่อลดอาการแน่นท้อง ท้องอืด (8) ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น การนอนหลับ อาการคลื่นไส้ การปวดถ่ายปัสสาวะ (9) สังเกตลักษณะแผลที่ผิวกาย เช่น ปวด บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น หรือแผลมีหนองไหล รวมถึงการสังเกตผิวหนังรอบ ๆ แผลผ่าตัด ลักษณะสี กลิ่น ของสิ่งคัดหลั่ง (10) สอนและแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผล และวิธีการส่งเสริมการหายของแผล (11) การแนะนำก่อนกลับบ้าน เรื่องการดูแลแผล และสังเกตอาการ อาการแสดงของการติดเชื้อ การเคลื่อนไหว หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นข้อจำกัดหลังผ่าตัด และการมาตรวจตามนัด

จะพบว่า ผู้ป่วยไม่ว่าด้านอายุกรรมหรือด้านศัลยกรรมต่างก็ต้องการการดูแลที่ได้มาตรฐานที่ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความปลอดภัยหายจากโรค สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการพยาบาล อยู่ตลอดเวลาในการปฏิบัติงาน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง และเป็นสิ่งที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ดังกล่าวคือ การบันทึกทางการพยาบาล ดังนั้น การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่ต้องกระทำเพื่อแสดงถึงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้สนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังจะกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

อีฟอรัส และ สเมดบี (Ehnfors and Smedby 1993) ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 106 ชุด จาก 12 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลประเทศสวีเดน โดยการพัฒนาเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพการบันทึกที่ครอบคลุมปัญหา และปริมาณในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมถึงคู่มือในการบันทึก เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หนึ่งในสามของการบันทึกไม่มีการประเมินแรกรับ สองในสามไม่มีการวางแผนการพยาบาลและหนึ่งในสามไม่มีผลลัพธ์ของการพยาบาล นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 90 ไม่มีการวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย มีเพียงหนึ่งในสามของเวชระเบียนที่มี

การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาและความก้าวหน้าในการดูแลแก้ไขได้ครอบคลุมตามเกณฑ์

กัน และเกรนค์ดอล์ฟ (Gun and Gardulf 1995) ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงสต็อกโฮม ประเทศสวีเดน พบว่า ส่วนมากสองในสามของเวชระเบียนผู้ป่วยมีการบันทึกทางการพยาบาลไม่ถูกต้องและครอบคลุมตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย โดยมีข้อเสนอแนะ คือ การทำคู่มือหรือแนวทางในการบันทึก

สโตกกี และคาลฟอส (Stokke and Kalfoss 1999) ศึกษาโครงสร้างและเนื้อหาในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย 5 แห่ง ใน 2 โรงพยาบาลของประเทศนอร์เวย์ พบว่า เวชระเบียนผู้ป่วยมีบันทึกการประเมินแรกรับและแผนการพยาบาล ร้อยละ 62 แต่มีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 บันทึกเป้าหมายการพยาบาล ร้อยละ 38 บันทึกความก้าวหน้าและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ร้อยละ 65 และมีบันทึกการจำหน่าย ร้อยละ 35 ภายหลังมีการกำหนดมาตรฐาน โครงสร้างและเนื้อหาในการบันทึกทำให้มีการบันทึกได้ครอบคลุมมากขึ้น

มุลเลอร์ สเตราปี และคณะ (Muller-Staub et al. 2007) ศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบต่อการวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 12 หอ ที่โรงพยาบาลสวิส ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการอบรมแนวทางในการบันทึกและการทบทวนเหตุการณ์ขณะดูแลผู้ป่วยแล้วคะแนนคุณภาพของการวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วานเนสซา และมาเรีย (Vanessa and Maria 2009) ประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน และเสียชีวิต จำนวน 424 แฟ้ม ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเซาเปาโล ประเทศบราซิล พบว่าคุณภาพการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับพอรับได้ ร้อยละ 64.7 มีเพียงร้อยละ 8.7 อยู่ในระดับดี ส่วนที่เหลือร้อยละ 26.6 อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพในการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้เนื่องจากพยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางในการบันทึก

สายสมร พลเชื้อ และคณะ (2541) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โดยมีการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ แบบฟอร์มการซักประวัติและการประเมินสภาพ แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล คู่มือการเขียนข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาล และคู่มือการพยาบาล โรคที่พบบ่อยของแต่ละแผนก สรุปผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งรายด้านและโดยรวมดีกว่าการบันทึกตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า การบันทึกตามรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่มีผลรับไม่แตกต่างกัน คือ อยู่ในระดับดี

วิชชรีภรณ์ รัตตสาร (2543) ศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ในภาพรวมคุณภาพการบันทึกการพยาบาลอยู่ในระดับดี ส่วนขั้นตอนที่อยู่ในระดับพอใช้ได้แก่ บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย และการบันทึกรวบรวมข้อมูลแรกรับ ความสะดวกในการใช้แบบบันทึกส่วนมากมีความเห็นว่าโครงสร้างของแบบบันทึกมีความเหมาะสมทั้งเรื่องความครบถ้วนของเนื้อหา,การจัดเรียงเนื้อหาตามลำดับก่อนหลัง และยังพบว่า สิ่งที่ทำให้สะดวกในการบันทึก คือ คู่มือการบันทึก รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก

มารีสา สมบัติบุรณ์ (2545) ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลศิริราช โดยบันทึกทางการพยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย 2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 3) แบบบันทึกตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 4) แบบบันทึกแผนการการเฝ้าระวังอาการสำคัญของผู้ป่วย 5) แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย 6) แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และ 7) แบบบันทึกการให้ยา รวมถึงจัดทำคู่มือการบันทึกและระบบควบคุมเอกสาร สรุปผลการทดลองพบว่า 1) บันทึกทางการพยาบาลแบบเดิมดีกว่าแบบใหม่ในด้านการสะท้อนการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) บันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่ดีกว่าแบบเดิมในด้านความสะดวกในการใช้งานและด้านความต่อเนื่องของข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) บันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่ดีกว่าแบบเดิมในด้านการใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า บันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่ดีกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผลการศึกษา พบว่า 1) ได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นโครงสร้างมาตรฐานมีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคลเป็นองค์รวม 2) มีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง สะดวกและง่ายในการบันทึก ไม่ซ้ำซ้อนประหยัดเวลาในการบันทึก 3) คู่มือบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกทางการพยาบาล 8 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาลแบบประเมินผู้ป่วยต่อเนื่อง แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย แบบ

บันทึกคาร์เด็กซ์ และแบบบันทึกการใช้ยา ด้านปฏิบัติการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พยาบาลผู้บันทึกมีความพึงพอใจ ความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในการบันทึกมากขึ้น

ประคอง อินสอน (2548) การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) การวินิจฉัยการพยาบาล 2) กิจกรรมการพยาบาล 3) การประเมินผล สรุปผลการทดลองพบว่า มีการบันทึกที่เป็นระบบขึ้น สะดวกในการเขียนเพราะมีแบบฟอร์มที่ชัดเจน เห็นถึงกระบวนการพยาบาลในการทำกิจกรรมของพยาบาล โดยเฉพาะการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมต้องใช้เวลาานภายหลังการพัฒนาสามารถลดเวลาลงได้ นอกจากนี้พบว่า การกำหนดให้มีหลักการบันทึกทางการพยาบาลไว้เป็นแนวทางมีผลทำให้ใช้เวลาในการบันทึกสั้นลง

พรศิริ พันธสี, รัชณี นามจันทรา และอรพินท์ สีขาว (2548) ศึกษาการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาพยาบาลขาดความเข้าใจหลักการบันทึกทางการพยาบาล เนื้อหาการบันทึกขาดความสมบูรณ์และความสอดคล้องกัน และไม่เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ 1) ปรับแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับให้มีข้อมูลครบถ้วนและมีรายการข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกับข้อมูลแต่ละส่วนไว้ให้เลือก 2) ปรับแบบฟอร์มการบันทึกแผนการพยาบาล 3) พัฒนาแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ 4) ปรับคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล หลังการพัฒนาพบว่า ในภาพรวมบันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนิดา เขตอริยกุล (2549) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา การพัฒนาได้แบบบันทึก 6 แบบ ได้แก่ 1) แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะแรกรับ 2) แบบบันทึกฟอร์มปรอท 3) แบบบันทึกการให้ยา 4) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 5) แบบบันทึกการพยาบาล และ 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย ผลการทดลองพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวทางการพัฒนาการบันทึกสามารถเพิ่มคุณภาพการบันทึกและช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น

ณภัทร ธนะพูนินาถ (2549) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบบันทึกเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีการพัฒนาแบบบันทึก 4 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล สรุปผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกและค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึก 3) นโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการพยาบาล 4) การประเมินสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลและการฝึกอบรม และ 5) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการพยาบาล สรุปผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เยาวเรศ คุณแก้ว (2551) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก ได้แก่ บันทึกประเมินผู้ป่วยรับใหม่ บันทึกปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล บันทึกการประเมินผลการพยาบาล และบันทึกจำหน่ายผู้ป่วยหลังการพัฒนาพบว่า บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพในการบันทึกสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ศึกษาการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล และศึกษาผลของการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน ประกอบด้วย วิธีการบันทึกแบบบันทึก 7 แบบ ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง 3) แบบ

บันทึกแผนการพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 7) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย และคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทำให้บันทึกได้รวดเร็ว ครอบคลุมองค์รวมอย่างต่อเนื่อง สรุปผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปพบว่า แม้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญที่แสดงถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องได้มาตรฐานตามที่กำหนดเพื่อความปลอดภัย ภัยจากโรคหรือมีอาการทุเลาลงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมตามอัตรภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลส่วนมากยังมีประเด็นปัญหาหลายประการ ตั้งแต่แบบฟอร์มในการบันทึก วิธีการบันทึก รวมถึงรูปแบบในการบันทึก ทำให้บันทึกข้อมูลได้ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลปัทมราชพยาบาลวิชาชีพก็ยังคงประสบปัญหาการบันทึกที่ต้องการพัฒนาเช่นเดียวกันดังกล่าวมาแล้ว ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาลมีความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องเพื่อแสดงถึงการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน ลดการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพ