

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) วิธีดำเนินการวิจัยเป็นแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลปักษ์ชัย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกและความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในหอผู้ป่วยชาย และหอผู้ป่วยหญิงด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยมีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปักษ์ชัย

1.1.2 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์หลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบันทึกใหม่

1.2.2 ความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบันทึกใหม่

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

(1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลปักษ์ชัย จำนวน 32 คน

(2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของผู้ป่วยในด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรมที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงของ โรงพยาบาลปิฎกขัณฑ์ ตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่ายโรงพยาบาลปิฎกขัณฑ์

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง จำนวน 20 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยตรงและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาลภายหลังให้การพยาบาล ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยหญิงเป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือใน การทำวิจัย

(2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมของ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง ที่รับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลไม่รวมรับย้ายจากที่อื่น อย่างน้อย 2 วัน ตั้งแต่รับใหม่ถึงจำหน่ายกลับบ้าน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรขนาด ตัวอย่างเมื่อให้ขนาดตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน กลุ่มแรก ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการ พัฒนา จำนวน 193 ชุด กลุ่มที่สอง ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนา จำนวน 193 ชุด

1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มี 3 ประเภท ได้แก่

(1) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลปิฎกขัณฑ์ ซึ่ง ประกอบด้วย วิธีการบันทึก รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(2) โครงการอบรม 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 เรื่อง ประเภทของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

(3) แบบทดสอบความรู้ เรื่อง บันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการ พยาบาลเป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือ สำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยแบบตรวจสอบคุณภาพ ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล ประเมินตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยเมื่อแรกรับ การวินิจฉัยการพยาบาลหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล และการสรุปจำหน่าย จำนวนข้อคำถาม 29 ข้อย่อย ส่วนที่ 2 ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อย่อย และส่วนที่ 3 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อย่อย พร้อมคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

(2) แบบสอบถามความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล

เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 27 ข้อ ตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงทางเนื้อหา (content validity) ได้นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยาลัยนวัตน์ตรวจสอบ ความครอบคลุม สำนวนภาษา และแก้ไขข้อบกพร่องจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลไปทดลองใช้ (Try out) โดยผู้วิจัยนำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยชุดเดียวกัน จำนวน 10 ชุด (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของ สก็อต (Scott 1945 อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2534) ได้ค่าความเที่ยงความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.92 ความถูกต้องตามหลักการบันทึกเท่ากับ 0.95 และความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.94 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลนำไปทดลองใช้ (Try out) ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองบุญมาก และโรงพยาบาลประทาย จำนวน 40 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.96

1.3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ก่อนและหลังการทดลอง จำนวนอย่างละ 193 ชุด โดยสุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) แบบสอบถามความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง โดยแจกแบบสอบถามให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ตอบแบบสอบถาม

1.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพ สถิติทดสอบความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแบบ 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (paired t test) เนื่องจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) และความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างการใช้รูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเสรี (Distribution-Free)

1.4 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมในหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงเป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยชาย จำนวน 10 คน และหอผู้ป่วยหญิง จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนมากอายุเฉลี่ย 30-39 ปี (ร้อยละ 55) มีระดับการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด 20 คน (ร้อยละ 100) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 11.60 ปี ส่วนมากมีประสบการณ์ในช่วง 6 -10 ปี (ร้อยละ 55) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในเฉลี่ย 5.30 ปี ส่วนมากมีประสบการณ์ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 70) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 90 และการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ร้อยละ 85

1.4.2 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลปัทมราช ดำเนินการพัฒนาโดยการศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลตามบริบทของโรงพยาบาล แนวคิดของกระบวนการพยาบาลและความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะดังนี้

1) วิธีการบันทึก ส่วนใหญ่เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน มีแนวทางการบันทึกและทำเป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเฉพาะแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำเป็นมาตรฐานที่เอื้อต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยการ

พยาบาลและแผนการพยาบาลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ และเขียนบรรยายเพิ่มเติมเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความคิดปกติของผู้ป่วย โดยมีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารที่ให้แนวทางการบันทึกตามรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกแต่ละขั้นตอนครอบคลุมทุกแบบบันทึกและมีตัวอย่างของการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข)

2) *แบบบันทึก* เป็นแบบฟอร์มบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน มีแนวทางการบันทึกที่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล โดยให้ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน โดยกำหนดให้ข้อมูลที่ปกติให้ใส่เครื่องหมาย ✓ และเขียนบรรยายเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล 7 แบบฟอร์ม ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ 2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 3) แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 7) แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

1.4.3 ผลของการศึกษาการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

1) *คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล* จากผลการศึกษาพบว่า

(1) *ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล* ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำแต่หลังการทดลอง พบว่ามีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.58$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 0.90$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การประเมินผลการพยาบาล 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การปฏิบัติการพยาบาล (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5)

(2) *ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก* ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีค่าคะแนนความถูกต้องตามหลักการบันทึก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.60$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 0.88$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ 1) บันทึกประเมินผลการพยาบาลได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย 2) ระบุชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกด้วยตัวบรรจงที่อ่านง่าย และ 3) บันทึกการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้อง

กับปัญหาของผู้ป่วย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.06, 0.00$ และ 0.11 ตามลำดับ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 0.80, 0.74$ และ 0.82 ตามลำดับ) (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7)

(3) ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีค่าคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.45$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.68$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การประเมินผลการพยาบาล 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การปฏิบัติการพยาบาล (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.80, 1.00$ และ 1.01 ตามลำดับ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 2.77, 2.79$ และ 2.70 ตามลำดับ) (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8)

2) ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบันทึกด้านการประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถด้านการวินิจฉัยการพยาบาลหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการวางแผนการพยาบาลมีคะแนนก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อภิปรายผล

2.1 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลปักษ์ชัย

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ดีกว่ารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเดิม โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี แสดงว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรวิภรณ์ รัตสาร (2543)

และอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย พบว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็น โครงสร้างมาตรฐานมีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคลเป็นองค์รวม มีความง่ายและสะดวกในการบันทึกไม่ซ้ำซ้อน มีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ประหยัดเวลาในการบันทึกทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในการบันทึกมากกว่าก่อนการพัฒนา

2.2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองมีคุณภาพมากกว่าก่อนการทดลอง โดยมีข้อสนับสนุนจากผลการวิจัยครั้งนี้ว่า คะแนนคุณภาพโดยรวมของการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามข้อสมมติฐานการวิจัย คือ คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบันทึกใหม่ ทั้งนี้มีเหตุผลสนับสนุน คือ

2.2.1 มีการจัดทำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสะดวกและง่ายต่อการบันทึกมากกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจาก

1) พัฒนาจากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงาน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหา รวมถึงมีการสอบถามความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น มีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในเรื่อง ประเภทของการบันทึกทางการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแล้วร่วมกันพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปักษ์ชัย รวมถึงการจัดทำคู่มือการใช้อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลขึ้นเพื่อใช้เป็นคู่มือในการบันทึกซึ่งได้ต้นแบบจากอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ซึ่งสนับสนุนการบันทึกให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันและบันทึกให้ถูกต้องตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้คุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้นกว่าเดิม

2) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ซึ่งมีข้อดีคือ การเก็บรวบรวมข้อมูลได้รวดเร็วใช้เวลาน้อยช่วยประหยัดเวลา (มาริษา สมบัติบุญ 2545) และสอดคล้องกับอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ที่ว่าพบว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็น โครงสร้างมาตรฐานมีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคลเป็นองค์รวม มีความง่ายและสะดวกในการบันทึกไม่ซ้ำซ้อน มีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ประหยัดเวลาในการบันทึกและแสดงให้เห็นคุณภาพของการบันทึก

3) ใช้ระบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by exception) เป็นรูปแบบการบันทึกเมื่อข้อมูลของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือเบี่ยงเบนจากมาตรฐาน โดยมีรูปแบบที่เป็น

มาตรฐาน (ยูวดี เกตส์พังก์ 2550) และการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus system) เป็นระบบการบันทึกแบบเฉพาะเรื่องที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นพฤติกรรมของผู้ป่วย (Willams & Wilkins 2003) มาผสมผสานกัน ซึ่งการบันทึกทั้งสองระบบนี้มีข้อดีคือ มีโครงสร้างชัดเจน รวดเร็วในการค้นหาข้อมูล สะดวก ง่ายในการบันทึก และช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึก

4) มีการกำหนดแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ แนวทางในการบันทึกนี้จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกที่เป็นแนวเดียวกัน ดีลูน และแลดเนอร์, ไวท์ และเทลเลอร์ (Delaune and Ladner 2002; White 2003; Taylor 2005 อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2551) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับวิธีบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ เช่น บันทึกในแบบบันทึกที่กำหนด พร้อมลงเวลา วันที่ และเซ็นชื่อทุกครั้ง ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง ลงเวลาตามจริงที่เกิดเหตุการณ์ ไม่ใช่เวลาที่บันทึก

5) มีแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ทำให้มีแนวทางในการค้นหาปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล ได้ถูกต้องรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับ กันนิงเบิร์ก และคณะ (Gunningberg et al. 2004) ที่กล่าวว่า ควรมีการกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางเพื่อง่ายในการหาปัญหาและการวางแผนการพยาบาลจะทำให้การบันทึกมีคุณภาพมากขึ้น

6) มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการบันทึกทำให้บันทึกได้ถูกต้องรวดเร็วและครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ วัชชริภรณ์ รัตสาร (2543) ที่กล่าวว่า สิ่งที่ทำให้สะดวกในการบันทึกคือคู่มือการบันทึก ซึ่งสามารถลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก และสอดคล้องการศึกษาของ อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ที่กล่าวว่า คู่มือบันทึกทางการแพทย์มีผลทำให้การบันทึกหลังการพัฒนามีความสมบูรณ์ครบถ้วนทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ด้านพยาบาลผู้บันทึกมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในการบันทึกมากกว่าก่อนการพัฒนา

7) การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในการร่วมกันพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์จากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงานของโรงพยาบาลปักษ์ชัย และจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงดำเนินการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกและคู่มือที่จัดทำขึ้น ทำให้คุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์ดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับเฟอร์กูสัน (Ferguson 2001 อ้างถึงใน เรมवल นันท์สุภวัฒน์ และคณะ 2551) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องทำให้งานมีคุณภาพมากขึ้น

เมื่อพิจารณาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์เป็นรายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ค่าเฉลี่ยของคะแนน

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองพบว่า มีค่าคะแนนอยู่ในระดับดีมากและสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้อง 2) บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้อง และ 3) บันทึกประเมินความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย/ญาติ เพื่อวางแผนการจำหน่าย (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่เอื้อให้บันทึกได้ตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้คือ

1.1 มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (Crisp & Taylor 2005) ที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่าย รวมทั้งจัดทำแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็วในการบันทึก และส่งเสริมการบันทึกอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้ตามอาการของผู้ป่วยซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ (อารี ชิวเกษมสุข 2534; Cheevakasemsook 2005)

1.2 มีการพัฒนาวิธีการบันทึก โดยกำหนดให้เขียนบรรยายเหตุการณ์รวมทั้งใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting) ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าของรูปแบบ DAR (Data Action Response) ทำให้สามารถบอกปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเห็นถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และการมีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการบันทึกและมีตัวอย่างในการบันทึก (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

2. ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองมีค่าคะแนนความถูกต้องตามหลักการบันทึก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) บันทึกประเมินผลการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย 2) ระบุชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกด้วยตัวบรรจงที่อ่านง่าย และ 3) บันทึกการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหา (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบบันทึกใหม่

2.1 ส่วนมากมีการจัดทำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน โดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ และเขียนเพิ่มเติมบางส่วนทำให้สะดวกในการบันทึก

2.2 มีแนวทางการบันทึกโดยแบบฟอร์มเชิงโครงสร้างที่กำหนดให้ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ และเขียนเพิ่มเติมบางส่วนในช่องที่กำหนด รวมทั้งมีการกำหนดแนวทางการบันทึก และการกำหนดสัญลักษณ์การบันทึกในทุกแบบฟอร์ม จะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึก ได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย

2.3 มีคู่มือการบันทึก โดยคู่มือจะมีการกำหนดแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน และมีตัวอย่างในการบันทึกพร้อมจัดทำแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้มีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลได้ถูกต้องมากขึ้น

2.4 จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการบันทึกถูกต้องตามหลักการบันทึกมากขึ้น ดังเช่นผลการวิจัยหลังการทดลองด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกครั้งนี้ พบว่า มีการระบุชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกด้วยตัวบรรจงที่อ่านง่ายเพิ่มมากขึ้น

3. ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) บันทึกประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไป 2) บันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาล 3) บันทึกการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป 4) บันทึกประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร และ 5) บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวร ทั้งนี้เนื่องจาก

3.1 มีแบบบันทึกและวิธีการบันทึก ตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

3.1.1 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน สำหรับประเมิน

ภาวะสุขภาพพระยะแรกได้รับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลและภายหลังรับเวร 2 ชั่วโมง ทุกวัน ทุกเวร จนจำหน่ายผู้ป่วย บันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อประเมินอาการไม่พบสิ่งผิดปกติหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินครั้งที่แล้ว และใช้เครื่องหมาย X เมื่อพบสิ่งผิดปกติ

3.1.2 มีแบบบันทึกแผนการพยาบาล เป็นแบบบันทึกมาตรฐาน และครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม สำหรับใช้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลและแผนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้ถูกต้องและมีความสะดวกรวดเร็วในการบันทึก

3.2 มีรูปแบบบันทึกการพยาบาลและวิธีการบันทึก ตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาล โดยมีรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus system) ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าของรูปแบบ DAR (Data Action Response) ทำให้สามารถบอกปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเห็นถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่บอกถึงปัญหาของผู้ป่วย การพยาบาลและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อารี ชิวเกษมสุข (2534) พบว่า การใช้รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกมากกว่ารูปแบบที่มุ่งปัญหา และผลการวิจัยของ อภรณ์ ทองทิพย์ (2550) พบว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2.3 ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี แสดงว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลตามข้อสมมติฐานการวิจัย คือ ความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบันทึกใหม่ โดยมีข้อมูลสนับสนุน คือ

2.3.1 รูปแบบการบันทึกใหม่สนับสนุนพยาบาลวิชาชีพให้สามารถบันทึกได้อย่างมีคุณภาพที่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีความต่อเนื่องดังนี้

1) มีแบบบันทึกเชิงโครงสร้างมาตรฐาน มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคลตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม มีความง่ายและสะดวกในการบันทึกไม่ซ้ำซ้อน และประหยัดเวลาในการบันทึก

2) มีแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ทำให้มีแนวทางในการกำหนด ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล ได้ถูกต้องรวดเร็วและครอบคลุม 4 มิติองค์รวม ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้ง ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ

3) ใช้ระบบการบันทึก CBE (*Charting by exception*) เป็นรูปแบบการ บันทึกเมื่อข้อมูลของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือเบี่ยงเบนจากมาตรฐาน และระบบการบันทึกแบบ ซีเลฟะ (Focus system) ซึ่งเป็นระบบการบันทึกแบบเฉพาะเรื่องที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้น พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานมาผสมผสานกัน ซึ่งการบันทึกทั้งสองระบบนี้มี ข้อดีคือ มีโครงสร้างชัดเจน รวดเร็วในการค้นหาข้อมูล สะดวก ง่ายในการบันทึก และช่วยลดเวลา ในการเขียนบันทึก ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกได้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยตามแผนการ พยาบาล สามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการ ประเมินผลการพยาบาล ได้ดีกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สโตคกี และ คาลฟอส (Stokke and Kalfoss 1999) ที่พบว่า การกำหนดมาตรฐาน โครงสร้างและเนื้อหาในการ บันทึกทำให้มีการบันทึก ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4) มีการกำหนดแนวทางและคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการบันทึก มีความต่อเนื่อง และบันทึกได้ตามมาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน

2.3.2 การจัดโครงการอบรมให้ความรู้ในเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ส่งผลให้สามารถบันทึกได้ถูกต้องตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล และทำให้บันทึกมีคุณภาพ มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ มาเรีย และคณะ (Maria et al. 2007) ที่พบว่า กลุ่ม ทดลองภายหลังได้รับการอบรมแนวทางในการบันทึกและการทบทวนเหตุการณ์ขณะดูแลผู้ป่วย แล้วคะแนนคุณภาพของการวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์สูงกว่าก่อน การทดลอง

จากที่กล่าวมามีผลทำให้ค่าคะแนนคุณภาพโดยรวมของการบันทึกทางการ พยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามข้อสมมติฐาน การวิจัย คือ คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบันทึกใหม่ จึงมีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการ บันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบันทึก

ด้านการประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถด้านการวินิจฉัยการพยาบาลหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการวางแผนการพยาบาลมีคะแนนก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจากผลการวิเคราะห์พบว่า แม้คะแนนความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับดี เนื่องจากมีการจัดทำแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานทำให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล แต่ถ้าให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกแผนการพยาบาลเองจะทำให้ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง เนื่องจาก 1) แบบบันทึกแผนการพยาบาลมีช่องว่างสำหรับเติมข้อความบางส่วนในช่องข้อกิจกรรมการพยาบาล และมีรายละเอียดของเนื้อหามากกว่าส่วนอื่น ๆ 2) พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห่อผู้ป่วยส่วนมากเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วงเริ่มต้น ซึ่งยังขาดความรู้และความชำนาญในงานต้องการการฝึกฝนในเรื่องการตัดสินใจและต้องมีผู้ช่วยเหลือคอยให้คำแนะนำ (Benner's Model อ้างถึงใน สุพิศ กิตติรัชดา 2551) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาในด้านนี้เพิ่มเติมและผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการติดตามประเมินผลการบันทึกเป็นรายบุคคลเพื่อหาโอกาสพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานต่อไป

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อของความสามารถในการบันทึกพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบันทึกหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ บันทึกประวัติภาวะสุขภาพของครอบครัวได้ถูกต้อง บันทึกการให้คำแนะนำหรือทบทวนการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และบันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลได้ถูกต้อง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12) ทั้งนี้เนื่องจาก

1. มีแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน II แบบแผนที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย สภาพแรกรับด้านร่างกาย จิตใจ และด้านจิตวิญญาณ แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพสังคม และเศรษฐกิจ

2. มีแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานครอบคลุม 6 เรื่อง ได้แก่ (1) ยา (Medication) (2) อาหาร (Diet) (3) สุขภาพ (Health)

(4) การรักษา (Treatment) (5) เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Economic/Environment) และ (6) การมาตรวจตามนัด (Out patient referral)

3. มีแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน กำหนดรายละเอียด ได้แก่ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย ชนิดของการจำหน่าย ปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ และสิ่งที่สอนหรือแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4. จัดทำคู่มือในการบันทึกทางการแพทย์โดยมีแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน และมีตัวอย่างในการบันทึก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ไชแสง ชวศิริ (2540) และ เบลกส์ และ แคนด์ (Michelle and Dean 20010) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบันทึกที่ดีประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการมีแนวทางและรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจนทำให้มีความเข้าใจที่ตรงกันในการบันทึก

3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ปักธงชัย ทำให้ได้แนวคิดในการปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการดำเนินการวิจัยเพื่อการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปักธงชัย ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

3.1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติและผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับควรร่วมกันกำหนดนโยบายในการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างจริงจัง และสนับสนุนในการนำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาลต่อไป รวมถึงทีมพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ควรมีแผนกำกับติดตามประเมินผล การบันทึกทางการแพทย์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลองในด้าน การวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยด้านการประเมินภาวะสุขภาพและการสรุปการจำหน่าย หลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นผู้บริหารควรพัฒนา

- 1) ปรับปรุงแบบบันทึกให้เอื้ออำนวยต่อการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพและการสรุปการจำหน่าย
- 2) อบรมพยาบาลวิชาชีพในด้านการประเมินภาวะสุขภาพและการสรุปการจำหน่าย

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่า ความต่อเนื่องของการบันทึกในด้านการประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยการพยาบาลหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองน้อยกว่าด้านอื่นๆ ดังนั้นผู้บริหารควรพัฒนา

- 1) แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
- 2) ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยการพยาบาล

3.1.4 ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายด้าน พบว่า การวางแผนการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้บริหารควรจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาลให้มากขึ้น และอย่างต่อเนื่อง

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกหลังการทดลองมีคุณภาพมากกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้น

- 1) ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบันทึก จากการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลนี้เป็นต้นแบบในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยอื่น ๆ ของโรงพยาบาลปัทมราช เพื่อเป็นการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในตึกหลังคลอด

3.2.2 จากผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการบันทึกขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาความสามารถในการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการวางแผนการพยาบาลจะทำให้การบันทึกมีความสมบูรณ์และครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลได้มากยิ่งขึ้น