

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลสุรินทร์

นางลักขณา ศรสุรินทร์

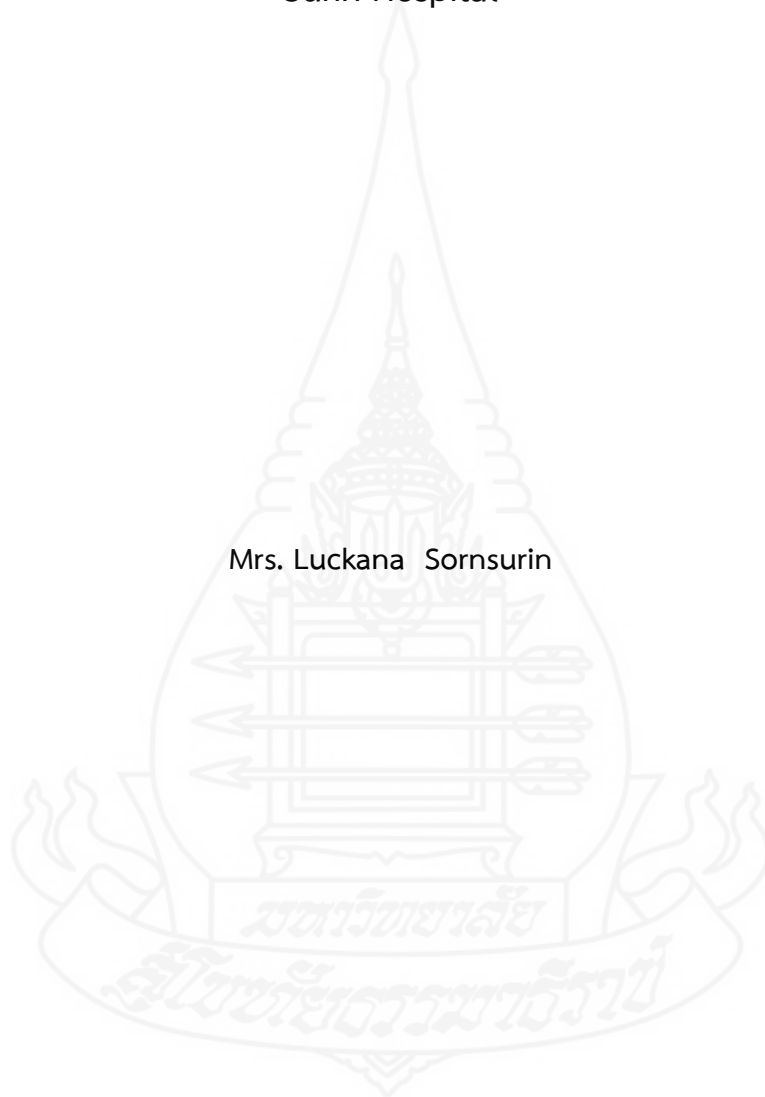


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2561

Development a Nursing Record Model for Surgical Intensive Care Unit at
Surin Hospital

Mrs. Luckana Sornsurin



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลสุรินทร์
ชื่อและนามสกุล นางถิษณา ครสุรินทร์
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ สีสวัสดิ์วิทยานันท์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วินเทีย ภิญโญภาสกุล

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ สีสวัสดิ์วิทยานันท์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วินเทีย ภิญโญภาสกุล)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.ภุชญา รุ่งโรจน์วณิชย์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลสุรินทร์

ผู้วิจัย นางลักขณา ศรสุรินทร์ **รหัสนักศึกษา** 2595100179 **ปริญญา** พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์
(2) รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 17 คน และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ก่อนหลังการพัฒนา อย่างละ 14 แฟ้ม กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกสภาพการณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) โปรแกรมการฝึกอบรมและทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 3) รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 4) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ 5) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เครื่องมือวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก เท่ากับ 0.80, 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้น เน้นการปรับปรุงคู่มือ วิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบฟอร์มการบันทึก ประกอบด้วย (1) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการรับผู้ป่วย (2) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการย้ายออก (3) การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนเวร (4) การบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (5) การบันทึกความก้าวหน้า (6) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (7) การบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (8) การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการแพทย์พยาบาล 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีค่าสูงกว่าการบันทึกแบบเดิม และ 3) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประสิทธิผลของรูปแบบ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

Thesis title: Development a Nursing Record Model for Surgical Intensive Care Unit at Surin Hospital

Researcher: Mrs.Luckana Sornsurin; **ID:** 2595100179; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Seenual Sadhitwithayanan, Associate Professor; (2) Dr.Wanpen Pinyopasagual, Associate Professor; **Academic year:** 2018

Abstract

This purposes of this research and development were (a) to develops the nursing record model for Surgical to Intensive Care Unit at Surin Hospital (b) to evaluate the effectiveness of the nursing record model.

The sample consisted seventeen professional nurses in Surgical Intensive Care Unit at Surin Hospital, and fourty patient nursing records were used before and order forty were used after the application of the nursing. These samples were chsen by purposive sampling. The experimental tools were (1) the problem of using nursing record situation form (2) the traning program and a knowledge test of nursing records (3) the nursing record model (4)the check list of the quality of nursing records (5)the opinions of nurses on the effectiveness of the nursing record model. The Cronbach alpha coefficient of the fourth tools in three sections (nursing process completeness, accuracy and continuity of charting) were 0.80, 0.80, and 0.91 respectively and the fifth tool, was 0.93. Statistical devices used for data analysis were Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test.

The major findings were as follows. 1)The developed nursing record model for Surgical Intensive Care Unit at Surin Hospital focused on the improvement of nursing record procedures, and forms. This included (1) admit reports.(2) transfer reports (3) change-of-shift report (4) acute change in an patient, condition. (5) progress note. (6) daily nursing activity. (7) the surveillance recording, patient receiving high alert drugs (8) nursing database. 2) The mean scores of the quality of nursing record model was higher than the previous one., and 3)professional nurses their effectiveness of the nursing record model was significantly higher than the previous one ($P<.01$).

Keywords: Model development, nursing records, effectiveness of the model, Surgical Intensive Care Unit

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเพราะได้รับความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการทำวิทยานิพนธ์ ที่เสียสละเวลา ในการให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ เมตตาตลอดจนให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง เป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และกราบขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความรู้ ประสบการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีคุณค่ายิ่ง ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษานี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประวีณ ตันตพระภา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค เสนอแนะความคิดเห็น ร่วมพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่ห่วงใย ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่ให้ความเอื้ออาทร เอื้อหนุน ข้อมูล คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

ลักขณา ศรสุรินทร์

เมษายน 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
บริบทของกลุ่มการพยาบาล/หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์	11
ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล	19
หลักการบันทึกทางการพยาบาล	23
รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	25
เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	36
การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือการวิจัย	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการณ์ การบันทึกทางการแพทย์	
หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์.....	67
ตอนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์.....	70
ตอนที่ 4 ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์.....	77
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปการวิจัย	85
อภิปรายผล	90
ข้อเสนอแนะ	98
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	109
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	110
ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	112
ค หนังสือขออนุมัติขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสุรินทร์	
หนังสือขออนุมัติขอทดลองเครื่องมือและขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	109
ง เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	125
จ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์.....	127
ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	
แบบสอบถามความคิดเห็นและแบบตรวจสอบคุณภาพทางการแพทย์.....	135
ช คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์.....	145
ประวัติผู้วิจัย	190

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำแนกตามข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล	65
ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังอบรม.....	66
ตารางที่ 4.3 สรุปประเด็นสภาพการณ์ การบันทึกทางการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์	67
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาล รูปแบบการบันทึกแบบเดิม และรูปแบบการบันทึกแบบใหม่	71
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับ ประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกแบบเดิม และการบันทึกแบบใหม่ จำแนก ตามรายชื่อ รายด้านและโดยรวม	77



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	63
ภาพที่ 4.1 แผนภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น	76



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารสำคัญที่พยาบาลบันทึกข้อความไว้ โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ รวมทั้งรายงานความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นหลักฐานสำคัญที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการรักษาผู้ป่วย และเป็นข้อมูลสำคัญทางการแพทย์ต่อการประสิทธิผลของการดูแลรักษา (กาญจนา ฐานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2557) เป็นตัวกลางเชื่อมโยงข้อมูลสำหรับใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้เข้าใจตรงกัน สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาล สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการความเสี่ยงรวมทั้งเป็นหลักฐานการประกันคุณภาพของบริการพยาบาล และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย (พรศิริ พันธสี, 2558) การให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามมาตรฐานและขอบเขตตามกฎหมายกำหนด การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สมบูรณ์บ่งบอกถึงผู้ป่วยได้รับบริการและได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม

ในผู้ป่วยหนักที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยมีความเสี่ยงต่อภาวะคุกคามชีวิต ภาวะแทรกซ้อน การทำงานของอวัยวะล้มเหลวและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ต้องเฝ้าระวังและบันทึกการบริหารยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง หัตถการที่สำคัญ อาการที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้นหรือข้อบ่งชี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทันต่อเหตุการณ์และตัดสินใจในการรายงานแพทย์ที่เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) การบันทึกจึงจำเป็นต้องมีรายละเอียดมากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป การบันทึกต้องมีความเป็นปัจจุบัน/ทันต่อเหตุการณ์ ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉิน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหนักด้านศัลยกรรมบางส่วนที่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารสำคัญเพื่อเป็นหลักฐานทางคดี การบันทึกจะมีความสำคัญมากขึ้นในการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ดังนั้นการบันทึกระยะเวลาการรักษา สภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ต้องครอบคลุมครบถ้วน ถูกต้อง การระบุวันเวลาตามเหตุการณ์จริง ตลอดจนการบันทึกที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการรักษาและการทำหัตถการที่สำคัญ

สภาพยาบาลได้กำหนดในหมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 5 มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบันทึกและการรายงานบันทึกให้ครอบคลุมการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นการบันทึกการพยาบาลตามหลัก 5C (มีความครบถ้วนสมบูรณ์ (complete) มีความถูกต้อง สอดคล้องเหมาะสมของการปฏิบัติตาม มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (correct) มีความชัดเจนของการบันทึก (clear) มีความกะทัดรัดได้ ใจความ (concise) และมีความต่อเนื่อง (Continuous)(สภาการพยาบาล, 2548) สอดคล้องกับสำนักการ พยาบาล (2550) ในการประเมินคุณภาพการบริการผู้ป่วยหนัก มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการ พยาบาล กำกับให้มีการใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม และหลักการบันทึกเดียวกัน การบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพ การบันทึกทางการพยาบาลยัง สามารถสะท้อนคุณภาพการดูแล และนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของเวรระเบียน (Nomura, ATG., Silva, MB., & Almeida, MA., 2016.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้การบันทึกทาง การพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการตรวจสอบคุณภาพของเวรระเบียนผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อ การพิจารณางบประมาณของหน่วยงาน และใช้ผลในการพัฒนาการดำเนินงานด้านคุณภาพบริการและ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน, 2557) นอกจากการบันทึกทางการพยาบาลสามารถตรวจสอบ กระบวนการพยาบาล ประเมินคุณภาพการดูแลจากการรายงานในบันทึกผู้ป่วยเพื่อใช้ในการปรับปรุง การบันทึก และพัฒนาสมรรถนะของผู้บันทึกทางการพยาบาลแล้วการบันทึกทางการพยาบาลยังเป็น เครื่องมือการประกันคุณภาพการพยาบาล และการจัดสรรทรัพยากร (Alkouri, O.A., et al., 2016) แม้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลจะมีความสำคัญอย่างมากต่อพยาบาล แต่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการสุขภาพ ในปัจจุบันที่พยาบาลขาดแคลน ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มี ความคาดหวังสูงอาจทำให้เกิดความเสี่ยงในระบบบริการ การเรียกร้องสิทธิของผู้ใช้บริการ การบันทึกที่ยัง มีข้อบกพร่องไม่สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือทางการพยาบาลได้เต็มที่ ขาดข้อมูลสำคัญที่จะใช้เป็น หลักฐานทางกฎหมาย ดังนั้นการบันทึกที่ถูกต้องตรงตามมาตรฐานของสหสาขาวิชาชีพจะเป็นข้อมูลยืนยัน ว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยกรณีเกิดปัญหาด้านกฎหมาย (ปรานี อัครรัตน์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting)
- 2) การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented medication record: POMR)
- 3) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (charting by nursing process)
- 4) การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (narrative charting)
- 5) การบันทึกทางการพยาบาล แบบผสมผสาน 2 แบบ (SOAP/SOAPIE charting) และ
- 6) การบันทึกโดยใช้อิเล็กทรอนิกส์(College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC), 2013, Potter, P.A & Perry, A.G., 2013)

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ใช้การจดบันทึกลงในแบบฟอร์ม ซึ่งยังพบว่ามีประเด็นหลายประการที่ยังคงเป็นปัญหาของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ 1) ด้านผู้บันทึก ข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถของพยาบาล (วรรณชนก จันทชุม และคณะ, 2554) ขาดความรู้และทฤษฎีภาคปฏิบัติ (Julie N. K. et al., 2017) ตลอดจนขาดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการพยาบาล (Akbari, M. and Shamsi, A., 2011) มีปัญหาในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ในด้านจิตใจ (วิทวดี สุวรรณศรวล, 2557) ทักษะการที่รู้สึกเสียเวลาในการบันทึก (สุรพล เตชะกฤตธีรดำรง, 2557) 2) ด้านการบริหารจัดการ ภาระงานมากและมีเวลาไม่เพียงพอ (พจนีย์ ธีระกุล, 2558) เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้ไม่มีเวลาที่เพียงพอในการทำกระบวนการพยาบาล (Akbari, M. and Shamsi, A., 2011) ต้องใช้เวลาทำกิจกรรมอย่างอื่นที่สำคัญมากกว่าใช้เวลาในการบันทึกเอกสาร (Richard, T. D., 2013) มีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากเกินไป (ณภัทร ธนะพุฒินาท นภาพร แก้วนิมิตชัย และยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) 3) ด้านรูปแบบและคู่มือการศึกษาไม่เพียงพอและการตีความเกี่ยวกับวิธีการใช้รูปแบบแตกต่างกัน (Richard, T. D., 2013) ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบทางการแพทย์สำหรับใช้เป็นแนวทางการบันทึกและตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์ (อุดมพร คำเลิศล้ำ, 2555) วิธีการบันทึกและแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึก (วิทวดี สุวรรณศรวล, 2557) 4) คุณภาพการบันทึก ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องในการใช้ข้อมูลประกอบการดูแลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาล (พจนีย์ ธีระกุล, 2558) ด้านความครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน ต่อเนื่อง การบันทึกไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติจริง ไม่มีแนวทางการตรวจสอบที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือในการตรวจสอบ (โสภา คำชัยลิก, 2557) ข้อมูลบันทึกไม่ครบถ้วน ขาดข้อมูลสำคัญ ทำให้บันทึกไม่ชัดเจน ที่อาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาด (อรทัย ห้าหาญ ภูษิตา อินทรประสงค์ และจุฑาธิป ศีลบุตร, 2559) วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก (อุดมพร คำเลิศล้ำ, 2555) การบันทึกด้านการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องน้อย (ฐิติมา ปลื้มใจ และผอัญญา ณ พัทลุง, 2558) ในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการบันทึกโดยการบันทึกสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้สะดวกกับการใช้งาน ถึงแม้มีความสะดวกรวดเร็วแต่ด้านมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลก็ยังคงต้องมีการพัฒนา ประเด็นเรื่องเวลาและความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความต่อเนื่อง คุณภาพและความปลอดภัย สมรรถนะบุคลากร (จันทร์จิรา เจียรนัย, 2557) ตลอดจนความละเอียดของการออกแบบที่ตอบสนองผู้ใช้ระบบ (Rahkar, F.M., Jebreili, M. and Abdinia, B., 2015) และการพิจารณาความครบถ้วนสมบูรณ์ (Stevens, B.A., 2017)

โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ตติยภูมิ กลุ่มการพยาบาลให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการแพทย์โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งขององค์กร ซึ่งใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 มีการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งใช้แบบตรวจสอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดเกณฑ์คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ในปี 2557-2559 ผล

การตรวจสอบรายงานการบันทึกทางการพยาบาล (nursing audit) ของกลุ่มการพยาบาล คุณภาพการบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ร้อยละ 74.6 ,84.6 และ 87.8 ตามลำดับ (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์, 2560) แต่ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลกับหน่วยงาน มีส่วนต่างกันมากกว่าร้อยละ 30 (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์, 2559) ในประเด็นการบันทึกไม่มีความสอดคล้องกับการประเมินผู้ป่วย การระบุปัญหายังไม่ครบถ้วน ขาดความสมบูรณ์ ไม่มีความเชื่อมโยงสอดคล้อง ไม่พบปัญหาการเฝ้าระวังโดยเฉพาะในกลุ่มโรคสำคัญ และขาดการบันทึกปัญหาทางด้านจิตใจ ตลอดจนการประเมินผลไม่ชัดเจนและวัดผลลัพธ์ได้ไม่ตรงประเด็น ไม่ปกป้องถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการคิดวิเคราะห์ในการนำไปใช้ การบันทึกอาจไม่สมบูรณ์จากบันทึกปัญหาความต้องการยังไม่ครอบคลุม ไม่ชี้เฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย บันทึกรายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา การประเมินผลไม่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้า (วรรณชนก จันทขุม และคณะ, 2554) ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความรู้ ความมั่นใจทัศนคติในการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพ ระบบการนิเทศ ระบบการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล และภาระงาน สอดคล้องกับการให้ข้อคิดเห็นของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)(สรพ.) ในการประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซ้ำ (Re-Accreditation) ครั้งที่ 4 เมื่อเดือนมกราคม 2560 พบว่าการบันทึกการพยาบาล ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ขาดความเชื่อมโยงกับสภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะการบันทึกตามกลุ่มโรคเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) เป็นระดับหัวหน้าเวร ร้อยละ 33.3 ระดับหัวหน้าทีม ร้อยละ 38.9 และระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 27.8 มีการมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วย เท่ากับ 1:2 กำหนดให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานและรายบุคคล ตามรูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) ซึ่งมี 2 ส่วนคือ focus list และส่วน progress note บันทึกแบบ AIE (Assessment Intervention Evaluation) จุดชี้เฉพาะ 3 ประการ คือ 1) สิ่งที่ผู้บริการให้ความสำคัญ 2) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก อาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และ 3) ผลที่สำคัญของการรักษา (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2559) ผลการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลในปี 2558-2559 มีความสมบูรณ์ ร้อยละ 86.56 และ 87.85 ตามลำดับ (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์, 2559) แต่เมื่อใช้การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลหน้างานระหว่างปฏิบัติการพยาบาลตามสภาวะปัจจุบันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2557) พบว่าในปี 2559 การบันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 64 –72 (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์, 2559) ได้ส่งเสริมสนับสนุนใช้การนิเทศผ่านการตรวจสอบการบันทึกการพยาบาลวันละ 1 แพ้ม แต่ยังคงพบว่าการบันทึกการประเมินผู้ป่วย การบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม มีความสมบูรณ์ ร้อยละ 58.9

โดยเฉพาะการบันทึกด้านความเสี่ยงเฉพาะโรค (specific clinical risk) การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 81.0 และการประเมินผลมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 71.1 ตลอดจนพบปัญหาการบันทึกด้านจิตใจ และด้านการดูแลต่อเนืองที่ซึ่งพบว่ามีกรบันทึกค่อนข้างน้อย การบันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์จากการลงข้อมูลซ้ำซ้อน ผู้ป่วยวิกฤตมีอาการเปลี่ยนแปลง (dynamic) ได้ตลอดเวลา พยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่องและต้องสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก (specific clinical risk) ตลอดจนโอกาสเกิดสถานการณ์วิกฤตได้ตลอดเวลาและหลายครั้ง ในช่วงเวลา 8 ชั่วโมง แม้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting) เป็นระบบที่มีความยืดหยุ่น สะท้อนกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็ว กระชับ และชัดเจน (วารสาร ภัทรมงคลเขตต์ และพร บุญมี, 2560) แต่อาจมีข้อจำกัด ด้านความต่อเนื่องสัมพันธ์กับเวลาและการเรียงลำดับ เหตุการณ์ขั้นตอนสำคัญๆ ทำให้ไม่มีปรากฏในการบันทึก ส่งผลต่อการนำประโยชน์ส่วนนี้ไปใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (ปราณี อัครวรรณ์, 2555) ไม่ได้บันทึกการเฝ้าระวังปฏิกิริยาของยา หรือบันทึกการเปลี่ยนแปลงตามสถานะของผู้ป่วย (Ramya, K. and Khyati, G. V., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าจากภาระงานในหอผู้ป่วยหนักที่มีกิจกรรม หัตถการหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา การบันทึกลดลงเนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ โดยเฉพาะถ้ามีหัตถการมาก ข้อมูลการบันทึกจะไม่ครบถ้วนด้วยเช่นกัน (De Marinis., et al. (2010) ตลอดจนด้านองค์ความรู้ ความมั่นใจของพยาบาล และประสบการณ์ในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่อาจไม่เข้าใจวิธีการบันทึก (Richard, T, 2013) การรวบรวมข้อมูลในการประเมินผู้ป่วย การให้ความสำคัญทางด้านร่างกาย มากกว่าด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤติ การไม่เห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องและวางแผนจำหน่าย เพื่อเชื่อมโยงการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล จึงไม่สามารถบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้ครบถ้วน ครบทุกประเด็นโดยเฉพาะความเสี่ยงเฉพาะโรค ส่งผลในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดความล่าช้าในการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อประสานงานในการดูแลและการสื่อสารระหว่างแพทย์ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือถูกละไว้ อาจเกิดการดูแลซ้ำซ้อน (Sue Bowman MJ, RHIA CCS, FAHIMA, 2013) ควรมีการพัฒนา รูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

สรุปได้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล จากปัญหาที่พบเรื่อง ความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย โรคที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลที่ไม่สะท้อนถึงมาตรฐาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ปัญหาซับซ้อนหลายระบบ ต้องบันทึกตลอดเวลา โดยเฉพาะหอผู้ป่วยหนัก ที่อาจต้องมีการบันทึกมากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อการสื่อสารและเฝ้าต่อการรักษา ตลอดจนนโยบายและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ชี้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ถึงแม้จะมีการพัฒนามาระดับหนึ่ง แต่ก็ยังพบปัญหาในด้านการบันทึกที่อาจไม่สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยหนักน้อย โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก

ศัลยกรรม ที่อาจต้องใช้บริการบันทึกทางการแพทย์เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ผู้วิจัยจึงสนใจที่พัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาการบันทึกให้สามารถบันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ตรงประเด็นสำคัญครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

2.2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

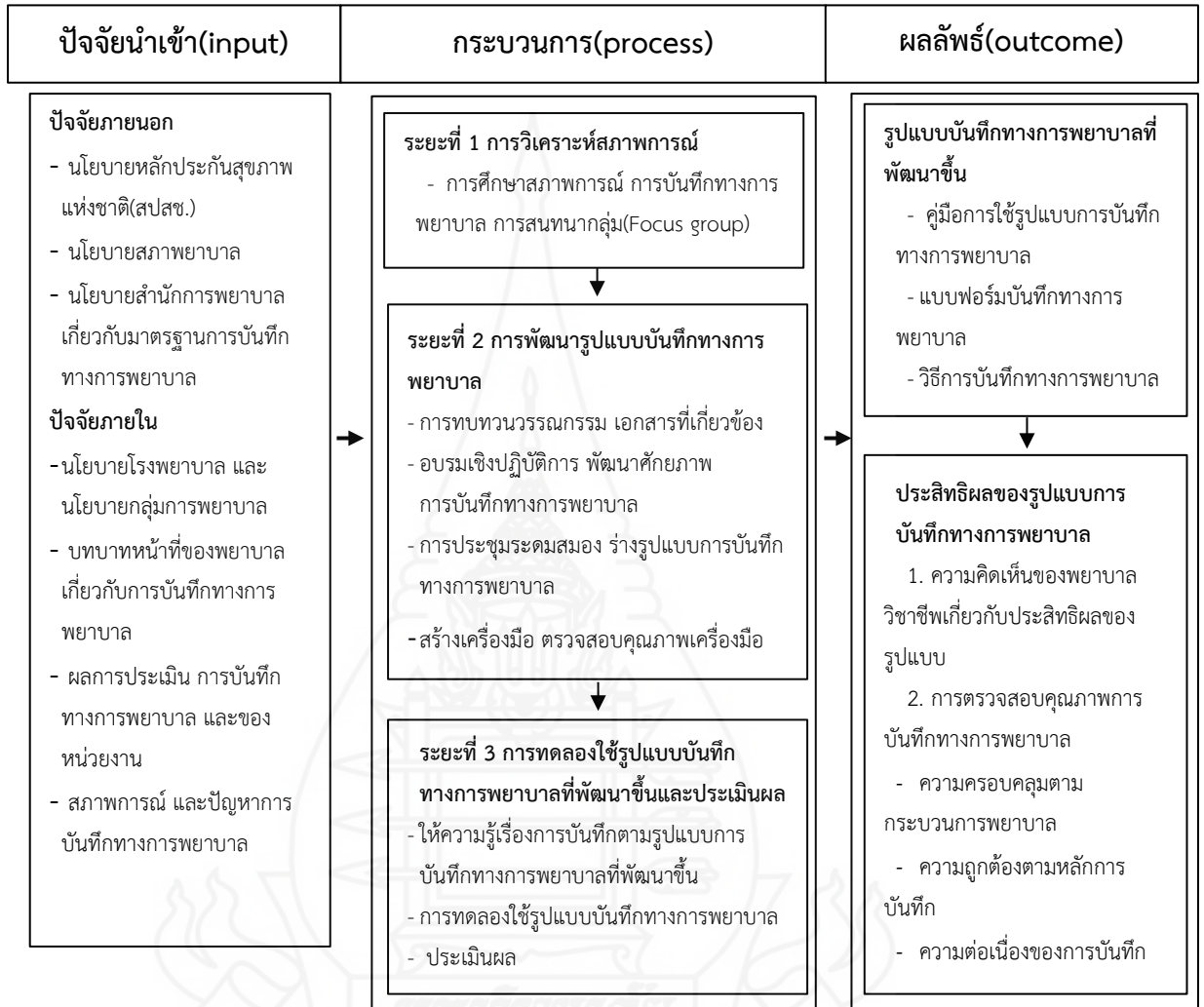
การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ แนวคิดทฤษฎีระบบของ Ludwig von Bertalanffy มาใช้ในการพัฒนาประกอบด้วย 1)ปัจจัยนำเข้า (input) 2) กระบวนการ (process) 3) ผลลัพธ์(outcome) สรุปกรอบแนวคิดดังนี้

3.1 ปัจจัยนำเข้า (input) คือ 1) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ด้านนโยบาย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสำนักการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2554) เกี่ยวกับมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์ 2) ปัจจัยภายใน คือ (1) นโยบายโรงพยาบาล และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ (2) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ (3) ผลการประเมินการบันทึกทางการแพทย์ ของหน่วยงาน และ (4) สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของหน่วยงาน

3.2 กระบวนการ (process) คือ กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ และ (3) การทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นและประเมินผล

3.3 ผลลัพธ์ (outcome) คือ ผลจากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น และประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งวัดจากแบบตรวจสอบ แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้การสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ และปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แล้วร่วมกันพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาล ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรม เข้ารับการรักษาในช่วงเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2561

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นสำหรับพยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และผลของการปฏิบัติการพยาบาล โดยบูรณาการใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ(Focus Charting) ร่วมกับรูปแบบการบันทึกแบบละเว้น(Charthing by Exception) มี 3 องค์ประกอบ 1) คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึก 2) แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล 8 แบบฟอร์ม ประกอบด้วย (1)การบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย (2) การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก (3)การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร (4)การบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (5)การบันทึกการดูแลกิจวัตรประจำวัน (6)การบันทึกความก้าวหน้า (7)การบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยา ความเสี่ยงสูง และ (8)การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล และ 3)วิธีการบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกแบบเล่าเรื่องราวรายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รูปแบบการบันทึกแบบมีโครงสร้าง ร่วมกับการบันทึกที่ใช้สัญลักษณ์และการบันทึกเพิ่มเติมบางส่วน ถ้าพบข้อมูลใดที่มีความผิดปกติต้องมีการบันทึกเพิ่มเติมในแบบบันทึกทางการพยาบาล

5.2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การประเมินผลการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามหลักคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการบันทึกความก้าวหน้า ตั้งแต่ระยะแรกรับเข้าห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งย้ายออกหรือจำหน่าย ที่มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หลักการบันทึกตามหลัก 4C(4C; correct, Complete, Clear, concise) และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก โดยประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (2557) ร่วมกับของสำนักงานการพยาบาล(2554) ประกอบด้วย

5.2.1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลครอบคลุม ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาลหรือการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุม การดูแลรักษาป้องกันภาวะแทรกซ้อน

และความพิการ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงฉับพลัน การส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ให้ข้อมูลความรู้ คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การฝึกทักษะที่จำเป็น ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่อง และการประเมินผลการพยาบาล ตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือตามตัวชี้วัดเกณฑ์การประเมินผล(Evaluation criteria) ตั้งแต่รับย้าย จนกระทั่งย้ายออก/จำหน่าย

5.2.2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก หมายถึง การบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักการและแนวทางการบันทึก การบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการได้ถูกต้องตามหลัก 4C ดังนี้ 1)ความถูกต้อง(correct) หมายถึง การบันทึกที่มีความถูกต้องตามความเป็นจริง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ระยะเวลาในการบันทึกสัมพันธ์กับสภาพผู้ป่วย 2) ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองต่อการรักษา 3) ชัดเจน (Clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ลำดับเหตุการณ์ การบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ไม่มีรอยลบ 4) ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกข้อความกะทัดรัด สั้น ตรงประเด็น อ่านแล้วได้ใจความชัดเจน

5.2.3 ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ อย่างต่อเนื่อง ทุกวัน ทุกเวร ตั้งแต่รับย้าย จนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออก/จำหน่าย

5.3 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ในการสนับสนุนการบันทึกถูกต้องตามหลัก 4C ประกอบด้วย

5.3.1 ความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกที่มีความถูกต้องตามความเป็นจริง ตามรายการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ระยะเวลา ความถี่ ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ละเหตุการณ์ตามลำดับก่อน หลัง และถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด

5.3.2 ครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการครอบคลุมด้านร่างกายและจิตวิญญาณ ด้านความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองต่อการรักษา

5.3.3 ชัดเจน (Clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และการตอบสนองผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร

ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

5.3.4 ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกข้อความกะทัดรัด สั้น ตรงประเด็น อ่านแล้วได้ใจความชัดเจน เข้าใจง่าย เห็นความก้าวหน้าของการพยาบาลต่อเนื่อง

5.4 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หมายถึง หน่วยงานในโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต/หรืออวัยวะสำคัญล้มเหลวต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ที่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการพิเศษและใช้อุปกรณ์เครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์พิเศษ

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 พยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล ช่วยให้การบันทึกครบถ้วนสมบูรณ์ และเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

6.2 หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้บริหาร ใช้เป็นแนวทางในการนิเทศ กำกับติดตามการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มองค์ความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพเกิดทักษะในการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย จากการบันทึกที่ถูกต้องสมบูรณ์เป็นหลักฐานทางกฎหมายชั้นสำคัญที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพ ความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

6.3 หน่วยงานได้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อใช้ในการตรวจสอบการรายงานในบันทึกผู้ป่วย(nursing audit)

6.4 หน่วยงานมีรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และขยายผลสู่หน่วยงานอื่นได้นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย บทความ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. บริบทของกลุ่มการพยาบาล/หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
 - 1.1. นโยบายด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.2. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.3. การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 2.1. ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 2.2. ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
3. หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
4. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
5. เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
6. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทของกลุ่มการพยาบาล/หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ตติยภูมิ ระดับ A เปิดบริการจำนวน 914 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 24 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่ง มีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2,610 คนต่อวัน ผู้ป่วยในเฉลี่ย 940 คนต่อวัน(ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลสุรินทร์, 2560) ให้การดูแลตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลมาตรฐานระดับสากล ที่ประชาชนเชื่อมั่นและไว้วางใจ” พันธกิจในการจัดบริการการแพทย์ที่มีคุณภาพ บริการที่เป็นเลิศ ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของประชาชน สร้างความเชี่ยวชาญในวิชาชีพและความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร พัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาลให้มีความเข้มแข็ง โดยผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital Accreditation) ครั้งที่ 4

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรชั้นนำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มุ่งสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่เป็นเลิศ” การจัดโครงสร้างองค์กรตามที่กองการพยาบาลกำหนดโดยมีหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 16 กลุ่มงาน มีผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ ด้านความเสี่ยง ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และด้านสารสนเทศ มีบุคลากรพยาบาลทั้งหมด 898 คน ระดับบริหาร 67 คน ระดับปฏิบัติการ 831 คน พยาบาลเทคนิค 3 คน และผู้ช่วยพยาบาล 39 คน จบการศึกษาปริญญาโท 28 คน

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เปิดบริการจำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยวิกฤตในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือด ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมเด็ก สูติ-นรีเวชกรรม หู คอ จมูกและศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ รับผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 1 เดือนขึ้นไป ในปี 2560 อัตราการครองเตียงร้อยละ 94.4-101 วันนอนเฉลี่ย 5.1 วัน ผลผลิตทางการพยาบาล (Expected Productivity) ร้อยละ 99-103 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ที่มีภาวะวิกฤต(หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์, 2560) การนิเทศตามสายบังคับบัญชา ตามกองการพยาบาลกำหนด ภายใต้การกำกับนิเทศของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยหนัก ดำเนินการตามภารกิจด้านการปฏิบัติตามนโยบายกลุ่มการพยาบาล สถิติปี 2560 พบโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง 2) มะเร็งในระบบทางเดินอาหาร และ 3) มะเร็งท่อน้ำดี (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์, 2560)

ลักษณะบุคลากร หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 คน (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประสบการณ์ทำงาน แบ่งเป็น 1)พยาบาลระดับทดลองงาน(Novice) จำนวน 5 คน 2) พยาบาลระยะเริ่มต้นการปฏิบัติงาน (Advanced beginner) จำนวน 3 คน 3) พยาบาลชำนาญงาน (Competent) จำนวน 3 คน 4)พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Proficient) จำนวน 1 คน และ 5)พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญพิเศษจำนวน 7 คน ผ่านการอบรมเฉพาะทาง จำนวน 9 คน ผ่านการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด โรงพยาบาลราชวิถี(ระยะเวลา 2 เดือน) จำนวน 6 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 8 คน และพนักงานทำความสะอาด จำนวน 3 คน

การมอบหมายงาน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ให้การดูแลบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการผลัดเปลี่ยน หมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานเป็นเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก เวรละ 8 ชั่วโมง ในขณะที่ช่วงเวลาการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นจะปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวรเช้าในวันและเวลาราชการ มีแนวทางการมอบหมายงานและจัดอัตรากำลัง โดยคำนึงถึงคุณภาพการดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ระบบการมอบหมายงานที่คำนึงถึงศักยภาพของบุคลากรควบคู่ไปด้วย รูปแบบการมอบหมายงานเป็นการดูแล

รายบุคคล (total patient care) พยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วย 2 คน กรณีมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด จัดอัตรากำลัง ทีมมีพยาบาล 3 คนต่อผู้ป่วย 2 คน เน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อ การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ในเวลาราชการไม่รวมอัตรากำลังหัวหน้าหอผู้ป่วย กำหนดการขึ้นเป็นหัวหน้าทีม หัวหน้าเวร จากความรู้ทักษะ และประสบการณ์การทำงาน โดยหัวหน้าทีมต้องมีความรู้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 3 ปี หัวหน้าเวรกำหนดเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การ ทำงานมากกว่า 5 ปี และผ่านการอบรมเฉพาะทาง

1.1 นโยบายการบันทึกทางการพยาบาล

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ มีนโยบายด้านการบันทึกทางการพยาบาล จากรูปแบบการเล่าเรื่องราว (Narrative record) ร่วมกับ SOAPIE มาเป็นรูปแบบการบันทึกแบบชี้ เฉพาะ (Focus Charting) ในปีงบประมาณ 2555 จัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาล และสื่อสาร นโยบายผ่านการประชุมอบรมให้ความรู้การบันทึกเป็นระยะเวลา 1 วัน กำหนดให้การบันทึกทางการ พยาบาลเป็นตัวชี้วัดระดับองค์กร ในปี 2557

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ตามนโยบายของกลุ่มการพยาบาล และคู่มือบันทึกทางการพยาบาล ของกลุ่มการ พยาบาล(กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์, 2557) การบันทึกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกกำหนดเป็น แบบบันทึกรายการประเด็นสำคัญ (Focus List) แบบบันทึกรายการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย การบันทึกใช้คำหรือวลี หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล(nursing diagnosis) ในส่วนนี้มีการ กำหนดการบันทึก 1) ลำดับของประเด็น 2) ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ (Focus List) 3) เป้าหมาย/ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Goal/Outcome) 4) วันที่พบปัญหา และ 5) วันสิ้นสุดปัญหา การกำหนดประเด็น ปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงสภาวะอาการของผู้ป่วยอย่างเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ สภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นห่วงในขณะนั้น เหตุการณ์เกี่ยวกับการดูแลหรือรักษาผู้ป่วย การทำหน้าที่ของร่างกายที่เป็นปัญหา ความต้องการการ สอนหรือรับคำปรึกษาจากทีม สิ่งอื่นๆ ที่ได้จากการประเมิน ในส่วนที่สองเป็นการบันทึก A-I-E คือการ บันทึกที่ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นข้อมูลสนับสนุนประเด็นสำคัญ 2) การ ปฏิบัติการพยาบาล(Intervention) กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ และ 3) การ ประเมินผล (Evaluation) การบันทึกการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย ในส่วนการบันทึกของหอ ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่ามีการบันทึกทางการพยาบาล การรับใหม่ และการ จำหน่ายน้อยเนื่องจากรับผู้ป่วยใหม่ และจำหน่าย ใกล้เคียงกัน เฉลี่ยร้อยละ 6.7 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ รับย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หลังผ่าตัดที่มีภาวะวิกฤตหรือผ่าตัดใหญ่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือพิเศษและการเฝ้าระวังต่อเนื่อง กำหนดการบันทึกทางการพยาบาลตามคู่มือของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ดังนี้ (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์, 2557)

1. การบันทึกผู้ป่วยแรกรับ(Nursing admission ion note) ใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย แรกรับ ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินทางด้านร่างกาย การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการ รวบรวมข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) ตาม นโยบายกลุ่มการพยาบาล

2. การบันทึกทางการพยาบาลด้วย Focus list การบันทึกประเด็นสำคัญที่พบ การ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

3. การบันทึก F-A-I-E เป็นแบบบันทึกแบบชี้เฉพาะตามปัญหาที่พบการประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นข้อมูลสนับสนุนประเด็นสำคัญ การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) กิจกรรมการ พยาบาลที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ และการประเมินผล (Evaluation) ตามเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่ คาดหวัง(Goal/Outcome) เป็นการบันทึกต่อเนื่อง

4. การบันทึกเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ในบริบทของหอผู้ป่วยหนักมีการจำหน่าย ประกอบด้วย การย้ายออกจากหอผู้ป่วย ซึ่งจะมีการบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย และการจำหน่ายกรณีอื่นๆ จะสรุปการ จำหน่าย(Summary Discharge)

การบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยต้องการพัฒนาในส่วนการบันทึกความก้าวหน้า(Nursing progress note) ไม่รวมการบันทึกผู้ป่วยแรกรับ และการบันทึกเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ซึ่งปัจจุบันใช้แบบ F-A-I-E ซึ่งข้อดีคือการบันทึกประเด็นชี้เฉพาะทำให้ลดเวลาและความซ้ำซ้อนในการบันทึกทางการ พยาบาล แต่มีข้อจำกัดในการบันทึก ดังนี้ 1) การบันทึกเหตุการณ์สำคัญที่เปลี่ยนแปลงบ่อยอาจต้องใช้ เวลาเพิ่ม ในกลุ่ม (1) ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ปัญหาซับซ้อนหลายระบบ เช่น การ เกิดสภาวะทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไม่คงที่ในแต่ละช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ซึ่งต้อง บันทึกเหตุการณ์ตามเวลาจริง(real time) ทำให้บันทึกได้ไม่ครบถ้วน (2) การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยง สูงซึ่งในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้ยาความเสี่ยงสูงหลายชนิดต่อผู้ป่วยหนึ่งราย พบว่ามีการบันทึกยา ความเสี่ยงเฉพาะบางกลุ่ม 2) การประเมินและรวบรวมข้อมูลที่ต้องเป็นข้อมูลร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ ในการรักษาพยาบาลมีการบันทึกไม่ครบถ้วน การบันทึกแบบ F-A-I-E อาจไม่พบการบันทึกประเด็น ด้านความเสี่ยงเฉพาะโรค หรือภาวะแทรกซ้อน ที่มีโอกาสเกิดจากความรุนแรงของโรคส่งผลต่อการ รายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ 3) การบันทึกข้อมูลการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่ สำคัญ ที่ต้องดูแลเพื่อความสุขสบายและความปลอดภัย ซึ่งหากไม่ได้บันทึกอาจเป็นสาเหตุให้การสื่อสาร ไม่ครบถ้วน ไม่สามารถนำไปเป็นข้อมูลการสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ 4) การที่ไม่ระบุเกณฑ์การ ประเมินผล ทำให้ผู้บันทึกประเมินผลไม่ตรงประเด็น นอกจากนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมไม่เห็นความสำคัญของการในการบันทึกด้านจิตใจ และการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่

ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจึงให้ความสำคัญมากกว่าด้านจิตใจ ตลอดจนห้องผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ย้ายออกไม่ได้จำหน่ายกลับบ้านทำให้ไม่พบการบันทึกในส่วนดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้รูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากการบันทึกแบบ F-A-I-E ในการบันทึกการรวบรวมข้อมูล การบันทึกการประเมินผู้ป่วย การบันทึกพยาบาลผู้ป่วยเมื่อรับเข้า/ย้ายออก การเฝ้าระวังยาความเสี่ยงสูง ที่สะดวก รวดเร็ว และการบันทึกการดูแลที่ปฏิบัติการพยาบาลเป็นประจำให้มีข้อมูลในการบันทึกทางการพยาบาล ตลอดจนที่สำคัญการบันทึกแบบไม่มีโครงสร้างในการบันทึกกรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงฉับพลันเพื่อให้ได้ข้อมูลสมบูรณ์มากขึ้น ตลอดจนการมีคู่มือและวิธีการบันทึกเป็นตัวอย่างให้พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกเป็นแนวทางเดียวกัน

1.2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดให้มีการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทุกเดือน โดยใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) ในส่วนการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งมีเกณฑ์ 9 รายการ โดยคณะกรรมการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงาน ในปี 2558-2559 มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้ ร้อยละ 84.6 และ 87.8 ตามลำดับ แต่จากการลงนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลโดยผู้บริหารผ่านการ ground round ในปี 2559 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล พบว่าการบันทึกการระบุประเด็นปัญหาไม่สอดคล้องกับการรักษา ข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับการระบุประเด็น (focus) ไม่ปรับแผนการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนปัญหาการประเมินผลที่ยังไม่ครอบคลุมสอดคล้องกัน และสิ่งที่พบน้อยมากในการบันทึก คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงในแต่ละกลุ่มโรค และการบันทึกทางด้านจิตใจ (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์, 2559) ในหลายๆหน่วยงาน เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร ภาระงาน ความรู้ความเข้าใจของพยาบาล ตลอดจนความไม่เข้าใจในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ทีมพัฒนาคุณภาพกลุ่มการพยาบาลเสนอเป็นโอกาสพัฒนาสอดคล้องกับการตรวจประเมินของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปี 2560 ประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital Accreditation) ครั้งที่ 5 พบประเด็นปัญหาเช่นเดียวกัน รวมทั้งเสนอแนะในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะกลุ่มโรคที่สำคัญ

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้มีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้ป่วย และเฝ้าระวังต่อเนื่องถือเป็นเรื่องสำคัญ เน้นการบันทึกที่ ชัดเจน กระชับตรงปัญหาสำคัญ ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นความจริง และมีความต่อเนื่อง มีการนิเทศติดตามกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่ม

งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จากกรณีศึกษารายบุคคล การตรวจสอบการบันทึกพยาบาลโดยทีมตรวจบันทึกตามคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2557) ผลการตรวจประเมินของคณะกรรมการตรวจบันทึกทางการพยาบาลประจำหน่วยงาน ผลการบันทึกผ่านเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด(เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80) แต่ผลจากการตรวจประเมินหน้างานตามสถานการณ์จริงตามการตรวจสอบคุณภาพของเอกสารและการบันทึก ตามกระบวนการพยาบาล การบันทึกการพยาบาลตามหลัก 5C (การบันทึกมีความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล (complete) มีความถูกต้อง สอดคล้องเหมาะสมของการปฏิบัติ ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (correct) มีความชัดเจนของการบันทึก (clear) มีความกะทัดรัดได้ใจความ (concise) ความต่อเนื่อง (Continuous) (กองการพยาบาล, 2544) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80) ซึ่งระดับผลการตรวจประเมินแตกต่างกันเนื่องจากกรมการประจำหน่วยงานการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้การตรวจข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง แต่การตรวจประเมินขณะปฏิบัติงาน ตรวจสอบการบันทึกการพยาบาลเฉพาะการบันทึกความก้าวหน้า (Nursing progress note) ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลตั้งแต่การระบุปัญหาทางการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การตอบสนองการรักษา และการให้ข้อมูลระหว่างการดูแล ซึ่งเป็นปัญหาด้านคุณภาพการบันทึกของหน่วยงาน

สรุปคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ แม้จะมีการพัฒนาให้ดีขึ้นระดับหนึ่ง แต่ยังพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์กำหนด โดยเฉพาะในส่วนการบันทึกความก้าวหน้า (Nursing progress note) จากสภาพปัญหาที่พบส่วนใหญ่บุคลากรต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก สำคัญ เวลาในการบันทึกน้อยลงและไม่ได้บันทึกทันทีหลังมีเหตุการณ์ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์โดยเฉพาะในด้านการบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง การบันทึกเหตุการณ์ระยะวิกฤตแต่ละช่วงเวลา ข้อมูลด้านจิตใจ และการดูแลต่อเนื่องที่อาจต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้ได้ มาตรฐานการพยาบาล สามารถสื่อสารข้อมูลสำคัญกับสหสาขาวิชาชีพ และเป็นหลักฐานการดูแลผู้ป่วยจริง ผู้วิจัยต้องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนการบันทึกความก้าวหน้า (Nursing progress note) ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการบริการผู้ป่วยหนัก มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการพยาบาล ครอบคลุมข้อกำหนดของมาตรฐาน การใช้กระบวนการพยาบาล บันทึกการพยาบาลตามหลัก 5C (complete, correct, clear, concise, Continuous) (สำนักการพยาบาล, 2554) ตามประเด็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งด้านความปลอดภัย การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การรายงานเหตุการณ์ที่ต้องทันเวลา โดยการบันทึกที่กระชับได้ใจความ แยกส่วนการบันทึกที่เป็นเหตุการณ์สำคัญ

1.3 การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลกำหนดให้ระดับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลนิเทศการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้การ grand round หัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศผ่านการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลทุกวันๆ ละ 1 แพ้ม ผลการตรวจประเมินปัญหาและอุปสรรคให้รายงานข้อมูลทุกเดือน ถึงแม้จะมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพในการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้ในปี 2559 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้จัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting) และปรับใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)(2557) มีเกณฑ์การประเมินจำนวน 9 ข้อโดยให้ค่าคะแนน การบันทึกการพยาบาลสมบูรณ์ให้ 1 คะแนน การบันทึกการพยาบาลไม่สมบูรณ์ให้ 0 คะแนน ประกอบด้วย 1) การประเมินแรกรับ 2) การระบุปัญหาทางการพยาบาล 3) กิจกรรมการพยาบาล 4) การตอบสนองการรักษา 5) การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล 6) การเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7) การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 8) การประสานการดูแลต่อเนื่อง 9) การบันทึกวันเดือนปี เวลา การลงลายมือชื่อ

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลโดยคณะกรรมการตรวจบันทึกประจำหน่วยงาน ตามเกณฑ์การประเมินที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด มีการนิเทศกำกับติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยตรวจการสอบการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (2557) ในปลายปี 2559 ผลการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนการบันทึกความก้าวหน้า(Nursing progress note) โดยใช้การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลทุกวันๆ ละ 1 แพ้ม พบว่าได้คะแนนเพียงร้อยละ 64 –72 (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์. 2559) การตรวจสอบคุณภาพ ในปี 2560 ได้ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญและกำหนดการติดตามตรวจสอบการบันทึกตามรายการ การบันทึกแบบ Focus charting โดยเน้นรายการที่พบจากการตรวจประเมิน ประกอบด้วย

1. ในส่วนที่ 1 Focus list กำหนดการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล ด้านการระบุประเด็นปัญหาสำคัญ, ระบุปัญหา specific clinical risk, เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Goal/Outcome) การกำหนดตัววัดประเมินผลในประเด็นสำคัญ, การระบุปัญหาด้านจิตใจ และการระบุวันพบและหมดปัญหาใน Focus List

2. ในส่วนที่ 2 ด้านการประเมินผู้ป่วย (Assessment) ข้อมูล Subjective, Objective, ข้อมูลสนับสนุนมีความสัมพันธ์กัน ด้านกิจกรรมการพยาบาล(Intervention) ข้อมูลอาการของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง กิจกรรมการพยาบาลและการดูแลที่สอดคล้อง รายงานแพทย์ได้เหมาะสม

Early detection เหมาะสม การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง การดูแลด้านจิตใจ การให้ข้อมูล ความรู้ และ หรือการฝึกทักษะด้านการประเมินผล (Evaluation) การระบุเวลา และการติดตามผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้

ผลการติดตามในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงกันยายน 2560 ผลการตรวจการบันทึกทาง การพยาบาล ในส่วนที่ Focus list พบว่ามีการบันทึกการระบุปัญหาความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค (specific clinical risk) มีความสมบูรณ์ร้อยละ 72.8 ในส่วนการบันทึก ส่วนที่ 2 คือ F-A-I-E ด้านการ ประเมินผู้ป่วย(Assessment) การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ครบถ้วนร้อยละ 58.9 ด้าน กิจกรรมการพยาบาล (Intervention) มีการบันทึก ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน ได้ใจความ และต่อเนื่อง ร้อยละ 81.0 การประเมินผล(Evaluation) ร้อยละ 71.1 ซึ่งจุดที่พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ด้านการระบุประเด็นปัญหา ถึงแม้จะมีการนำปัญหาเฉพาะโรคมาระบุแต่ส่วนใหญ่ไม่ พบด้านการรับคำปรึกษาด้านจิตใจ การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ การวางแผนจำหน่าย ตลอดจน การบันทึกการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง 2) การประเมินผู้ป่วย ข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) และข้อมูลปรนัย (Objective Data) โดยเฉพาะข้อมูลการตรวจร่างกาย (Physical Examination) และไม่สะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาล พบปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาลกรณีมีสถานการณ์วิกฤติที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องทุก 30 นาที มักพบมี การบันทึกเพียงช่วงเวลาเดียวทั้งที่มีเหตุการณ์เดียวกันในช่วงเวลาต่อมา โดยเฉพาะในช่วงเวลาการ ปรับเปลี่ยนเวร 4)การประเมินผลหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ไม่มีการประเมินผลในระยะเวลา ต่อมาทำให้ไม่มีการบันทึก และ 5) ปัญหาของแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความ ไม่ชัดเจนในการให้คะแนนในแต่ละรายการ

สรุปการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาล สุรินทร์ ผลการตรวจสอบยังคงพบปัญหาตั้งแต่ การรวบรวมข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาล การระบุปัญหา กิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนการประเมินผล ซึ่งในปัจจุบันมีการตรวจสอบการบันทึก ทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้แบบตรวจประเมินของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2557) ซึ่ง พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนความก้าวหน้า (progress note) ยังไม่ได้ตามเป้าหมายของกลุ่มการ พยาบาล หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาการตรวจบันทึก ทางการพยาบาล ในส่วนของการบันทึกความก้าวหน้า (Nursing progress note) ตามมาตรฐานการบริการ ผู้ป่วยหนัก ในการประกันคุณภาพการพยาบาลบริการพยาบาล(สำนักงานพยาบาล, 2554) การประเมิน คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ครอบคลุมข้อกำหนด ของมาตรฐาน การใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม การบันทึกการพยาบาลตามหลัก 5C โดยบูรณาการใช้แบบตรวจประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (2557) และสำนักงานพยาบาล(2554)

2. ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารที่พยาบาลรวบรวมข้อมูลและบันทึกสื่อสารอาการ อาการเปลี่ยนแปลง ภาวะสุขภาพ ความก้าวหน้าของผู้ป่วย ได้มีผู้ให้ความหมายดังนี้

กองการพยาบาล (2539) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมายว่าพยาบาลได้ปฏิบัติอะไรบ้าง ด้วยเหตุผลใด การปฏิบัตินั้นปฏิบัติอย่างไร และผู้ป่วยมีการตอบสนองอย่างไร

ปราณี อัครรัตน์ (2555) กล่าวว่าบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นข้อความการพยาบาลต่อผู้ป่วยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกไว้ โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ ดังนั้นนอกจากการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะเป็นสิ่งสะท้อนองค์ความรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลแล้วยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

วิจิตรา กุสุมภ์ (2556) กล่าวว่าบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับบุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพและความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล การเขียนบันทึกจึงจะต้องมีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย เป็นปัจจุบัน

จันทิรา เจียรนีย์ (2557) กล่าวว่าบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การเขียนบันทึกอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเป็นภาวะสุขภาพ ผลการประเมินอาการ ปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งการรักษา การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยมีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลและแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

อัจฉรา พุ่มดวง (2558) ระบุว่าบันทึกและรายงานทางการแพทย์พยาบาล เป็นการสื่อสารที่มีความจำเป็นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นพลวัตร (Dynamic) และต่อเนื่อง (continuous) ซึ่งต้องคำนึงถึงความสุขและปลอดภัย

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2559) สรุปว่าบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเรื่องราวสำคัญของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และสะท้อนสิ่งที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างทีมดูแลรักษา

Gryfinski, JJ. & Lampe, SS. (1990) กล่าวว่าเอกสารเป็นเรื่องสำคัญสำหรับการพยาบาลด้วยเหตุผลหลายประการ การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และถูกต้อง

ระหว่างการดูแล เอกสารเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการรับรองมาตรฐานและข้อกำหนดทางกฎหมาย ที่กำหนดในองค์กรการดูแลสุขภาพ

Potter, P.A & Perry, A.G. (2013) กล่าวว่าเอกสารเป็นสิ่งที่เขียนหรือพิมพ์ เป็นสิ่งที่เราบันทึกหลักฐานการกระทำหรือกิจกรรมของผู้ป่วย เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล เอกสารการพยาบาลต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความยืดหยุ่นพอที่จะเรียกข้อมูลทางคลินิกรักษา ความต่อเนื่องของการดูแลติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย และสะท้อนถึงมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล

Alkouri, O.A., AlKhatib, A.J. and Kawafhah, M. (2016) ระบุว่าเอกสารการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อทิศทางการดูแลสุขภาพและสะท้อนถึงแง่มุมต่างๆ รวมทั้งระดับความตระหนักในบทบาทของพยาบาลในการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพดี

John, S.K. and Bhattacharya, C. (2016) ระบุว่าเอกสารการพยาบาลมีการพิจารณาและการคิดเชิงวิพากษ์ที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล(การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล) เอกสารที่ถูกต้องและทันเวลาสะท้อนถึงการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ กฎหมายและมาตรฐานหน่วยงาน ส่งเสริมการพยาบาลเพิ่มขึ้นและอำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ

สรุป การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการเขียนหรือพิมพ์ ที่ระบุถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งเฉพาะรายและเป็นกลุ่มอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น อาการหรือปัญหาสำคัญที่พบ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการปฏิบัติการพยาบาล หรือการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ มีความถูกต้องสมบูรณ์ สามารถใช้เป็นข้อมูลสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการอื่นๆ

2.2 ความสำคัญการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญในการประเมินคุณภาพของการรักษาผู้ป่วย และเป็นข้อมูลที่สำคัญทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพของการดูแลรักษา มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยอาศัยความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพ ตลอดจนใช้สำหรับการสื่อสารส่งต่อข้อมูลที่สำคัญกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2557) เป็นการยืนยันการดูแลตามข้อกำหนด สะท้อนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล (Kent P, Morrow, K., 2014) การบันทึกการพยาบาลที่ถูกต้องทำให้พยาบาลสามารถตรวจสอบกระบวนการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบและประเมินคุณภาพการดูแล การประเมินรายงานของพยาบาลในบันทึกผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงความถูกต้องของบันทึกทางการพยาบาล (Paans ,W. et al., 2010) คุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการ

ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) เอกสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ประหยัดเวลา และลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาด (Potter, P.A & Perry, A.G., 2013) การบันทึกการพยาบาลที่ไม่ได้คุณภาพที่ผิดจากมาตรฐานการดูแลอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Arrowood et al., 2013)

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่บ่งบอกถึงความรู้ของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญในการประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) สามารถใช้ยืนยันคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน ซึ่งต้องครอบคลุมการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งยังพบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ ด้านการบันทึกที่ไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านภาระงานที่มีสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยน้อยกว่ามาตรฐาน ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ แรงจูงใจ ด้านการจัดการทางการพยาบาล ขาดการประเมินผลอย่างจริงจัง (อัจฉรา พุ่มดวง, 2558) ลักษณะที่สำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล เป็นข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล กิจกรรมที่วิเคราะห์เจาะจง เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล (ปราณี อัครวัฒน์, 2555) และบทบาทร่วม การบันทึกที่มีคุณภาพประกอบด้วย ข้อมูลที่เป็นจริง มีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย มีความสมบูรณ์ มีความเป็นปัจจุบัน/ทันต่อเหตุการณ์ จัดข้อมูลที่ใช้แบบฟอร์มชนิดต่างๆ เป็นระบบระเบียบ มีความน่าเชื่อถือ จัดลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ชัดเจน ถูกต้องตามรูปแบบ มีความต่อเนื่อง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) เป็นหลักฐานทางกฎหมายชั้นสำคัญที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิน, 2557) นอกจากนี้ยังมีความสำคัญอื่นๆ ดังนี้ (วรรณิ ตปนิยกร และงามนิตย์ รัตนากุล, 2552)

- 1) เพื่อกำหนดจุดเน้นของการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วย
- 2) เพื่อให้สามารถแยกแยะความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากสมาชิกอื่นๆ ในทีมสุขภาพ
- 3) เพื่อกำหนดเกณฑ์ในการทบทวนและประเมินการดูแล(การพัฒนาคุณภาพ)
- 4) เพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับการจัดแยกกลุ่มผู้ป่วย
- 5) เพื่อกำหนดหลักการที่เหมาะสมในการจ่ายเงินทดแทน
- 6) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและการทบทวนด้านกฎหมาย
- 7) เพื่อการปฏิบัติตามข้อกฎหมาย การรับรองสถาบัน และมาตรฐานวิชาชีพ
- 8) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัย

การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาล สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย การบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งเป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพของบริการพยาบาล และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย (พรศิริ พันธสี, 2558) สำนักการพยาบาล (2550) ได้กำหนดในมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ในมาตรฐานการบริการพยาบาล

ผู้ป่วยหนัก มาตรฐานที่ 11 เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ประกอบด้วย 1) บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่าย ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยแรกรับและประเมินซ้ำ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์หรือปัญหาและความต้องการพยาบาลที่ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตวิญญาณ แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา กิจกรรมการพยาบาลที่แก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล และความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตนเอง 2) การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกและรายงานทางการแพทย์ในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน 3) ทบทวนเอกสารรายงานเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ในการบันทึก 4) ใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน และ 5) พัฒนาคุณภาพการบันทึกอย่างต่อเนื่อง คุณภาพของเอกสารอาจส่งผลกระทบต่อประสานงานในการดูแลและการสื่อสารระหว่างแพทย์ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือถูกละไว้ อาจส่งผลให้เกิดการดูแลซ้ำซ้อน (Sue Bowman MJ, RHIA CCS, FAHIMA, 2013) วิจิตรา กุสุมภ์ (2556) ได้เสนอการบันทึกที่มีคุณภาพประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลที่เป็นจริง เช่น การบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลอัตนัย(Subjective) และข้อมูลปรนัย(Objective) ที่ประเมินได้ รวมทั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ปฏิบัติการจริง
 - 2) มีความถูกต้อง ชัดเจนเข้าใจง่าย
 - 3) มีความสมบูรณ์ บันทึกการให้ยา ปัญหาผู้ป่วยกิจกรรมการพยาบาล การสอนหรือให้ความรู้ และการวางแผนจำหน่าย ตลอดจนประเมินผลตามเกณฑ์ผลลัพธ์
 - 4) มีความเป็นปัจจุบัน/ทันต่อเหตุการณ์ เช่น การวัดการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉิน การรับใหม่ ย้าย ถึงแก่กรรม
 - 5) จัดข้อมูลที่ใช้แบบฟอร์มชนิดต่างๆ เป็นระเบียบ
- การบันทึกการพยาบาลสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาล เป็นประโยชน์ทางด้านกฎหมาย เป็นหลักฐานทางกฎหมายขึ้นสำคัญที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพ และความถูกต้องเหมาะสมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล (กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2557) การพยาบาลตามกระบวนการที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยสู่การวางแผน การปฏิบัติและติดตามประเมินผล ตามหลักวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการแพทย์ (อัจฉรา พุ่มดวง, 2558)

สรุปได้ว่าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อเป็นการสื่อสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะของผู้ป่วย กับทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลร่วมกัน

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสะท้อนคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการทบทวนรายงาน การศึกษาวิจัย ตลอดจนเป็นหลักฐานสำคัญด้านคุณภาพการพยาบาลและด้านกฎหมาย

3. หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.1 หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการรายงานการพยาบาลที่ครอบคลุมการพยาบาลในทุกๆ ระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ ใช้หลักกระบวนการพยาบาล และต้องมีหลักการบันทึก ดังนี้ (ปราณี อัครวิทย์, 2555)

1) เนื้อหาที่บันทึกต้องเป็นความจริง (fact) ข้อสำคัญต้องบันทึกให้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

2) เนื้อหาครบถ้วนมีความครอบคลุมและสมบูรณ์ (completeness)

3) เนื้อหาสั้นกระชับได้ใจความ (concise) อ่านได้ใจความ เข้าใจง่าย

4) เนื้อหามีความถูกต้องน่าเชื่อถือ (accuracy) การบันทึกต้องมีความถูกต้อง ทั้งการใช้คำย่อ การสะกด ถ้ามีความผิดพลาดให้ขีดเส้นทับ ลงชื่อกำกับ

5) เนื้อหาตรงเวลาและลำดับเหตุการณ์ชัดเจน (Timeliness and Currency) การบันทึกต้องตรงตามเวลา บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาล การบันทึกจำเป็นต้องมีการเรียงลำดับเหตุการณ์

6) ถูกต้องตามรูปแบบ (Organized) ถูกต้องตามแบบแบบฟอร์มของวิชาชีพและหน่วยงาน

7) บันทึกให้มีความต่อเนื่อง (Continued) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต้องบันทึกสม่ำเสมอ มีความต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน สัมพันธ์สอดคล้องระหว่างข้อมูลการประเมินสภาพ การวินิจฉัย การพยาบาลหรือการระบุปัญหากิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

3.2 แนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลได้ ซึ่งมีแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพ(องค์การมหาชน), 2557, กาญจนา ฐานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2558)

1) การบันทึกต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

2) บันทึกข้อมูลสำคัญ ที่ใช้ในการตรวจรักษา และให้การพยาบาล

3) บันทึกการประเมินอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล อาการแรกจนกระทั่ง
จำหน่าย

(1) บันทึกอาการแรกพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมสถานะของผู้ป่วย ระยะเวลา
ที่รับไว้ในความดูแล

(2) บันทึกประเมินอาการ อาการแสดง ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย
ประกอบด้วย

ก. ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ ข้อมูลสนับสนุน จากการประเมิน ด้าน
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ข. การปฏิบัติตามแผนกิจกรรม

ค. การประเมินซ้ำโดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ปัญหาที่สำคัญพร้อมระบุ
อาการที่ไม่ปกติหรือรุนแรง หรือข้อบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันท่วงที รายงานแพทย์
เหมาะสมทันเวลา

4) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล(Nursing Intervention) เป็นการบันทึกที่ช่วย
ลดปัญหา หรือลดโอกาสเสี่ยง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับ
ปัญหา เช่น การแนะนำด้านสุขภาพที่ส่งผลดีต่อการรักษา การบันทึกทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับ
แผนการรักษา การดูแลความสุขสบาย การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลความปลอดภัย
ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบันทึกต่อเนื่อง

5) การบันทึกติดตามผลหลังให้การรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

(1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พฤติกรรมตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การ
รักษา การบริหารยากลุ่มเสี่ยง หัตถการ

(2) บันทึกการตรวจหรือการให้ยาที่สำคัญ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดย
บันทึกวันเวลา ก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้

6) บันทึกประเมินความต้องการ การได้รับข้อมูล และให้ข้อมูลที่จำเป็นในการรักษา
ที่โรงพยาบาล

7) บันทึกการเตรียมความพร้อมการดูแลต่อที่บ้าน และมีการประเมินผลการเตรียม
ความพร้อม

8) กรณีผู้ป่วยจำหน่าย บันทึกประเภทการจำหน่าย วันเดือนปี สภาพผู้ป่วย อาการ
และอาการแสดง กรณีจำหน่ายเสียชีวิต บันทึกกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ

9) กรณีย้ายแผนกหรือส่งต่อ บันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดง หน่วยงานที่จะย้ายไป

10) ระบุวัน เดือน ปี และเวลา ชัดเจนตามลำดับเหตุการณ์แรกเริ่ม ระหว่างการดูแล

- 11) ใช้ภาษาที่ถูกต้อง ชัดเจน กระชับ การใช้สัญลักษณ์ หรือตัวย่อสากล ต้องสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้
- 12) เขียนบันทึกด้วยปากกาหมึกสีดำหรือสีน้ำเงิน หากมีคำผิดให้ขีดเส้นผ่านอักษรที่ผิด 1 เส้น และเซ็นชื่อกำกับ
- 13) บันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย
- 14) การลงลายมือชื่อผู้บันทึกทุกครั้ง และต้องสามารถระบุได้
- 15) การบันทึกต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร
- 16) ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับส่วนบุคคล ไม่อนุญาตให้ผู้อื่นอ่านบันทึกทางการพยาบาลโดยไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย

สรุปหลักการสำคัญการบันทึกทางการพยาบาล ต้องมีความครอบคลุมครบถ้วนในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ มีความถูกต้อง ถูกหลักการบันทึกตามรูปแบบหรือนโยบายที่กำหนดของหน่วยงาน บันทึกตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ในช่วงเวลานั้นๆ ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ข้อความได้ใจความ กระชับ ตรงประเด็น สื่อความหมายได้ชัดเจนตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ตลอดจนการบันทึกต้องมีความต่อเนื่องในตลอด 24 ชั่วโมง แสดงให้เห็นสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ มีการบันทึกทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับการบันทึกต่อเนื่อง จนกระทั่งย้ายหรือจำหน่ายใช้เป็นเครื่องมือในการรับส่งเวรและสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ เป็นหลักฐานสำคัญทางด้านกฎหมายของโรงพยาบาล และสะท้อนคุณภาพการดูแลของหน่วยงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำหลักการบันทึกทางการพยาบาลมาเป็นส่วนหนึ่งใน การตรวจสอบคุณภาพการบันทึก

4. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีหลายแบบ ในการศึกษา นี้ขอนำเสนอ 6 แบบ ดังนี้

4.1 การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (Narrative Charting) (จันทร์ทิรา เจริญณัย, 2557) เป็นการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบดั้งเดิมที่พยาบาลคุ้นเคย การบันทึกทางการพยาบาลตามที่สังเกตได้จากผู้ป่วย อาจเล่าเรื่องตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย โดยบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม ในช่วงเวลา ตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นจริง รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบบอกเล่าเรื่องราวนี้นี้ มีข้อดีและข้อจำกัด ดังนี้

4.1.1 ข้อดีของการบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว

- 1) พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการบันทึก ใช้แพร่หลายมานาน เข้าใจง่าย สะดวกต่อการใช้
- 2) สามารถใช้ร่วมกับแบบฟอร์มอื่นๆ ได้ง่ายเช่น ใช้ร่วมกับบันทึกย่อย (Flow sheets) หรือบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note)
- 3) เขียนได้รวดเร็ว
- 4) ง่ายต่อการบันทึกในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยบันทึกไปตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องพะวงถึงความถูกต้องตามกระบวนการของการบันทึก
- 5) ถ้าพยาบาลบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องแล้ว เมื่ออ่านบันทึกจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และปฏิกิริยาสนองตอบของผู้ป่วย

4.1.2 ข้อจำกัดของการบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว

- 1) ใช้เวลาในการบันทึก
- 2) ต้องเรียงลำดับข้อมูลจำนวนมากเพื่อได้ข้อมูลที่ต้องการ ยากที่จะค้นหาข้อมูลการบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างการจัดหมวดหมู่
- 3) การบันทึกที่มุ่งงาน (Task-Oriented) ตามเวลาที่พยาบาลได้กระทำ เน้นเรื่องการประเมินผลน้อย
- 4) ประเมินคุณภาพการพยาบาลค่อนข้างยาก เนื่องจากบางครั้งขาดความเชื่อมโยงกับข้อมูลสนับสนุนของปัญหาทางการพยาบาลที่ค้นพบ
- 5) การบันทึกตามการปฏิบัติงาน ทำให้ขาดการคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาล จึงไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล
- 6) ขาดความสม่ำเสมอในการกำหนดปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะของพยาบาลแต่ละคน จึงทำให้ขาดความต่อเนื่อง
- 7) ไม่มีโครงสร้าง จึงขาดความสมบูรณ์ ไม่มีแนวคิดทฤษฎีที่ชัดเจน

4.2 การบันทึกแบบละเว้น (Charting By Exception : CBE) เป็นการบันทึกที่พัฒนาขึ้นโดย Murphy and Burke (1988) เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติ ให้ความสำคัญกับปัญหาที่ค้นพบ หรือข้อยกเว้นเหตุการณ์เกิดขึ้นซ้ำๆ หรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ เพื่อให้บันทึกได้ สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของการบันทึก สามารถนำไปใช้กับการวางแผนการพยาบาลแบบใดก็ได้ที่ต้องมีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล การใช้สัญลักษณ์แทนการบันทึก การบันทึกชนิดนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย ใช้เป็นบันทึกไว้ข้างเตียง และสามารถบันทึกได้ตลอดเวลา อาจบันทึกในรูปแบบข้อมูลที่ให้เลือกหรือแบบ Checklist เช่น แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่อง การบันทึกการสอนผู้ป่วย มาตรฐานการดูแลของแพทย์/พยาบาล

นอกเหนือจากการจัดทำช้อยกเว้น การประเมินผลรายวันแบบสมบูรณ์ โดยมุ่งเน้นที่สถานะและการตอบสนองของผู้ป่วย แผ่นบันทึกข้อมูลแบบ flow sheet สำหรับทำเครื่องหมายข้อมูลที่ซ้ำๆ เช่น สัญญาณชีพรายชั่วโมง (Murphy, J. & Burke, L.J., 1988; Murphy, J. Beglinger, J. & Johnson, B., 1988) ข้อค้นพบที่ผิดปกติได้รับการเน้นและสามารถระบุสภาพของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มที่สำคัญได้อย่างรวดเร็ว การบันทึกสามารถบันทึกใน flow sheet โดย

1) การใช้สัญลักษณ์หน้าข้อความที่ต้องการเช่น การใช้เครื่องหมาย ✓ ข้อตกลงว่า ข้อมูลที่ปกติจะใช้เครื่องหมาย * ลงในช่อง เพื่อแจ้งปัญหา เครื่องหมายดอกจันจะนำไปยังการรายงานแบบเล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องในส่วน "การค้นพบที่สำคัญ" เนื่องจากมีความผิดปกติ

2) การใช้สัญลักษณ์ลูกศร ลงในช่องถัดไป เพื่อระบุว่าผลการค้นหาที่ผิดปกติไม่เปลี่ยนแปลงจากการบันทึกล่าสุด การทำซ้ำที่ไม่จำเป็นและให้ข้อมูลอย่างรวดเร็ว

การบันทึกแบบละเว้น (Charting By Exception : CBE) สามารถปรับใช้ได้กับองค์ประกอบพื้นฐาน 1) แบบฟอร์มของแพทย์และพยาบาล (flowsheet) 2) เกณฑ์การดูแลผู้ป่วย แนวทางการรักษา มาตรฐานการดูแล (protocols and standard of practice) 3) แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) 4) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐาน(nursing database) และ 5)แบบฟอร์มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการดูแล(nursing diagnosis and care plan) (Potter, P.A. and Perry, A.G., 2013) ข้อดีและข้อจำกัดมีดังนี้ (ฐิติขวัญ นวมะชิตี, 2557)

1) ข้อดีของการบันทึกแบบละเว้น(Charthing By Exception:CBE)

- (1) มีโครงสร้างชัดเจน
- (2) ความสะดวกในการแก้ไขปัญหา

2) ข้อจำกัดของการบันทึกแบบละเว้น(Charthing By Exception : CBE)

- (1) ไม่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลและวัน เวลาที่สิ้นสุดปัญหา
- (2) การคิดวิเคราะห์เพื่อเขียนข้อวินิจฉัยการวางแผนการพยาบาล

4.3 การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) Lampe (1885) เป็นการบันทึกทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Lampe (1885) เป็นรูปแบบที่ช่วยในการบันทึกการทำงานของพยาบาล มีโครงสร้างที่ชัดเจน ประกอบด้วย 3 คอลัมน์ การบันทึกกระชับและชัดเจน มีการใช้กระบวนการพยาบาล “focus” คือการวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พยาบาลกำหนดโดยการประเมินอย่างเป็นระบบ อนุกรมวิธานของหน่วยงานหนึ่งๆ ของคำจำกัดความของ “Focus” สามารถปรับใช้กับชุดข้อมูลมาตรฐานการวินิจฉัยการพยาบาล(NANDA) สามารถรวบรวมสรุปการระบุประเด็นสำคัญจากความกังวลหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษา

การบันทึกทางการพยาบาลแบบนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การบันทึกรายการประเด็นสำคัญ และการบันทึกการดูแลผู้ป่วย (Patient care notes) ลักษณะการบันทึกแบบบรรยายและมีโครงสร้างประกอบด้วย 1)ข้อมูล(Data) : เป็นข้อมูลอัตนัย (subjective data) และหรือข้อมูลปรนัย (objective data) ที่สนับสนุน อธิบายข้อสังเกตในส่วน Focus ในช่วงเวลาของเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษา 2) การปฏิบัติการ (Action) การปฏิบัติการพยาบาล บันทึกสิ่งที่กระทำหรือกิจกรรมอย่างชัดเจนหรืออาจบันทึกการดูแลที่วางแผนจะให้แกผู้ป่วยในอนาคต ขึ้นอยู่กับการประเมินสภาพผู้ป่วย การดำเนินการนี้รวมถึงการประเมินแผนการดูแลปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็น และ 3) การตอบสนอง (Response) การอธิบายการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลทางการแพทย์หรือการพยาบาล

การบันทึกแบบชี้เฉพาะจะช่วยลดความซ้ำซ้อน พยาบาลจะสามารถประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างสมเหตุสมผล ฐานข้อมูลดังกล่าวจะประกอบด้วย ประวัติการตรวจร่างกาย การบันทึกความก้าวหน้าที่แพทย์ได้ดำเนินการ รวมทั้งการประเมินการรับเข้ารับการรักษ แผนการดูแลประจำวันที่พยาบาลบันทึกไว้ และดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงการดำเนินการตามคำสั่งของแพทย์สำหรับด้านการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) อนุমানว่าพยาบาลสามารถรับรู้ว่าจะสามารถดำเนินการภายใต้การดูแลและสามารถประเมินในด้านการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีแนวคิดไม่จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลบางส่วนเช่น แผนภูมิสัญญาณชีพ การตรวจสอบระบบประสาท การตรวจสอบปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย และรายการสุขอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งจะถูกรวบรวมเป็นเอกสารการตรวจสอบกิจกรรมประจำวัน ข้อมูลที่บันทึกไว้ใน flow sheet ไม่จำเป็นต้องทำซ้ำในบันทึกการดูแลผู้ป่วย เว้นแต่ว่าข้อมูลนั้นจะชี้แจงหรือยืนยันบันทึกการดูแลของผู้ป่วย มีการพัฒนาจากโครงสร้างเดิม F-D-A-R เป็นโครงสร้าง F-A-I-E กำหนดโครงสร้างการบันทึกไว้ 2 ส่วน คือ 1)การบันทึกส่วนเนื้อหา ประเด็นสำคัญ(Focus : F) เป็นส่วนที่ระบุประเด็นปัญหาหรือประเด็นสำคัญ 2)ส่วนที่เป็นเนื้อหารายละเอียด Progress note ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment :A) การปฏิบัติ (Intervention: I) และการประเมินผล(Evaluation :E) โดย F คือ Focus D คือ Data , A คือ Action , และ R คือ Response ส่วนสรุป ประกอบด้วย Focus List และ Goal/outcome โดยแต่ละส่วนมีโครงสร้าง ของการบันทึกดังนี้ (ยูวดี เกตุสัมพันธ์, 2559)

การบันทึกส่วนเนื้อหา Progress note มีโครงสร้างเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็น Focus เป็นส่วนที่ระบุประเด็นปัญหาหรือประเด็นสำคัญ สามารถระบุเป็นคำหรือวลีที่สามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลรักษา มีสิ่งใดเกิดกับผู้ป่วยหรือเหตุการณ์สำคัญ กำหนดประเด็นดังนี้

- (1) การเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือตัวบอกเหตุ(trigger) เช่น หายใจลำบาก ชัก ไข้สูง ความดันโลหิตเพิ่มหรือลด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ไม่รับรู้เวลา บุคคล และสถานที่
- (2) พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือสิ่งที่ยังเป็นความกังวลของผู้ป่วยและญาติแต่ละคนในขณะนั้น เช่น nausea chest pain, การ feed อาหาร, การทำแผลกดทับ, วิตกกังวล
- (3) เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น discharge planning, การประเมินก่อนผ่าตัด, การประเมินหลังผ่าตัด, การให้เลือด, การเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ
- (4) การเฝ้าระวังหรืออาจช่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความต้องการน้ำ, อาหาร, การหายใจ, การขับถ่าย
- (5) การสอนหรือให้คำปรึกษาที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยรายนั้นๆ
- (6) การปรึกษาแพทย์หรือทีมดูแลรักษาวิชาชีพอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เช่น การปรึกษาแพทย์
- (7) สิ่งที่สำคัญที่ค้นพบอื่นๆ ที่ได้จากการประเมินซ้ำตลอดจนระยะเวลา การดูแล เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัย

ส่วนที่ 2 เป็นรายละเอียด Progress note ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment : A) การปฏิบัติ (Intervention: I) และการประเมินผล(Evaluation :E) มีรายละเอียดดังนี้

- (1) Assessment เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และหรือข้อมูลปรนัย (objective data) ที่สนับสนุนหรืออธิบายข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วน Focus ซึ่งลักษณะของ Subjective Data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สอบถาม หรือคำถามของผู้ป่วย หรือข้อมูลที่ได้จากญาติ ครอบครัวหรือบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น Objective Data เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย การสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์ หรือข้อมูลอื่นๆ นอกเหนือจากสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- (2) การบันทึก assessment ควรมีข้อมูลทั้ง subjective data และ objective data และควรเริ่มต้นด้วย objective data
- (3) Intervention เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญและเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ตามสิทธิและหน้าที่ทางกฎหมาย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งกิจกรรมที่ช่วยแพทย์ในการรักษา ผู้ป่วยตามแผนการรักษา และการประสานงานกับทีมดูแลรักษา

(4) ในการบันทึกกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย ควรระบุให้เห็นถึงสิ่งที่กระทำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลรักษา ซึ่งหลักการบันทึกสิ่งที่กระทำหรือกิจกรรมอย่างชัดเจน หรืออาจบันทึกการดูแลที่วางแผนจะให้แก่ผู้ป่วยในอนาคต กิจกรรมที่ให้ความเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับความต้องการ สภาพาสุภาพและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย พิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมนั้นๆ เสมอ เป็นการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขององค์กร

(5) Evaluation เป็นการบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (individual's response) ที่มีต่อการรักษาและหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เป็นประโยคที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมาย หรือเป็นไปได้ในทิศทางที่จะบรรลุเป้าหมาย บันทึกส่วนนี้ใช้พิจารณาตัดสินว่า ขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลรักษามีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีมากน้อยเพียงใด เป็นการช่วยให้ผู้ร่วมทีมดูแลผู้ป่วยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนให้การดูแลรักษาจนถึงการให้การพยาบาลที่เสร็จสิ้นในแต่ละเวร เพื่อสามารถติดตามแก้ไขปัญหาและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ในการตรวจสอบเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นไปตามมาตรฐาน

การบันทึกส่วนสรุป มีโครงสร้าง 2 ส่วน คือ Focus List และ Goal/outcome โดยแต่ละส่วนประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

1) Focus List เป็นการบันทึกรายการ (List) ประเด็น Focus เป็นแบบบันทึกที่ใช้ควบคู่กับการบันทึกส่วนของเนื้อหา โดยทำหน้าที่เป็นดัชนีหรือการอ้างอิงสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย แบบบันทึกนี้เป็นการแสดงรายการ Focus เรียงลำดับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) Goal/Outcome เป็นบันทึกที่เกี่ยวกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ Focus โดยแสดงถึงการตอบสนองของผู้ป่วย (Patient response) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาได้รับการแก้ไขหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (patient needs)

ข้อดี ข้อจำกัด ของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) มีดังนี้(กาญจนา ฐานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิน, 2557)

1) ข้อดีของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

(1) ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก

(2) เอื้อให้มีการบันทึกที่รวบรัด กระชับ ชัดเจน

(3) ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยมากกว่ามองว่าเป็นปัญหา ซึ่ปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหาแต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ

(4) มีโครงสร้างสำหรับบันทึกความก้าวหน้า ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูล สำคัญและปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

(5) ทำให้ง่ายต่อการบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาล อย่างชัดเจน

(6) ง่ายต่อการสืบค้น

2) ข้อจำกัดของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ(Focus Charting)

(1) อาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งเช่น ขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้

(2) อาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในกรณีติดตามผลการให้ยา

(3) อาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล หรือลำดับขั้นตอนในการให้การพยาบาล

4.4 การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557)

เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานของพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ การประเมิน การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกขึ้นมา เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบันทึกการพยาบาล ดังนั้นการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ ขั้นตอนแรกที่สำคัญ การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องมี 5 กิจกรรม ได้แก่ การเก็บข้อมูล (Collecting data) การตรวจสอบข้อมูล(Validating data) การจัดระบบข้อมูล (Organizing data) การวิเคราะห์ข้อมูล(Analyzing of data) และการบันทึกข้อมูล(Recording/Documentation of data)

2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงสรุปได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ มาเขียนข้อวินิจฉัย (Nursing Diagnosis Statement) NANDA(The North American Nursing Diagnosis Association) ได้จำแนกข้อวินิจฉัยเป็น 5 ประเภท

(1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) จากการบอกเล่าหรือสังเกต

(2) ข้อวินิจฉัยที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น

(3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้

(4) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดี เป็นระดับที่ดีมากขึ้น

(5) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกลุ่มอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง

3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนดังนี้

(1) การจัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญ ความเร่งด่วนของปัญหาเป็นหลักการพิจารณาได้ 2 ทางคือ ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที และการจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยการใช้ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ตามความต้องการของมนุษย์

(2) กำหนดผลที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

(3) การเลือกกิจกรรมพยาบาล (Selecting Nursing Interventions /Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป้าหมายการพยาบาล

(4) การเขียนแผนการพยาบาล (nursing care plan) และการเขียนเหตุผล (Scientific Rationale) การเขียนแผนการพยาบาล เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุข้อมูลสนับสนุนที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่ได้มาจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เขียนเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังแต่ละข้อวินิจฉัย เขียนกิจกรรมการพยาบาล(nursing intervention) ต่อจากผลลัพธ์ที่คาดหวัง การเขียนเหตุผล (Scientific Rationale) ช่วยอธิบายการพิจารณาการตัดสินใจทำกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ การประเมินผล (Evaluation) เขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัด

4) การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) การนำแผนการสู่การปฏิบัติ โดยใช้แผนการพยาบาลที่สมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติการพยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล

ข้อดี ข้อจำกัด ของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

มี ดังนี้ (กาญจนา ฐานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2557)

- 1) ข้อดีของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)
 - (1) บอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาได้ชัดเจน
 - (2) มีการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล ที่แสดงถึงความรู้ทางวิชาชีพการพยาบาล
 - (3) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวและมีความต่อเนื่องเพราะทีมการพยาบาลมองปัญหาในทิศทางเดียวกัน
 - (4) มีการประเมินผลการทำงานชัดเจนทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสม ทันเวลา
 - (5) สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลและกระตุ้นให้มีการเขียน วินิจฉัยการพยาบาล

2) ข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ไม่เหมาะในการใช้กับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย

4.5 การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem oriented record) (กาญจนา ฐานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2557) เป็นการบันทึกที่เน้นให้ความสำคัญแก่ปัญหาของผู้ป่วย มีการบันทึกข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย มีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นภาพรวมของการให้การรักษายาบาลและการทำหัตถการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา

องค์ประกอบสำคัญ การบันทึกระบบนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ

- 1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย Subjective data และ Objective data
- 2) รายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์แล้วนำมาเรียงลำดับความสำคัญ วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน รอได้หรือแก้ไขแล้ว
- 3) แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหามาตามี่ระบุไว้ โดยพิจารณาตามความรุนแรงเร่งด่วนของปัญหา
- 4) การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย(Progress note) เป็นการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การติดตามปัญหาของผู้ป่วย รูปแบบการเขียนความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่นิยมใช้ได้แก่ SOAP และพัฒนาเป็น SOAPIE ในเวลาต่อมา

รูปแบบการบันทึก มีดังนี้

- 1) SOAP note และพัฒนาเป็น SOAPIE note คือ

(1) S(Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยมักบันทึกในลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย

(2) O(Objective data) คือข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การตรวจร่างกายและจากเอกสารอื่น ๆ

(3) A(Analysis) คือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่ายังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง

(4) P(Plan) คือแผนการรักษาพยาบาล

(5) I(Interventions) คือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

(6) E(Evaluation) คือการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

2) PIE note เป็นการบันทึกตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยรวมแผนการพยาบาลเข้าไปอยู่ใน progress note ต้องบันทึกปัญหาทางการพยาบาลในทุกผลัดของการทำงาน PIE note ประกอบด้วย

(1) P(Problem) คือปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

(2) I(Interventions) คือการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย

(3) E(Evaluation) คือการประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

3) Focus DAR note เป็นการบันทึกตามปัญหาเฉพาะกรณี โดยไม่เน้นเฉพาะ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย แต่สามารถบันทึกเหตุการณ์อื่นๆ ที่สำคัญได้ เช่นสิ่งที่เกิดจากการให้คำแนะนำหรือการสอนผู้ป่วย เป็นต้น Focus DAR note ประกอบด้วย

(1) D(Data) คือข้อมูลที่สนับสนุนจุดที่ชี้เฉพาะ ที่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย สภาพอาการ และ/หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยรวมทั้งการสังเกตของ พยาบาล

(2) A(Action) คือการปฏิบัติการพยาบาล แก้ไขปัญหา ตามการประเมินกิจกรรมการพยาบาล

(3) R(Response) คือการประเมินการตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล ของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา

ข้อดีข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem oriented record)

1) ข้อดีของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา(Problem oriented record)

(1) ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน

(2) สนับสนุนการทำงานร่วมกัน

(3) ง่ายต่อการสังเกตสถานการณ์แต่ละปัญหา

(4) ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว

2) ข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา(Problem oriented record)

- (1) การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือ จากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงจะเกิดประโยชน์
- (2) ถ้าการดูแลผู้ป่วยแยกออกเป็นส่วนๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา
- (3) ต้องใช้เวลามากในการระบุปัญหาให้ครบถ้วน

4.6 การบันทึกทางการแพทย์โดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting)(จันทร์ทิรา เจียรณีย์, 2557)การพัฒนาการบันทึกข้อมูลผ่านระบบพีซีในการจัดการข้อมูล การใช้ระบบการบันทึกใช้คอมพิวเตอร์เพื่อจัดเก็บข้อมูล เพิ่มข้อมูลใหม่ สร้างและทำแผนการดูแลบันทึกความคืบหน้า ช่วยลดเวลาในการบันทึกและเพิ่มความถูกต้องแม่นยำ อีกทั้งยังสามารถเชื่อมโยงไปยังแหล่งอ้างอิงข้อมูล เพื่อช่วยอธิบายความถูกต้องในการเลือกกิจกรรมสำหรับปฏิบัติการพยาบาล ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิดเช่น รายงานการจัดการทางการแพทย์ ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนที่บันทึกอาการทางคลินิกของผู้ป่วยรายนั้นๆ และการลงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ แผนการพยาบาล กิจกรรมพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลทำให้การบันทึกสะดวกและรวดเร็วรวมทั้งสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหลายๆสถาบันได้

ข้อดีข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์(Computerized Electronic Charting) มีดังนี้

- 1) ข้อดีของการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์(Computerized Electronic Charting)
 - (1) การใช้งานสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว
 - (2) สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการทำงานระหว่างวิชาชีพได้สะดวกขึ้น
- 2) ข้อด้อยของการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์(Computerized Electronic Charting)
 - (1) ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา
 - (2) การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมแม้เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันบางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้ป่วยอยู่เสมอ เพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนเป็นการรักษาพยาบาล
 - (3) สัมพันธภาพระหว่างทีมลดลง
 - (4) ปัญหาเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ถ้าไม่มีระบบความปลอดภัยหรือระบบป้องกันการเข้าถึงข้อมูลอย่างเพียงพอ ซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านกฎหมาย

สรุปรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์บาลนั้นมีหลายรูปแบบ ทุกรูปแบบมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน จะเลือกรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับนโยบายบริบทของหน่วยงาน ที่จะสอดคล้องกับการบันทึกในแต่ละรูปแบบ โดยต้องคำนึงถึงประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย ตลอดจนผู้ให้บริการจะต้องพัฒนาวิชาชีพซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ โรงพยาบาลสุรินทร์ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์บาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) โดยมีโครงสร้างในรูปของ F-A-I-E ซึ่งการบันทึกโดยใช้รูปแบบ Focus Charting ที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญนี้ เน้นประเด็นสำคัญ และทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงตลอดเวลา การบันทึกทางการแพทย์บาลอาจจะจำเป็นต้องประยุกต์ใช้หลายรูปแบบเพื่อลดภาระงานและลดเวลาการบันทึก เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

5. เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์บาล

การบันทึกทางการแพทย์บาลที่มีคุณภาพนั้น สามารถนำมาใช้ในการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตลอดจนเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญ การตรวจประเมินการบันทึกการพยาบาลจึงมีความสำคัญสำหรับวิชาชีพพยาบาลในการตรวจสอบเวชระเบียนของตนเอง ซึ่งมีการแนวทางในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์บาลไว้ดังนี้

5.1 การตรวจคุณภาพโดยกองการพยาบาลและสำนักการพยาบาล

กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดการตรวจสอบคุณภาพเอกสาร และการบันทึกทางการแพทย์บาล ที่สอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ดังนี้

5.1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาล ถูกต้องตามแบบฟอร์ม กำหนดรายการปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

1) บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยถูกต้อง และสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2) บันทึกผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์บาลได้ถูกต้อง

3) ระยะเวลาความถี่ของการบันทึกถูกต้องสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

4) บันทึกถูกต้องตามหลักภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่างๆถูกต้อง

5.1.2 ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่องดังนี้

1) ระบุปัญหา และความความต้องการของผู้ป่วย หรือสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

2) ระบุกิจกรรม การแก้ปัญหา และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุม 4 มิติ คือ การดูแลรักษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการ การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

3) เขียนรายงานโดยยึดปัญหา และความความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล

5.1.3 ความชัดเจน (Clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลขชัดเจน อ่านง่ายดังนี้

1) บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงิน หรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย และใช้ตัวย่อสากล

2) ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความ ต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

5.1.4 ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกที่มีความกะทัดรัด ได้ใจความตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยอ่านแล้วเข้าใจง่ายและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลและบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

สำนักงานพยาบาล(2554) ในการประกันคุณภาพการพยาบาล:การประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ได้กำหนดการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ครอบคลุมข้อกำหนดมาตรฐาน การใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม การบันทึกการพยาบาลตามหลัก 4C ได้แก่ ความถูกต้อง(correct) ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล(complete) ความชัดเจนของการบันทึก(clear)ความกะทัดรัดได้ใจความ(Concise) และการบันทึกทางการพยาบาลที่สื่อถึงการดูแลต่อเนื่อง

5.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ในส่วนการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), 2557) เอกสารและหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินได้แก่

5.2.1 **เอกสารที่ใช้ในการประเมิน** ได้แก่ แบบบันทึกการพยาบาล(Nurses' note) ข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่

1) บันทึกทางการแพทย์พยาบาล(nursing documents) อื่นๆเช่นใบประเมินสมรรถนะ แกร์รับ บันทึกการให้ยา(Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอร์มปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น

2) แบบบันทึกของสาขาวิชาชีพเช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียนผู้ป่วยนอก(OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

5.2.2 เกณฑ์การประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

เกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) มีเกณฑ์ การประเมิน 9 ข้อดังนี้

1) **เกณฑ์ข้อที่ 1** การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่ อาการสำคัญหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง และอาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุม ตามสภาวะของผู้ป่วย

2) **เกณฑ์ข้อที่ 2** การระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาล มีการระบุปัญหาที่สำคัญ สอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกายและหรือด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

3) เกณฑ์ข้อที่ 3

กิจกรรมการพยาบาล(Nursing Intervention)

(1) ระบุกิจกรรมการพยาบาล และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่สอดคล้อง ครอบคลุมอาการ หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ

(2) มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและหรือวัด สัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือ รุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์(early detection) และ ตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็ว ทันเวลา และ

(3) ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพใน ปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

4) เกณฑ์ข้อที่ 4

การตอบสนองการรักษาพยาบาล มีการระบุการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหาร ยาในกลุ่มเสี่ยงสูง(ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ และการให้เลือด(ถ้ามี) มีการระบุผลการตรวจการให้ การรักษาต่างๆ (ถ้ามี) เช่นการเจาะปอด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะและหลังทำ ผลที่ได้เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวน เท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

5) **เกณฑ์ข้อที่ 5** การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็น ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาการแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่นๆ

6) เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย หรือผู้ดูแลเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านและมีการประเมินผลของการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย

(1) มีการระบุนาการและหรือปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูลความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็นในช่วงที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

(2) มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง(Empowerment) และ

(3) มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความก้าวหน้าในการเรียนรู้และหรือการฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

7) เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

(1) การระบุนาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย

(2) กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเช่นคำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนือง และการนัดตรวจครั้งต่อไป(ถ้ามี)

(3) ระบุนาข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8) เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนือง

(1) มีการระบุนาข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

(2) มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน(ถ้ามี)

9) เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึก วัน เดือน ปี เวลา และการลงลายมือชื่อ บันทึก

วัน เดือน ปีและเวลา

(1) แรกรับ : ระบุนา วัน เดือน ปีและเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

(2) ระหว่างการดูแล :

ก. มีบันทึก วัน เดือน ปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันทารณ์และการตอบสนอง

ข. มีบันทึก วัน เดือน ปีและเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์

ค. มีบันทึก วัน เดือน ปีและเวลา ในใบการให้ยา (Medication Administration

Record)

(3) ก่อนจำหน่าย: ระบุนา วัน เดือน ปีและเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

มีบันทึก วัน เดือน ปีและเวลา ในคำสั่งการรักษาของแพทย์

มีบันทึก วัน เดือน ปีและเวลา ในใบการให้ยา (Medication Administration

Record)

สรุป การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์นั้น ต้องตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ที่ต้องมี ความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน รัดกุม เป็นปัจจุบัน และมีความต่อเนื่อง มีการใช้กระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์ ตามรูปแบบที่กำหนด ผู้วิจัยเลือกบูรณาการใช้แบบการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2557) ร่วมกับของสำนักงานการพยาบาล (2554) ซึ่งมีความสอดคล้องกันในเรื่องของการประเมิน และสอดคล้องกับบริบทขององค์กร บูรณาการบางเกณฑ์ที่เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ด้วยการปรับเกณฑ์ในข้อที่ 1 สำหรับการประเมินรับย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย เกณฑ์ข้อที่ 6 -7 การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย และ เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่องเมื่อย้ายกลับหอผู้ป่วย

6. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

6.1 ความหมายของประสิทธิผล

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมายของคำว่าประสิทธิผล หมายถึง ผลสำเร็จหรือผลที่เกิดขึ้น และมีหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของคำว่าประสิทธิผลไว้ดังนี้

สมใจ ลักษณะ (2552) ได้ให้ความหมายของประสิทธิผลไว้ว่า ประสิทธิผลอาจพิจารณาเป็น 2 ระดับ 1) ประสิทธิผลของบุคคล คือลักษณะของบุคคลที่มีความสามารถปฏิบัติงานหรือปฏิบัติกิจกรรมใดๆ แล้วประสบผลสำเร็จทำให้บังเกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผลที่เกิดขึ้นมีลักษณะคุณภาพเช่น ความถูกต้อง ความมีคุณค่า ความเหมาะสมตึงาม ตรงกับความคาดหวัง และความต้องการของหมู่คณะ และเมื่อนำผลที่ได้จากการปฏิบัติไปใช้ ด้วยความพอใจ ปฏิบัติเต็มความสามารถ ปฏิบัติด้วยการเลือกสรรกลวิธีและเทคนิควิธีการที่เหมาะสมที่สุด จะทำให้บรรลุผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างสูงสุด 2) ประสิทธิผลขององค์การ เน้นไปที่ผลรวมขององค์การ ในส่วน สมหมาย เทียนสมใจ (2556) ให้ความหมายของคำว่าประสิทธิผล หมายถึง ระดับความสามารถในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือการที่บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้เสร็จสิ้น และประสบผลสำเร็จอย่างดี รู้สึกพอใจในความสำเร็จของงานนั้น นิคม เจียรจินดา (2559) กล่าวว่าประสิทธิผลหมายถึงผลสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติ หรือในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้ อรอนงค์ สิงห์บุปผา (2559) ระบุว่าประสิทธิผล คือการดำเนินงานที่บรรลุผลสำเร็จ โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับแผนงาน/โครงการที่กำหนดไว้ และวิไลวรรณ พ่วงทอง (2559) ได้ให้ความหมายประสิทธิผลว่า คือความสามารถในการดำเนินงานใดๆ หรือปฏิบัติกิจกรรมใดๆ แล้วประสบผลสำเร็จ ทำให้บังเกิดผลโดยตรง และครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีประสิทธิผลในการทำงานในระดับสูงหรือต่ำเพียงใดขึ้นกับว่าผลที่ได้รับนั้นตรง ครบถ้วน ทั้งในด้านเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

สรุปประสิทธิผล เป็นการวัดผลสำเร็จของงานหรือผลลัพธ์ ที่ดำเนินการหรือปฏิบัติกิจกรรมใดๆ แล้วประสบผลสำเร็จ ทำให้บังเกิดผลตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่เราคาดหวังไว้ครอบคลุมทั้งในด้านคุณภาพและด้านปริมาณ

6.2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

การประเมินประสิทธิผล ศิริวัฒน์ เปลี้นบางยาง (2560) กล่าวว่าเป็นการประเมินได้ทั้งระดับบุคคล และระดับองค์กร แบ่งเป็น 2 ประเด็นคือ 1) การวัดประสิทธิผลจากการบรรลุเป้าหมาย เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติงานกับเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพ ระยะเวลาการดำเนินงาน 2) การสร้างความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร หรือการได้รับประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย หรือผู้ได้รับผลของโครงการหรือบริการ Seldin (1988) ระบุว่า การวัดและประเมินประสิทธิผลโดยทั่วไป เป็นการวัดเพื่อดูความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง และผลการปฏิบัติ ถ้ามีความแตกต่างกันน้อยก็จะมีประสิทธิผลมาก แต่ถ้ามีความแตกต่างมากจะมีประสิทธิผลน้อย ส่วน นิคมเจียรจินดา (2559) ได้วัดประสิทธิผลการปฏิบัติงานส่วนหนึ่งมาจากการวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ ประภาภรณ์ บุญสม, จินต์จุฑา รอดพาล, พรพิมล ผดุงสงฆ์, สมคิด ตรีราณี และสมทรง บุตรชีวัน (2555) ประเมินประสิทธิผลการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้ 1) สมรรถนะในการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ 2) ความรู้ในการบันทึก ทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ 3) คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

อาจกล่าวได้ว่าการประเมินประสิทธิผลการบันทึกทางการแพทย์ สามารถประเมินได้ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาการประเมินประสิทธิผลด้านคุณภาพ หรือผลลัพธ์ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ และด้านการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการแพทย์ ไว้ดังนี้

ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ โดยอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ประเมินคุณภาพรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ 3 ด้าน คือด้านความครอบคลุมของการบันทึก ด้านความเชื่อมโยงของการบันทึก และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย สุปรานี ศรีพลวงษ์ และจกมล ัมปสาโท (2557) ประเมินรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ความชัดเจน ได้ใจความ รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) ประเมินคุณภาพด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก วิทวดี สุวรรณสรवल (2557) ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้หลัก 4C (4C; correct, Complete, Clear, concise) รุติมา ปลื้มใจ และเพ็ญ ญ พัทลุง (2558) ประเมินรูปแบบบันทึกทางการแพทย์โดยใช้หลัก 5C (5C; complete, correct, clear, concise, Continuous) และวาริณี ด้วงเงิน ภัชรากร บุญรักษา และวีรยุทธ ศรีทุมสุข (2558) ตรวจสอบคุณภาพระบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้หลัก

4 C และการใช้กระบวนการพยาบาล และ ฐิติขวัญ นวมะชิตติ (2557) ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล หลักการบันทึก และความต่อเนื่อง

การประเมินผลด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการพยาบาล เกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดย ฌภัทร ธนะพุดินาท และคณะ (2554) อุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับคุณประโยชน์ของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในการสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) สุรพล เตชะกฤตดำรง (2557) ฐิติขวัญ นวมะชิตติ (2557) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก และด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล พงนิย์ อธิกุล (2557) อรทัย หัวหาญ และคณะ (2560) ศึกษาผลการบันทึกทางการพยาบาล ในเรื่องความพึงพอใจ ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความของการบันทึก

ในส่วนขององค์การต่างๆ มีนโยบายการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล สำนักการพยาบาล (2554) มีการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ครอบคลุมตามข้อกำหนดมาตรฐาน คือ การใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม และการบันทึกตามหลัก 4C (4C; correct, Complete, Clear, concise) และการบันทึกที่สื่อถึงการดูแลต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสภาการพยาบาลและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ได้บูรณาการการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ซึ่งในส่วนการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมิน จำนวน 9 ข้อ (รายละเอียดหน้า 38)

สรุปการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสามารถวัดได้ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เปรียบเทียบผลการปฏิบัติทั้งด้านคุณภาพ และผู้รับผลหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ทั้งด้านคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยบูรณาการใช้ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ในการประเมินประสิทธิผล 1)ด้านคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 3 ด้าน คือ ด้านหลักการใช้กระบวนการพยาบาล ด้านหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก 2) ด้านผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ใช้การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดตามหลัก 4C (ความถูกต้อง ครบถ้วน ความชัดเจน ได้ใจความ)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ศึกษาสนใจประเด็นที่เป็นปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

7.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จากการทบทวนวรรณพบว่า ปัจจัยของการบันทึกทางการพยาบาลจากนโยบาย รูปแบบ และแนวทางการบันทึกที่ไม่ชัดเจน ทัศนคติ และความรู้ของผู้บันทึกทางการพยาบาล ตลอดจนด้านแบบฟอร์มในการบันทึกที่ไม่เอื้อต่อผู้บันทึก ซึ่งมีการศึกษาดังนี้

วรรณชนก จันทชุม, รกัญญา วิเชียรภัทร์ และบุศรา กาญจนบัตร (2554) ศึกษาการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11 พบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าคุณภาพการบันทึกที่มีคุณภาพอยู่ในระดับมาก โดยส่วนใหญ่มีการบันทึกกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเมื่อแรกรับหรือจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาลเมื่อแรกรับ การบันทึกวันเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย การบันทึกเวลาเมื่อจำหน่าย และพบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าคุณภาพน้อยในเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้ป่วย การบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกผลการประเมินการรับรู้คำแนะนำที่ให้ การบันทึกปัญหาและกิจกรรมที่ดูแลต่อเนื่อง การเปรียบเทียบการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มคุณลักษณะพบว่าขนาดของโรงพยาบาลชุมชนที่ต่างกันพยาบาลมีการรับรู้การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหรือโรคที่ซับซ้อนมากกว่า มีภาระงานมากกว่า มีการบันทึกมีคุณภาพน้อยกว่าจากข้อจำกัดในเรื่องของเวลาการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเสนอแนะในกลุ่มโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนของโรคผู้ป่วยที่ดูแล และภาระงานที่มากควรประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้

De Marinis, M.G., et al. (2010) ศึกษาการประเมินความสอดคล้องระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับเอกสารการบันทึกทางการพยาบาล เปรียบเทียบการสังเกตการปฏิบัติงานกับการบันทึกทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลของประเทศอิตาลี ดำเนินการในผู้ป่วยก่อนและหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 21 ราย ด้วยวิธีการสังเกตการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเมื่อพยาบาลดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว สอบทานกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อให้แน่ใจว่ามีการปฏิบัติตามข้อสังเกตจริง ตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลย้อนหลังระหว่าง 6 วันแรกของการรับไว้ในโรงพยาบาล เปรียบเทียบความสอดคล้องการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้จากการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่ามีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในรายงานการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 40 (การประเมินผู้ป่วยร้อยละ 37 กิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 45) การบันทึกจะลดลงเมื่อมีกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้น มีการบันทึกการให้ความรู้ ร้อยละ 3 และไม่พบการบันทึกการประเมินผลการให้ข้อมูลการศึกษาสนับสนุนการบริหารจัดการด้านระบบเอกสารที่ง่ายต่อการบันทึกทางการพยาบาล

Blair, W. and Smith, B. (2012). ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลประกอบด้วย รูปแบบการบันทึกแบบเล่าเรื่องราว (Narrative charting) รูปแบบการบันทึกแบบเน้นปัญหา(problem-orientated nursing notes) รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เกี่ยวกับโครงสร้างการบันทึกทางการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งพบเรื่องการขาดข้อมูลที่ชัดเจน ง่ายต่อการติดตามความคืบหน้าของผู้ป่วย อุปสรรคสำคัญของพยาบาลในการจัดทำเอกสารการพยาบาล ข้อจำกัดด้านเวลา ด้านทรัพยากร และภาระงาน ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการจัดทำเอกสาร พบว่าวิธีการบันทึก แบบการประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล(assessment, implementation, and evaluation (AIE))ประสบความสำเร็จในการบันทึกทางการพยาบาล ในการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย เป็น การบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน และกระชับในการสื่อสาร

Machudo, S.Y. , Mohidin, S (2015). ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาล การตรวจสอบเอกสารการพยาบาลและแนวทางการปฏิบัติ เพื่อการออกแบบเครื่องมือวัดประเมินการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาล ศึกษาข้อผิดพลาดทั่วไปของการบันทึกทางการพยาบาลและพัฒนาแนวปฏิบัติ แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล เป็นการศึกษาแบบตัดขวางแบบไปข้างหน้า (prospective cross sectional) การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการประเมินและวินิจฉัย ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนกลยุทธ์และกระบวนการ และระยะที่ 3 การดำเนินการประเมินเอกสารบันทึกทางการพยาบาล 2 ชุดต่อวันต่อหน่วยงาน เป็นเวลาสองสัปดาห์ ประเมินและวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือวัดของโรงพยาบาล พบว่ามีหน่วยงานร้อยละ 50 เริ่มการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ(Focus charting) ร้อยละ 19 ใช้การบันทึกแบบเล่าเรื่องราว และร้อยละ 10 ใช้การบันทึกการพยาบาลด้วยวิธีอื่น ซึ่งได้เสนอแนะฝ่ายบริหารเพื่อกำหนดนโยบายการบันทึกทางการพยาบาล

Ramya, K. and Khyati, G.V.(2017) ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้เป็นหลักฐานในการรักษาผู้ป่วย ด้านข้อผิดพลาดการจัดการเอกสารการพยาบาลพบว่าพยาบาลไม่ได้บันทึกทางการพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับ ยาเสพติด การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล การไม่บันทึกยาที่ให้แก่ผู้ป่วย ไม่บันทึกปฏิกิริยาของยา หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสถานะของผู้ป่วยในด้านความสามารถในการจัดทำเอกสาร พบปัญหาเรื่องแบบฟอร์ม ภาระงาน มาตรฐาน และนโยบาย ความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการพยาบาล ความซ้ำซ้อนของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

7.2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล รูปแบบการบันทึกมีทั้งการใช้

รูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) รูปแบบเดี่ยว และการบูรณาการใช้รูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ร่วมกับรูปแบบอื่นๆ ซึ่งมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกการพยาบาลในบริบทที่แตกต่างกัน ดังนี้

อุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่าปัญหาบันทึกการพยาบาลได้แก่ วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง แบบบันทึกไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีแบบฟอร์มที่มีการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางการการบันทึกและตัวอย่าง รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย วิธีการบันทึกและแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของการรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

สุปราณี ศรีพลาวงษ์ และจงกล ธัมปสาโท (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ Focus Charting หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบคะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเวชระเบียนผู้ป่วยของหอผู้ป่วยอายุรกรรม เครื่องมือที่ใช้ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล เครื่องมือใช้ในการนิเทศหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยบูรณาการจากแบบประเมินคุณภาพการบันทึกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนใช้รูปแบบ Focus Charting มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 81.0 หลังการใช้การบันทึกแบบ Focus Charting มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 84.3 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ Focus Charting เสนอแนะว่าผู้บริหารควรส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล การนิเทศรายบุคคล มีคู่มือการบันทึกแบบชี้เฉพาะที่ชัดเจน

ฐิติขวัญ นวมะขิตติ (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แบบปัญหาชี้ (Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ศึกษาผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ผลการศึกษาได้รูปแบบและแนวทางการบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล 4 แบบฟอร์มได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการประเมินความก้าวหน้า (Focus list) และแบบบันทึกความก้าวหน้าการพยาบาล (Nursing progress note) แบบบันทึกการประเมินความต้องการวางแผนและสรุปการ

จำหน่ายผู้ป่วย ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ด้านคุณภาพพบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่อง อยู่ในระดับดีมากทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 88.53, 89.82 และ 82.70 ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยภาพรวมแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

พจนีย์ อีระกุล.(2558) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอานันทมหิตล พบว่า คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ดีกว่าก่อนการใช้แบบบันทึก ความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอานันทมหิตล ต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting อยู่ในระดับมาก มีข้อเสนอแนะการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาล โดยผู้ตรวจการ หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ช่วยทำให้การบันทึกมีความสมบูรณ์มากขึ้น

สุนิสา คำประโคน และมณีนรัตน์ ภาครูป (2559) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลในระบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานแตกต่างกัน พบว่าแบบ Focus Charting คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล มีอัตราความสมบูรณ์ของแฟ้มในภาพรวม เท่ากับร้อยละ 30.64 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ การบันทึกทางการพยาบาลขณะดูแลในหอผู้ป่วย มีความสมบูรณ์ร้อยละ 20.00 การบันทึกทางการพยาบาลเมื่อรับใหม่มีสมบูรณ์สูงสุด ร้อยละ 51.67 พยาบาลวิชาชีพที่มี ประสบการณ์ < 2 ปี เขียนบันทึกทางการพยาบาลดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน >2 ปี จากการรู้กระบวนการพยาบาลดีกว่า เสนอแนะการให้ความรู้บุคลากรด้านการบันทึก

วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์ และพร บุญมี(2560) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ มี 2 ส่วน คือส่วนบันทึกก้าวหน้า เป็นรูปแบบ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินผล และส่วนสรุปใช้อ้างอิง และความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกก้าวหน้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพต่อบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยรวมอยู่ในระดับมาก จากลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกตลอดจนใช้เป็นเครื่องมือติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพได้

มลิวลีย์ มุลมงคล, ศศิธร ศรีภูษณาพรรณ, ฉวี สิทธิวงค์กุล, ยุพิน ต้นอนุชิตติกุล และปิยธิดา จุลละปีย์(2560) ศึกษาผลการใช้การบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting งานผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลลำปาง เปรียบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ narrative กับการบันทึกทางการพยาบาลแบบ focus charting ในงานผู้ป่วยใน คะแนนการบันทึกทางการพยาบาลแบบ focus charting สูงกว่าคะแนนการบันทึกแบบ narrative หอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การบันทึกทางการพยาบาลสูงขึ้น ความพึงพอใจของผู้บันทึกแบบ focus charting สูงกว่าแบบ narrative เสนอแนะสถานพยาบาลใช้ระบบบันทึกแบบ focus charting การบันทึกที่มีความยืดหยุ่น สะท้อนกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว กระชับ ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ ลดระยะเวลาการบันทึก

ทัศนีย์ เชื้อมทอง, จิตาภา ไหม้งาม และณญา ภัคฐิติพันธ์(2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะ(Focus charting) เปรียบเทียบด้านความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาล และด้านความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาลหลังใช้รูปแบบบันทึกภาพรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การทบทวนวรรณกรรม คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล มีการศึกษาที่พบปัญหาคุณภาพด้านกระบวนการพยาบาล ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ศึกษาผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ(Focus charting) และการบันทึกที่คล้ายกันในรูปแบบ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ผลการศึกษาคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลสูงขึ้น และพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจในด้านการบันทึกที่มีความยืดหยุ่น สะท้อนกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว กระชับ ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ แต่มีการศึกษาที่แตกต่าง ของสุนิสา คำประโคน และมณีนรัตน์ ภาครูป(2559) ที่พบว่าการบันทึก แบบชี้เฉพาะ(Focus charting) ผลการศึกษาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ยังคงพบปัญหาด้านความสมบูรณ์ของการบันทึก

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในบริบทของหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มศัลยกรรม กลุ่มอายุรกรรม การศึกษาส่วนใหญ่ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึก วิเคราะห์ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล และพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยบูรณาการใช้รูปแบบชี้เฉพาะ(Focus charting) ร่วมกับแบบข้อยกเว้น(Charthing By Exception : CBE) แต่อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลยังคงเป็นปัญหาในด้านแบบฟอร์ม วิธีการบันทึก และด้านคุณภาพการบันทึกในด้านความครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุม ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการบันทึกด้านจิตใจ การดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย ตลอดจนด้านความรู้และภาระงานของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึก แต่ไม่พบการศึกษาที่สามารถยืนยันว่าเกิดประสิทธิผลที่ดี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยหนักมีการศึกษาในกลุ่มนี้น้อย ซึ่งเป็นกลุ่มที่อาจต้องมีความจำเพาะในการบันทึกที่มากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป

โดยเฉพาะการบันทึกในกลุ่มผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ที่อาจต้องมีรายละเอียดเพิ่มขึ้นมากขึ้น ที่สามารถเป็นหลักฐานชิ้นสำคัญทางกฎหมาย ตลอดจนหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ แม้จะมีการบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะ(Focus charting) แต่ยังคงพบประเด็นปัญหาด้านวิธีการบันทึก แบบฟอร์ม และรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อสามารถบันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ใช้เวลาน้อย แต่มีความครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วน เมื่อตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถยืนยันว่าเกิดประสิทธิผลที่ดี จึงอาจจำเป็นต้องบูรณาการใช้รูปแบบอื่นร่วมด้วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1.1 กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 19 คน

1.1.2 กลุ่มที่ 2 แบบบันทึกทางการแพทย์ ในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งย้ายออกหรือจำหน่าย

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยและพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งออกตามระยะของการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์

1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกจากสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมี 5 ระดับ ตามที่กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์กำหนด โดยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพในสมรรถนะ ระดับที่ 2-5 ที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ลำดับที่ 1-2 จำนวน 8 คน

กำหนดคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และเป็นผู้บันทึกทางการแพทย์ ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

(2) เป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์

(3) ยินดี เต็มใจ และสามารถเข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม (focus group)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพด้านการบันทึกทางการแพทย์ และทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม จำนวน 17 คน (ลาไปราชการทหาร 1 คน) ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย (กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งกลุ่มที่วิเคราะห์สภาพการณ์ และร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์)

2) กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกจากสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมี 5 ระดับ ตามที่กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนด โดยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพ ในสมรรถนะ ระดับที่ 2-5 ระดับละ 1 คน จำนวน 4 คน

กำหนดคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และเป็นผู้บันทึกทางการแพทย์ ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

(2) เป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์

(3) ยินดี เต็มใจให้ความร่วมมือ ในการประชุมระดมสมอง

เกณฑ์การพิจารณาคัดออก

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ต้องไปศึกษาต่อ หรืออบรม ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

(2) ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมกิจกรรม ได้ครบตามแผนที่กำหนด

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินผล

1) กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคุณสมบัติครบ จำนวน 17 คน (ลาไปราชการทหาร 1 คน) ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย (กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งกลุ่มที่วิเคราะห์สภาพการณ์ และร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์)

กำหนดคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และเป็นผู้บันทึกทางการแพทย์ ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

- (2) เป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 (3) ยินดี เต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
 เกณฑ์การพิจารณาคัดออก

- (1) พยาบาลวิชาชีพที่ต้องไปศึกษาต่อ หรืออบรม ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
 (2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออก
 (3) ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

2) กลุ่มที่ 2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม G*Power Analysis (Faul, F., 2007) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) การกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยของ ทศนีย์ เชื่อมทอง, จิตภา ไม้งาม และญา ภัคฐิติพันธ์ ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting) ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 1.47 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 แทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 12 แพ้ม

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 12 แพ้ม แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง(เอกสารไม่ครบ) ใช้สูตรคำนวณดังนี้ (อรุณ จิรวินน์กุล, 2551)

$$n_{ads} = \frac{n}{1-R}$$

โดย

$$n_{ads} = \text{ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว}$$

$$n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง}$$

$$R = \text{สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (ร้อยละ 15)}$$

แทนค่า

$$n_{ads} = \frac{12}{1-0.15}$$

$$= 14.1$$

ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 14 แพ้ม รวมทั้งหมด 28 แพ้ม จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของ หอผู้ป่วย หนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 14 แพ้ม และหลังการใช้รูปแบบการ

บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 14 แฟ้ม การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกแบบบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จนกระทั่งย้ายออก ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา เรียงลำดับตามที่ได้รับเข้า และย้ายออก จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตามที่กำหนด

กำหนดคุณลักษณะดังนี้

(1) แบบบันทึกการพยาบาลของผู้ป่วยที่อายุ 15 ปี ขึ้นไป และที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด

(2) แบบบันทึกการพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป

(3) แบบบันทึกทางการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับเข้าหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จนกระทั่งย้ายออกหรือจำหน่าย โดยไม่มีการย้ายเข้าระหว่างแผนก หรือย้ายเข้าออกมากกว่า 1 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพ เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล 2) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้น 3) แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน, 2557) และสำนักการพยาบาล (2554)

2.3 การพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.3.1 ร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยดำเนินการ ดังนี้

(1) การสืบค้นเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์แบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสอดคล้องและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยวิกฤตของแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

(2) ศึกษาปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล จากการตรวจบันทึกทางการพยาบาลประกอบด้วย นโยบายด้านการบันทึกทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล ผลการประเมินบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละเดือน ผลการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลหน้างานในรอบ 5 เดือนที่ผ่านมา และจากการตรวจสอบนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลรายบุคคล

(3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคการบันทึกทางการพยาบาล สรุปประเด็นที่สำคัญ

(4) อบรมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล

(5) ร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ผ่านการทดสอบความรู้เรื่องรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

(6) หาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 4 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการดูแลผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน พิจารณา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อข้อความแต่ละข้อ 4 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555)

- | | |
|-----------|---------------------------------|
| 1 หมายถึง | ไม่สอดคล้อง |
| 2 หมายถึง | ต้องปรับปรุงมากจึงสอดคล้อง |
| 3 หมายถึง | ต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้อง |
| 4 หมายถึง | มีความสอดคล้อง |

รวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4 มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index –CVI) จากสูตร

$$\text{สูตรคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็น ระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

กำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index –CVI) ต้องไม่น้อยกว่า .80 (Polit & Beck, 2008) ข้อใดที่ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาต่ำกว่า 0.8 นำไปปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index –CVI) ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์เท่ากับ 1 นำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนา ขึ้นไป ทดลองใช้ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งมีความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะเรื่องการปรับแบบฟอร์มเพื่อมีพื้นที่ในการบันทึกข้อมูลให้มากยิ่งขึ้น

2.3.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ เป็นแบบทดสอบที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ เป็นแบบทดสอบที่ประกอบด้วยคำถาม และคำตอบ กำหนด 4 ตัวเลือก เพื่อให้ผู้ตอบเลือก ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุด 1 ตัวเลือก สำหรับ ข้อคำถามนั้นๆ คำตอบที่เหลือเป็นตัวลวง จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เป็นคำถามเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ เป็นข้อสอบ แบบคำถามปลายปิด ชนิดตัวเลือกที่เป็นคำตอบถูกและตัวเลือกที่เป็นคำตอบผิดหรือตัวลวง 4 ตัวเลือก จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คำถามเกี่ยวกับ

ความรู้ความจำ จำนวน 6 ข้อ

ความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ

การนำไปใช้ จำนวน 3 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณา แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ให้คะแนน + 1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามตรงกับวัตถุประสงค์

0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามตรงกับวัตถุประสงค์

-1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

นำผลที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง(Index of Item Objective Congruence : IOC) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูรี, 2555) จาก สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ $\sum R$ หมายถึง คะแนนรวม

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

เกณฑ์การพิจารณา ถ้าดัชนีความสอดคล้อง(Index of Item Objective Congruence : IOC) ที่มีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 แสดงว่า ข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ใช้ได้ ถ้ามีค่าน้อยกว่า 0.50 แสดงว่าข้อคำถามนั้นไม่ตรงจุดประสงค์ ต้องแก้ไขปรับปรุง

ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง(Index of Item Objective Congruence : IOC) รายข้อมีค่า ระหว่าง 0.6 - 1

2.3.3 บทสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตรประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับ มีจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นคำถามประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับ

ด้านความถูกต้อง(correct)	จำนวน 5 ข้อ
ด้านความครบถ้วน (Complete)	จำนวน 6 ข้อ
ด้านชัดเจน (Clear)	จำนวน 3 ข้อ
ด้านได้ใจความ(concise)	จำนวน 5 ข้อ

มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

5	คะแนน หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	คะแนน หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	คะแนน หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	คะแนน หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	คะแนน หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด

นำแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(content validity index – CVI) ต้องไม่น้อยกว่า .80 (Polit & Beck, 2008) ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำไปให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Alpha Coefficient) ยอมรับค่าความเชื่อมั่นที่ 0.7 ขึ้นไป (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา , 2561)

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(content validity index –CVI) เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

3.1 รวบรวมข้อมูล

3.1.1 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จากการวิเคราะห์สภาพการณ์ ปัญหาอุปสรรคการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.1.2 ข้อมูลจากการประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.1.3 ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น

3.1.4 ข้อมูลจากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยประยุกต์ใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วน “ Nurses’ note บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)(2557) และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ในมาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของสำนักงานการพยาบาล (2554) กำหนดการตรวจสอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งย้ายออก/จำหน่าย จำนวน 15 ข้อย่อย

2) ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ประกอบด้วย ความถูกต้องตามหลัก 4C (ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ) จำนวน 21 ข้อย่อย

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (1) และ(2) ดังนี้

บันทึก ให้ 1 คะแนน

ไม่บันทึกให้ 0 คะแนน

3) การตรวจสอบการบันทึกการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก เป็น การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลว่ามีการบันทึกอย่างต่อเนื่องทุกเวรตั้งแต่รับย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งย้ายออก จำนวน 6 ซ้อย่อย

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน = ไม่มีการบันทึกต่อเนื่องหรือบันทึกน้อยมาก

1 คะแนน = มีการบันทึกต่อเนื่องได้เป็นบางส่วน

2 คะแนน = มีการบันทึกต่อเนื่องได้เป็นส่วนมาก

3 คะแนน = มีการบันทึกต่อเนื่องได้ครอบคลุมครบถ้วน

นำผลคะแนนคำนวณเป็นร้อยละ

ร้อยละของการบันทึกทางการพยาบาล

$$= \frac{\text{ผลรวมคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาล}}{\text{คะแนนเต็มทั้งหมด}} \times 100$$

4) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบความครอบคลุมภาษาที่ใช้ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index –CVI) ต้องไม่น้อยกว่า .80 (Polit & Beck, 2008) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

5) การหาค่าความเที่ยง โดยนำแบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลไปให้พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 15 คน ตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล และนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Alpha Coefficient) ยอมรับค่าความเชื่อมั่นที่ 0.7 ขึ้นไป (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา, 2561)

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(content validity index – CVI) เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Alpha Coefficient) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลมีค่าเท่ากับ 0.80 แบบตรวจสอบด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก มีค่าเท่ากับ 0.80 ด้านความต่อเนื่อง มีค่าเท่ากับ 0.91 และทั้งฉบับ 3 ส่วน มีค่าเท่ากับ 0.84

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนสภาพการณ์ โดยวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) และสรุปประเด็นปัญหา 4 ประเด็น คือ 1) ด้านนโยบายและคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ 2) ด้านรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ และ 4) การนำรูปแบบอื่นมาประยุกต์ใช้

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ก่อนและหลังการทดลองใช้ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test

4.4 การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

5.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์

5.1.1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และตำราที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

5.1.2 การวิเคราะห์สภาพการณ์ ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบันทึกทางการแพทย์ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการแพทย์ ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกจากสมรรถนะด้านการปฏิบัติ การพยาบาล ซึ่งมี 5 ระดับ ตามที่กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดโดยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพ ในสมรรถนะระดับที่ 2-5 ที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ลำดับที่ 1-2 จำนวนกลุ่มละ 2 คน โดยผู้ศึกษาวิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการสนทนากลุ่ม ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาบนเทปบันทึกเสียงและบอกข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ การสนทนากลุ่มดำเนินการ ดังนี้

1) แจกนโยบายการบันทึกทางการแพทย์ คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

2) ขอสรุปความคิดเห็นของทีมประกันคุณภาพ ด้านผลการตรวจประเมิน คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

3) ปัญหา อุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ และผลการประเมิน คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ประเมินจากการทำ Open chart “one chart one person”

4) การดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยกำหนดเป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้กลุ่มได้ร่วมแสดงความคิดเห็น พร้อมกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ มีประเด็นข้อคำถาม 7 ประเด็นดังนี้

(1) ความคิดเห็นของท่านที่มีต่อวิธีการบันทึกทางการแพทย์ แบบชี้เฉพาะ (focus charting) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

(2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

(3) ท่านพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเรื่องใดบ้าง

(4) ท่านมีแนวทางในการแก้ไข การบันทึกทางการแพทย์อย่างไร เพื่อให้ได้การบันทึกที่ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนได้ใจความ ตรงตามความเป็นจริง และต่อเนื่อง

(5) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการนำรูปแบบอื่นๆ มาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting)

(6) ท่านคิดว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ มีอะไรบ้าง

(7) ท่านคิดว่า ความตระหนักถึงความสำคัญ และความรู้ของพยาบาล วิชาชีพ มีความเกี่ยวข้องต่อการบันทึกทางการแพทย์อย่างไร

5) สรุปประเด็นที่ได้จากสนทนากลุ่ม นำมาข้อมูลที่ได้อาจจัดหมวดหมู่และ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การบันทึกทางการแพทย์ ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุรินทร์ จากการสนทนากลุ่มได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา

5.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดย

5.2.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล การทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการอบรม โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5.2.2 จัดอบรมเรื่อง “โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการบันทึกทางการพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์” ให้แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรร่วมกับกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ และวิทยากรจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) ถอดบทเรียนการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ 2) แนวคิดและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล 3) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล 4) การประยุกต์ใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ร่วมกับการบันทึกรูปแบบอื่นๆ ณ ห้องประชุมสระโบรณ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ครั้งที่ 1 วันที่ 28 พฤษภาคม 2561 ระยะเวลา 1 วัน และครั้งที่ 2 วันที่ 27 มิถุนายน 2561 ระยะเวลา 4 ชั่วโมง

5.2.3 จัดทำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ผ่านการอบรม เรื่องรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล สมัครใจเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 4 คน โดยคัดเลือกจากสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งมี 5 ระดับ ตามที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนด โดยคัดเลือกในสมรรถนะระดับที่ 2-5 ระดับละ 1 คน เชิญเข้าร่วมโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ร่วมร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ให้ความสอดคล้องกับนโยบายของกลุ่มการพยาบาล และประเด็นปัญหาที่พบ โดยดำเนินการดังนี้

1) ให้ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล เสนอแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงาน สรุปประเด็นสำคัญที่กลุ่มเสนอและนัดประชุมในรอบต่อไปโดยการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ให้ดำเนินการสืบค้นข้อมูล และร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ตนเองได้รับมอบหมาย ร่วมแลกเปลี่ยนในรอบต่อไป

2) นัดประชุมครั้งที่ 2 ร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลที่สืบค้นมา ร่วมแลกเปลี่ยนเพิ่มเติม ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล สรุปจัดทำเป็นร่างคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

5.2.4 นำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 4 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติ การพยาบาล

ด้านการดูแลผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index –CVI) กำหนดค่า $> .80$ (Polit & Beck, 2008)

5.2.5 นำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ให้พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 15 คน ทดลองใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ นำข้อเสนอแนะปรับให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ขึ้น และหาค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Alpha Coefficient) ยอมรับค่าความเชื่อมั่นที่ 0.7 ขึ้นไป (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา, 2561)ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

5.3 ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินผล ดำเนินการ ดังนี้

5.3.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

5.3.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุรินทร์ ในการขอทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

5.3.3 ผู้วิจัยประสานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุรินทร์ด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การมีอิสระในการตัดสินใจ มีสิทธิในการไม่เข้าร่วมโครงการหรือตอบแบบสอบถามหรือถอนตัว การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งหลังลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5.3.4 สอบถามความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์เดิมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นก่อนการทดลองใช้

5.3.5 ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนการทดลองใช้ จากแบบบันทึกทางการแพทย์ ในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2561 ด้วยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในผู้ป่วย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป เรียงลำดับตามที่ได้รับรักษาและย้ายออกจนครบ จำนวน 14 แพ้ม โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

5.3.6 การจัดประชุมชี้แจง กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เกี่ยวกับวิธีการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ตามเนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2561 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2561 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องก่อนใช้รูปแบบ

5.3.7 นำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการบันทึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับย้ายเข้า จนกระทั่งย้ายออกหรือจำหน่าย เก็บข้อมูลระหว่างการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในเดือน ธันวาคม 2561

5.3.8 การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล กำหนดให้ผู้ตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล มีคุณสมบัติ ต้องผ่านการอบรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลสุรินทร์ มีประสบการณ์ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ไม่น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งในหน่วยงานมีผู้อบรม 1 คน เป็นผู้ตรวจสอบการบันทึก

5.3.9 ประเมินผลการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล ด้วยการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จากแบบบันทึกการพยาบาล ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งย้ายออก ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา ด้วยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป เรียงลำดับตามที่เข้ารับการรักษาและย้ายออก จนครบ จำนวน 14 แพ้ม และตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

5.3.10 หลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้น สอบถามความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยบรรจุแบบสอบถามในซองๆละ 1 ชุด และกำหนดระยะเวลาในการรับคืนแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถปิดผนึก ส่งกลับคืนแก่ผู้วิจัย

5.3.11 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากแบบสอบถามที่ได้รับคืน และวิเคราะห์ข้อมูล

โดยสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพที่ 3.1

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์

1. ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 8 คน ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group)
2. สรุปประเด็นการสนทนา จัดหมวด และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)



ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

1. จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 17 คน เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ และทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม
2. ประชุมระดมสมอง พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 4 คน ร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
3. สร้างเครื่องมือตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์



ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินผล

1. ระยะเตรียมการ

- 1) เก็บข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม จำนวน 14 แพ้ม และสอบถามพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกเดิม ก่อนการทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น
- 2) เตรียมเอกสาร แบบฟอร์มต่างๆ
- 3) ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพ และฝึกบันทึกตามวิธีการบันทึกทางการแพทย์ ตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

2. ระยะทดลองใช้รูปแบบ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม จำนวน 17 คน บันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 1 เดือน

3. ประเมินผลรูปแบบบันทึกทางการแพทย์

- 1) ประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์
- 2) สอบถามความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดทางกายภาพ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดทางกายภาพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม 2561 รวมระยะเวลา 8 เดือน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการณ์การบำบัดทางกายภาพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

ตอนที่ 3 รูปแบบการบำบัดทางกายภาพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

ตอนที่ 4 ผลการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดทางกายภาพ

3.1 ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดทางกายภาพ

3.2 ด้านคุณภาพของการบำบัดทางกายภาพ รูปแบบการบำบัดเดิม และรูปแบบการบำบัดใหม่

ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 17 คน และแบบบันทึกทางกายภาพในเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่แรกรับเข้าจนกระทั่งย้ายออก/จำหน่าย มีระยะวันนอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป โดยไม่มีการย้ายเข้าระหว่างแผนก หรือย้ายเข้าออกมากกว่า 1 ครั้ง แบบบันทึกทางกายภาพรูปแบบการเดิม จำนวน 14 แพ้ม และรูปแบบการบำบัดใหม่ จำนวน 14 แพ้ม ซึ่งลักษณะส่วนบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
จำแนกตามข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล (N=17)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
20 - 29	10	58.9
30 - 39	3	17.6
40 - 49	3	17.6
50 - 55	-	-
> 55	1	5.9
ค่าเฉลี่ย 31.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.4 ปี	น้อยที่สุด 23 ปี	มากที่สุด 58 ปี
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	17	100
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน(ปี)		
1 - 5	9	52.9
6 - 10	3	17.6
11 - 15	1	5.9
15 - 20	2	11.8
>20	2	11.8
ค่าเฉลี่ย 8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.0 ปี	น้อยที่สุด 1 ปี	มากที่สุด 28 ปี
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม(ปี)		
1 - 5	9	52.9
6 - 10	4	23.5
11- 15	1	5.9
15 - 20	2	11.8
>20	1	5.9
ค่าเฉลี่ย 6.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.1 ปี	น้อยที่สุด 1 ปี	มากที่สุด 22 ปี
การอบรมเรื่องการบันทึกทางการแพทย์		
ไม่เคย	2	11.8
เคย	15	88.2
ภายในโรงพยาบาล	14	93.3
ภายนอกโรงพยาบาล	1	6.7

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาล		
ไม่เคย	4	23.5
เคย	13	76.5
ภายในโรงพยาบาล	13	100
ภายนอกโรงพยาบาล	-	-

ตารางที่ 4.1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 58.9 อายุเฉลี่ย 31.7 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ช่วง 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.9 ระยะเวลาเฉลี่ย 8 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วง 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.9 ระยะเวลาเฉลี่ย 6.1 ปี

การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 88.2 สถานที่อบรมในโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 93.3 การอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาล เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 76.5 โดยได้รับการอบรมภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 100

1.2 ผลการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการอบรม ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังอบรม (N=17)

ความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล	Mean	SD	t	P-value
คะแนนก่อนการอบรม	5.9	1.9	-11.39	.000*
คะแนนหลังการอบรม	9.5	1.4		

* $p < .01$

ตารางที่ 4.2 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการอบรม 5.9 คะแนน(คะแนนเต็ม 15 คะแนน) หลังการอบรม 9.5 คะแนน(คะแนนเต็ม 15 คะแนน) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการณ์ การบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ สรุปประเด็นผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 สรุปประเด็นวิเคราะห์สภาพการณ์ การบันทึกทางการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์(N=8)

ประเด็นสนทนา	ประเด็นที่พบ
1. ความคิดเห็นของท่านที่มีต่อวิธีการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน	
1.1 นโยบายและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล เป็นอย่างไร	<p>ด้านนโยบายและคู่มือบันทึกทางการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> มีนโยบายการบันทึกทางการพยาบาลสู่ผู้ปฏิบัติ แต่ไม่ชี้เฉพาะ คู่มือการบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดในคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลไม่ชัดเจน และไม่มีตัวอย่างการบันทึกที่ถูกต้อง คู่มือไม่มีตัวอย่าง ของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่มีโรคซับซ้อนและภาวะวิกฤต
1.2 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร	<p>ด้านรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> รูปแบบการบันทึกโครงสร้างชัดเจน แบ่งเป็น assessment, intervention และ evaluation รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ใช้งานกะทัดรัด เน้นชี้เฉพาะประเด็นที่สำคัญ มีความเฉพาะเจาะจง การบันทึกสะดวก สั้น กระชับ ง่ายต่อการบันทึก ในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเด็นสนทนา	ประเด็นที่พบ
	<p>3. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลปัจจุบันใช้ง่าย เน้น ซึ่งเฉพาะประเด็นที่สำคัญทำให้ไม่ต้องเขียนหลายปัญหา</p> <p>4. ข้อจำกัด การบันทึกไม่ครอบคลุมองค์รวม ในกลุ่มที่มีความซับซ้อนต้องเผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงฉบับพลัน</p> <p>5. การกำหนด Focus List การระบุปัญหาเมื่อสิ้นสุดปัญหา แต่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นอีก ต้องระบุใหม่อีกครั้ง ทำให้การบันทึกใน Focus List มีจำนวนมาก ดูรายละเอียดประเด็นที่ยังเป็นปัญหาได้ยาก</p> <p>6. การประเมินผลที่อาจพบว่าไม่เป็นปัจจุบัน อาจมีปัญหาที่ไม่สามารถประเมินได้ทันทีในแต่ละประเด็นที่ระบุปัญหานั้นๆ และไม่ครบถ้วน</p>
1.3 ท่านพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเรื่องใดบ้าง	<p>ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีโครงสร้างที่ชัดเจน 2. การบันทึก เรียบง่าย สั้น กระชับ 3. ลดเวลาการบันทึก
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	
2.1 ท่านคิดว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีอะไรบ้าง	<p>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล</p> <p>ด้านบุคลากร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยเห็นว่าเป็นหน้าที่ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย 2. ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเชื่อมโยง ในการรวบรวมข้อมูล การประเมินระบุปัญหา เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล 3. ความรู้เกี่ยวกับ Specific clinical risk เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการบันทึก ให้ครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเด็นสนทนา	ประเด็นที่พบ
	<p>4. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาซับซ้อน เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล ในการประเมินปัญหา และการบันทึกที่ตรงประเด็น ตลอดจนไม่ได้ตระหนักโรคเดิมทำให้ไม่ได้นำมาเฝ้าระวังและไม่ได้บันทึกทางการพยาบาล</p> <p>ด้านการบริหารจัดการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาระงานที่ไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังทำให้มีข้อจำกัด ในเรื่องเวลาการบันทึกทางการพยาบาล 2. ความไม่ชัดเจน ด้านนโยบายการบันทึกในการนำรูปแบบการบันทึกแบบอื่นๆ มาใช้ร่วม 3. ไม่มีคู่มือ หลักและวิธีการบันทึกสำหรับผู้ป่วยหนัก ตลอดจนตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล
<p>2.2 ท่านมีแนวทางในการแก้ไขการบันทึกทางการพยาบาลอย่างไรเพื่อให้ได้การบันทึกที่ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ ตรงตามความเป็นจริง และต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะในการแก้ไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจสอบ การบันทึกทางการพยาบาลทุกวัน เพื่อมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีข้อเสนอแนะจากทีม เกิดความเข้าใจและปรับการบันทึก 2. ต้องมีการประเมินผู้ป่วยให้ครบถ้วนครอบคลุม เพื่อสามารถที่จะมองเห็นถึงการพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วยทันเวลาและจะต้องบันทึกตามความเป็นจริง ระบุเวลาให้ชัดเจน 3. มีคู่มือรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยหนัก 4. มีตัวอย่างในการบันทึกทางการพยาบาล และใช้แบบสำเร็จรูปพร้อมด้วย
<p>3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการนำรูปแบบอื่นๆมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting)</p>	<p>ด้านการนำรูปแบบอื่นๆมาประยุกต์ใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควรนำแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยายมาใช้ร่วม ในการบันทึกความก้าวหน้า โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงฉับพลันที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน โดยไม่ต้องใช้การระบุปัญหาชี้เฉพาะ 2. ควรนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แบบการตรวจสอบรายการ(check list) มาใช้เพื่อให้บุคลากรบันทึกได้ครอบคลุมมากขึ้น 3. ควรนำการบันทึกด้วยแบบคอมพิวเตอร์ มาใช้ในอนาคต

จากตารางที่ 4.3 จากประเด็นการสนทนาของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ ด้านนโยบายและคู่มือบันทึกทางการแพทย์ ด้านรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ และเสนอแนะให้นำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ แบบรายการตรวจสอบ (check list) มาประยุกต์ใช้

ตอนที่ 3 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ พัฒนาตามประเด็นปัญหาที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จากปัญหาด้านนโยบายและคู่มือ ด้านรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ และด้านวิธีการบันทึก เป็นข้อมูลในการพัฒนาโดยรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ใช้โครงสร้าง F-A-I-E (Focus-Assessment Intervention Evaluation) ตามรูปแบบการบันทึกเดิม ร่วมกับรูปแบบรายการตรวจสอบ(check list form) พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกทางการแพทย์ และจัดทำเป็นคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งเปรียบเทียบลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ รูปแบบการบันทึกเดิม และรูปแบบการบันทึกใหม่ ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบการบันทึกทางการแพทย์ ระหว่างรูปแบบการบันทึกเดิม และรูปแบบการบันทึกใหม่

แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
1. การบันทึกทางการแพทย์ในการรับผู้ป่วย (admit reports)	ไม่มีแบบบันทึกเฉพาะ	การบันทึกแบบเล่าเรื่องราวระบุปัญหา(Focus list)และบันทึกความก้าวหน้าแบบ AIE (Assessment Intervention Evaluation)	ใช้โครงสร้างแนวคิดเดิมแต่เพิ่มเติมใช้แบบรายการตรวจสอบ (check list form)ในประเด็นสำคัญที่ต้องประเมินสภาพแรกรับย้าย	ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อตรงกับสภาพแรกรับย้าย เข้าและบันทึกเพิ่มเติมในช่องว่าง (.....) มีคู่มือประกอบการบันทึก (รายละเอียดภาคผนวกหน้า 141)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
2. การบันทึกทางการพยาบาล ในการย้ายออก(Transfer reports)	ไม่มีแบบ บันทึก เฉพาะ	การบันทึก แบบเล่า เรื่องราว ระบุ ปัญหา(Focus list)และบันทึก ความ ก้าวหน้า แบบ AIE	ใช้โครงสร้าง แนวคิดเดิมแต่ เพิ่มเติมใช้แบบ รายการ ตรวจสอบ (check list form)ใน ประเด็นสำคัญ ที่ต้องระบุ ข้อมูลการดูแล ต่อเนื่อง (Continuing care)และการ เคลื่อนย้าย	ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อตรงกับ สภาพผู้ป่วย ก่อนการย้าย ออก ปัญหาที่ ยังไม่หมดไป และต้องส่งต่อ หน่วยงานดูแล ต่อเนื่อง คำ แนะนำก่อน การย้ายออก โดยใช้การ บันทึก เพิ่มเติม ในช่องว่าง(.....) (รายละเอียด ภาคผนวกหน้า 144)
1. การ บันทึก สภาพ ผู้ป่วยหลัง การผลัด เปลี่ยนเวร (Change- of-shift report)	ไม่มีแบบ บันทึก เฉพาะ	การบันทึก แบบเล่า เรื่องราวใน แบบฟอร์มการ บันทึกความ ก้าวหน้า(AIE)	แบบบันทึกเล่า เรื่องราว เกี่ยวกับข้อมูล การประเมิน ต่อเนื่องหลัง การรับส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วย หลังการ ผลัดเปลี่ยนเวร	การบันทึกแบบ เล่าเรื่องราว การตรวจ ประเมินด้าน ร่างกาย และ จิตใจการรวบ รวมข้อมูลที่พบ จากอาการและ อาการแสดง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
2.			เพื่อประเมิน สัญญาณชีพระบบ ประสาท การ ตรวจร่างกาย ที่ สัมพันธ์กับปัญหา ประเมินสภาพ อาการและอาการ แสดง และการใช้ เครื่องมือพิเศษ	และการใช้เครื่องมือ พิเศษ โดยใช้ แนวคิดประเมิน แบบFANCAS (ความสมดุลของ สารน้ำ (Fluid Balance) การ หายใจ (Aeration) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การทำกิจกรรม (Activity) และ การ ได้รับการกระตุ้น (Stimulation) (รายละเอียดภาค ผนวกหน้า 147)
3. การบันทึก การเปลี่ยนแปลง สภาวะ/อาการ ของผู้ป่วยอย่าง ฉับพลัน (Acute change in an patient, condition)	ไม่มีแบบบันทึก เฉพาะ	ใช้การบันทึกแบบ เล่าเรื่องราวระบุ ปัญหา(Focus list)และบันทึก ความ ก้าวหน้า แบบ AIE	แบบบันทึก แบบ เล่าเรื่องราว เหตุการณ์อาการ และอาการแสดง ภาวะวิกฤต ฉับพลัน	การบันทึกแบบเล่า เรื่องราวลำดับ เหตุการณ์ตามวันที่ และเวลาที่เกิด เหตุการณ์นั้นๆ (รายละเอียดภาค ผนวกหน้า 147)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
4. การบันทึก กิจกรรม การพยาบาล ประจำวัน(Daily nursing activity)	ไม่มีแบบบันทึก เฉพาะ	บันทึกในแบบ บันทึก ความก้าวหน้า (Progress note)	แบบบันทึกแบบ รายการตรวจ สอบข้อมูล (check list form)กิจกรรม การพยาบาลที่มี การปฏิบัติซ้ำๆ เป็นประจำ	การบันทึกโดยใช้ เครื่องหมาย “✓”ในกิจกรรมที่ ได้ปฏิบัติและ เครื่องหมาย “-” ในกิจกรรมที่ไม่ได้ ปฏิบัติ เครื่องหมาย * ใน กิจกรรมที่พบว่ามี ความผิดปกติ และ ใช้อักษรย่อใน รายการที่กำหนด (รายละเอียด ภาคผนวกหน้า 148)
5. การบันทึก ความก้าวหน้า (Progress note)	แบบบันทึก ความก้าวหน้าเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย รายการปัญหา (Focus list) บันทึกความ ก้าวหน้าตาม โครงสร้างAIE	การบันทึกแบบเล่า เรื่องราว ระบุ ปัญหา(Focus list) และการบันทึก ความก้าวหน้าแบบ AIE	โครงสร้างแนวคิด เดิมแต่เพิ่มใน แบบบันทึก รายการปัญหา (Focus list) กำหนดโครงสร้าง เพิ่มในวันเริ่มต้น ปัญหาและสิ้นสุด เพิ่ม ขึ้นในกรณี เกิดซ้ำและระบุ เกณฑ์การ ประเมินผล	การบันทึกแบบ เล่าเรื่องราวใน แบบบันทึกตาม กระบวนการ พยาบาลใน รูปแบบ F-A-I-E (รายละเอียด ภาคผนวกหน้า 154)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
6. การบันทึก การเฝ้าระวังยา ความเสี่ยงสูง(The surveillance recording, patient receiving high alert drugs)	ไม่มีแบบบันทึก เฉพาะ	บันทึกในแบบ บันทึก ความก้าวหน้า (Progress note) แบบ AIE	แบบบันทึกเป็น แบบรายการ ตรวจสอบ (check list form)ในประเด็น สำคัญที่ต้องเฝ้า ยาความเสี่ยงสูงที่ ใช้บ่อย และเป็น ข้อกำหนดตาม นโยบายที่ต้องเฝ้า ระวัง	การบันทึก วัน เดือนปีที่เริ่มให้ และประเมินผล ในช่องว่าง(.....)ใส่ เครื่องหมาย ✓ ใน ช่องยาที่ได้รับ/ กิจกรรมการ พยาบาลที่ต้องเฝ้า ระวัง บันทึก เพิ่มเติมแบบเล่า เรื่องราวในช่อง การประเมินผล (รายละเอียด ภาคผนวกหน้า 170)
7. การบันทึก ข้อมูลพื้นฐาน ทางการพยาบาล (nursing database)	ไม่มีแบบบันทึก เฉพาะ	บันทึกในแบบ ฟอร์มการบันทึก ความก้าวหน้า ซึ่งมี ข้อมูลเฉพาะ สัญญาณชีพและ การปรับตั้ง เครื่องช่วยหายใจ	แบบบันทึกข้อมูล พื้นฐานใน ประเด็นสำคัญที่ ต้องรวบรวม ข้อมูลในผู้ป่วย วิกฤติ	การบันทึกใช้ การลงข้อมูลใน ช่องว่าง ตาม ประเด็นที่มี การตรวจประเมิน ด้านร่างกาย หรือ การส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่ สำคัญ (รายละเอียด ภาคผนวกหน้า 172)

จากตารางที่ 4.4 พบว่ารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ในการบันทึกความก้าวหน้า(Progress note) ตามรูปแบบการบันทึกเดิมใช้การบันทึกแบบมีโครงสร้าง F-A-I-E (Focus-Assessment Intervention Evaluation)

ส่วนรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบการบันทึกใหม่ ได้พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึก โดยใช้โครงสร้างรูปแบบการบันทึกเดิม ร่วมกับจัดทำเป็นแบบรายการตรวจสอบ(check list form) และปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย

1) การใช้รูปแบบการบันทึกเดิม F-A-I-E (Focus-Assessment Intervention Evaluation) ในการบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) ใช้การบันทึกปรับวิธีการบันทึกโดยเพิ่มเติมปรับการระบุปัญหา (Focus list) เพิ่มในส่วนของวันเริ่มต้นปัญหาและสิ้นสุดเพิ่มขึ้นในกรณีเกิดซ้ำ และกำหนดเกณฑ์การประเมิน

2) การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึก ใช้การบันทึกรูปแบบโครงสร้างเดิม F-A-I-E (Focus-Assessment Intervention Evaluation) บูรณาการร่วมกับรูปแบบรายการตรวจสอบ(check list form) ประกอบด้วย (1) การบันทึกการบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย (admit reports) (2) การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก(Transfer reports) วิธีการบันทึกแบบรายการตรวจสอบ (check list form) โดยใช้เครื่องหมาย และการบันทึกเพิ่มเติมตามข้อกำหนดในแบบฟอร์ม

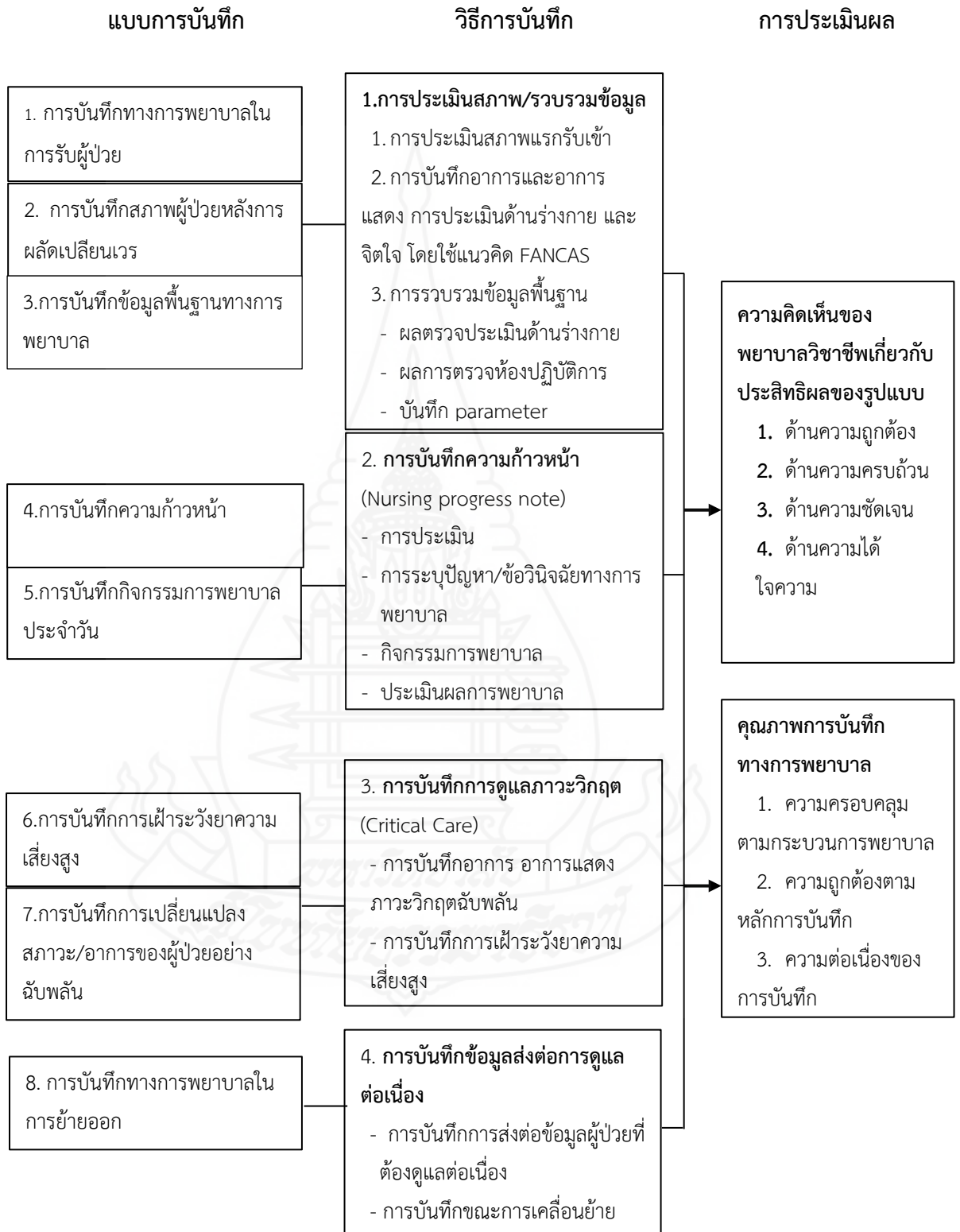
3) การพัฒนาแบบฟอร์ม การบันทึกข้อมูลพื้นฐานการพยาบาล(Nursing database) บันทึกพารามิเตอร์ต่างๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลสำคัญอื่นๆเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤต ในแบบฟอร์มเดียวกัน บันทึกในช่องว่างตามประเด็นที่มีการตรวจประเมิน ช่วยในการรวบรวมข้อมูลและเห็นแนวโน้มได้ชัดเจน สามารถบันทึกได้รวดเร็วสอดคล้องกับเวลา ที่มีการทำหัตถการหรือการบันทึกติดตามพารามิเตอร์ตามข้อกำหนด สามารถตรวจสอบติดตามการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา

4) การพัฒนาแบบฟอร์มใช้รายการตรวจสอบ(check list form) ในการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน(Daily nursing activity) ที่มีปฏิบัติการพยาบาลเป็นประจำ และการบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (The surveillance recording, patient receiving high alert drugs) วิธีการบันทึก โดยใช้เครื่องหมาย สัญลักษณ์ ตัวย่อ และการบันทึกเพิ่มเติมตามข้อกำหนดในแบบฟอร์ม

5) การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกแบบ สำหรับการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงฉับพลัน โดยใช้วิธีการบันทึกทางการพยาบาลแบบไม่มีโครงสร้าง ประกอบด้วย (1) การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร(Change-of-shift report) เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อรับเข้าดูแลโดยใช้แนวคิดการประเมินแบบFANCAS (FANCAS; Fluid Balance, Aeration, Nutrition, Communication, Activity, Stimulation) (2) การเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (Acute change in an patient) การบันทึกการเปลี่ยนแปลงฉับพลันที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลาจริง โดยใช้การบันทึกแบบการเล่าเรื่อง

รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถสรุปเป็นแผนภาพ ดังภาพที่ 4.1

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์



ภาพที่ 4.1 แผนภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ตอนที่ 4 ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

4.1 ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลความคิดเห็นดังตารางที่ 4.5 (รายละเอียดภาคผนวก หน้า 124)

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกเดิม และรูปแบบการบันทึกใหม่ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=17)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ รูปแบบ การบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล	รูปแบบการบันทึก เดิม		รูปแบบการบันทึก ใหม่		Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	P- value
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)		
ด้านความถูกต้อง	3.87 (.25)	3.80 (.30)	4.55 (.38)	4.60 (.50)	-3.527	.000*
ด้านความครบถ้วน	3.24 (.24)	3.17 (.42)	4.45 (.48)	4.33 (1.00)	-3.623	.000*
ด้านความชัดเจน	3.59 (.67)	3.67 (.40)	4.41 (.57)	4.33 (1.17)	-2.994	.001*
ด้านความได้ใจความ	3.40 (.20)	3.43 (.24)	4.39 (.47)	4.49 (.90)	-3.633	.000*
โดยรวม	3.58 (.23)	3.51 (.17)	4.45 (.41)	4.26 (.75)	-3.624	.000*

* $p < .01$

ตารางที่ 4.5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน ความได้ใจความ และโดยรวมของรูปแบบการบันทึกเดิม คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความถูกต้อง(mean = 3.87, SD= 0.46) หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความถูกต้อง(mean = 4.55, SD= 0.55)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการบันทึกทางการแพทย์รายด้าน และโดยรวม ในด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ด้านความต่อเนื่องตามหลักการบันทึก หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4.2 ด้านคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในเวชระเบียนผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ วิเคราะห์และสรุปผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบการบันทึกเดิม และรูปแบบการบันทึกใหม่ ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษารายด้าน และภาพรวม ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดภาคผนวกหน้า 126)

4.2.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่ารูปแบบการบันทึกเดิม

1) รูปแบบการบันทึกเดิม มีการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ร้อยละ 45.6 ไม่บันทึก ร้อยละ 54.4

2) หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ มีการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ร้อยละ 93.0 ไม่บันทึก ร้อยละ 7.0

4.2.2 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

1) รูปแบบการบันทึกเดิม มีการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ร้อยละ 41.1 ไม่บันทึก ร้อยละ 59.9 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

(1) การบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล มากที่สุด คือ การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย ร้อยละ 78.6

(2) การบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล น้อยที่สุด มีคะแนนเท่ากัน(ร้อยละ 14 3) คือ

ก. บันทึกระบุปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้หรือการฝึกทักษะ

ข. บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย

ค.บันทึกผลการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์โดย
สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล

2) หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการ
พยาบาล มีการบันทึก ร้อยละ 91.1 ไม่บันทึก ร้อยละ 8.9 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

(1) การบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล มากที่สุด
คะแนนเท่ากัน (ร้อยละ100) คือ

ก. บันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ
การตรวจร่างกาย

ข. บันทึกระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการ
แสดงหรือปัญหาที่สำคัญด้านร่างกาย

ค. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนกิจกรรม เป้าหมายหรือผลลัพธ์
ที่คาดหวัง (goal/outcomes) ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของ
ผู้ป่วย

ง. บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้าน
ร่างกายของผู้ป่วย

จ. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉิน

ฉ. บันทึกผลการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายโดยสอดคล้อง
กับเกณฑ์การประเมินผล

ช. บันทึกผลการเตรียมผู้ป่วยและญาติการดูแลต่อเนื่องก่อนย้ายออก
จากหอผู้ป่วย

(2) การบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล น้อยที่สุด คือ

ก. บันทึกระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการ
แสดงด้านจิตใจ อารมณ์ ร้อยละ 71.4

ข. บันทึกการวางแผนจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแล
ต่อเนื่อง ก่อนการย้ายออก ร้อยละ 78.6

ค. บันทึกกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นระหว่าง
การดูแลรักษา ร้อยละ 78.6

ง. บันทึกการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ โดย
สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล ร้อยละ 78.6

4.2.3 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ผลการศึกษาพบว่า

1) รูปแบบการบันทึกเดิม มีการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ร้อยละ 50.3 ไม่บันทึก ร้อยละ 49.7 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

(1) การบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก มากที่สุด คือ บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือสีดำ ตามที่หน่วยงานกำหนด ร้อยละ 100

(2) การบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก น้อยที่สุด คะแนนเท่ากัน (ร้อยละ 14.3)

ก. การบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน

ข. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลการเฝ้าระวังการให้ยาความเสี่ยงสูง

2) หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ การบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ร้อยละ 95.6 ไม่บันทึก ร้อยละ 4.6 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

(1) การบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก มากที่สุด (ร้อยละ 100) คือ

ก. บันทึกวันเดือนปีและเวลาอย่างถูกต้องชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

ข. บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล

ค. บันทึกแผนการพยาบาลของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้ถูกต้องสมเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาล

ง. บันทึกกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาล ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล

จ. บันทึกการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยการแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉิน

ฉ. บันทึกกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือลดโอกาสเสี่ยง

ช. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลการเฝ้าระวังการให้ยาความเสี่ยงสูง

ซ. บันทึกข้อมูลการส่งต่ออาการและอาการแสดงเพื่อสื่อสารหน่วยงานที่จะย้ายไป

ฌ. ลายมืออ่านได้ชัดเจน

ญ. ใช้คำย่อตามหลักสากล

- ฎ. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำตามที่หน่วยงานกำหนด
- ฉ. เขียนข้อความผิดขีดเส้นทับโดยเห็นข้อความเดิมได้อย่างชัดเจน พร้อมลงชื่อกำกับลงชื่อกำกับ
- ฐ. การขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือ

(2) การบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก มีการบันทึกน้อยที่สุด

คือ บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 78.6

4.2.4 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ผลการศึกษาพบว่า

1) การบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่า บันทึกต่อเนื่องครอบคลุมครบถ้วน ร้อยละ 7.1 การบันทึกต่อเนื่องได้เป็นส่วนมาก ร้อยละ 52.4 การบันทึกต่อเนื่องได้เป็นบางส่วน ร้อยละ 31.1 ไม่มีการบันทึกหรือบันทึกน้อยมาก ร้อยละ 9.5 ค่าคะแนนรวมการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 52.4 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

(1) การบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึก มีการบันทึกมากที่สุด คือ บันทึกปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยในวันแรกรับและบันทึกอย่างต่อเนื่องทุกเวรจนกระทั่งจำหน่ายหรือส่งต่อ ร้อยละ 73.8

(2) การบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึก มีการบันทึกน้อยที่สุดคือ บันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ทวนสอบอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายร้อยละ 26.2

2) หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่า มีการบันทึกต่อเนื่องความครบถ้วน ร้อยละ 66.7 บันทึกต่อเนื่องได้เป็นส่วนมาก ร้อยละ 18.3 บันทึกต่อเนื่องได้เป็นบางส่วน ร้อยละ 2.0 ค่าคะแนนรวมการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 86.9 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

(1) บันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึก มากที่สุด ค่าคะแนนเท่ากัน (ร้อยละ 95.2) คือ

ก. บันทึกปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยในวันแรกรับ และบันทึกอย่างต่อเนื่องทุกเวรจนกระทั่งจำหน่ายหรือส่งต่อ

ข. บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกเวร

ค. บันทึกการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

(2) การบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึก น้อยที่สุดคือ บันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และทวนสอบอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ร้อยละ 71.4

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) วัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ การดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

โดยศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการแพทย์ ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 8 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบ เจาะจง (purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม มากกว่า 1 ปี จำนวน 8 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ชี้แจงนโยบายของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการตรวจประเมินการบันทึกทางการแพทย์ ของหน่วยงานที่ผ่านมา ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เครื่องมือที่ใช้การสนทนากลุ่ม เป็น คำถามปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับด้านวิธีการ/คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ แนวทางการ บันทึกเพื่อให้ได้ตามหลัก 4C (4C; correct, complete, clear, concise) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ บันทึกทางการแพทย์ และการนำรูปแบบอื่นๆมาประยุกต์ใช้ รวบรวมข้อมูลสรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่ม มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ มีขั้นตอนดังนี้

1. การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพด้านการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้ความรู้ เกี่ยวกับแนวคิดการบันทึกทางการแพทย์ รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบต่างๆ และการ ประยุกต์ ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ก่อน และหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 17 คน กำหนดคุณสมบัติ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอ ผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นผู้บันทึกทางการแพทย์ ประสบการณ์ทำงานในหอ ผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำ วิจัย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแบบทดสอบที่ประกอบด้วยคำถามและคำตอบ ชนิดเลือกตอบ (multiple choice) 4 ตัวเลือก เพื่อให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด 1 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น ด้านความรู้ความจำ จำนวน 6 ข้อ ความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ การนำไปใช้ จำนวน 3 ข้อ

2. การประชุมระดมสมองร่วมกันสร้างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบ เจาะจง (purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานให้การพยาบาลใน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 4 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมระดมสมอง และข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่ม ในการศึกษาระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

3. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยแบบตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบตามหลักการบันทึก จำนวน 21 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 6 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีจำนวน 19 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .93

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และประเมินผล

การนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ 2) แบบตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานให้การพยาบาลใน หอผู้ป่วยหนัก

ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 17 คน 2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ จำนวนกลุ่มละ 14 แพ้ม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive sampling) โดยเลือกแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ 3 วัน ขึ้นไป ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งย้ายออก ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา เรียงลำดับตามที่ได้รับเข้าและย้ายออกจนครบ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ ได้แก่ ข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบการบันทึกเดิม ในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 14 แพ้ม และข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกเดิม
2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เรื่องวิธีการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกใหม่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องก่อนใช้รูปแบบ
3. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามรูปแบบการบันทึกใหม่
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ จำนวน 14 แพ้ม
5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หลังการทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น
6. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ก่อนและหลังการทดลองใช้ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched pair Signed Rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. สรุปการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.9) อายุเฉลี่ย 31.7 ปีระดับการศึกษาปริญญาตรี(ร้อยละ 100) ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.9) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 8 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วง 1-5 ปี มากที่สุด(ร้อยละ52.9) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เฉลี่ย 6.1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล และการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาล มากที่สุดจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 92.3) โดยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมภายในโรงพยาบาล

1.2 สภาพการณ์การบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

สภาพการณ์การบันทึกทางการพยาบาลที่รวบรวมได้จากการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ดังนี้

- 1) ด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่ามีข้อกำหนดนโยบายด้านการบันทึกทางการพยาบาลและการประเมินคุณภาพการบันทึก แต่ไม่มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหนัก ตลอดจนตัวอย่างการบันทึกการพยาบาล กลุ่มที่มีโรคซับซ้อนหรือภาวะวิกฤตที่ชัดเจน
- 2) ด้านรูปแบบและวิธีการบันทึกทางการพยาบาล มีรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีโครงสร้างแบบ Focus List เป็น assessment, intervention และ evaluation แต่พบว่าการบันทึกใน Focus List มีรายละเอียดข้อมูลจำนวนมาก การระบุปัญหาไม่ชัดเจน การบันทึกไม่ครอบคลุมองค์รวม และการประเมินผลบางส่วนพบว่าไม่เป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความซับซ้อนต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน

1.3 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้น จากการประชุมระดมสมอง และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบเป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างชัดเจน สำหรับการลงบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องใน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล เป็นเอกสารที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบการบันทึกใหม่ โดยมีรายละเอียดวิธีการบันทึก และมีตัวอย่างประกอบการบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละแบบฟอร์ม

2) แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล เป็นเอกสารการบันทึกสำหรับผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งออกแบบตาม โครงสร้างมาตรฐานที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล โดยการใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการหรือที่ต้องปฏิบัติ และบันทึกเพิ่มเติมบางส่วน ถ้าพบข้อมูลใดที่มีความผิดปกติต้องมีการบันทึกเพิ่มเติมในแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบฟอร์มสำหรับการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การบันทึกทางการพยาบาลในการรับผู้ป่วย (admit reports) 2) การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก (Transfer reports) 3) การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร (Change-of-shift report) 4) การบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาพ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (Acute change in an patient, condition) 5) การบันทึกการดูแลกิจวัตรประจำวัน (Daily nursing activity) 6) การบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) 7) การบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (The surveillance recording, patient receiving high alert drugs) และ 8) การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล (Nursing database)

3) วิธีการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลแบบเล่าเรื่องราวรายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เหตุการณ์สถานการณ์เปลี่ยนแปลงฉับพลัน หรือได้รับการแก้ไขในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะวิกฤต ในแต่ละเวร แต่ละวัน การบันทึกเน้นขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้า การดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งย้ายออกหรือจำหน่าย วิธีการบันทึกแบบเล่าเรื่อง ในการบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ AIE (Assessment Intervention Evaluation) ร่วมกับการใช้การบันทึกที่ใช้สัญลักษณ์ และการบันทึกเพิ่มเติม เพื่อลดการบันทึกที่ซ้ำซ้อน การบันทึกที่มีกิจกรรมที่ปฏิบัติซ้ำๆ ทำให้สะดวกรวดเร็ว ลดเวลาในการบันทึก

1.4 ผลการทดสอบความรู้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล

ผลการทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ก่อนการอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 5.9 คะแนน หลังการอบรม ค่าคะแนนเฉลี่ย 9.5 คะแนนเฉลี่ย การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

1.5 ประสิทธิภาพของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

ผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น มี ดังนี้

1) การเปรียบเทียบความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

(1) การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม ด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน ความด้านชัดเจน และด้านความได้ใจความ คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกเดิม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความถูกต้องมากที่สุด หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ (mean = 3.87, SD= 0.46 และ mean = 4.55, SD= 0.55) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

(2) การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความถูกต้อง คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกเดิม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ย ช่วยให้อ้างอิง นามสกุล ตำแหน่งผู้บันทึก ถูกต้องตามหลักที่หน่วยงานกำหนด มากที่สุด (mean = 4.65 ,SD 0.49) แต่หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ ช่วยให้อ้างอิง นามสกุล ตำแหน่งผู้บันทึก ถูกต้องตามหลักที่หน่วยงานกำหนด และช่วยให้ระบุระยะเวลาในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มากที่สุด (mean = 4.55, SD= 0.55) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความถูกต้อง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

(3) การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความครบถ้วน คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกเดิม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 หลังการใช้ รูปแบบการบันทึกใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วยให้รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งย้ายออกได้ครบถ้วนมากที่สุด (mean = 3.65 ,SD 0.61) แต่หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ ค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากัน คือ ช่วยให้รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ ดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งย้ายออกครบถ้วน (mean = 4.53, SD= 0.62) และช่วยให้บันทึกข้อมูลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

(mean = 4.53, SD= 0.51) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความครบถ้วน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

(4) การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิผล ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความชัดเจน คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผล ของรูปแบบการบันทึกเดิม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อคะแนนเฉลี่ยเท่ากันอยู่ในระดับมาก(mean = 3.59. SD=0.54) แต่หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากัน คือ ช่วยให้บันทึกข้อมูลได้อย่างกระชับ สั้น ชัดเจน เข้าใจง่าย และช่วยให้ใช้ตัวย่อ เฉพาะที่เป็นสากลตามหลักที่หน่วยงานกำหนด(mean = 4.47, SD= 0.62) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความชัดเจน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

(5) การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิผล ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความได้ใจความ คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกเดิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ช่วยให้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรายงานแพทย์เพื่อตอบสนองต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากที่สุด (mean = 3.76 ,SD 0.56) แต่หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ ช่วยให้บันทึกข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากที่สุด (mean = 4.53, SD= 0.51) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความได้ใจความ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2) การเปรียบเทียบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า

(1) การเปรียบเทียบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม ได้แก่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก การบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม มีการบันทึก ร้อยละ 45.6 หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ มีการบันทึก ร้อยละ 93.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการบันทึกมากที่สุด ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก(ร้อยละ 52.4) แต่หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ มีบันทึกมากที่สุดด้านถูกต้องตามหลักการบันทึก(ร้อยละ 95.6) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบการ

บันทึกทางการแพทย์โดยรวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่ มีคะแนนการบันทึกทางการแพทย์สูงกว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม

(2) การเปรียบเทียบการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล พบว่า รูปแบบการบันทึกเดิมมีการบันทึก ร้อยละ 41.1 การบันทึกมากที่สุด คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย (ร้อยละ 78.6) การบันทึกน้อยที่สุด ค่าคะแนนเท่ากัน (ร้อยละ 14.3) คือ 1) การบันทึกระบุปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ หรือการฝึกทักษะ 2) บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย และ 3) บันทึกผลการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์โดยสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล แต่หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ มีการบันทึก ร้อยละ 91.0 เมื่อพิจารณาด้านพบว่าส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบว่าการบันทึกน้อย คือ บันทึกระบุปัญหาทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงด้านจิตใจอารมณ์ (ร้อยละ 71.4) บันทึกการวางแผนจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลต่อเนื่องก่อนการย้ายออก (ร้อยละ 78.6) และบันทึกผลการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์โดยสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล (ร้อยละ 78.6)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล พบว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่ มีค่าคะแนนการบันทึกทางการแพทย์สูงกว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม

(3) การเปรียบเทียบการตรวจการบันทึกทางการแพทย์ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก พบว่า รูปแบบการบันทึกเดิม มีการบันทึก ร้อยละ 50.3 มีการบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำตามที่หน่วยงานกำหนดมากที่สุด (ร้อยละ 100) แต่หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ มีการบันทึก ร้อยละ 95.6 ส่วนใหญ่ค่าคะแนนเพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบมีการบันทึกน้อยที่สุด คือ บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 78.6

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก พบว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่ มีค่าคะแนนการบันทึกทางการแพทย์สูงกว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม

(4) การเปรียบเทียบการตรวจบันทึกทางการแพทย์ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่ารูปแบบการบันทึกเดิม มีคะแนนการบันทึกรวม ร้อยละ 52.4 หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ คะแนนการบันทึกรวม ร้อยละ 95.6 แต่ยังคงมีส่วนที่บันทึกน้อยที่สุด คือ บันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและทวนสอบอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ร้อยละ 71.4

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่ มีค่าคะแนนการบันทึกทางการแพทย์สูงกว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลตามลำดับ ได้แก่ รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

2.1 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ และนำปัญหาที่พบจริงในหน่วยงานมาพัฒนาโดยใช้การมีส่วนร่วม จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างพบว่ารูปแบบการบันทึกเดิมมีการบันทึกซ้ำๆ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ปฏิบัติประจำวัน ไม่มีการระบุปัญหาหรือกิจกรรมที่ชี้เฉพาะ และการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงฉับพลันไม่ครอบคลุมตามช่วงเวลาจริง ตามสถานการณ์และเหตุการณ์ที่ได้รับ การบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ตลอดจนการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่ไม่พบหลักฐานการบันทึก ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ผสมผสานกับการบันทึกแบบละเว้น (Charting by Exception :CBE) โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติจากการประชุมระดมสมอง และข้อเสนอแนะที่ได้มาพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยเน้นการสร้างคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ชัดเจน ปรับแบบฟอร์ม และวิธีการบันทึก ทำให้สะดวกต่อการใช้ ลดความซ้ำซ้อน ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของผู้ปฏิบัติเมื่อนำไปใช้ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับประภรณ์ บุญสม และคณะ (2555) ที่พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ใช้การแลกเปลี่ยน เรียนรู้กับพยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการทางคลินิกในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ปรับปรุงรูปแบบ/แบบฟอร์มการบันทึก การวางแผนจำหน่าย ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้นหลังการพัฒนา และรวดิวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) ที่ศึกษาการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ปัญหา ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริง แก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น และร่วมพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพเพิ่มขึ้น

การมีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และมีตัวอย่างวิธีการบันทึกแบบฟอร์มที่สะดวก ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกได้อย่างครอบคลุม ถูกต้อง รวดเร็ว การบันทึกมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ตลอดจนรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ระดมความคิดเห็น และร่วมพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ส่งผลให้ค่าคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนามีคะแนนสูงขึ้น สอดคล้องกับฐิติขวัญ

นวมะชิตี (2557) ซึ่งพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่าคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานชัดเจน และมีตัวอย่างในการบันทึก ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการบันทึกถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

เมื่อนำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้หลัก 4C ได้แก่ ความถูกต้อง (correct) ครบถ้วน (complete) ชัดเจน (clear) และได้ใจความ (concise) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญและยอมรับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา สอดคล้องกับ อรทัย ห้าหาญและคณะ (2559) ซึ่งพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน โดยใช้แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note form) บันทึกในรูปแบบ AIE และแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan form) ในลักษณะแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เมื่อสอบถามความพึงพอใจตามหลัก 4C พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่าแบบเดิม

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ทางด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านถูกต้องตามหลักบันทึก ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการใช้การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่หน่วยงานคุ้นเคยและใช้อยู่ในปัจจุบัน แต่ปรับวิธีการบันทึก มีตัวอย่างการบันทึกที่ชัดเจนเหมาะกับผู้ป่วยวิกฤติ ร่วมกับการออกแบบการบันทึกแบบละเว้น (Charting by Exception :CBE) เพื่อให้ลดระยะเวลาของการบันทึก และลดความซ้ำซ้อน ทำให้การบันทึกได้ครอบคลุม รวดเร็วมากขึ้นเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้คะแนนการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่สูงกว่าการบันทึกในรูปแบบบันทึกเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ พะเนียง วะชิงเงิน (2558) ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกโรงพยาบาลชะอำ โดยใช้การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ร่วมกับแบบละเว้น (Charting by Exception :CBE) พบว่าการบันทึกทางการแพทย์สามารถกำหนดปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง และใช้ในการสื่อสารทีมพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และวาริณี ด้วงเงิน ภัชราภร บุญรักษา และวีรยุทธ ศรีทุมสุข (2558) ซึ่งพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยใช้การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) พบว่าแบบการบันทึก สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย ทำให้บันทึกได้สะดวกและรวดเร็ว และการมีคู่มือในการบันทึกทางการแพทย์ ทำให้สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง

2.2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

2.2.1 ความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามหลักการบันทึก 4C (4; correct ,complete ,clear, concise) โดยรวมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของรูปแบบการบันทึกใหม่สูงกว่า (mean = 4.45, SD= 0.59) รูปแบบการบันทึกเดิม (mean =3.54, SD= 0.50) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบันทึกใหม่ มีการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการรับผู้ป่วย การบันทึกกิจกรรมการดูแลประจำวัน การบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ให้ความเสี่ยงสูง การบันทึกเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน และการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการย้ายออก ด้วยการใช้สัญลักษณ์ และบันทึกเพิ่มเติมบางส่วนทำให้เอื้อต่อการบันทึกได้ถูกต้อง สะดวก และลดระยะเวลาการบันทึก พยาบาลมีช่องทางในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤติที่มีการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน การบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมให้พยาบาลบันทึกไม่ยุ่งยาก หรือซับซ้อน ใช้เวลาน้อย ง่ายต่อการบันทึก ทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่ารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับ รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) ที่พบว่าค่าคะแนนความพึงพอใจของแบบฟอร์มการบันทึกที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบฟอร์มเดิม จากแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างที่ชัดเจน เอื้อต่อการบันทึก ช่วยให้ผู้บันทึกบันทึกได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำให้ใช้เวลาในการบันทึกน้อย เช่นเดียวกับ ทศนีย์ เชื่อมทอง, จิตภาภา ไม้งาม และณญา ภักฐิติพันธ์ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting) พบว่าคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ(Focus charting)จากจากพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกที่ดี และเข้าใจแบบที่ใช้บันทึก การใช้เวลาในการบันทึก ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นทางด้านความถูกต้อง ค่าเฉลี่ยคะแนนของรูปแบบการบันทึกใหม่(mean = 4.55, SD= 0.55) สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม(mean = 3.87, SD= 0.46) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่มีเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ด้านความครบถ้วน ค่าเฉลี่ยคะแนนรูปแบบการบันทึกใหม่(mean = 4.45, SD= 0.56) สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม (mean = 3.25, SD= 0.49) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญในการบันทึกส่วนนี้ เรื่องความถูกต้องในการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นประวัติและการระบุผู้ป่วยถูกต้อง การระบุวันเวลาในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยได้ครบถ้วน

สัมพันธ์กับเหตุการณ์ ตามหลักกระบวนการพยาบาลเพื่อความครบถ้วน รวมทั้งความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด ตลอดจนเห็นความสำคัญในการระบุ ชื่อสกุล และตำแหน่งผู้บันทึกตามหลักหน่วยงานกำหนด ซึ่งในรูปแบบการบันทึกใหม่ มีคู่มือในการบันทึกที่ชัดเจน และการออกแบบที่เอื้อต่อการบันทึก เช่น การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาความเสี่ยงสูง การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤติที่มีการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพเห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับ อรรถย ห้าวหาญ และคณะ (2560) ที่พบว่าในการบันทึกความก้าวหน้าด้านความถูกต้อง และครบถ้วน พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นใหม่สูงกว่าแบบบันทึกเดิม เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของการบันทึกความก้าวหน้าแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นใหม่และแบบบันทึกเดิมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเห็นว่ากรบันทึกนั้นต้องถูกต้อง ครบถ้วน ตามสภาพของผู้ป่วย แก้ไขปัญหาอย่างมีขั้นตอนด้วยการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจบนฐานของข้อมูล สถานการณ์ และหลักการนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

ด้านความชัดเจนพบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นว่าการบันทึกค่าเฉลี่ยคะแนนการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่ (mean = 4.41, SD= 0.64) สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม (mean = 3.59, SD= 0.54) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล การบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเข้าใจหลักการบันทึกที่เกี่ยวข้องทางด้านกฎหมาย การใช้คำย่อที่เป็นหลักสากล การบันทึกได้กระชับชัดเจน เข้าใจง่าย ทำให้เห็นความสำคัญ หน่วยงานมีการนิเทศติดตามการบันทึก การตรวจสอบเป็นประจำทุกวันๆ ละเพิ่มและแลกเปลี่ยนเมื่อพบข้อปัญหา ทำให้เกิดความเข้าใจต่อหลักการบันทึก สอดคล้องกับ สุปรานี ศรีพลาวงษ์ จงกล ัมปสาโท (2557) ที่พัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกแบบ Focus charting เกี่ยวกับการบันทึกที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ตรงประเด็น สามารถบันทึกผลได้ชัดเจนทันเวลา เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่าหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ด้านได้ใจความพบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นว่าการบันทึกค่าเฉลี่ยคะแนนรูปแบบการบันทึกใหม่ (mean = 4.39, SD= 0.62) สูงกว่ารูปแบบเดิม (mean = 3.44, SD= 0.52) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบันทึกใหม่ ออกแบบฟอร์มการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกที่ลดความซ้ำซ้อน โดยใช้การบันทึกแบบโครงสร้าง บันทึกเพิ่มเติม ร่วมกับแบบรายการตรวจสอบ (check list form) การบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับ ฐิติขวัญ นวมะชิตี (2557) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ แบบบันทึกที่ลดความซ้ำซ้อน สามารถระบุความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุม ทั้งปัญหา

ด้านกาย จิต สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้แบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อหลังการใช้แบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) จากแบบบันทึกมีประโยชน์ต่อการพยาบาลทำให้มองเห็นความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วย และสามารถแสดงให้เห็นวิธีการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นำไปใช้ได้จริง มีความสะดวกลดความซ้ำซ้อนและความสูญเสียในการทำบันทึก

2.2.2 การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

เมื่อพิจารณาการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมและรายด้านสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวม ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่าค่าคะแนนรูปแบบการบันทึกใหม่ (ร้อยละ 93.0) สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม (ร้อยละ 45.6) สอดคล้องกับ รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) ที่พบว่าผลการประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล เมื่อตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ทุกด้านมีค่าคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพะเนียง วัชชิงเงิน (2558) ที่พบว่าผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่อง ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยการบันทึกรูปแบบใหม่สูงกว่าการบันทึกรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่มีคะแนนสูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการบันทึกเดิมการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note form) ใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เพียงแบบเดียว แต่รูปแบบการบันทึกใหม่ ใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ในการบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan form) ร่วมกับการบันทึกแบบละเว้น (Charting by Exception : CBE) ในการบันทึกทางการพยาบาลการรับย้ายและย้ายออก การเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลต่อเนื่องก่อนการย้ายออก การติดตามความเสี่ยงด้านยาความเสี่ยงสูง ตลอดจนการใช้แบบฟอร์มที่บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ และการบันทึกการเปลี่ยนแปลงวิกฤติฉับพลัน ทำให้สะดวก ง่ายต่อการบันทึก และลดระยะเวลาการบันทึก ส่งผลให้มีการบันทึกเพิ่มขึ้นและมีความต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจึงมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) ที่พบว่าโครงสร้างแบบฟอร์มเอื้อให้มีการบันทึกที่รวบรัด กระชับ ชัดเจน ง่ายในการบันทึก และช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึก อีกทั้งสะท้อนกระบวนการพยาบาลทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น และวาริณี ด้วงเงิน ภัชราภร บุญรักษา

และวีรยุทธ ศรีทุมสุข (2558) พบว่าระบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น แบบมีโครงสร้างคือแบบที่มี check list ร่วมกับการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) มีคุณภาพมากกว่าระบบการบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมเนื่องจากระบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุม มีรูปแบบสั้น กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับงานวิจัย ของ พะเนียง วัชชิงเงิน (2558) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้รูปแบบชี้เฉพาะ (focus charting) บันทึกความก้าวหน้าแบบ DAR (Data Action Response) ร่วมกับแบบละเว้น (Charting by Exception :CBE) มีค่าคะแนนสูงขึ้น และสุรพล เตชะกฤตธีรธำรง (2557) ที่พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) บันทึกความก้าวหน้าแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) เพิ่มจาก ร้อยละ 53.6 เป็นเป็นร้อยละ 72.1

นอกจากนี้จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างพบประเด็นปัญหาความรู้เรื่องโรคเพื่อเชื่อมโยงในการรวบรวมข้อมูลนำสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถบันทึกทางการแพทย์ได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นการส่งเสริมผู้ปฏิบัติให้ได้รับความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถรวบรวมข้อมูล เฝ้าระวังความเสี่ยงในแต่ละโรคได้มากขึ้น และเข้าใจในหลักการบันทึก ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ ประภาภรณ์ บุญสม และคณะ (2555) ที่วิเคราะห์สภาพการณ์ พบประเด็นพยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ ความเข้าใจในหลักการ องค์ความรู้เรื่องโรคไม่เห็นความสำคัญของการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์การดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึก ได้พัฒนาด้านความรู้โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีสมรรถนะในการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ทำให้คะแนนเฉลี่ยการบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนาเพิ่ม ขึ้น และวิทวดี สุวรรณศรวล (2557) ซึ่งพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหลังการอบรมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.6 เพิ่มเป็นร้อยละ 83.7 ซึ่งการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ดีมากขึ้น จึงส่งผลให้การบันทึกมีความสมบูรณ์และครบถ้วนมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ จิตติขวัญ นวมะขิตติ (2557) พบว่าการอบรมให้ความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลและการบันทึก แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึกในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 89.8) และสอดคล้องกับ Blair, W. and Smith, B. (2012) ที่ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ และอุปสรรคการบันทึกทางการแพทย์ และได้เลือกเลือกใช้

รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ(Focus charting)เป็นโครงการนำร่องโดยปรับแบบฟอร์ม และให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล พบว่าช่วยให้มีการบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลที่ชัดเจน และกระชับในการสื่อสาร

2) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จากการศึกษาผลการตรวจสอบ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการ พบว่าคะแนนรูปแบบการบันทึกใหม่ (ร้อยละ 91.0) สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม (ร้อยละ 41.1) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปฏิบัติมีความรู้ด้านกระบวนการพยาบาลมากขึ้น การบันทึกทางการพยาบาล แบบ F-A-I-E (Focus Assessment Intervention Evaluation) ทำให้ง่ายต่อการบันทึกและเป็นขั้นตอน ตลอดจนมีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และตัวอย่างในการบันทึกที่ชี้เฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ ทำให้การบันทึกมีความถูกต้อง และครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำมาก หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก จากมีแบบบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และวิชาติ สุวรรณสรวล (2557) ที่พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการโพสพิตซีเอ ในการปรับปรุงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ที่บันทึกด้วยรูปแบบ APIE (Assessment, Planning, Intervention, Evaluation) พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านกระบวนการพยาบาลก่อนพัฒนามีคะแนน ร้อยละ 41.64 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 83.70 ซึ่งเป็นผลจากการให้ความรู้ ผู้ปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การยกตัวอย่างการบันทึก และการสะท้อนผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลให้ผู้ปฏิบัติทราบ

แม้ว่าด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ค่าคะแนนการบันทึกรูปแบบการบันทึกใหม่สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม แต่เมื่อพิจารณารายข้อหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบรายข้อที่มีค่าคะแนนการบันทึกสูงขึ้นกว่ารูปแบบการบันทึกเดิม แต่ยังมีค่าคะแนนการบันทึกน้อย ได้แก่

- 1) การบันทึกระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงด้านจิตใจ อารมณ์
- 2) การบันทึกการวางแผนจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลต่อเนื่องก่อนการย้ายออก
- 3) การบันทึกกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นระหว่างการดูแลรักษาพยาบาล
- 4) การบันทึกผลการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์โดยสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล อาจเนื่องจากภาระงานในหอผู้ป่วยหนักที่มีเหตุการณ์สำคัญเร่งด่วนด้านร่างกายในผู้ป่วยวิกฤติที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤติ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญในการดูแลด้านร่างกาย จึงพบการบันทึกด้านจิตใจน้อยกว่าด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ วงศ์มหาชัย (2556) ที่ศึกษาการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

สกลนคร ที่พบว่ามีการบันทึกทางด้านจิตใจน้อยและไม่พบการบันทึกทางด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้าน ภาระงาน เวลาและจำนวนผู้ป่วย และ Shihundla, R.C. et al. (2016) ที่ศึกษาผลกระทบของภาระงานของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในการจัดทำเอกสารข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ในสถานบริการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าภาระงานที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์

นอกจากนี้ในส่วนการบันทึกการวางแผนจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อการดูแลต่อเนื่องก่อนการย้ายออกที่พบว่ายังบันทึกน้อยอาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Caregiver) ที่อาจยังไม่พร้อม ทำให้การให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะ หรือวางแผนจำหน่ายไม่ต่อเนื่อง หรือพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าในผู้ป่วยหนักยังไม่จำเป็นต้องวางแผนจำหน่าย ตลอดจนความจำเป็นในการหมุนเวียนเตียงเร่งด่วนเพื่อรับผู้ป่วยวิกฤติกว่าทำให้มีผลกระทบต่อกรวางแผนจำหน่ายด้านการดูแลต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบการบันทึกใหม่ทำให้มีการบันทึกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 35.7 เป็น ร้อยละ 78.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ปลื้มใจ และเพ็ญ ฤ พัทลุง(2558) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของแผนกผู้ป่วยในโดยใช้รูปแบบระบบปัญหาสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล (SOAPIE) พบว่าการประเมินผลเกี่ยวกับการบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผลการตรวจการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเกิดจากการแยกแบบฟอร์มส่งต่อการดูแลต่อเนื่องจากแบบบันทึกทางการพยาบาล ตลอดจนพยาบาลไม่มีเวลาดลงรายละเอียด และรติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) ที่พบว่ากรบันทึกการให้คำแนะนำหรือทบทวนคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วย และ/หรือญาติก่อนจำหน่ายที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทั้งแบบฟอร์มเดิมและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง

3) ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก พบว่าค่าคะแนนรูปแบบการบันทึกใหม่ (ร้อยละ 95.6) สูงกว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม (ร้อยละ 50.3) ทั้งนี้เนื่องจากส่วนหนึ่งจากในคู่มือการใช้รูปแบบการการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับหลักการบันทึกตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และหน่วยงาน ทำให้ผู้บันทึกมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการบันทึกภายใต้หลัก 4C (correct ,complete ,clear, concise) ซึ่งเมื่อพิจารณารายชื่อหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ พบรายชื่อที่มีการบันทึกน้อย ได้แก่ บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งอาจเป็นเพราะผลการปฏิบัติการพยาบาลบางอย่างอาจจะยังไม่สามารถประเมินได้ในช่วงเวลาเวรนั้นๆ สอดคล้องกับ อุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่าก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี จากมีแบบบันทึกมาตรฐานและวิธีการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกที่ถูกต้อง และการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ให้พยาบาลเพิ่มความ

ตระหนักและเห็นคุณค่าการบันทึก และ ฐิติขวัญ นวมะชิตี (2557) ที่พบว่าค่าคะแนนคุณภาพการบันทึก ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จากแบบบันทึกและแบบฟอร์มบันทึกเชิงโครงสร้าง มีคู่มือการบันทึก และการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับ กาญจนา ฐานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น (2557) ที่พบว่าการบันทึกแบบชี้เฉพาะอาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น การประเมินในกรณียังไม่สามารถประเมินได้

4) ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่าค่าคะแนนรูปแบบการบันทึกใหม่ (ร้อยละ 86.9) สูงกว่าการบันทึกรูปแบบการบันทึกเดิม (ร้อยละ 52.4) เนื่องจากการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ร่วมกับรูปแบบละเว้น (Charting by Exception :CBE) ในการกำหนดแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล วิธีการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกต่อเนื่อง การประเมินผู้ป่วยต่อเนืองทุกวัน การบันทึกกิจกรรมหรือหัตถการที่ทำเป็นประจำ ทำให้ง่ายต่อการบันทึกและลดระยะเวลาการบันทึก สอดคล้องกับ อุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก จากการออกแบบฟอร์มการประเมินต่อเนื่องร่วมกับแบบบันทึกการพยาบาลในแบบฟอร์มเดียวกัน และรติวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์ (2557) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึก หลังการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าการใช้แบบฟอร์มเดิม จากมีแบบบันทึกและวิธีการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายชื่อหลังการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ส่วนใหญ่ มีการบันทึกเพิ่มขึ้น แต่พบรายชื่อที่บันทึกน้อย ได้แก่ การบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และทวนสอบอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งเป็นข้อสังเกต ความสอดคล้องรายชื่อที่พบในด้านกระบวนการพยาบาลเช่นกัน ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ด้านการบริหารจัดการ

1) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทางการพยาบาล โดยบูรณาการรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลมากกว่าหนึ่งรูปแบบ มาใช้ในการพัฒนาแบบฟอร์มและวิธีการ

บันทึกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่สามารถใช้ในการสื่อสารร่วมกันในทีมแพทย์และพยาบาล ที่หน่วยงานอื่นสามารถประยุกต์ใช้ได้

2) รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ การบันทึกทางการแพทย์ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปใช้ ศึกษาขยายผลในโรงพยาบาลต่อไปโดยเฉพาะหอผู้ป่วยหนักแผนกอื่น

3) การศึกษาครั้งนี้ นอกจากการพัฒนาารูปแบบบันทึกทางการแพทย์แล้ว ยังพัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถนำไปใช้พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยผู้ปฏิบัติ

4) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ควรสนับสนุนการนำเทคโนโลยีมาใช้ โดยพัฒนาต่อยอดโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งช่วยให้การบันทึกสมบูรณ์ ความสะดวก รวดเร็ว และลดเวลาการบันทึก

5) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลควรนำการบันทึกทางการแพทย์ กำหนดเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ มีการปฐมนิเทศการบันทึกทางการแพทย์ให้กับพยาบาลใหม่ทุกคน และมีการประเมินติดตามสมรรถนะด้านการบันทึกทางการแพทย์ ของพยาบาลทุกคนทุกปี

6) หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีนโยบาย ด้านการติดตามนิเทศ และการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์เป็นประจำ เพื่อประเมินทักษะและสื่อสารหลักการบันทึกที่ถูกต้องเป็นรายบุคคล

7) กลุ่มงานการพยาบาล ควรสนับสนุนให้ผู้บันทึกทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อสามารถทราบสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ และความร่วมมือในการปฏิบัติ

8) จากผลศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูล คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แม้พบว่าจะคะแนนการบันทึกสูงขึ้นทุกด้าน แต่พบประเด็นการบันทึกด้านจิตใจ อารมณ์ การบันทึกการวางแผนจำหน่าย การบันทึกการให้ข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะ ที่พบว่ามีความต่ำกว่าด้านอื่น ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านนี้

3.1.2 ด้านการพัฒนาบุคลากร

1) การส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อทบทวนวิธีการบันทึกตามหลักการบันทึกที่มีคุณภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนได้ใจความ อย่างน้อยปีละครั้ง

2) การพัฒนาความสามารถพยาบาลวิชาชีพ ในการบันทึกทางการแพทย์ ด้านการวางแผนจำหน่าย ตลอดจนการบันทึก การดูแลต่อเนื่อง

3.1.3 ด้านการปฏิบัติ

- 1) ควรมีการทบทวนและวิเคราะห์แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ กระชับ ชัดเจน มีความสะดวก รวดเร็ว เหมาะสม ง่ายต่อการบันทึก เป็นระยะๆ
- 2) เพิ่มการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประจำวัน โดยส่งเสริมให้พยาบาลทุกคนสามารถตรวจสอบการบันทึกได้ด้วยตนเอง เพื่อให้พยาบาลเกิดทักษะ ความรู้ความเข้าใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 จากการศึกษาพบว่านอกจากการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก็มีส่วนสำคัญ ควรมีการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เรื่องแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.2.2 ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการประเมินผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อดูความคงตัวของกรบันทึก คุณภาพการบันทึก เพื่อสามารถนำมาเป็นต้นแบบต่อไป

3.2.3 การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ควรนำไปศึกษาในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อให้เห็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ชัดเจนมากขึ้น

3.2.4 การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครั้งนี้ สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ควรศึกษาด้านความพึงพอใจของพยาบาลผู้บันทึกเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์. (2557). *คู่มือบันทึกทางการพยาบาล*. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์.
- _____. (2557). *คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล*. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์.
- _____. (2559). *เอกสารการประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาล ปี 2559*. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์.
- _____. (2560). *service profile*. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์.
- กองการพยาบาล. (2539). *คู่มือการจัดการบริการพยาบาล จากหลักการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2544). *การประกันคุณภาพการพยาบาล ในโรงพยาบาล : งานบริการผู้ป่วยหนัก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา และฐิตา วาณิชย์บัญชา. (2561). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2557). บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับวิชาชีพ. *พยาบาลสาร*, 42(1), 164-170.
- จันทร์ทิรา เจริญชัย. (2557). *การพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาล*. (รายงานการวิจัย). สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ฐิติขวัญ นวมขัติ. (2557). *การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. (ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ฐิติมา ปลื้มใจ เผอิญ ฌ พัทลุง. (2558). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน. *วารสารวิชาการเขต*, 12, 26(1), 27-35.
- ณภัทร ธนะพุดินาถ นภาพร แก้วนิมิตชัย และยุวดี เกตสัมพันธ์. (2554). ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึก และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 14 (28),1-21.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง, จิตาภา ไม้งาม และญญา ภักฐิติพันธ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus Charting). *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 421, 50-56.

- นิคม เจียรจินดา. (2559). บรรยากาศในองค์กร กับประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน. *วารสารนวัตกรรม การจัดการภาครัฐและภาคเอกชน*, 4(1), 25-39.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย: การวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี อัครรัตน์. (2555). บันทึกทางการพยาบาล : หลักการบันทึกเพื่อการใช้ประโยชน์ทางกฎหมาย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 5(2), 25-32.
- ประภาภรณ์ บุญสม, จินต์จุฑา รอดपाल, พรพิมล ผดุงสงฆ์, สมคิด ตีร์ราภิ, และ สมทรง บุตรชีวัน. (2555). การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาล พระนครศรี อยู่ธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 2(2), 135-146.
- พจนีย์ ธีระกุล. (2558). ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พรศิริ พันธสี. (2558). *กระบวนการพยาบาล &แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พะเนียง วะซังเงิน. (2558). ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ต่อคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลชะอำ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาชั้นคว่ำอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- มลิวัลย์ มุลมงคล ศศิธร ศรีภูษณาพรรณ นวี สิทธิวงศ์กุล, ยุพิน ตันอนุชิตติกุล และปิยธิดา จุลละปีย์. (2560). ผลการใช้การบันทึกทางการพยาบาล แบบ Focus Charting งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 262, 409-417.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2559). การบันทึกทางการพยาบาล แบบ Focus Charting. *วารสารคลินิก*, 32(11), 1152-1156.
- รดิวันต์ กิตติชัยเศรษฐ์. (2557). *การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชันส์.
- วรรณชนก จันทุม รัญญา วิเชียรพัทธ์และบุศรา กาญจนบัตร. (2554). การบันทึกการพยาบาล ที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29 (4), 5-12.

- วรรณดี ตปนิยกร และงามนิติย์ รัตนานุกูล. (2552). *การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 1*. . กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- วารสารณ์ ภัทรมงคลเขตต์ และพร บุญมี. (2560). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(1), 113-136.
- วาริณี ด้วงเงิน ภัชราภร บุญรักษา และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2558). การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(12), 7-20.
- วิไลวรรณ พ่วงทอง. (2559). *ประสิทธิผลการพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลทับใต้ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์, กรุงเทพฯ.
- วิจิตรา กุสมภ. (2556). *กระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยการพยาบาล : การนำไปใช้ใรคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- วิหวดี สุวรรณศรวล. (2557). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริวัฒน์ เปลี่ยนบางยาง. (2560). ประสิทธิผลการให้บริการระบบสารสนเทศของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(1), 1351-1365.
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสุรินทร์. (2560). *service profile*. สุรินทร์:โรงพยาบาลสุรินทร์.
- สภาการพยาบาล. (2548). *มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ*. นนทบุรี: ประกาศ ณ วันที่ 14 กันยายน 2548.
- สมใจ ลักษณะ. (2552). การพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงาน. กรุงเทพฯ: เพิ่มทรัพย์การพิมพ์.
- สมหมาย เทียนสมใจ. (2556). *รูปแบบการบริหารงานที่มีประสิทธิผลของ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศึกษา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- สำนักการพยาบาล. (2550). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2554). *การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการผู้ป่วยหนัก*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักการพยาบาล. (2554). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2)*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2553). *แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Audit Record Guideline)*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2557). *คู่มือแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน(Medical Audit Record Guideline)*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุนิศา คำโค่นและมณีรัตน์ ภาครูป. (2559). เปรียบเทียบคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในระบบการบันทึก แบบชี้เฉพาะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 10(2), 212-223.
- สุปรานี ศรีพลาวงษ์ และจกมล อัมปสาโท. (2557). การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้รูปแบบ Focus Charting หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 39(1), 19-26.
- สุรพล เตชะกฤตธีรดำรง. (2557). การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. *วารสารวิชาการ รพท/รพท เขต 4*, 16(1), 35-42.
- โสภกา คำชัยลิก. (2557). *การพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์. (2559). *รายงานการตรวจประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล*. สุรินทร์:โรงพยาบาลสุรินทร์
- หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์. (2560). *service profile*. สุรินทร์:โรงพยาบาลสุรินทร์
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-143.
- อรอนงค์ วงศ์มหาชัย. (2558). *การวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อรัญ ห้าวหาญ ภูษิตา อินทรประสงค์ และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2559). ผลการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(2),25-43.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อัจฉรา พุ่มดวง. (2558). การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล ใน *นิตยา สมบัติแก้ว และเดือนทิพย์ เขษมโอภาส (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐานหลักการและแนวคิด* (หน้า 35). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมพร คำล้ำเลิศ. (2555). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- Akbari, M. and Shamsi, A., (2011). A Survey on Nursing Process Barriers from the nurses' view of Intensive Care Units. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 4(3), 181-186. Retrieved September 12, 2017, from <http://cdn.neoscriber.org/cdn/serve/4d/67/4d676f34433336167763ef70253f21b9ae75cb40/IJCNN-v3n4p181-en.pdf>.
- Alkouri, O.A., AlKhatib, A.J. and Kawafhah, M., (2016). Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *European Scientific Journal*, 12(3), 101-106.
- Arrowood, D., Choate, E., Curtis, E., DeCathelineau, S., Drury, B., Fenton, S., ...Harper, M. (2013). Integrity of the healthcare record. Best practices for HER documentation. *Journal of American Health Information Management Association*, 84(8), 58-62.
- Bertalanffy, L. V. (1972). The history and status of general systems theory. *The academy of management journal*, 15(4), 407-426.
- Best, John W. (1997). *Research in Education*. ed., Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice – Hall, Inc.
- Blair, W. and Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168.
- College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC). (2012). *Practice support: nursing documentation*. Vancouver, BC Canada: Author.
- De Marinis, M.G., Piredda, M., Pascarella, M.C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., Alvaro, R. & Matarese M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544–1552. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Gryfinski, JJ and Lampe, SS. (1990). Implementing Focus Charting: process and critique. *Clinical Nurse Specialist*, 4(4), 200-205.
- John, S.K. and Bhattacharya, C. (2016). Documentation guidelines based on expectation of documentation helps accurate documentation among nurses in psychiatric settings. *Asian J. Nursing Edu. and Research*, 6(2), 260-264.
- Julie, N.K., Simon,I.K., Irène, K.U., Charles, M.M., Mahuridi,A., Narcisse, M.K. and Françoise, M.K.(2017). Barriers to the Implementation of the Nursing Approach in Public Hospitals in Lubumbashi in the Democratic Republic of Congo: A Cross-Sectional Descriptive Study. *Open Access Library Journal*, 4: e3721.
- Lampe, S. (1985). Focus charting: Streamlining Documentation. *Nursing Management*, 16(7), 43-46.
- Kent P, Morrow K (2014). Better documentation improves patient care. *Nursing Standard*. 29(14), 44-51.
- Machudo, S.Y. , Mohidin, S. (2015). Nursing Documentation Study at Teaching Hospital in KSA. *Nursing and Health*, 3(1), 1-6.
- Murphy,J and Burke, LJ. (1988). Charting by exception: a more efficient way to document. *Nursing*, 20 (5), 65-68.
- Murphy,J., Beglinger, J.,Johnson,B. (1988). Charting by Exception:Meeting the Challenge of Cost Containment. *Nursing Management*, 192, 56-72.
- Nomura, A. T. G., Silva, M. B., & Almeida, M. A. (2016). Quality of nursing documentation before and after the hospital accreditation in a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-9, doi:10.1590/1518- 8345.0686.2813.
- Paans ,W., Sermeus,W., Nieweg, R.M.B. & van der Schans C.P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2481–2489. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott.

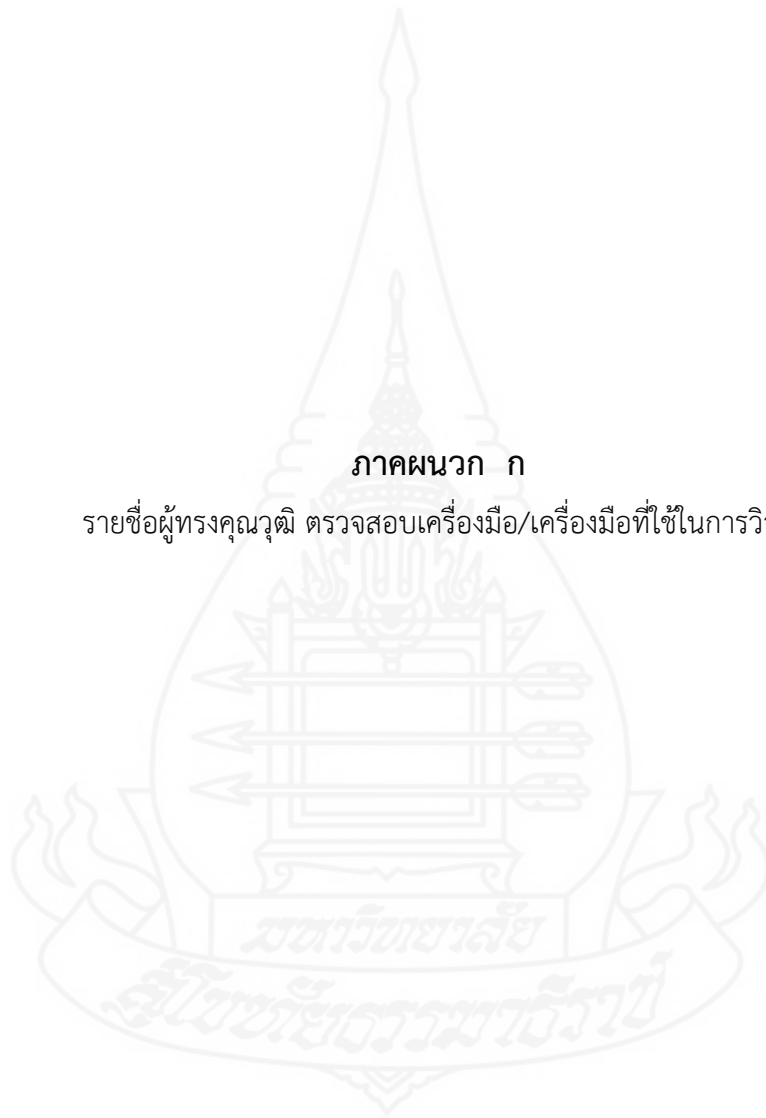
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2013). *Fundamentals of Nursing 8th Edition*. Publisher: Mosby.
- Rahkar, F.M., Jebreili, M. and Abdinia, B. (2015). Comparison of Manual and Electronic Methods of Nursing Record: A Nurse's Perspective. *International Journal of Pediatrics*, 3(1), 367-373.
- Ramya, K and Khyati, G. V. (2017). Nursing Errors in Documentation: A Review. *J. of Management and Commerce*, 13(2), 15-19.
- Richard, D. T., (2013). *What are the barriers and enables to using the focus charting in the hospital setting*. (Master of Nursing Thesis, Eastern Institute of Technology Tara dale, New Zealand).
- Seldin, Peter. (1988). *Evaluation and Developing Administration Performance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Shihundla, R.C., Lebese, R.T. and Maputle, M.S. (2016). Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected Primary Health Care facilities in Vhembe District, Limpopo Province. *Curationis*, 39(1), 1-8.
- Stevens, B.A. (2017). *Improving the Quality of Electronic Documentation in Critical Care Nursing*. (the Degree of Doctor of Nursing Practice. Walden University). Retrieved September 12, 2017, from <http://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4739>.
- Sue Bowman MJ, RHIA CCS, FAHIMA (2013). Impact of Electronic Health Record Systems on Information Integrity: *Quality and Safety Implications*. Retrieved January 12, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797550/pdf/phim0010-0001c.pdf>.

ภาคผนวก



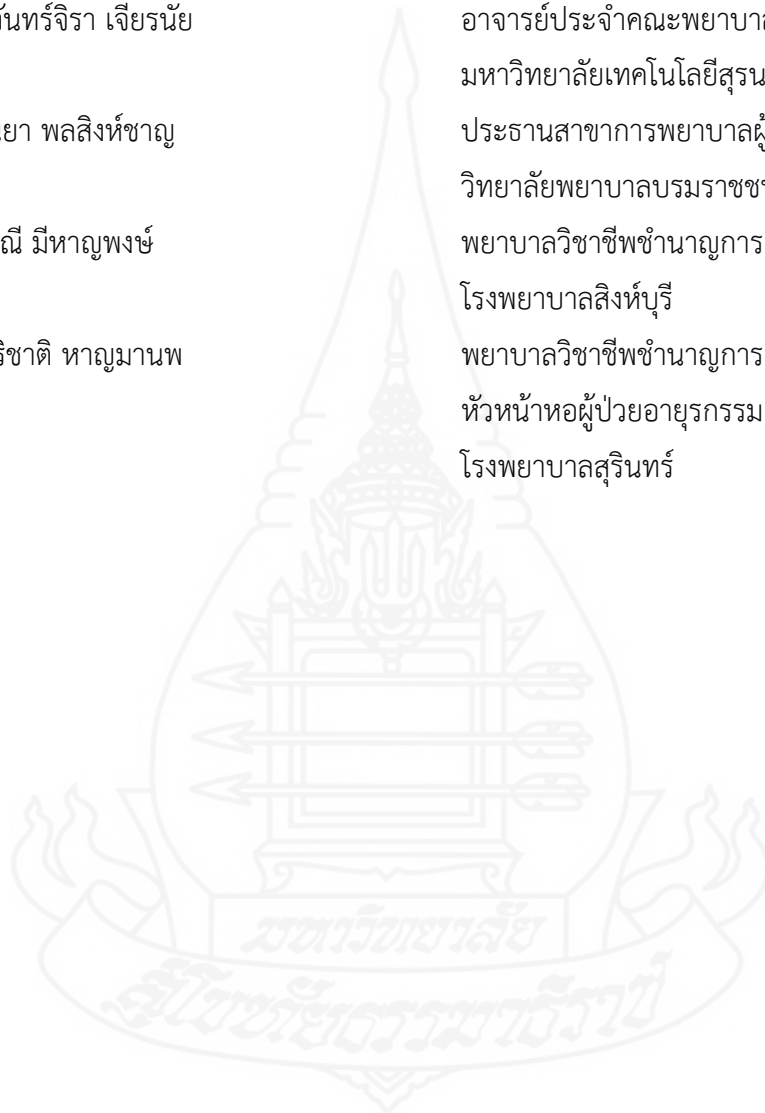
ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือ/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2. รศ.ดร.จันทร์จิรา เจียรนัย	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	ประธานสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์
4. ดร.ปราณี มีหาญพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี
5. นางปาริชาติ หาญมานพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์



ภาคผนวก ข

หนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ ศธ.0522.26/ว 657

วันที่ 18 มิถุนายน 2561

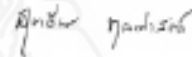
เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.บุญพิทย์ สิริธรงค์ศรี

ด้วย นางถิภกษา ครุสุรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติศิวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

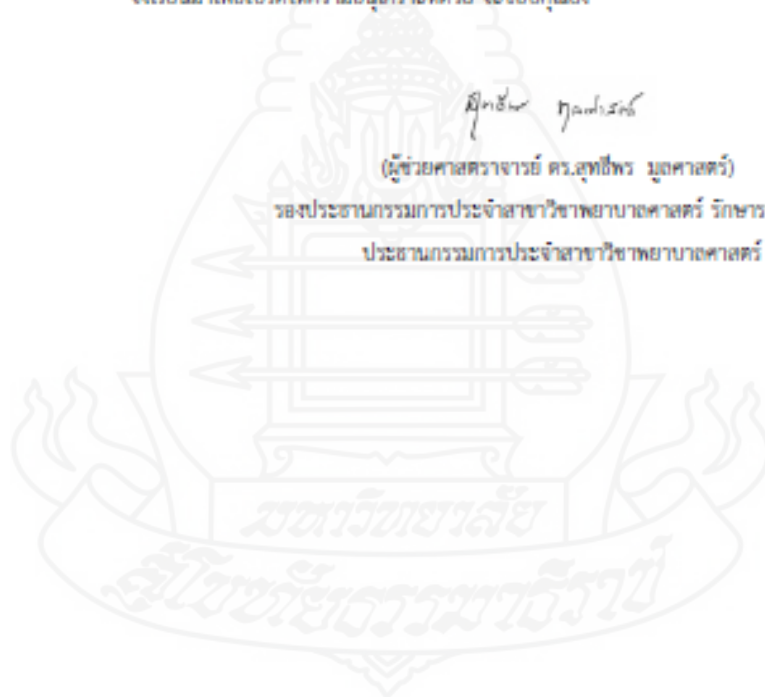
จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญพิทย์ มุตศาสตร์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิชาการแทน

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์





ที่ ศธ 0522.26/ว 657

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี

18 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเขียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.ศรีนยา พลสิงห์ชาญ

ด้วย นางลักขณา ศรสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติศวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเขียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุตสาคร)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 4245383 (นางลักขณา ศรสุนทร)



ที่ ศธ 0522.26/657

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี

18 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์

ด้วย นางถิภกษณา ศรสุนทรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์ ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุนทรินทร์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ฉัตร สติศิวทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.ศรินทร์ฉัตร พงษ์สิงห์ชาญ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจลอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุตศาสตร์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 4245383 (นางถิภกษณา ศรสุนทรินทร์)

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.ศรินทร์ฉัตร พงษ์สิงห์ชาญ



ที่ ศธ 0522.26/657

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
ตำบลบางพลู อำเภอป่าเมรุ
จังหวัดนนทบุรี

18 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.ปราณี มีทาญพงษ์

ด้วย นางถิภกษา ศรีสุรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์ ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติศรวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุตศาสตร์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 4245383 (นางถิภกษา ศรีสุรินทร์)



ที่ ศธ 0522.26/ว 657

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพลู อำเภอป่ากรุด
จังหวัดลพบุรี

18 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ด้วย นางอภิกขมา ศรสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางกรพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ล สติศรัทธาพันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์พิรา เขียวฉุย อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุตศาสตร์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ศึกษาราชการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 4245383 (นางอภิกขมา ศรสุนทร)

สำเนาเรียน ผศ.ดร.จันทร์พิรา เขียวฉุย



ที่ ศธ 0522.26/ว 657

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี

18 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ด้วย นางลักขณา ศรสุรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์ ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติศิวทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.ปราณี มีหาญพงษ์ พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุขศาสตร์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยการแพทย์
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 4245383 (นางลักขณา ศรสุรินทร์)

สำเนาเรียน ดร.ปราณี มีหาญพงษ์



ที่ ศธ 0522.26/ว 657

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี

18 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณปวีณาดี ทาญมณฑ

ด้วย นางอภิญญา ศรสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์ ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบแผนการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติศวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร มุตศาสตร์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิชาการฯ แทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 4245383 (นางอภิญญา ศรสุนทร)



ที่ ศธ 0522.26/ว 657

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี

18 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

ด้วย นางถิภชมา ครุสุรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติศิวทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า นางปารีชาติ หาญมานพ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุตศาสตร์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 4245383 (นางถิภชมา ครุสุรินทร์)

สำเนาเรียน นางปารีชาติ หาญมานพ

ภาคผนวก ค

เอกสารขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสุรินทร์
เอกสารขอตกลงเครื่องมือและขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





ที่ ศธ 0522.26/ ว 1452

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

ด้วย นางลักขณา ทรสุรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยเก็บข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ ระยะเวลา และสถานที่ เพื่อขอเก็บข้อมูลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-424-5383 (นางลักขณา ทรสุรินทร์)



ที่ ศธ 0522.26/ว1283

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี 11120

19 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

ด้วย นางถิภขณา ครสุรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ท่อผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติศิวทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้คู่มือแนวทางการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล กับพยาบาลวิชาชีพ ท่อผู้ป่วยหนัก อายุกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 17 ราย ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ มุตศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-424-5383 (นางถิภขณา ครสุรินทร์)

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์



ที่ ศษ 0522.26/ว 1283

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

19 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์

ด้วย นางลักขณา ครสุรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ทอผู้ป่วยหนักคือยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติวิธานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้คู่มือแนวทางการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล กับพยาบาลวิชาชีพทอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 17 ราย ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุตศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-424-5383 (นางลักขณา ครสุรินทร์)

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No.35/2561.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
 โรงพยาบาลสุรินทร์
 รหัสโครงการ : 2585100179
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางลักขณา ศรีสุรินทร์
 สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลสุรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่าเป็นการวิจัยที่มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล
 จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงมล ปิ่นเฉลียว)

กรรมการและเลขานุการฯ

วันที่ให้การรับรอง :12/11/2561.....

วันที่หมดอายุการรับรอง :11/11/2562.....

ภาคผนวก จ

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์



โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่ ๔ : การบริหารและพัฒนาบุคลากร และการเสริมสร้างวัฒนธรรมค่านิยมร่วมอย่างเข้มแข็งสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๗ : บริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์

หน่วยงานรับผิดชอบ : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

หัวหน้าโครงการชื่อ : ชื่อ นางสาวณิชา จิรินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้ประสานงานโครงการ : ชื่อ นางลักขณา ศรสุรินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
: ชื่อ นางสาวณิชา จิรินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลสุรินทร์
โทรศัพท์ ๐๔๔ ๕๑๑๗๕๗ ต่อ ๓๒๔, ๓๘๔

1. หลักการและเหตุผล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสำคัญสำหรับวิชาชีพพยาบาล เพื่อรายงานข้อมูลที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริง เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และที่สำคัญเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล นอกจากนั้นใช้สำหรับสื่อสารกับทีมสุขภาพ ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงต้องถูกต้องตามความเป็นจริง ครอบคลุม น่าเชื่อถือ(Potter, P.A and Perry, A.G., ๒๐๑๓) พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐ ในมาตรฐานที่ ๑ และ ๕ กำกับให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลและมีการบันทึกรายงานการพยาบาลให้ครอบคลุม การดูแลผู้รับบริการ โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่อง ซึ่งผลของการบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาล(สภาการพยาบาล, ๒๕๔๘) ในปัจจุบันที่พยาบาลขาดแคลน ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูง อาจทำให้เกิดความเสี่ยงในระบอบบริการ ดังนั้นการบันทึกที่ถูกต้องตรงตามมาตรฐาน จะเป็นข้อมูลยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วย เป็นหลักฐานทางกฎหมาย(ปราณี อัครวิทย์, ๒๕๕๕) และเป็นเครื่องมือประกันคุณภาพการพยาบาล

นอกจากนี้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังบ่งบอกถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความรู้และ ทักษะทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการบันทึกข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนถูกต้อง ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพ จากการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของทีมประกันคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ในปี ๒๕๖๑ พบว่าบุคลากรยังมีความเข้าใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการบันทึกไม่เพียงพอ ตั้งแต่ การรวบรวมข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การตั้งเป้าหมาย/ผลลัพธ์ ตลอดจนการประเมินผล โดยเฉพาะในส่วนการบันทึกความก้าวหน้า(Progress note) ไม่ครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ที่จะสามารถประเมินหรือสะท้อนให้เห็นถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างชัดเจน ซึ่งหน่วยงานเสนอว่าควรมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น จึงได้จัดประชุมวิชาการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีทักษะการบันทึกที่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีความต่อเนื่อง อันแสดงถึงการมีองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้การบันทึกเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญทางกฎหมายขององค์กร มีความสอดคล้องกับบริบทขององค์กรและสามารถใช้ข้อมูลการบันทึก สื่อสารกับ สหสาขาวิชาชีพเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีคุณภาพต่อไป

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- ๒.๒ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการบันทึกทางการพยาบาล
- ๒.๓ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีทัศนคติที่ดี และตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. กลุ่มเป้าหมาย

- ๓.๑ หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล จำนวน ๔๐ คน
 - ๓.๒ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน ๘๐ คน
- รวมทั้งสิ้น ๒๐๐ คน**

๔. พื้นที่ให้บริการ และระยะเวลาการอบรม

- ห้องประชุมสระโบราณ โรงพยาบาลสุรินทร์ วันที่ ๒๘ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ วันที่ ๑๒ เดือน มิถุนายน ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

๕. ผลผลิต/ผลลัพธ์ และเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย
เชิงปริมาณ		
๑. จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม	ราย	๑๒๐

๕. ผลผลิต/ผลลัพธ์ และเป้าหมาย(ต่อ)

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย
เชิงคุณภาพ		
๑. ร้อยละพยาบาลวิชาชีพมีผลการทดสอบความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	๘๐
๒. ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจต่อโครงการการอบรม	ร้อยละ	๘๐

๖. แนวทาง/แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	% ถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
๑. เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ	๑๐	นางลักขณา สรสุรินทร์
๒. ประสานเรื่องสถานที่และวิทยากร	๑๐	นางลักขณา สรสุรินทร์
๓. ประชุมคณะกรรมการเพื่อเตรียมความพร้อม	๑๐	นางสุณี จิรันดร
๔. ดำเนินการประชุม	๖๕	นางลักขณา สรสุรินทร์ และ คณะกรรมการ
๕. สรุปประเมินผลการดำเนินงานโครงการ	๑๐	นางลักขณา สรสุรินทร์
รวม	๑๐๐%	

๗. ระยะเวลาดำเนินการ

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
	๖๐	๖๐	๖๐	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑
ขั้นเตรียมการ(Plan)												
๑. ศึกษารวบรวมข้อมูล เขียนโครงการ							✓					
๒. เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ							✓					
๓. ประสานงานกับวิทยากร							✓					
๔. ประชุมคณะกรรมการ จัดงาน							✓					

๗. ระยะเวลาดำเนินการ(ต่อ)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
	๖๐	๖๐	๖๐	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑	๖๑
ขั้นเตรียมการ(Plan)												
๕. การจัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุม								✓				
๖. ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่จัดการประชุมและ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ								✓				
ขั้นดำเนินการ(DO)												
๗. ลงทะเบียนตรวจสอบ รายชื่อผู้เข้าประชุม								๒๘ พ.ค.				

๘. ทดสอบความรู้ก่อนการอบรม								๒๘				
								พ.ค.				
๙. ดำเนินรายการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติกร ตามกำหนด								28				
								พ.ค.				
ขั้นประเมินผล(Check)												
๑๐. ทดสอบความรู้หลังการอบรม								๒๘				
								พ.ค.				
๑๑. ประเมินโครงการประมวลผลสรุปผลการจัดโครงการ								๒๘				
								พ.ค.				
ขั้นนำผลการประเมินไปใช้พัฒนา (Act)												
๑๒ ทีมประกันคุณภาพการพยาบาลนำผลการประเมินวางแผนพัฒนาครั้งต่อไป									✓			



๘. งบประมาณ

จากงบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลสุรินทร์ปี ๒๕๖๑ หมวดแผนงาน/โครงการ หน้า 86 รหัส ๖๑๓๓๐๔๐๑๐ ลำดับที่ ๑๐ จำนวนเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) มีรายละเอียดดังนี้

๘.๑ ค่าตอบแทนวิทยากร (๒ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท x ๑ วัน) = ๑,๒๐๐ บาท

๘.๒ ค่าอาหารว่าง ๒ มื้อ (มื้อละ ๒๐ บาท x จำนวน ๑๒๐ คน x ๒ มื้อ) = ๔,๘๐๐ บาท

๘.๓ ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อ (มื้อละ ๔๐ บาท x จำนวน 1๒๐ คน x ๑ มื้อ) = ๔,๘๐๐ บาท

รวมค่าใช้จ่าย = ๑๐,๘๐๐ บาท

๙. หน่วยงานร่วมดำเนินการ ไม่มี

๑๐. วิธีการประเมินผล

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมิน	ระยะเวลา
๑. เพื่อความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและศักยภาพในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพมีผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม	หลังการประชุม
๒. เพื่อผู้เข้าอบรมมีทัศนคติที่ดี และตระหนักถึงความสำคัญ สามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจต่อโครงการการอบรม	หลังการประชุม

๑๑. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๑.๑ พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้เหมาะสม

๑๑.๒ พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ถูกต้องตามหลักการบันทึกและสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

๑๑.๓ พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติที่ดีและตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

๑๒. ผู้เขียนโครงการ

.....

(นางลักขณา ตรีสุรินทร์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๓. ผู้เสนอโครงการ

.....

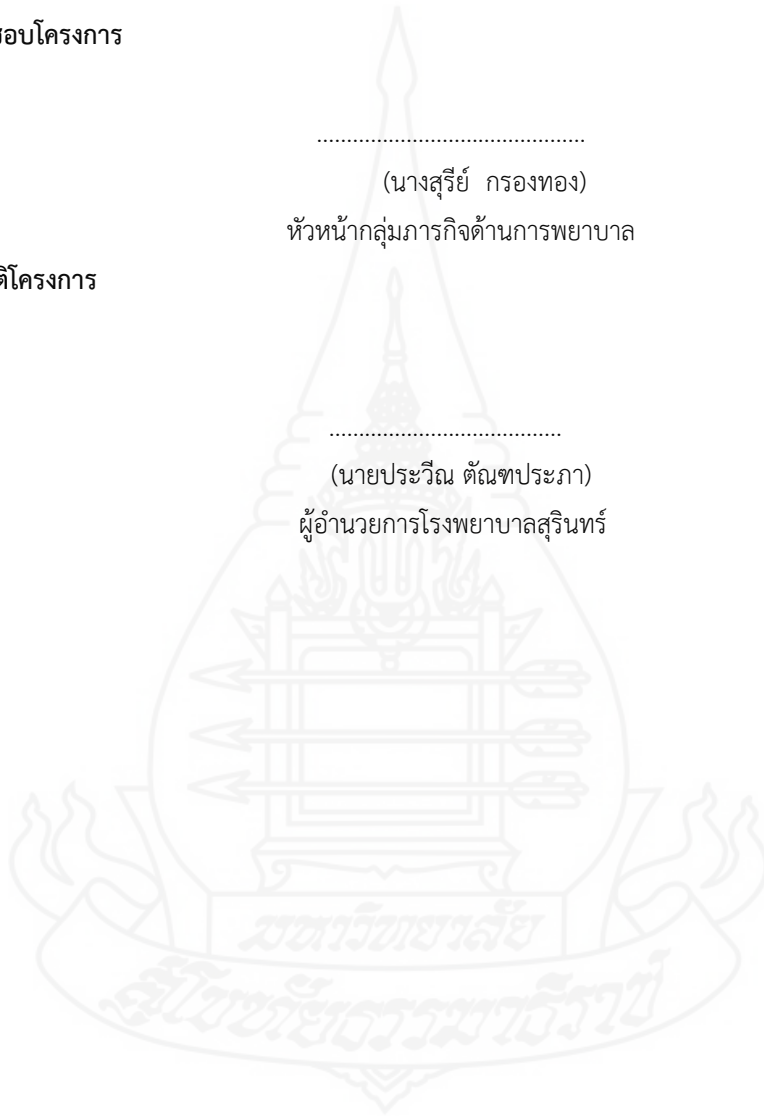
(นางสุณี จิรันดร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๔. ผู้เห็นชอบโครงการ

.....
(นางสุรีย์ กรองทอง)
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

๑๕. ผู้อนุมัติโครงการ

.....
(นายประวิณ ตันทประภา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์



กำหนดการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

วันที่ ๒๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสระโบราณ โรงพยาบาลสุรินทร์

เวลา ๐๗.๐๐ – ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียน
๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิด โดย หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ โดย นางสุรีย์ กรองทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๐๙.๐๐ – ๑๐.๐๐ น.	ผลการตรวจประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่มพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาล ปี 2561 โดย นางสุณี จิรันดร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๑๐.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.	ถอดบทเรียนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล สุรินทร์ โดย นางพลับพลึง กรัมย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๑๑.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	แนวคิดและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดย นางลักขณา ศรสุนทร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.	รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดย ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๕.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.	การประยุกต์ใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ร่วมกับการบันทึกรูปแบบอื่นๆ โดย นางลักขณา ศรสุนทร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๖.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.	สรุปผลการอบรม และ พิธีปิด

ตารางการฝึกอบรมอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม *****

หมายเหตุ: พักรับประทานอาหารว่างและเครื่อง เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๐.๔๕ น. และเวลา ๑๔.๓๐ – ๑๐.๔๕ น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา ๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น.

กำหนดการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

วันที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสระโบราณ โรงพยาบาลสุรินทร์

เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๓.๐๐ น.	ลงทะเบียน
๑๓.๐๐ – ๑๓.๓๐ น.	บรรยาย “แนวคิดและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล” โดย นางลักขณา ศรสุรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น.	บรรยาย “รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล” โดย ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๕.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.	บรรยาย “การประยุกต์ใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ร่วมกับการบันทึกรูปแบบอื่นๆ” โดย นางลักขณา ศรสุรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๖.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.	สรุปผลการอบรม และปิดการประชุม

***** ตารางการฝึกอบรมอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม *****

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่างและเครื่อง เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๐.๔๕ น.



ภาคผนวก ฉ

1. ตารางผลแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล
2. ตารางผลการตรวจคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

ตารางค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการ
บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายข้อและรายด้าน (N=17)

ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ด้านความถูกต้อง)	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	Mean	SD	Mean	SD
1. ช่วยให้คุณบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้ ถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักที่หน่วยงานกำหนด	3.82	0.39	4.24	0.75
2. ช่วยให้คุณบันทึก ประวัติความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ครบถ้วน	3.82	0.39	4.41	0.62
3. ช่วยให้คุณบันทึกตรงเวลาลำดับเหตุการณ์ ชัดเจน ถูกต้อง สัมพันธ์ตาม การ ปฏิบัติจริง	3.47	0.51	4.59	0.51
4. ช่วยให้คุณลงชื่อ นามสกุล ตำแหน่งผู้บันทึก ถูกต้องตามหลักที่หน่วยงานกำหนด	4.65	0.49	4.76	0.44
5. ช่วยให้คุณระบุระยะ เวลาในการติดตามอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม	3.59	0.51	4.76	0.44
โดยรวม	3.87	0.46	4.55	0.55
ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ด้านความครบถ้วน)	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	Mean	SD	Mean	SD
1. ช่วยให้คุณรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม ดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งย้าย ออกได้ครบถ้วน	3.65	0.61	4.53	0.62
2. ช่วยให้คุณระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล หรือ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุม ปัญหา ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ได้อย่าง ครบถ้วน	3.06	0.24	4.41	0.62
3. ช่วยให้คุณระบุกิจกรรมการพยาบาลได้อย่าง ครบถ้วน	3.41	0.51	4.35	0.49

ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของ รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านความครบถ้วน)	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	Mean	SD	Mean	SD
4. ช่วยให้คุณประเมินผลได้อย่างครบถ้วน	3.41	0.51	4.47	0.51
5. ช่วยให้คุณบันทึกปัญหาความเสี่ยงและ ภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน	3.29	0.39	4.41	0.62
6. ช่วยให้คุณบันทึกข้อมูลการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน	2.65	0.49	4.53	0.51
โดยรวม	3.25	0.49	4.45	0.56
ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของ รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านความดันความชัดเจน)	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	Mean	SD	Mean	SD
1. ช่วยให้คุณบันทึกข้อมูลได้อย่างกระชับ สั้น ชัดเจน เข้าใจง่าย	3.59	0.62	4.47	0.62
2. ช่วยให้คุณใช้ตัวย่อ เฉพาะที่เป็นสากลตามหลัก ที่หน่วยงานกำหนด	3.59	0.51	4.47	0.62
3. ช่วยให้คุณดำเนินการแก้ไขข้อมูลที่บันทึกได้ อย่างถูกต้องตามหลักกฎหมาย ในกรณีที่ต้อง มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไข	3.59	0.51	4.29	0.69
โดยรวม	3.59	0.54	4.41	0.64
ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของ รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านความได้ใจความ)	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	Mean	SD	Mean	SD
1. ช่วยให้คุณลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลใน การบันทึกทางการพยาบาล	3.65	0.61	4.35	0.79
2. ช่วยให้คุณบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรายงาน แพทย์เพื่อตอบสนองต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	3.76	0.56	4.41	0.51
3. ช่วยให้คุณ บันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง	3.06	0.43	4.35	0.79
4. ช่วยให้คุณบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับ	3.59	0.57	4.53	0.51

อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5. ช่วยให้ท่านบันทึกข้อมูลด้านครอบครัว และ สังคมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.12	0.49	4.29	0.59
โดยรวม	3.44	0.52	4.39	0.62

ตารางผลการตรวจคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามราย
ข้อและรายด้าน (N=14)

ความครอบคลุมตามกระบวนการ การพยาบาล	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	บันทึก	ไม่บันทึก	บันทึก	ไม่บันทึก
	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)
1. การบันทึกข้อมูล อาการและอาการแสดง แสดงข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ การตรวจ ร่างกาย	10(71.4)	4(28.6)	14(100)	0
2. การบันทึกระบุปัญหาทางการแพทย์ ที่ สอดคล้องกับอาการและอาการแสดง หรือ ปัญหาที่สำคัญ ด้านร่างกาย	6(42.9)	8(57.1)	14(100)	0
3. การบันทึกระบุปัญหาทางการแพทย์ พยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการ แสดงด้านจิตใจ อารมณ์	3(21.4)	11(78.6)	10(71.4)	4(28.6)
4. การบันทึกระบุปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ที่ ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ หรือการฝึกทักษะ	2(14.3)	12(85.7)	12(85.7)	2(14.3)
5. การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนกิจกรรม เป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่ คาดหวัง(goal/outcomes) ที่สอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาของผู้ป่วย	5(35.7)	9(64.3)	14(100)	0
6. การบันทึกเกณฑ์ การประเมินผล ที่ สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย	5(35.7)	9(64.3)	13(92.9)	1(7.14)
7. การบันทึกการปรับ เปลี่ยนแผนการ พยาบาล ตามประเด็นปัญหาและข้อมูลของ ผู้ป่วย	5(35.7)	9(64.3)	13(92.9)	1(7.14)
8. การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาล ที่ตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกายของผู้ป่วย	11(78.6)	3(21.4)	14(100)	0

ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	บันทึก	ไม่บันทึก	บันทึก	ไม่บันทึก
	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)
9. การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย	2(14.3)	12(85.7)	12(85.7)	2(14.3)
10. การบันทึกการวางแผนจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ก่อนการย้ายออก	6(42.9)	8(57.1)	11(78.6)	3(21.4)
11. การบันทึกกิจกรรม การให้ ข้อมูล ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็น ระหว่างการดูแลรักษาพยาบาล	5(35.7)	9(64.3)	11(78.6)	3(21.4)
12. การบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และการแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉิน	9(64.3)	5(35.7)	14(100)	0
13. การบันทึกผลการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล	4(28.6)	10(71.4)	14(100)	0
14. การบันทึกผลการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์โดยสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล	2(14.3)	12(85.7)	11(78.6)	3(21.4)
15. การบันทึกผลการเตรียมผู้ป่วยและญาติการดูแลต่อเนื่องก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย	4(28.6)	10(71.4)	14(100)	0
โดยรวม	92(41.1)	131(58.5)	191(91.0)	19(9.0)

ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	บันทึก	ไม่บันทึก	บันทึก	ไม่บันทึก
	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)
1. บันทึก วันเดือนปี และเวลาอย่างถูกต้อง ชัดเจน ในแต่ละเหตุการณ์และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	12(85.7)	2(14.3)	14(100)	0
2. บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตามหลักวิชาการพยาบาล	3(21.4)	11(78.6)	14(100)	0
3. บันทึกแผนการพยาบาลของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้ถูกต้องสมเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาล	8(57.1)	6(42.9)	14(100)	0
4. บันทึกกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลที่ สอดคล้องกับแผนการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล	5(35.7)	9(64.3)	14(100)	0
5. บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน	2(14.3)	12(85.7)	11(78.6)	3(21.4)
6. บันทึกประเมินสภาพผู้ป่วย ตาม ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย อย่าง ครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์	3(21.4)	11(78.6)	13(92.9)	1(7.14)
7. บันทึกข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาล ตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย อย่างครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์	9(64.3)	5(35.7)	12(85.7)	2(14.3)
8. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์	8(57.1)	6(42.9)	12(85.7)	2(14.3)
9. บันทึกการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉิน	5(35.7)	9(64.3)	14(100)	0

ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	บันทึก	ไม่บันทึก	บันทึก	ไม่บันทึก
	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)
10. บันทึกการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉิน	5(35.7)	9(64.3)	14(100)	0
11. บันทึกกิจกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือลดโอกาสเสี่ยง	3(21.4)	11(78.6)	14(100)	0
12. บันทึกกิจกรรมการรักษา หัตถการที่สำคัญก่อน ขณะและหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้	8(57.1)	6(42.9)	13(92.9)	1(7.1)
13. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลการเฝ้าระวังการให้ยาความเสี่ยงสูง	2(14.3)	12(85.7)	14(100)	0
14. บันทึกข้อมูลการส่งต่อ อาการ และอาการแสดง เพื่อสื่อสารหน่วยงานที่จะย้ายไป	4(28.6)	10(71.4)	14(100)	0
15. ลายมืออ่านได้ชัดเจน	9(64.3)	5(35.7)	14(100)	0
16. ใช้คำย่อตามหลักสากล	4(28.6)	10(71.4)	14(100)	0
17. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือสีดำ ตามที่หน่วยงานกำหนด	14(100)	0	14(100)	0
18. การลงลายมือชื่อ และนามสกุล สามารถระบุตัวผู้บันทึกได้	7(50)	7(50)	12(85.7)	2(14.3)
19. เขียนข้อความผิดขีดเส้นทับ โดยเห็นข้อความเดิมได้อย่างชัดเจน พร้อมลงชื่อกำกับลงชื่อกำกับ	12(85.7)	2(14.3)	14(100)	0
20. มีการขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือ	9(64.3)	5(35.7)	14(100)	0
21. บันทึกที่มีความกะทัดรัด ได้ใจความ ไม่ซ้ำซ้อน	7(50)	7(50)	13(92.9)	1(7.1)
22. บันทึกข้อความที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย	8(57.1)	6(42.9)	13(92.9)	1(7.1)
โดยรวม	147(50.3)	146(49.7)	281(95.6)	13(4.4)

ด้านความต่อเนื่องของ การบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม					รูปแบบการบันทึกใหม่				
	บันทึก ครบถ้วน	บันทึก ส่วนมาก	บันทึก บางส่วน	ไม่มีการ บันทึก	คะแนน /คะแนน เต็ม	บันทึก ครบถ้วน	บันทึก ส่วนมาก	บันทึก บางส่วน	ไม่มีการ บันทึก	คะแนน /คะแนน เต็ม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. มีการบันทึกปัญหา สุขภาพและความ ต้องการของผู้ป่วยใน วันแรกรับและบันทึก อย่างต่อเนื่องทุกเวช จนกระทั่งจำหน่าย หรือส่งต่อ	3 (21.4)	11 (78.6)	0 (0)	0 (0)	31/45 (73.8)	12 (85.7)	2 (9.5)	0 (0)	0 (0)	40/45 (95.2)
2. มีการระบุปัญหา/ ข้อวินิจฉัย การพยาบาล ในใบรายการปัญหา (Focus List) และทวน สอบอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย	0 (0)	12 (85.7)	2 (14.3)	0 (0)	26/45 (61.9)	6 (42.9)	8 (38.1)	0 (0)	0 (0)	34/45 (81.0)
3. มีการบันทึกการ ปฏิบัติกิจกรรม ทางการพยาบาล ที่ สอดคล้องกับประเด็น ปัญหาทางการ พยาบาล อย่าง ต่อเนื่องทุกเวช	0 (0)	7 (50.0)	7 (50.0)	0 (0)	21/45 (50)	12 (85.7)	2 (9.5)	0 (0)	0 (0)	40/45 (95.2)
4. มีการบันทึกการ ได้รับข้อมูล คำแนะนำ ที่จำเป็นในการรักษา อย่างต่อเนื่อง	2 (14.3)	6 (42.9)	4 (28.6)	2 (14.3)	22/45 (52.4)	9 (64.3)	3 (14.3)	2 (4.8)	0 (0)	35/45 (83.3)
5. มีการบันทึกการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และทวนสอบอย่าง ต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย	0 (0)	1 (7.1)	9 (64.3)	4 (28.6)	11/45 (26.2)	5 (35.7)	6 (28.6)	3 (7.1)	0 (0)	30/40 (71.4)

ด้านความต่อเนื่องของ การบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม					รูปแบบการบันทึกใหม่				
	บันทึก ครบถ้วน	บันทึก ส่วนมาก	บันทึก บางส่วน	ไม่มีการ บันทึก	คะแนน /คะแนน เต็ม	บันทึก ครบถ้วน	บันทึก ส่วนมาก	บันทึก บางส่วน	ไม่มีการ บันทึก	คะแนน /คะแนน เต็ม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)
6. มีการบันทึกการ ประเมินผลของการ ปฏิบัติการพยาบาลต่อ ผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง	1	7	4	2	21/45	12	2	0	0	40/45
	(7.1)	(50.0)	(28.6)	(14.3)	(49.9)	(85.7)	(9.5)	(0)	(0)	(95.2)
	6	44	26	8	132/ 252	56	23	5	0	219/ 252
โดยรวม	(7.1)	(52.4)	(31.0)	(9.5)	(52.4)	(66.7)	(18.3)	(2.0)	(0)	86.9

ค่าคะแนน หมายถึง การคำนวณจาก ผลรวมคะแนนการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน (คะแนนเต็ม 45) การกำหนดเกณฑ์คะแนนดังนี้

- 3 = การบันทึกต่อเนื่องได้ครอบคลุมครบถ้วน
- 2 = การบันทึกต่อเนื่องได้เป็นส่วนมาก
- 1 = การบันทึกต่อเนื่องได้เป็นบางส่วน
- 0 = ไม่มีการบันทึกหรือบันทึกน้อยมาก

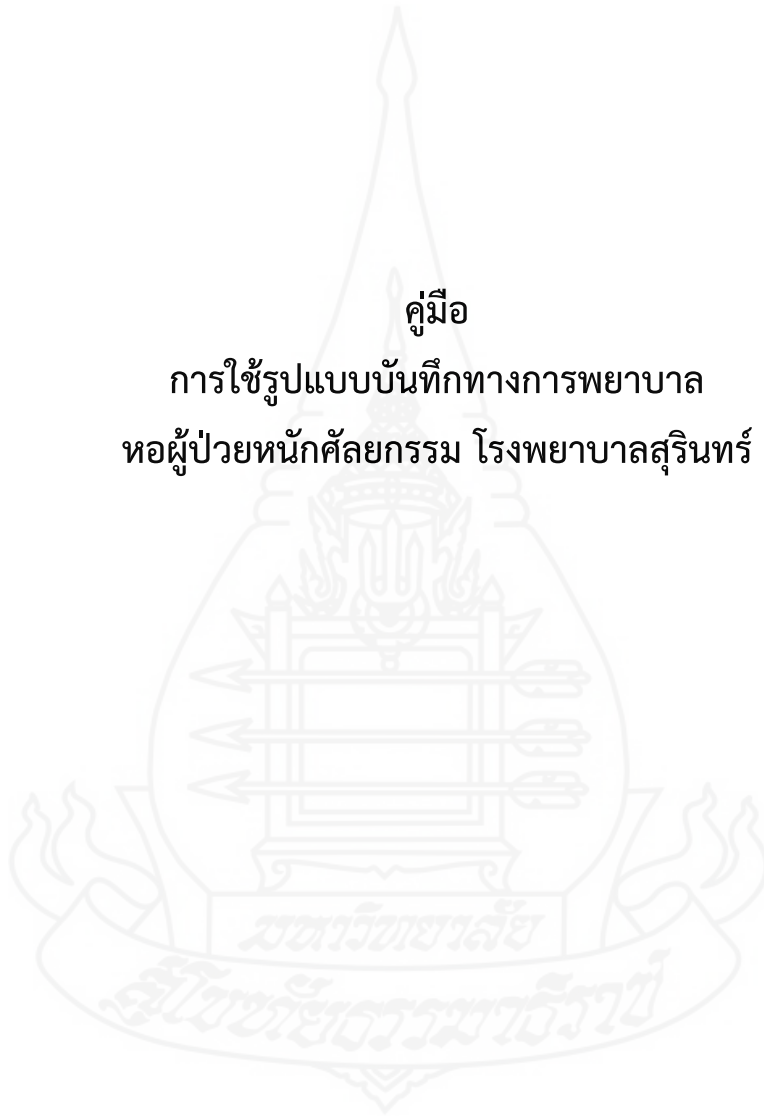
ภาคผนวก ช

คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์



คู่มือ

การใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์
หอผู้ป่วยหนักคัดสรร โรงพยาบาลสุรินทร์



คำนำ

คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จัดทำขึ้น โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีกร บันทึกทางการพยาบาลที่หลากหลายจากสถาบันการศึกษา ตลอดจนพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถในการบันทึกที่แตกต่างกัน ให้เป็นแนวทางการบันทึกได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วย และสามารถบันทึกทางการพยาบาลเป็นรูปแบบเดียวกัน สามารถลดการตอบ คำถาม ลดเวลาการสอนงาน ลดเวลาการทำงาน และลดข้อผิดพลาดในการบันทึกทางการพยาบาล ทั้ง ในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วย ในการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นการบันทึก ตามหลัก 4C (ความถูกต้อง(Correct) ความครบถ้วน(Complete) ความชัดเจน(Clear)และได้ใจความ(Concise)

คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลมีเนื้อหาที่ประกอบด้วยแนวคิดการบันทึกทางการ พยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย แนวคิดของการบันทึกทางการพยาบาล หลักการ บันทึกทางการพยาบาล คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้าย ผู้ป่วย(Transfer in reports) การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก(Ttransfer reports)การบันทึก สภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร(Change-of-shift report) การบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะ/ อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน(Acute change in an patient, condition) การบันทึกการดูแลกิจวัตร ประจำวัน(Daily nursing activity) การบันทึกรายการปัญหา(Focus List) การบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) การบันทึกข้อมูลพื้นฐาน(Nursing database) การบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยา ความเสี่ยงสูง(High Alert Drugs) และ การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล(Nursing database) การบันทึกต้องต่อเนื่องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่แสดงถึงผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ อย่าง เนื่องตั้งแต่รับเข้าดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมจนกระทั่งจำหน่ายหรือย้ายกลับหอผู้ป่วย

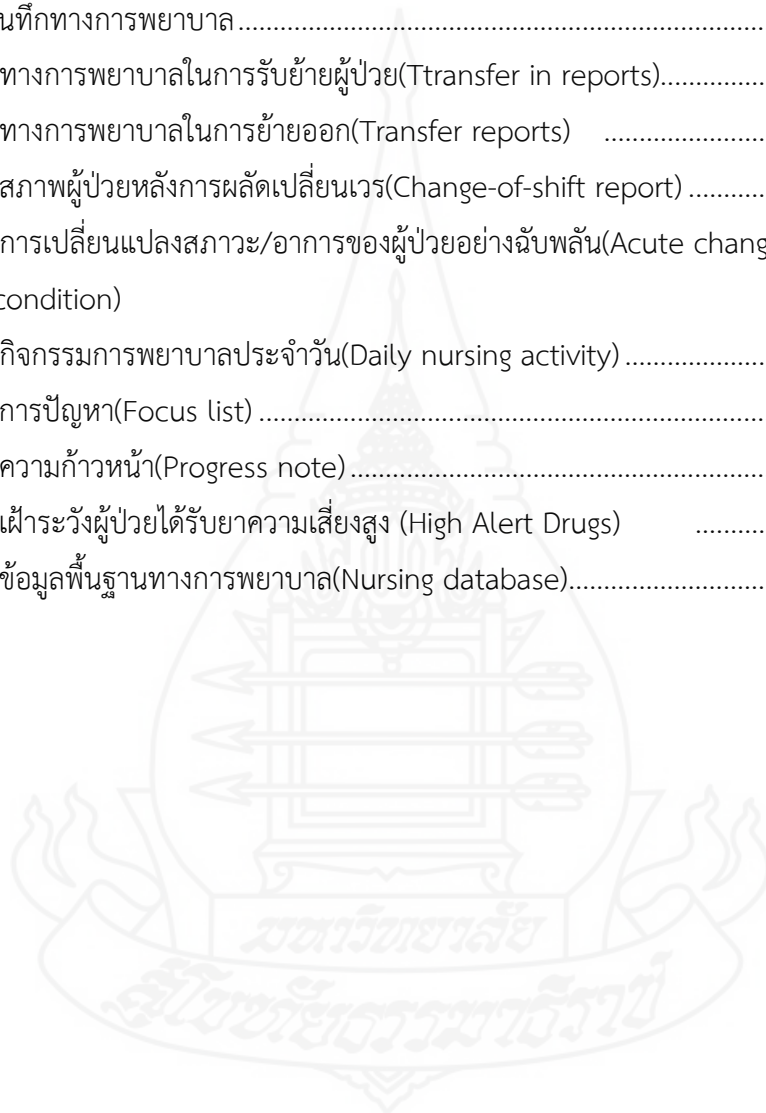
ในการดำเนินการครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาล สุรินทร์ ที่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เสนอแนะเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อผู้บันทึก ทางการพยาบาล รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติวิทยานันท์ อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ช่วยแนะนำเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์กับผู้บริหาร ทางการพยาบาล พยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

นางลักขณา ศรสุรินทร์

สารบัญ

หน้า

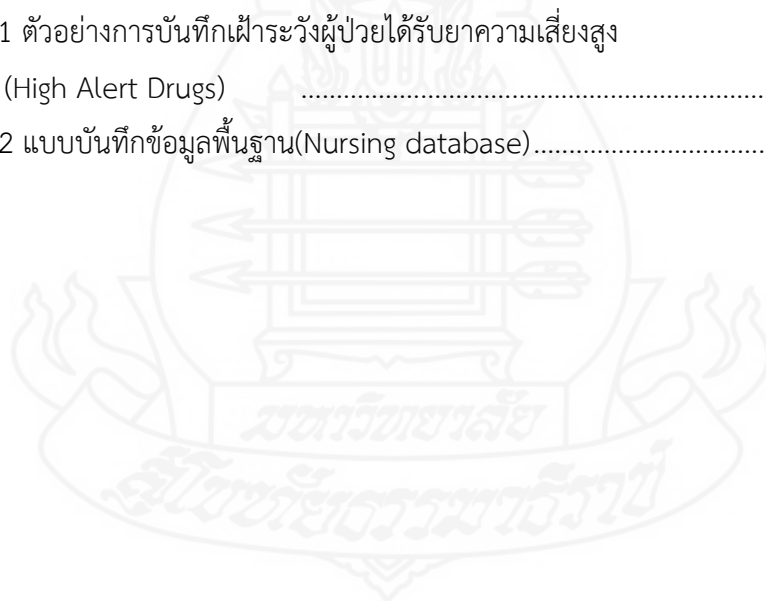
แนวคิดของการบันทึกทางการพยาบาล	1
หลักการบันทึกทางการพยาบาล	2
คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	3
การบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย(Ttransfer in reports).....	5
การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก(Transfer reports)	8
การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร(Change-of-shift report)	11
การบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน(Acute change in an patient, condition)	12
การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน(Daily nursing activity)	12
บันทึกรายการปัญหา(Focus list)	18
การบันทึกความก้าวหน้า(Progress note)	24
การบันทึกเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)	44
การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล(Nursing database).....	46



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตัวอย่าง การบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้าย(Transfer in report).....	7
ตารางที่ 2 ตัวอย่าง การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก(Transfer repor	10
ตารางที่ 3 ตัวอย่างการบันทึกประเมินการผลัดเปลี่ยนเวร(change-of-shift report)	16
ตารางที่ 4 ตัวอย่างการบันทึกการเปลี่ยนแปลงภาวะ/อาการผู้ป่วยฉับพลัน	17
ตารางที่ 5 ตัวอย่างการบันทึก กิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (Daily nursing activity checklist form).....	17
ตารางที่ 6 รูปแบบการบันทึกรายการปัญหา (Focus List).....	18
ตารางที่ 7 ลักษณะของรายการปัญหา (Focus List).....	20
ตารางที่ 8 ตัวอย่างการบันทึกรายการปัญหา(Focus List)	22
ตารางที่ 9 รูปแบบการบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note)	24
ตารางที่ 10 ตัวอย่างการบันทึกความก้าวหน้า(Progress Note).....	27
ตารางที่ 11 ตัวอย่างการบันทึกเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)	35
ตารางที่ 12 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน(Nursing database).....	37



คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าห้องผู้ป่วยหนัก จนกระทั่งย้ายหรือจำหน่าย โดยบันทึกประวัติ อาการ กิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การรักษา การวินิจฉัย การให้ข้อมูลคำแนะนำผู้ป่วยและญาติ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

1. แนวคิดของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการเขียนกิจกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย เพื่อบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ใช้สื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ บุคคลทั่วไป ได้ทราบถึงการทำงานของพยาบาลที่แสดงถึงการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ศิลปะทางการพยาบาลตลอดจน เทคนิคและการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะและ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในทีมสุขภาพ
- 2) เพื่อรายงานข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง อาการเจ็บป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
- 3) เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ในการตรวจสอบ การประกันคุณภาพทางการพยาบาล
- 4) เพื่อเป็นข้อมูลในการจ่ายค่าทดแทนตามการปฏิบัติงาน
- 5) เพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมาย
- 6) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัย

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล(Nursing progress note) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ สำหรับใช้เป็นเกณฑ์ในการบันทึกเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งแสดงถึงพยาบาลได้มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยเลือกใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ(Focus charting) การบันทึกแบบเล่าเรื่องราว(Narrative charting) ในการบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการรับส่งข้อมูลในแต่ละเวร และการบันทึกสถานการณ์ฉุกเฉิน การเปลี่ยนแปลงสภาวะอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน เพื่อให้เห็นปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละเวร เรียงลำดับตามเหตุการณ์ที่กระชับได้ใจความต่อเนื่อง และแบบการบันทึกแบบจุดเน้น(Chartering by Exception :CBE) มาประยุกต์ใช้ในการลงข้อมูลพื้นฐาน

การบันทึกการดูแลผู้ป่วยประจำวัน การบันทึกการเฝ้าระวังยาความเสี่ยงสูง การบันทึกย้ายผู้ป่วย และการบันทึกการย้ายออก เพื่อลดระยะเวลาการบันทึก ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. หลักการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ ต้องมีการบันทึกข้อมูลตามหลักการบันทึกทางการแพทย์ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557 กาญจนนา ฐานะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2558)

2.1 การบันทึกต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

2.2 บันทึกข้อมูลสำคัญ ที่ใช้ในการตรวจรักษา และให้การพยาบาล

2.3 บันทึกการประเมินอาการสำคัญที่รับเข้าหอผู้ป่วยหนัก อาการแรกรับจนกระทั่งย้ายออก หรือจำหน่าย โดยบันทึก

2.3.1 บันทึกอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาตามเหตุการณ์

2.3.2 บันทึกประเมินอาการ อาการแสดง ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งย้าย/จำหน่าย ประกอบด้วย

(1) ปัญหาทางการแพทย์ที่พบ ข้อมูลสนับสนุน จากการประเมิน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม

(2) การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการพยาบาล

(3) การประเมินซ้ำโดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ปัญหาที่สำคัญพร้อมระบุ อาการที่ไม่ปกติหรือรุนแรง หรือข้อบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ รายงานแพทย์เหมาะสมทันเวลา

2.3.3 การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล(Nursing Intervention) ที่ช่วยลดปัญหา ลดอาการ รบกวน หรือลดโอกาสเสี่ยง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา

2.3.4 การบันทึกการติดตามผลหลังให้การรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

(1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พฤติกรรมตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษา การบริหารยากลุ่มเสี่ยง

(2) บันทึกการตรวจหรือการให้ยาที่สำคัญ หรือหัตถการต่างๆ เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะปอด การช่วยฟื้นคืนชีพ โดยบันทึกวันเวลา ก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้

2.3.5 บันทึกประเมินความต้องการ การได้รับข้อมูล และให้ข้อมูลที่จำเป็นในการรักษา ที่โรงพยาบาล

2.3.6 บันทึกการเตรียมความพร้อม การดูแลต่อเนื่อง

2.3.7 กรณีผู้รับบริการย้าย/ส่งต่อ/จำหน่าย บันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดง ข้อมูลสิ่งที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องดูแลต่อเนื่อง กรณีการจำหน่าย กรณีจำหน่ายเสียชีวิต บันทึกกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ

2.4 ระบุวัน เดือน ปี และเวลา ชัดเจนตามลำดับเหตุการณ์แรกเริ่ม ระหว่างการดูแล

2.5 ใช้ภาษาที่ถูกต้อง ชัดเจน กระชับ การใช้สัญลักษณ์ หรือตัวย่อสากล ต้องสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้

2.6 เขียนบันทึกด้วยปากกาสีดำหรือสีน้ำเงิน หากมีคำผิดให้ขีดเส้นผ่านอักษรที่ผิด 1 เส้น และเซ็นชื่อกำกับ

2.7 บันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย

2.8 การลงลายมือชื่อผู้บันทึกทุกครั้ง และต้องสามารถระบุได้

2.9 การบันทึกต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร

3.0 ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับส่วนบุคคล ไม่อนุญาตให้ผู้อื่นอ่านบันทึกทางการแพทย์ โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย

3. คู่มือการบันทึกทางการแพทย์

เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์สร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์ เป็นเอกสารอธิบายวิธีการบันทึกเพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ปฏิบัติมีความสะดวกในการบันทึกและมีความมั่นใจในการบันทึกยิ่งขึ้น โดยเน้นประเด็นต่อไปนี้

1) ความถูกต้อง(Corret) หมายถึงการบันทึกทางการแพทย์ถูกต้องตรงกับความ เป็นจริง สัมพันธ์สอดคล้องกับอาการและอาการแสดง ถูกต้องตามความเป็นจริง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้อง กับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ระยะเวลาในการบันทึกสัมพันธ์กับสภาพผู้ป่วย

2) ความครบถ้วน(Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วนตาม ปัญหาและความต้องการ กิจกรรมการพยาบาล ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองต่อการรักษา

3) ชัดเจน(Clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ลำดับเหตุการณ์ การบันทึกข้อมูลด้วย ตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ไม่มีรอยลบ

4) ได้ใจความ(concise) หมายถึง การบันทึกข้อความ กระชับรัด สั้น ตรงประเด็น อ่านแล้ว ได้ใจความชัดเจน

5) ความต่อเนื่อง(Continuous) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เป็นปัจจุบัน สัมพันธ์สอดคล้องระหว่างข้อมูลการประเมินสภาพ การระบุปัญหากิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ทุกเวรตั้งแต่รับย้าย จนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออก/ส่งต่อ/จำหน่าย

4. แบบฟอร์มและวิธีการบันทึกทางการพยาบาล

แบบฟอร์มและวิธีบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) การบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย(Transfer in reports)
 - 2) การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก(Transfer reports)
 - 3) การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร(Change-of-shift report)
 - 4) การบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (Acute change in an patient, condition)
 - 5) การแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน(Daily nursing activity)
 - 6) การบันทึกความก้าวหน้า(Progress note)
 - 7) การบันทึกเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)
 - 8) การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล(Nursing database)
- ซึ่งแต่ละรายการมีแบบฟอร์มและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลดังต่อไปนี้



1. การบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย(Transfer in reports)

การบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย แรกรับจากหอผู้ป่วยอื่นๆ มายังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม การประเมินสภาพเมื่อแรกรับ ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แบบจุดเน้น(Charthing by Exception : CBE) ซึ่งการบันทึกครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. สติ๊กเกอร์ หมายถึง การติดข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ Hospital number(H.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย Admission number(A.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน

2. Doctor หมายถึง แพทย์เจ้าของไข้ ผู้ให้บริการสุขภาพ(health care provider)

3. หอผู้ป่วยที่ย้ายมา

4. อุปกรณ์ ที่มาพร้อมกับผู้ป่วย เช่น Endotracheal tube, Tracheostomy Tube, Intercostal drainage(ICD), Central Line, Arterial line, Drain ต่างๆ

5. การประเมินสภาพผู้ป่วยที่สำคัญเบื้องต้นและอาการที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องติดตาม

วิธีการบันทึก

การบันทึกในช่องว่าง และให้ทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับสภาพของผู้ป่วย ที่พยาบาลประเมินได้ โดยบันทึกดังนี้

1. ช่อง Date/ Time ให้ระบุวันที่และเวลาที่บันทึก

2. ช่อง BT , PR, RR, BP, MAP, SpO₂ ให้บันทึกสัญญาณชีพแรกรับเข้าหอผู้ป่วยหนัก ซึ่ง

BT(Body Temperature) หมายถึง ค่าอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย

PR (Pulse Rate) หมายถึง ค่าชีพจรผู้ป่วย

RR (Respiration Rate) หมายถึง ค่าอัตราการหายใจของผู้ป่วย

BP(Blood Pressure) หมายถึง ค่าความดันโลหิต

MAP (Mean Arterial Pressure) หมายถึง ความดันเลือดแดงเฉลี่ย เป็นค่าของความดันโลหิตระหว่างความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก

SpO₂(Oxygen Saturation) หมายถึง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว

3. ช่องอื่นๆ ให้บันทึกข้อมูลที่พยาบาลต้องการสื่อสารโดยอิสระ เช่น การประเมินระบบประสาท การบันทึกยาในกลุ่มยา Adrenergic agonist

4. ช่อง Ventilator Setting กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ระบุค่าการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ กรณีไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ได้รับออกซิเจนชนิดอื่น ให้เขียนบันทึกการให้ออกซิเจนที่

ผู้ป่วยกำลังได้รับขณะรับเข้าหอผู้ป่วยหนัก เช่น on cannula 4 lit/min, on mask with bag 10 lit/min

5. ช่อง Outcome กรณีที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ระบุค่าผลลัพธ์หลังได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ส่วนนี้ไม่จำเป็นต้องบันทึก

6. ช่อง Cuff pressure กรณี ผู้ป่วยมีท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube หรือ Tracheostomy tube ให้วัดและระบุค่า Cuff pressure ที่วัดได้เมื่อรับย้ายผู้ป่วย กรณีไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่จำเป็น ต้องบันทึก

7. Numerical rating scale(NRS), (ค่าคะแนน 0-10 คะแนน แปลผล 0 = no pain 1-3 = mild pain 4-6 = moderate pain 7-10 = severe pain), The Critical Care Pain Observation Tool(CPOT) (ค่าคะแนน 0-8 คะแนน แปลผล 0 = no pain, 1-2 = mild pain, 3-5 = moderate pain, 6-8 = severe pain) โดยให้บันทึกว่าประเมินโดยวิธีใดและลงค่าคะแนนการประเมินที่ได้ ในบันทึกการรับย้าย กรณีมีค่าคะแนนที่จำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาอาการปวด ให้บันทึกการพยาบาลในแผนการบันทึกต่อเนื่อง(ในส่วน การบันทึกรายการปัญหา(Focus List)และการบันทึกความก้าวหน้า(Progress note))

8. Focus +Assess ให้ทำเครื่องหมาย และบันทึกเพิ่มเติมในช่องว่างที่กำหนดให้ “...” ตามการประเมินสภาพเมื่อแรกรับผู้ป่วย

9. ช่อง Intervention ให้ทำเครื่องหมาย กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

10. Evaluation ให้ทำเครื่องหมาย และบันทึกเพิ่มเติมในช่องว่างที่กำหนดให้ “.....” ตามการประเมินผลหลังได้รับการประเมินสภาพผู้ป่วย และให้การพยาบาล

11. ช่องลงชื่อ ให้ลงชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งผู้บันทึก

ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย(transfer in reports) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่าง การบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้าย(Transfer in reports)

สติกเกอร์ผู้ป่วย

Doctor.....

Date/ Time	BT	PR	RR	BP	MAP	SpO ₂	อื่นๆ	Ventilator Setting				Outcome		Cuff pressure	Pain score	Focus +Assess	Intervention	Evaluation	ลงชื่อ		
								Mod e	TV	PF	TI	TV/ PIP	MV								
								FiO ₂	PIP	RR	PEEP	I:E	Auto PEEP								
2/9/61	37	72	20	95/60	45	90		PCV	-	-	0.94	430	12	22	POT	รับย้าย จาก..9/2.มาโดยเปลนอน	<input checked="" type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายลงเตียง	<input type="checkbox"/> Bed...3....			
9.30								0.6	20	14	5	1:2.4	-		3/8	<input checked="" type="checkbox"/> On Tracheostomy Tubes	<input checked="" type="checkbox"/> ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ	<input checked="" type="checkbox"/> ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่ง			
																<input type="checkbox"/> On Endotracheal Tube No. ...7.5..	<input checked="" type="checkbox"/> ฟังปอดประเมิน breath sound	<input type="checkbox"/> ท่อเลื่อน			
																<input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> nasal ระดับ...20. cm	<input checked="" type="checkbox"/> ประเมินลักษณะการหายใจ	<input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> one lung			
																<input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> mask with bag		<input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Crepitation			
																	<input checked="" type="checkbox"/> Setting Ventilator	<input checked="" type="checkbox"/> หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง	<input type="checkbox"/> ด้านเครื่องช่วยหายใจ		
																	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor EKG	<input checked="" type="checkbox"/> NSR <input type="checkbox"/> Arrhythmia			
																	<input checked="" type="checkbox"/> ระดับความรู้สึกตัว...stupor....	<input checked="" type="checkbox"/> ประเมินความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Disorientation		
																	<input checked="" type="checkbox"/> GCS E2. VT.M3.		<input type="checkbox"/> Drowsiness <input checked="" type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Coma		
																	pupil 2 min react to light BE...	<input checked="" type="checkbox"/> Neurological signs Assessment	<input checked="" type="checkbox"/> GCS E2VTM3 <input type="checkbox"/> motor power		
																	motor power...แขน+ขา ซ้าย gr.0 แขน+ขา ซ้าย gr.2 ...		<input type="checkbox"/> Normal		
																		<input checked="" type="checkbox"/> Weak...Lt gr 0 ...Rt...gr.2			
																	<input checked="" type="checkbox"/> Record vital sign , SpO ₂	<input checked="" type="checkbox"/> T=37.2 HR= 80/min, RR 20(B)/nim BP 100/60 mmHg SpO ₂ ..96 %			
																	<input type="checkbox"/> IVF 5 %N/2. <input type="checkbox"/> A-Line <input type="checkbox"/> C-Line.	<input checked="" type="checkbox"/> ประเมินบริเวณสารน้ำ และยา	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Leak		
																	<input type="checkbox"/> Blood...	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบบริเวณให้เลือด	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Leak		
																	<input type="checkbox"/> post op	<input checked="" type="checkbox"/> ประเมินแผลผ่าตัด	<input checked="" type="checkbox"/> แผลแห้ง ไม่มีเลือดซึม		
																	<input checked="" type="checkbox"/> แผล.ผ่าตัดที่ศีรษะ.ขนาดยาว.4 นิ้ว	<input checked="" type="checkbox"/> ตรวจสอบและประเมิน drain	<input type="checkbox"/> Drain Rt =cc สี.....		
																	<input type="checkbox"/> Drain สี..... = cc		<input type="checkbox"/> Drain Lt=..... cc สี.....		
																	<input type="checkbox"/> Foley catheter urine = 50 cc	<input type="checkbox"/> ประเมินปัสสาวะทุก ..1 ชม....	<input checked="" type="checkbox"/> Urine/1.hr. 25...cc สี ..เหลือง...		
																		<input checked="" type="checkbox"/> แนะนำระเบียบการเยี่ยม	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้แนะนำ		
																		<input checked="" type="checkbox"/> ตรวจสอบวาระเวียน ป้ายชื่อ	<input checked="" type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ตรงกับผู้ป่วย		
																		<input checked="" type="checkbox"/> ...EVD ระดับบรูห์ สีเหลืองตามสาย	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> EVD สีเหลืองใส 50 CC	สีดา มาเร็ว

2 การบันทึกทางการแพทย์ในการย้ายออก(Transfer reports)

การบันทึกทางการแพทย์ในการย้ายออก(transfer reports) หมายถึง แบบบันทึกการส่งต่อข้อมูลการประเมินปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย ข้อมูลทางสุขภาพก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ให้หอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว และปัญหาที่ยังคงอยู่ต้องดำเนินการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. สติ๊กเกอร์ หมายถึงการติด ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อ-สกุล อายุ Hospital number(H.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย Admission number(A.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย ใน
2. แพทย์เจ้าของไข้ ผู้ให้บริการสุขภาพ(health care provider)
3. ข้อมูล การประเมินสภาพผู้ป่วย อาการแสดงที่สำคัญและ อาการที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่หน่วยงานรับย้ายต้องติดตาม
5. อุปกรณ์ที่ต้องติดไปกับผู้ป่วย เช่น Intercostal drainage(ICD), Tracheostomy Tube
6. ข้อมูลขณะเคลื่อนย้าย ส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยอื่น

วิธีการบันทึก

การบันทึกในช่องว่าง และให้ทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับสภาพของผู้ป่วย ที่พยาบาลประเมินได้ โดยบันทึกดังนี้

1. ช่อง Date/ Time ให้ระบุวันที่และเวลาที่บันทึก
2. ช่อง BT, PR, RR, BP, MAP, SpO₂ ให้บันทึกสัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

ซึ่ง

BT(Body Temperature) หมายถึง ค่าอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย

PR (Pulse Rate) หมายถึง ค่าชีพจรผู้ป่วย

RR (Respiration Rate) หมายถึง ค่าอัตราการหายใจของผู้ป่วย

BP(Blood Pressure) หมายถึง ค่าความดันโลหิต

MAP (Mean Arterial Pressure) หมายถึง ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย เป็นค่าของความดันโลหิตระหว่างความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก

SpO₂(Oxygen Saturation) หมายถึง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว

3. ช่องว่าง สามารถลงข้อมูลที่พยาบาลต้องการสื่อสารโดยอิสระ เช่น การประเมินระบบประสาท

4. ช่อง Ventilator setting กรณีต้องส่งกลับโดยที่ผู้ป่วยยังคงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ระบุการปรับตั้งเครื่องก่อนส่งหอผู้ป่วย กรณีไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ได้รับออกซิเจนชนิดอื่น ให้เขียนบันทึกออกซิเจนที่ผู้ป่วยกำลังได้รับ เช่น on cannula 4 lit/min, on mask with bag 10 lit/min

5. ช่อง Outcome กรณีส่งกลับโดยที่ผู้ป่วยยังคงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ระบุการค่าผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับก่อนออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กรณีไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ส่วนนี้ไม่จำเป็นต้องบันทึก

6. ช่อง Cuff pressure กรณีผู้ป่วยมีท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube หรือ Tracheostomy tube ให้วัดและระบุค่า Cuff pressure ก่อนส่ง กรณีไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่จำเป็นต้องบันทึก

7. ช่อง Pain score ถ้าผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด ก่อนการย้ายออกให้ประเมินให้ประเมิน pain (Numerical rating scale (NRS) (ค่าคะแนน 0-10 คะแนน แปลผล 0 = no pain ,1-3 = mild pain 4-6 = moderate pain, 7-10 = severe pain) , The Critical Care Pain Observation Tool(CPOT) (ค่าคะแนน 0-8 คะแนน แปลผล 0 = no pain, 1-2 = mild pain, 3-5 = moderate pain, 6-8 = severe pain) โดยให้ระบุว่าประเมินโดยวิธีใดและลงค่าคะแนนการประเมินที่ได้ กรณีมีค่าคะแนนที่จำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาอาการปวด ให้บันทึกการพยาบาลในการบันทึกต่อเนื่อง

8. ช่อง Focus +Assess ให้ทำเครื่องหมาย และเขียนเพิ่มเติมในช่องว่างที่กำหนดให้ “.....” ตามการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการย้ายออก

9. ช่อง Intervention ให้ทำเครื่องหมาย กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและบันทึกเพิ่มเติมใน “.....” ตามกิจกรรมการพยาบาลก่อนการย้ายออก

10. Evaluation ให้ทำเครื่องหมาย และบันทึกเพิ่มเติมในช่องว่างที่กำหนดให้ “.....” ตามการประเมินผลหลังได้รับกิจกรรมพยาบาล

11. ช่อง ลงชื่อ ให้ลงชื่อ นามสกุล และตำแหน่งผู้บันทึก

ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย(Transfer in reports) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่าง การบันทึกทางการพยาบาลในการย้ายออก(Transfer reports)

สติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

Doctor.....

Date/ Time	BT	PR	RR	BP	MAP	SpO ₂	อื่นๆ	Ventilator Setting				Out come		Cuff pressure	Pain score	Focus +Assess	Intervention	Evaluation	ลงชื่อ
								Mode	TV	PF	Ti	TV/ PIP	MV						
								FI _O ₂	PIP	RR	PEEP	I:E	Auto PEEP						
6/9/61	37	82	20	105/60	45	100		O ₂ canular 3 L/min							F: Continuing care	<input type="checkbox"/> ประสานหน่วยงาน...9/2.. ส่งต่อ	พยาบาลหอผู้ป่วย.9/2..		
10.30															อาการที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง	ข้อมูลผู้ป่วย ประวัติ อาการและอาการ	รับทราบข้อมูลต่อไปนี้		
															<input type="checkbox"/> กลุ่ม Cardiovascular	แสดง สภาพผู้ป่วยก่อนย้าย	<input checked="" type="checkbox"/> ข้อมูลผู้ป่วย		
															<input type="checkbox"/> cardiac arrhythmia	<input checked="" type="checkbox"/> ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง/เฝ้าระวัง	<input checked="" type="checkbox"/> การ เฝ้าระวังดูแลต่อเนื่อง		
															<input checked="" type="checkbox"/> Respiratory หลัง off tube	เรื่อง .ระบบหายใจ เสมหะมาก ไอเองไม่ได้			
															<input type="checkbox"/> pain <input type="checkbox"/> pressure sore	<input type="checkbox"/> ผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ต้อง	<input type="checkbox"/> ข้อมูลการติดตาม		
															<input checked="" type="checkbox"/> Wound ...บริเวณศีรษะ....	ติดตาม.....	ผลห้องปฏิบัติการ		
															อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยกลับ	<input checked="" type="checkbox"/> แจ้งสัญญาณชีพ , SpO ₂ , EKG/	<input checked="" type="checkbox"/> ข้อมูลการประเมิน		
															<input type="checkbox"/> Tracheostomy Tubes <input type="checkbox"/> ETT	<input checked="" type="checkbox"/> การประเมินเตรียมความพร้อม ก่อนย้าย....	<input checked="" type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมย้าย		
															<input checked="" type="checkbox"/> Foley catheter <input type="checkbox"/> central line	ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจสอบอุปกรณ์			
															<input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> drain	<input type="checkbox"/> ส่งต่ออุปกรณ์ที่ติดไปกับผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ที่ไปพร้อม		
															<input type="checkbox"/> IVF...	Invasive และตำแหน่ง	ผู้ป่วย		
															<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ส่งต่อเวชระเบียน	<input checked="" type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ...		
															F: Transfer of patients to ward ..	<input checked="" type="checkbox"/> แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบ	ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ		
															<input type="checkbox"/> Hemodynamic stable	<input checked="" type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ เรื่อง...	ข้อมูลต่อไปนี้		
															<input checked="" type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต	การจัดทำผู้ป่วย การระวังการผลัดตกเตียง	<input checked="" type="checkbox"/> การย้ายผู้ป่วยกลับ..9/2.		
															<input type="checkbox"/> ย้ายแผนก	<input type="checkbox"/> อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเตรียมความพร้อม		
															<input type="checkbox"/> รับผู้ป่วย Emergency	<input checked="" type="checkbox"/> ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องเรื่อง...	<input checked="" type="checkbox"/> ตอบเรื่องที่คุณดูแลต่อได้.ทุกข้อ		
																การเฝ้าระวังระบบหายใจ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ	<input type="checkbox"/> ต้องให้พยาบาล อธิบายซ้ำ		
																<input checked="" type="checkbox"/> พยาบาลเจ้าของ ไซ้ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย		
																<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่พบความผิดปกติ		
																	<input type="checkbox"/> พบเรื่อง.....แก้ไข ...		
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร (Change-of-shift report)

การบันทึกสภาพผู้ป่วยหลังการผลัดเปลี่ยนเวร(Change-of-shift report) หมายถึงการบันทึกทางการพยาบาลหลังการรับส่งเวร เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นแรกรับของพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลต่อเนื่อง โดยรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย สภาพทั่วไปของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วบันทึกแบบเล่าเรื่องราว(Narrative record) สภาพทั่วไปที่ประเมินได้

วิธีการบันทึก

ให้บันทึกข้อมูลสิ่งที่ประเมินสภาพผู้ป่วย จากการสังเกต สัมภาษณ์ หรือตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ หลังการรับข้อมูลส่งเวร ในแบบฟอร์มการบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) การประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงฉบับบันทึกทางการพยาบาลให้บันทึก วันที่ และเวลา การบันทึกใช้การเขียนแบบเล่าเรื่องราว ตัวอย่างการบันทึกดังตารางที่ 3

4. การบันทึกการเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (Acute change in an patient, condition)

การบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน หมายถึง อาการและอาการแสดงที่นำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น(Cardiac arrest หรือ Sudden cardiac death) จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทันทีที่เกิด pulseless cardiac arrest ได้แก่ Ventricular Fibrillation(VF), Pulseless Ventricular Tachycardia(VT), Pulseless Electrical Activity (PEA) หรือการเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน ที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือเป็นตัวบอกเหตุ(Trigger) เช่น หายใจลำบาก หยุดหายใจ ชัก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลงที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน จำเป็นต้องแจ้งแพทย์เพื่อช่วยเหลือเร่งด่วน

วิธีการบันทึก

ให้บันทึกลักษณะอาการและอาการแสดง การประเมินผู้ป่วยในแบบฟอร์มการบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) การประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงฉบับบันทึกทางการพยาบาลให้บันทึก วันที่ และเวลา การบันทึกใช้การเขียนแบบเล่าเรื่องราว ตัวอย่างการบันทึกดังตารางที่ 4

5. การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (Daily nursing activity)

การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน(Daily nursing activity) หมายถึง การบันทึกกิจกรรมที่ทำให้การพยาบาลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลป้องกันด้านความเสี่ยง ความปลอดภัย และการให้ข้อมูลแก่ญาติ

วิธีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน

การบันทึกตามแบบบันทึกการพยาบาลประจำวัน(Daily nursing activity) ในช่องกิจกรรมการพยาบาลตามช่วงเวลาที่ได้ทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วย ในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (Daily nursing activity checklist form)โดย

1. ให้ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องวันที่ และช่วงเวลาขึ้นปฏิบัติงาน(เช้า บ่าย ดึก)ที่ได้ทำกิจกรรม ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมนั้นๆให้ทำเครื่องหมาย “ - ” กรณีพบปัญหาหรือความผิดปกติให้ ทำเครื่องหมาย “*” และนำไปบันทึกทางการพยาบาลใน รายการปัญหา(Focus List) และบันทึกความก้าวหน้า(Progress Note) ในช่องที่ให้กิจกรรมการพยาบาล หรือบันทึก กิจกรรมที่ให้เป็นอักษรย่อ

2. Hygiene หมายถึง สุขอนามัย ได้แก่

2.1 Complete bed bath หมายถึง การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบนเตียงให้
ทั้งหมด

2.2 Partial bath หมายถึง การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบนเตียงให้บางส่วนของ
ร่างกาย

2.3 Mouth care หมายถึง การทำความสะอาดช่องปาก

2.4 Brush teeth หมายถึง การแปรงฟัน

2.5 Bed shampooing หมายถึง การสระผม

2.6 Perineal care หมายถึง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

3. Special care

3.1 Central line care หมายถึง การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การ
ตรวจสอบตำแหน่ง การทำความสะอาดแผล

3.2 ETT care / TT care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

1) Endotracheal Tube care (ETT) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทางปาก
หรือจมูก ด้วยการตรวจสอบตำแหน่ง ตรวจสอบลมใน cuff รวมถึงการเปลี่ยนพลาสติกัดท่อช่วย
หายใจ

2) Tracheostomy Tube care(TT) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ
(Tracheostomy) การทำความสะอาดแผลเจาะคอ รวมถึงการเปลี่ยนผ้าผูกยึดท่อช่วยหายใจ

การบันทึก ET care / TT care ให้ **ขีดเส้นใต้** ท่อช่วยหายใจที่ได้รับการดูแล
ในช่อง Spical care เช่น ET care / TT care หมายถึงต้องดูแล Endotracheal Tube Care

3.3 Suction care : หมายถึง การดูแลดูดเสมหะ

1) Closed suction system(C) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูดเสมหะ
ด้วยระบบปิด

2) Open suction system(O) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูดเสมหะด้วย
ระบบเปิด

การบันทึก Suction care ให้บันทึกโดยระบุชนิดของการดูดเสมหะ เช่น ✓ o
หมายถึง การดูดเสมหะโดยวิธี Open suction system

3.4 EVD care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ External ventricular drainage

การบันทึก EVD care ให้บันทึกในช่องวันที่และช่วงเวลาขึ้นปฏิบัติงาน(เช้า บ่าย ดึก) ที่ทำกิจกรรม
ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ได้ทำกิจกรรม ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมนั้นๆ ให้ใส่เครื่องหมาย “ - ” กรณี
พบปัญหาหรือความผิดปกติให้ทำเครื่องหมาย “*”

3.5 Drain care หมายถึง การดูแลสายระบาย ประกอบด้วย

1) Chest drain/pleural drain (ICD) หมายถึง การดูแลท่อระบายทางทรวงอก
2) Pericardial drain (Pd) หมายถึง การดูแลท่อระบายของเหลวออกจากช่อง
เยื่อหุ้มหัวใจ

3) Jackson Pratt Drain (Jp) หมายถึง ท่อระบายที่ใส่คาไว้ในแผล หลังผ่าตัด
ทำงานด้วยระบบสุญญากาศ

4) Redivac drain (RD) หมายถึง การดูแลสายระบายที่ต่อกับขวดสุญญากาศ
สำหรับดูดเลือดค้างในแผล

การบันทึก Drain care ให้บันทึก ระบุชนิดท่อระบาย ที่ต้องดูแล
ประกอบด้วย Jack = Jackson Pratt Drain, Red = Redivac drain, Pd = Pericardial drain,
ICD = Chest drain / Pleural drain เช่น ✓ Jack หมายถึงการดูแลสายระบายชนิด Jackson
Pratt Drain

3.6 Wound care หมายถึง การดูแลทำความสะอาดแผล มีการทำแผล

1) Wet dressing(W) หมายถึง การทำแผลชนิดเปียก
2) Dry dressing(D) หมายถึง การทำแผลชนิดแห้ง
3) Vacuum Assisted Closure(VAC system) (Vac) หมายถึง การทำความสะอาด
แผลเปิดด้วยชุดปิดแผลสุญญากาศ

เนื้อเยื่อ

4) Necrotizing fasciitis(NF) หมายถึง การทำแผลฝังฝีดักเสบน่าตายของ

5) Skin graft (Skin) หมายถึง การดูแลแผลปลูกหนัง

6) Skull traction(skull) หมายถึง แผลที่ดึงถ่วงน้ำหนักผ่านกระดูก

7) Bedsores /Decubitus ulcer/ Pressure ulcer(PS) หมายถึง แผลกดทับ
แผลเปื่อยที่เกิดจากผิวหนังและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันใต้ผิวหนังขาดเลือด

การบันทึก Wound care ให้บันทึก ระบุชนิดของการทำแผล โดยใช้อักษรย่อ W = Wet dressing, Dry = Dry dressing, Vac = Vacuum Assisted closure, NF = Necrotizing fasciitis, = Skin graft, = Skull traction, PS = Bedsores / Decubitus ulcer/ Pressure ulcer เช่น ✓W หมายถึง การทำแผลชนิดเปียก

4. Other : การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ

5.1 Nutrition care หมายถึงการดูแลภาวะโภชนาการ

1) Oral(O) หมายถึง การรับประทานอาหารทางปาก

2) Feed(F) หมายถึง การให้อาหารทางสายให้อาหาร (Nasogastric tube feeding and care)

3) Drip(D) หมายถึง หมายถึงการให้อาหารแบบต่อเนื่อง(Continuous feeding) ใช้ เครื่องในการควบคุมการไหล

4) Parenteral(P) หมายถึง การให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

การบันทึก Nutrition care ให้บันทึก ระบุชนิดของการได้รับอาหาร โดยใช้ อักษรย่อ O = Oral, F= Feed, D = Drip, P = Parenteral เช่น ✓o หมายถึง การให้รับประทานทางปาก

5.2 Activity หมายถึง กิจกรรม กรณีมีกิจกรรม ในช่วงเวลาการดูแลผู้ป่วย ให้บันทึก วันที่ และ เวรเช้า บ่าย หรือดึก และให้บันทึกกิจกรรมที่เรา ปฏิบัติการพยาบาล ในช่อง ประกอบด้วย

1) Exercise (E) หมายถึง การออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2) Rest (R) หมายถึง การพักผ่อน

3) Bed rest (B) หมายถึง การนอนพักบนเตียง

การบันทึก Activity ให้บันทึก ระบุชนิดของการดูแลกิจกรรมนั้น โดยใช้อักษรย่อ E= Exercise, R= Rest , B = Bed rest เช่น ✓E หมายถึง การออกกำลังกายบนเตียง

5.3 Elimination care หมายถึง การดูแลระบบขับถ่าย

1) Condom care (Con) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ถุงยางอนามัยเพื่อระบาย
น้ำปัสสาวะ

- 2) Catheter care(Cath) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
- 3) Ostomy care /stoma care(OS) หมายถึง การดูแลลำไส้ใหญ่เปิดทางหน้าท้อง/การดูแลทวารใหม่ทางหน้าท้อง
- 4) Enema(E) หมายถึง การดูแลสวนทวารหนัก
- 5) Bladder training(B) หมายถึง การฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะ

การบันทึก Elimination care ให้บันทึก ระบุชนิดของการดูแลกิจกรรมนั้น โดยใช้ อักษรย่อ Con = condom care, Ccath = Catheter care, OS = Ostomy care /stoma care , E = E nema เช่น ✓E หมายถึงการดูแลสวนทวารหนัก

5.4 Safety หมายถึง การดูแลป้องกันการเกิดอันตราย

- 1) Side rail up หมายถึง การยกเหล็กกั้นเตียง
- 2) Restraint หมายถึง การผูกยึดผู้ป่วย การจำกัดการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย หรือเพียงบางส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะความสับสนไม่ร่วมมือในการรักษา
- 3) Turn position q 2 hrs/prn หมายถึง การเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

5.5 Information หมายถึง การให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ป่วย

- 1) Giving information about Practice need (P) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
 - 2) Giving information about sign & symptom (S) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงโดยแพทย์
 - 3) Counseling(C) หมายถึง การให้คำปรึกษา
- การบันทึก Information ให้บันทึก ระบุชนิดของการดูแลกิจกรรมนั้น โดยใช้อักษรย่อ P = Giving information about practice need, S = giving information about sign & symptom, C = Counseling เช่น ✓S หมายถึง การได้รับเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงโดยแพทย์

5.6 Coordination หมายถึงการประสานงานสหสาขาวิชาชีพ

การบันทึก Coordination ให้บันทึก ระบุชนิดของการดูแลกิจกรรมนั้น นั้นๆ PT = การประสานงานกายภาพบำบัด (Physical Therapy) LTC = ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) เช่น ✓PT หมายถึง การประสานงานกายภาพบำบัด (Physical Therapy)

ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลในการรับย้ายผู้ป่วย(transfer in reports)

ดังตารางที่ 5

ตัวอย่างการบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยฉับพลัน

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการผู้ป่วยฉับพลัน

สติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

Doctor.....

Date/ Time	BT	PR	RR	BP	MAP	SpO ₂	อื่นๆ	Ventilator Setting				Out come		Cuff pressure	Pain score	บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) การประเมินสภาพผู้ป่วย การบันทึกเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงฉับพลัน	ลงชื่อ	
								Mode	TV	PF	Ti	TV/ PIP	MV					
								Fio2	PIP	RR	PEEP	I:E	Auto PEEP					
14/1/61	-	160	34 ^B	80/37	51	82		PCV	-	-	0.9	420	10.6					
16.00								1.0	20	16	5	1:14	-					

167

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการบันทึก กิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (Daily nursing activity checklist form) หมายเหตุ : ใ้ “✓” เมื่อให้การพยาบาล , “-” เมื่อไม่ได้ให้การพยาบาล และ “*” เมื่อพบปัญหา

Date	วันที่.24/10/61..			วันที่.....		
Hygiene	ดี	เข้า	ป่วย	ดี	เข้า	ป่วย
Complete bed bath	✓	-				
Partial bath	-	-				
Mouth care	-	✓				
Brush teeth	-	✓				
Bed shampooing	-	-				
Perineal care	-	✓				
Date	วันที่. 24/10/61..			วันที่.....		

Special care	ดี	เข้า	ป่วย	ดี	เข้า	ป่วย
Central line care	-	-				
ET care / TT care	✓	✓				
Suction care*	✓ _o	✓ _o				
EVD care						
Drain care	✓ICD	✓ICD				
Wound care**	✓D	✓D				
Date	วันที่.24/10/61.			วันที่.....		
Other	ดี	เข้า	ป่วย	ดี	เข้า	ป่วย

Nutrition	-	-				
Activity	✓R	✓R				
Elimination care***	✓cath	✓cath				
Safety	✓	✓				
Information****	✓P	✓S				
Coordination(PT,LTC)	-	-				

หมายเหตุ : ¹: ระบุชนิดการ suction care ²: ระบุชนิดของ drain ที่ต้องดูแล ³: ระบุชนิดการทำแผล ⁴: ระบุชนิดชนิดการให้อาหาร ⁵: ระบุกิจกรรม ⁶: ระบุชนิดชนิด การขับถ่าย ⁷: ระบุการให้ข้อมูล

6. การบันทึกความก้าวหน้า(Progress note)

การบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล(progress note) หมายถึงการบันทึกต่อเนื่อง การประเมินซ้ำระหว่างการรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ(Focus Charting) การบันทึกทางการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย(Data) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย(Action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลการรักษา(Response) โดยประยุกต์ใช้ DAR มาใช้แบบ AIE(Assessment Evaluation) ซึ่ง Assessment = Data คือข้อมูลพฤติกรรม สภาพผู้ป่วยที่ประเมินได้, Intervention = Action คือ การปฏิบัติการพยาบาล , Evaluation = Response คือ การประเมินผลการตอบสนองที่มีต่อการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล การระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษา ที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยพิจารณาจากความกังวลและความคาดหวังของผู้ป่วย (Patient concerns) ข้อวินิจฉัย(Diagnosis) พฤติกรรม(Behaviors) การรักษา(Treatment/Therapy) และการตอบสนองของผู้ป่วย(Response) หลักการบันทึกที่ประกอบด้วย

6.1 การบันทึกรายการปัญหา (Focus List)

รายการปัญหา(Focus List) เป็นแบบบัญชีรายการชี้เฉพาะ(Focus) ของผู้ป่วยที่พยาบาลเป็นผู้กำหนดภายหลังจากมีการประเมินผู้ป่วย ตามกรอบของจุดเน้นเฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละเวร ซึ่งจะสะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งย้ายออกหรือจำหน่าย องค์ประกอบของแบบบันทึก Focus List รูปแบบการบันทึกรายการปัญหา(Focus List) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 รูปแบบการบันทึกรายการปัญหา (Focus List)

ลำดับ	รายการปัญหา (Focus List)	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Goal/Outcome)	วันที่เริ่ม ปัญหา (Active)	วันที่หมด ปัญหา (Resolved)	วันที่กลับเป็น ซ้ำ (Re- Instated)	วันที่หมด ปัญหา (Resolved)

ลำดับ หมายถึง การเรียงลำดับความสำคัญของจุดชี้เฉพาะ(Focus) ที่ประเมินได้ตามวันและเวลาที่เกิดขึ้นจริง

รายการปัญหา(Focus List) หมายถึง รายการจุดเน้นเฉพาะที่พยาบาลบันทึก เป็นคำหรือวลีสำคัญเพื่อสื่อสาร ให้กับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษา ซึ่งพยาบาลสามารถกำหนดรายการปัญหา(Focus List) ผู้ป่วยได้ทุกแคว ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังอยู่ในความดูแล

เป้าหมาย/ผลลัพธ์(Goal/Outcome) หมายถึง เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีความสอดคล้องกับ รายการปัญหา(Focus List) ที่กำหนดไว้

วันที่เริ่มปัญหา(Active) หมายถึง วันเดือนปี ที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยและระบุ ว่าเป็นช่วงเวลาที่เป็น จุดเน้นเฉพาะ(Focus) ของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายหรือภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น รายการที่เป็น จุดเน้นเฉพาะ(Focus) ของผู้ป่วย ควรจะหมดไปและควรสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

วันที่หมดปัญหา(Resolved) หมายถึง วันเดือนปีที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยและพบว่าจุดเน้นเฉพาะ(Focus) ของผู้ป่วยหมดไป ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายหรือภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น รายการที่เป็นจุดเน้นเฉพาะ(Focus) ของผู้ป่วย ควรจะหมดปัญหา(Resolved)เกือบหมดและควรสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

วันที่กลับเป็นซ้ำ(Re-Instated) หมายถึง วันเดือนปีที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยแล้วพบว่าจุดเน้นเฉพาะ(Focus) ของผู้ป่วย ที่หมดปัญหา เกิดขึ้นอีกครั้ง

วันที่หมดปัญหา(Resolved) หมายถึง จะมีการบันทึกในครั้งสุดท้ายที่หมดปัญหานั้นๆ ก่อนการย้ายหรือจำหน่าย หรือยังคงมีอยู่ก่อนการย้าย

วิธีการการบันทึก

1. การบันทึกลำดับ เรียงลำดับความสำคัญของส่วนซีเฉพาะ(Focus) โดยระบุลำดับความสำคัญ เรียงตามความรุนแรง ตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย(patient's problem or need) โดยระบุเป็น ลำดับเป็นตัวเลข เช่น 1., 2.,3..... หรือเรียงตามช่วงเวลาของการเกิดเหตุการณ์นั้นๆ

2. การบันทึกรายการปัญหา(Focus List) เป็นการบันทึกปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย(patient's problem or need) พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย หรือความต้องการการช่วยเหลือ โดยรวบรวมจากอาการสำคัญ การสังเกตสภาพร่างกายและจิตใจ การตรวจร่างกาย เช่น การประเมินอาการปวด การวัดสัญญาณชีพ การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต(Hemodynamic monitoring) ผลการตรวจต่างๆ หัตถการ อาการแสดงด้านร่างกายและหรือด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ คีฬาข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย และพิจารณาแล้วว่าข้อมูลดังกล่าวจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ สามารถระบุเป็นคำหรือวลีที่

สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพ มีสิ่งใดเกิดกับผู้ป่วยหรือเหตุการณ์สำคัญ การกำหนดประเด็น สามารถกำหนดดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือตัวบอกเหตุ(Trigger) อาการทรุดลง เช่น หายใจลำบาก อาการช็อก ไข้สูง ความดันโลหิตเพิ่มหรือลด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การไม่รับรู้เวลา บุคคลและสถานที่

2) พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือสิ่งที่ยังเป็นความกังวลของผู้ป่วยและญาติแต่ละคนในขณะนั้น เช่น Nausea, Chest pain, การ Feed อาหาร การทำแผลกดทับ วิตกกังวล

3) เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแล หรือการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การประเมินก่อนผ่าตัด การประเมินหลังผ่าตัด การให้เลือด การเปลี่ยนแปลงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4) การเฝ้าระวังหรืออาจช่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความต้องการน้ำ อาหาร การหายใจ การขับถ่าย

5) การสอนหรือให้คำปรึกษาที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยรายนั้นๆ

6) การปรึกษาแพทย์หรือทีมดูแลรักษาวิชาชีพอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เช่น การปรึกษาแพทย์

7) สิ่งที่สำคัญที่ค้นพบอื่นๆ ที่ได้จากการประเมินซ้ำตลอดจนระยะเวลา การดูแล เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัย

ลักษณะของรายการปัญหา (Focus List) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ลักษณะของรายการปัญหา (Focus List)

ลักษณะของรายการปัญหา(Focus List)	ตัวอย่างการเขียนรายการปัญหา(Focus List)
1. อาการ(Sign) หรืออาการแสดง(Symptom) ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์(Medical Diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล(Nursing diagnosis) หรือแผนการดูแลรักษา(Treatment)	Hypervolemia , Hypotension, Hypoglycemia, Shock, Acute kidney injury (AKI), Brain edema, SIADH, Acute renal failure,
2. ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน (Current patient concern or behavior)	Pain, chest pain, Anxiety, Confusion, Nausea / Vomiting, Hyperthermia

ลักษณะของรายการปัญหา(Focus List)	ตัวอย่างการเขียนรายการปัญหา(Focus List)
3. การเปลี่ยนแปลงสภาวะ อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (Acute change in an patient, condition)	Cardiac arrhythmia , Seizure, Active bleeding, Alteration of conscious, IICP, Re-bleeding, Respiratory ineffective
4. เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษา เฉพาะ(A significant event in an patient, care or patient, treatment / Therapy)	Wean off Dobutamine , Wean off respirator , Step diet, Intubation Extubation , blood transfusion,
5. ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือการปรึกษาแพทย์ เฉพาะหรือที่มสหสาขาวิชาชีพ(Special patient need or consulting with physicians of other disciplines in collaborative or multidisciplinary care)	Transfer, Physical therapy, consult Long Term Care, Allergic Reaction
6. การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล(A key word or phrase Indicating compliance with a standard of care or agency policy)	Risk for fall , Risk for pressure ulcer , Transfer to ward
7. การสอนหรือให้คำปรึกษาที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วย รายนั้นๆ	Knowledge and skill for Pressure ulcer prevention

3. การบันทึกเป้าหมาย/ผลลัพธ์ Goal/Outcome ข้อความที่บรรยาย เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีความสอดคล้องกับจุดชี้เฉพาะ(Focus) ที่กำหนดไว้ แสดงสภาวะสุขภาพที่คงรักษาให้มีสภาพที่ดีหรือเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาล/การดูแลรักษา ซึ่งผลลัพธ์ต้องกำหนดเป้าหมายควรมุ่งที่ผู้ป่วย(Client-centered outcome) เฉพาะเจาะจง และต้องสามารถวัดได้ ตัวอย่างการบันทึกรายการปัญหา(Focus List) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตัวอย่างการบันทึกรายการปัญหา(Focus List)

ลำดับ	รายการปัญหา (Focus List)	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Goal/Outcome)	วันที่เริ่ม ปัญหา (Active)	วันที่หมด ปัญหา (Resolved)	วันที่กลับเป็นซ้ำ (Re- Instated)	วันที่หมด ปัญหา (Resolved)
1	- risk & complications from anesthesia	ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เกณฑ์การประเมิน - ระดับความรู้สึกตัวปกติ Sedation score < 1 - สัญญาณชีพปกติ : P=60-100 ครั้ง/นาที R=16-20 ครั้ง/นาที BP ≥ 90/60 mmHg - No Aspiration	14 พ.ค. 61	15 พ.ค. 61		
2	- มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง (Risk for IICP)	สามารถตรวจพบอาการและอาการแสดงระยะเริ่มแรกได้ ของ IICP ได้ Maintain cerebral blood flow เกณฑ์การประเมิน - ไม่มีอาการปวดศีรษะ อาเจียน - Keep SBP < 160 mmHg - Keep pulse pressure < 60 mmHg - Keep oxygen sat > 95% - Keep temperature < 38 C - Keep urine osmolarity < 300 mOsm/kg, Specific gravity 1.005 -1.030 - Keep serum Na 135-145 mmol/L - Keep serum K 3.5- 4.5 mmol/L - Keep CSF volume from Ventriculostomy 8-10 ml/hr	1 พ.ค. 61	8 พ.ค. 61		

ลำดับ	รายการปัญหา (Focus List)	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Goal/Outcome)	วันที่เริ่ม ปัญหา (Active)	วันที่หมด ปัญหา (Resolved)	วันที่กลับเป็นซ้ำ (Re-Instated)	วันที่หมด ปัญหา (Resolved)
3	การหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ (Respiratory ineffective)	ปลอดภัยจากภาวะการหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ ABG มีผลปกติ คือ เกณฑ์การประเมิน - PaO ₂ = 80 – 100 mmHg - PaCO ₂ = 35 – 45 mmHg - SaO ₂ > 95 % - pH = 7.40 (7.35 – 7.45) - HCO ₃ ⁻ = 22 – 26 mEq/L - Base excess: BE = -2 – +2 mEq/L - Keep Tital volume 7-10 cc/kg - Keep Peak Pplat T < 30 cm.H ₂ O - Keep Inspiratory time (Tin) < 1.5 sec - Keep RR 14-20 bpm - สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลง ≥ 20% ของค่าเดิม - การเคลื่อนไหว ออกและหน้าห้อง สัมพันธ์กัน	1 พ.ค. 61	10 พ.ค. 61	13 พ.ค. 61	17 พ.ค. 61
4	เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะ เลือดออกซ้ำ ภายหลัง การผ่าตัด (Re-bleeding post operation)	ปลอดภัยจากภาวะเลือดออกซ้ำ หลังการผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน - Keep systolic BP 90-140 mmHg - Keep Hct > 30 % - bleeding < 200 cc/hr	1 พ.ค. 61	3 พ.ค. 61		
5	ผู้ป่วยวิตกกังวล	ลดความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมิน - สิ้นสุดขึ้น หลับได้ - ให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล	4 พ.ค. 61	7 พ.ค. 61		

6.2 การบันทึกความก้าวหน้า(Progress Note)

การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามข้อมูลชี้เฉพาะ(Focus) ข้อมูลต้องตามความเป็นจริงทุกครั้ง บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์ และบันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้งและมีการประเมินผล ต้องบันทึกเวลาและผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลหลังให้การพยาบาล องค์ประกอบรูปแบบการบันทึกความก้าวหน้า(Progress Note) แบบAIE (A= Assessment (data), I = Intervention, E=Evaluation) รูปแบบการบันทึก ดังแสดงใน ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 รูปแบบการบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note)

วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) /ผู้บันทึก

การบันทึกแบบ AIE (Assessment :A, Intervention: I, Evaluation:E) โดยมีความหมายดังนี้

3.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย(Assessment:A) หมายถึง การบันทึกข้อมูล(Data) การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ค้นหาปัญหาและความต้องการ การบันทึกข้อมูลอัตนัย(Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สอบถาม หรือข้อมูลที่ได้จากญาติ ครอบครัวหรือบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น หรือข้อมูลปรนัย(Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วย จากการตรวจร่างกาย การสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลการตรวจวินิจฉัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์ หรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่สนับสนุน Focus ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่สังเกตเห็นได้

3.2 การปฏิบัติการพยาบาล(Intervention:I) หมายถึง การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (Action) กิจกรรมที่ได้ทำให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในขอบเขตการตัดสินใจของพยาบาลหรือกิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ จะปฏิบัติทันที หรือจะปฏิบัติ หรือแผนการดูแลที่มีพื้นฐาน จากข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย(Assessment) ซึ่งเป็นการกระทำ ทั้งอดีต ปัจจุบัน อนาคต(Past–Present–Future) ที่สอดคล้องกับ Focus List ของผู้ป่วย การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย เช่น การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังอาการข้างเคียง การช่วยเหลือและแก้ไข(การบันทึกในส่วนนี้สะท้อนขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล) ถูกต้องตามหลักวิชาการ และสอดคล้องกับปัญหา

3.3 การประเมินผลการพยาบาล(Evaluation :E) หมายถึง การบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย(Response) เป็นรายบุคคล ที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย การประเมินผลขณะปฏิบัติการพยาบาล หรือการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล การประเมินผลอาจจะบันทึกในเวลาใหม่ไม่ใช่เวลาเดียวกันกับประเมินสภาพผู้ป่วย(Assessment) และการปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) โดยในบาง Focus List อาจจำเป็นต้องประเมินผลการพยาบาล(Evaluation) ในช่วงปลายเวร ข้อสรุปการประเมินผลอาจจะ บรรลุผลตามเป้าหมายและปัญหาได้รับการ ได้แก้ไขหมดไป หรืออาจไม่บรรลุเป้าหมายแต่มีความก้าวหน้าที่ดี ในกรณีเป้าหมายไม่บรรลุอาจต้องปรับแผนหรือประเมินข้อมูลใหม่

วิธีการบันทึก

การบันทึกข้อมูลในส่วนรายการปัญหา(Focus List) และการประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment), การปฏิบัติการพยาบาล(Intervention) และการประเมินผล(Evaluation) ควรสอดคล้องสัมพันธ์กัน หลักการดังนี้

1. ในช่อง วันเดือนปี/ เวร ให้ระบุวันเวลาที่พบเหตุการณ์จุดเน้นสำคัญ ระบุเวลาที่มีการกำหนดปัญหาชี้เฉพาะ(Focus)

2. ในช่องรายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย(Assessment:A)ให้บันทึกระบุปัญหาชี้เฉพาะ(Focus) และการบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วย ข้อมูลอัตนัย(Subjective data) หรือ ข้อมูลปรนัย(Objective data) ที่สนับสนุน ปัญหาชี้เฉพาะ(Focus)

กรณีแรกรับเข้าหอผู้ป่วยให้ใช้การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว บันทึกสภาพอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ติดตัวมาผู้ป่วย

3. ในช่อง Intervention(I) ให้บันทึกกิจกรรมที่ได้ทำให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาชี้เฉพาะ(Focus)ของผู้ป่วย โดยบันทึกดังนี้

1) การบันทึก กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ ที่บันทึกใน Flow sheet เช่น แบบประเมินประจำวัน แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ไม่ควรนำมาเขียนใน Progress Note เพื่อลดความซ้ำซ้อนและระยะเวลาในการบันทึก ยกเว้น กรณีที่มีความผิดปกติ ที่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม เช่น พบมีการเกิดแผลกดทับ สามารถนำมาบันทึกรายละเอียดใน Progress Note

2) สิ่งที่บันทึกใน Progress Note ควรเป็นข้อมูลที่ต้องการบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ บันทึกเหตุการณ์ที่ผิดปกติที่ไม่คาดหวัง บันทึกการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและการรายงานแพทย์ บันทึกโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัย ตลอดจนการบันทึกสถานภาพของผู้ป่วยเวลาที่ย้ายจากหอผู้ป่วย หรือเวลาที่จำหน่าย(discharge)

3) หลีกเลี่ยงการตีตราผู้ป่วย ใช้อธิบายพฤติกรรมสิ่งที่เห็นแทนการใช้ความรู้สึกของผู้บันทึก เช่น แสดงอาการโกรธ อาการเสียใจ เป็นต้น

4) บันทึกมีความเฉพาะเจาะจง เพราะเป้าหมายการบันทึกคือ การนำเสนอความจริงที่ชัดเจน เช่น บันทึกว่าปัสสาวะออกน้อย ไม่ชัดเจนเท่ากับ ปัสสาวะได้ 50 มล. ใน 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยปวดแผลเล็กน้อย เป็นผู้ป่วยปวดระดับ 3 คะแนน

5) สิ่งที่บันทึกสามารถสะท้อนกระบวนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ คือ สะท้อนการประเมินแรกรับเข้าหอผู้ป่วย การประเมินซ้ำ เห็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผนช่วยแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ การช่วยเหลือผู้ป่วย และติดตามผลของการปฏิบัติการพยาบาล เกิดอะไรกับผู้ป่วยดีขึ้นตามคาดหรือยังไม่ได้

6) การบันทึก ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมใด หรือดูแลผู้ป่วยสิ้นสุดลง ให้บันทึกทันที ไม่บันทึกล่วงหน้า ในการเปลี่ยนแปลงสถานะอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลันที่ต้องรายงานแพทย์ทันที ให้บันทึกโดยระบุช่วงเวลาของการเกิดเหตุการณ์เรียงลำดับในแต่ละช่วงเวลา การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การแก้ไขสถานการณ์และผลการแก้ไขปัญหา

7) ยึดข้อเท็จจริง บันทึกเฉพาะสิ่งที่เห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รู้สึก นับและวัดได้ ไม่ใช่สิ่งที่สรุปโดยไม่ได้ข้อยืนยัน

8) ไม่ว่าจะยุ่งมากเพียงใด ต้องไม่ให้อื่นบันทึกทางการแพทย์ให้และไม่เขียนบันทึกทางการแพทย์แทนผู้อื่น เพราะถ้าผู้อื่นแปลความที่ท่านบันทึกผิดอาจก่ออันตรายให้ผู้ป่วยเพราะข้อมูลที่บันทึกผิดพลาดได้

4. ในช่องการประเมินผล(Evaluation :E) ให้บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (Individual response) ที่มีต่อ การปฏิบัติการพยาบาล(Intervention) ที่ให้กับผู้ป่วย

5. ช่องผู้บันทึก ให้ลงชื่อสกุลและตำแหน่ง หลังการบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ที่สามารถอ่านได้ชัดเจน

ตัวอย่างการบันทึกความก้าวหน้า(Progress Note) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ตัวอย่างการบันทึกความก้าวหน้า(Progress Note)

วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) / ผู้บันทึก
14 ก.ค. 61 14.00 น.	F: Post op A : กลับจาก OR หลังผ่าตัด Craniotomy to remove blood clot E1 VT M4 pupil RE \varnothing 3.5 mm, LE \varnothing 3.5 mm RTL แผลผ่าตัดที่ศีรษะ on gravity drain 1 เส้น มี Content ประมาณ 50 ml On ETT tube No.7.5 ตำแหน่ง 22 cms. , on NSS 1000 ml IV rate 100 ml/hr, Retained Foley catheter Urine 50 CC	- เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง - V/S, N/S, SpO ₂ - ตรวจสอบ drain แผลผ่าตัด - ตรวจสอบสายต่างๆ - ประเมินผู้ป่วย ประเมิน ตำแหน่งท่อช่วยหายใจ - ตรวจสอบตำแหน่งท่อ Drain ต่างๆ ลักษณะสี จำนวน - ดูแลและติดตามอาการ เปลี่ยนแปลง ตาม EWS SICU - ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ ติด ตามหลังผลลัพธ์การปรับเครื่อง 15 นาที 4 ครั้ง และ 30 นาที 2 ครั้ง	14.30 น. - E1 VT M4 V/S อยู่ใน ช่วง 140/70 – 145/90 mmHg, O ₂ Sat = 100% ตำแหน่ง ETT ถูกต้อง ไม่มีสายเลื่อน/หลุด Drain ออกสีแดงสดออกเพิ่ม 40 ml
14 ก.ค. 61 14.00 น.	F : risk & complications from anesthesia A : Post operation ใน 1 ชม. : ยังไม่รู้สึกรู้ตัว : Motor power ระดับ 1 : on Endotracheal tube with inflating bag : Intra-op Hemodynamic unstable : มีแผลผ่าตัด Median sternotomy	- ประเมินระดับความรู้สึกตัว Sedation score \leq 1 - ประเมินสัญญาณชีพ , SpO ₂ if Oxygen saturation < 90% มากกว่า 3 นาที หรือ oxygen saturation < 85% แจ็งแพทย์ - EKG monitor - ประเมินระบบประสาทและกล้ามเนื้อ - ตรวจสอบ ปริมาณปัสสาวะ CVP - ตรวจสอบแผลปริมาณและสี ของ Drain - On ventilator setting ตาม	เวลา..... ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ RR = ครั้ง/นาที BP= mmHg SpO ₂ ระดับการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อ.....

วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) / ผู้บันทึก
		แผนการรักษา ตรวจสอบผลลัพธ์ การตั้งเครื่อง - ประเมินภาวะ hypoglycemia/ hyperglycemia - เฝ้าระวังอาการสับสนหลังการผ่าตัด	
1 พ.ค. 61 13.00	F : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความในกะโหลกศีรษะสูง (Risk for IICP) A : ผล CT scan พบ subarachnoid hemorrhage ขนาด : Post op craniotomy to remove blood clot day 0 : pulse pressure 60 mmHg : ระดับความรู้สึกตัวสับสน GCS คะแนน (E1VTM3) : Motor power : NG tube content ออกมากกว่า 100 in 1 hr. อาเจียน 1 ครั้ง : Pupil ไม่เท่ากัน	- ประเมิน N/S , pupil, V/S - ประเมิน Motor power อาการ กระสับกระส่าย ตื่นไปมา หายใจเร็วขึ้น - ICP monitoring if N/S decrease > 2 if V/S Systolic increase > 20% Pulse pressure > 60 mmHg , หรือ Systolic > 180 mmHg และ Diastolic > 100 mmHg, cushing's triad, Hyperventilation ,คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง , GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน ชักเกร็ง กระตุก แจ่ม แพทย์ - ไม่ฟื้นจากยาสลบภายใน 1 ชั่วโมง แจ่มแพทย์ - ระวัง Valsalva's maneuver จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอ > 90 องศา , Body alignment ที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงกระตุ้นการไอ	เวลา..... ระดับความรู้สึกตัว Coma scale..... Pupil..... Motor power HR =..... BP..... RR..... MAP.....

		แรงดันช่องท้อง ออก	
วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) / ผู้บันทึก
		<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลสายระบาย Drain บันทึกจำนวน สี กลิ่น - หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณแผลผ่าตัด Craniectomy - ดูแลอุณหภูมิกาย 36.5- 37.5 องศา กรณีมิใช่ให้ยาลดไข้ หรือ เช็ดตัว หรือใช้ Cooling blanket - ดูแลให้ได้รับยา (mannitol) ติดตามปัสสาวะระดับอิเล็กโทรลิต - ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต..... ยาลดสมองบวม..... - ประเมิน Pain score และบรรเทาอาการปวด..... - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ..... - ประเมินภาวะ Hypotention และภาวะ Dehydration - บันทึก I/O ติดตามทุก 2 ชม. ป้องกัน ภาวะ DVT 	
1 พ.ค. 61 13.00	<p>F: .เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำภายหลัง ผ่าตัด (Risk of Re-bleeding post operation)</p> <p>A: หลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงแรก : มีเลือดซึมบริเวณ Gauze ปิดแผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observe signs of re - bleeding, drain care - Record N/S, V/S ทุก ชั่วโมง keep SBP 100-160 mmHg DBP 100-120 mmHg - ตรวจสอบ Hematocrit 	<p>เวลา.....</p> <p>V/S..</p> <p>HR =.....</p> <p>BP.....</p> <p>RR.....</p> <p>แผลไม่มี bleeding ซึม</p> <p>Drain ออก.....ml</p>

วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) / ผู้บันทึก
	เส้นผ่าศูนย์กลาง : Drain ออกสีแดง ml/hr	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบแผล ท่อระบาย พร้อมบันทึกลักษณะสี if > 200 ml/ชั่วโมง หรือแผลผ่าตัด มีเลือดซึมมาก Hct < 30 % หรือ ลดจากเดิม 3% แจ้งแพทย์ - Milking tube drain - ให้การพยาบาลป้องกัน IICP - ติดตาม CBC, Coagulogram ตามแผนการรักษา - ฝ้าระวังอาการ ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง สมองขาดเลือด ความดันโลหิตต่ำ 	Hct.....%
1 พ.ค. 61 13.00	F: การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (Respiratory ineffective) A: SAH : Post op craniotomy to remove blood clot day ... ยังไม่ reverse : on ETT 7.5 ซีต 21 cm CVM mode : GCS..... : ABG..... : O ₂ sat : RR > 35 ครั้ง/นาที : Tidal volume 4 cc/Kg	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลการหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์กัน ปรับ Setting ventilator (8-10 cc/kg) ตามแผนการรักษา บันทึกการเปลี่ยนแปลง ประเมินผลลัพธ์ Tidal volume , MV,RR, Plateau pressure PIP,PEEP &Auto PEEP - Setting สัญญาณเตือน - ประเมิน ลักษณะการหายใจ อาการด้านเครื่อง จากอาการปวด ขาดออกซิเจน และเสมหะอุดกั้น - ประเมินลมเข้าปอด 	เวลา..... ลักษณะการหายใจ..... HR BP..... RR TV (Tidal volume) =

วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) / ผู้บันทึก
		<ul style="list-style-type: none"> - ติดตาม Chest x-ray - ประเมิน Hypotension , - Hypertensions และ Cardiac arrhythmia - หลีกเลี้ยง Prolonged hyperventilation - ติดตาม V/S ,O₂ Sat ,EKG monitor , I/O - จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา ปรับเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง - ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย - ดูแลเฝ้ารอการสูดสำลัก อาหารและน้ำ - ติดตาม ABG ,Electrolyte - Airway care - Pain control สังเกตภาวะแทรกซ้อน Barotrauma , Volutrauma Atelectrauma, Atelectasis Shock, Airway obstruction Pulmonary emboli, One lung Laryngeal edema, Stress ulcer Pneumonia 	
2 พ.ค. 61 04.00	F : ภาวะช็อก (shock) A: BP = 95/40 mmHg : MAP = 55 mmHg : HR = 124 b/min	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน hemodynamic ทุก ½-1 ชม. - ประเมิน cardiac arrhythmia รายงานแพทย์เมื่อพบความ 	เวลา.... <ul style="list-style-type: none"> - MAP = mmHg - CVP = cmH₂O - BP mmHg - HR = ครั้ง/นาที
วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) / ผู้บันทึก
	: RR = 28 b/min	- ผิดปกติ	Urine mL/.....hr

	: urine 15 cc/hr : CVP 12 cmH ₂ O	<ul style="list-style-type: none"> - วัด CVP - ประเมินภาวะ pulmonary emboli อาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย cyanosis ตัวเย็น - ให้ยา..... ตามแผนการรักษา ติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ - ให้สารน้ำ..... ตามแผนการรักษา - ประเมินติดตาม urine osmolality - I/O - ประเมินอาการ เหงื่อออก ตัวเย็น - ประเมิน Capillary refill 	ผิวหนังอุ่น Capillary refill วินาที
2 พ .ค . 61 08.00	F : cardiac arrhythmia A: EKG AF rate 140-150 bpm : Systolic ABP 120-130 mmHg : chest pain : capillary refill.... /min	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor conscious - Monitor EKG, EKG 12 lead - Vital sign , N/S - Cardiac monitoring for cardiac arrhythmias. - รายงานแพทย์..... at. ได้รับยา.....ตามแผนการรักษา (Bolus cordarone 150 mg in ½ hr then maintain drip 300 mg/ 8 hr) 	เวลา..... BP..... MAP..... RR.....O ₂ sat capillary refill..... I/O..... ผล electrolyte

วันเดือนปี	รายการปัญหา (Focus List) / การประเมินสภาพผู้ป่วย(Assessment:A)	ปฏิบัติการพยาบาล (Intervention:I)	ประเมินผล(Evaluation :E) / ผู้บันทึก
		<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมิน Hypotension, Bradycardia ,N/V,CHF ,RR decrease - Bed rest - ติดตามผล Electrolyte - Urine out put > 0.5 ml/kg/min ประเมิน Skin turgor 	
2 พ .ค . 61 09.30	F: Anxiety related to change in heath status A: Restless : Fidgeting : increased respiration rate ,HR ,BP	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความวิตกกังวล - ให้การพยาบาลด้วยท่าที่เป็นมิตร - เลือกร่องทางการสื่อสาร กับผู้ป่วย เช่น การใช้ท่าทาง เขียน - ปลอดภัยให้กำลังใจ แจ้งข้อมูลแผนการรักษาพยาบาล - จัดสิ่งแวดล้อมให้พักผ่อนได้ - ดูแลลดความปวด และความสบาย - ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล 	เวลา..... - กลับได้.....ชม. - ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3 พ .ค . 61 10.30	F: ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย A : สอบถาม”เมื่อไหร่ผู้ป่วยจะเอาท่อช่วยหายใจออกได้” :”แขนขาผู้ป่วยด้านซ้ายจะขยับได้ไหมคะ” : สีหน้าวิตกกังวล	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ครอบครัวได้สอบถามและระบายความรู้สึก - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง แผนการรักษาของแพทย์ - ให้ครอบครัวได้พบแพทย์เพื่อรับทราบแผนการรักษา - ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 	เวลา.... -ญาติมีสีหน้า..... -ได้พบแพทย์ รับทราบและเข้าใจแนวทางรักษา ทวนสอบ ญาติสามารถตอบได้.....

7. การบันทึกเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)

ยาที่มีความเสี่ยงสูง(High Alert Drugs) คือ กลุ่มยาที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เพราะมีดัชนีการรักษาแคบหรือมีผลข้างเคียงร้ายแรงต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมอ ง หัวใจ ไต ฯลฯ เป็นรายการยาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ประกาศให้เป็นยาความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล

การบันทึกการเฝ้าระวังยาความเสี่ยงสูง หมายถึง การบันทึกติดตาม การเฝ้าระวัง (Monitoring) ผู้ป่วยภายหลังได้รับยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยการบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) การบันทึกประกอบด้วย

1. ช่องที่ 1 : ว.ด.ป. ให้บันทึกวันเดือนปี ที่ให้ยาผู้ป่วย ใ้หน้าชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ช่องที่ 2 : ยาที่ได้รับ ให้ทำเครื่องหมายถูก ในช่อง หน้าชื่อยาที่ให้กับผู้ป่วย
3. ช่องที่ 3 : กิจกรรมการพยาบาล ให้ทำเครื่องหมาย ในช่อง หน้ากิจกรรมการพยาบาลที่ได้ประเมินติดตาม เฝ้าระวังหรือให้การพยาบาล
4. ช่องที่ 4 : ว.ด.ป. ให้บันทึกวันเดือนปี เวลาที่ประเมินผลการเฝ้าระวังติดตามยาความเสี่ยงสูง

5. ช่องที่ 5 : การประเมินผล ให้บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย ที่มีต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการเฝ้าระวังยาความเสี่ยงสูงที่ให้กับผู้ป่วย โดยบันทึกดังนี้

5.1 ประเมินผลการเฝ้าระวังยาที่ให้ในแต่ละกลุ่ม กรณีไม่พบความผิดปกติ ให้บันทึก ไม่พบความผิดปกติในการให้ยา Norepinephrine กรณีพบว่ามีความผิดปกติให้บันทึก พบความผิดปกติ Bradycardia หลังได้รับยา Norepinephrine 30 นาที

5.2 กรณียุติการให้ยา ให้ระบุชื่อยา และระบุหลังการหยุดให้ยา ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น หลัง off Norepinephrine สัญญาณชีพปกติ

6. ช่องที่ 6 : บันทึกชื่อ สกุล ตำแหน่งผู้บันทึก

ตัวอย่างการบันทึกบันทึกเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ดังตารางที่ 10

7. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล(Nursing database)

การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลการประเมิน การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบันทึก Parameter ต่างๆ การบันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกาย การใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจและการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ การติดตามภาวะกรด-ด่างของร่างกาย (blood gas) การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วิธีการบันทึก

1. ชื่อ-สกุล อายุ Hospital number(H.N.) Admission number(A.N.) MD: หมายถึง แพทย์เจ้าของไข้ Digs.: การวินิจฉัย Operation : การผ่าตัด
2. Parameter ให้บันทึก Vital Signs และค่าอื่นๆ (BT, PR, RR, ABP, MAP, NIBP, IABP, Augmentation, CVP, SpO₂)
3. Intake ให้บันทึกปริมาณน้ำเข้าร่างกาย ประกอบด้วย Medication : ยาที่ใช้ในผู้ป่วย ทางหลอดเลือดดำ Crystalloids หรือ Crystallloid fluid: คือ สารน้ำที่เป็นได้ทั้งสารอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) และสารที่ไม่ใช่อิเล็กโทรไลต์(Non-electrolyte) Colloid : สารละลายที่ประกอบด้วยสารละลายที่มีโมเลกุลขนาดใหญ่
4. Output ให้บันทึกปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกาย ประกอบด้วย Drain, Urine, CAPD, NG, Stool
5. O₂ Delivery : ให้บันทึกใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ การตั้งเครื่องช่วยหายใจ Tidal volume(VT), Fraction of inspired oxygen(FiO₂), Respiratory rate(RR), Inspiratory Time(Ti), Expiratory Time (Te), Peak inspiratory pressure(PIP), Minute volume (VE), Inspiratory flow rate(IF), Positive end expiratory pressure(PEEP)
6. ABG STUDY การบันทึกข้อมูล ผลการตรวจ Blood gas
7. LAB STUDY การบันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. Neurological Assessment Motor Power/Coma scale การบันทึกข้อมูลทางระบบประสาท

การบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล (nursing database) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 12

บรรณานุกรม

- กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลั่น. (2557). บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับ
วิชาชีพ. *พยาบาลสาร*, 42(1), 164-170.
- นิตยา สมบัติแก้ว และเดือนทิพย์ เขษมโอภาส (บรรณาธิการ). (2558). *การบันทึกและรายงาน
ทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรศิริ พันธสี. (2558). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*.
(พิมพ์ครั้งที่16). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2551). *กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ:
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2559). การบันทึกทางการพยาบาล แบบ Focus Charting. *วารสารคลินิก*,
32(11), 1152-1156.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต:แบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ:
สหประชาพานิชย์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). (2558). *มาตรฐานโรงพยาบาล และ
บริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี(ภาษาไทย)*. นนทบุรี:
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- อัจฉรา พุ่มดวง. (2558). *การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล*, นิตยา สมบัติแก้ว และเดือนทิพย์
เขษมโอภาส(บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐานหลักการและแนวคิด (หน้า 35). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2551). *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางลักขณา ศรสุรินทร์
วัน เดือน ปีเกิด	31 มกราคม 2506
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2531
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์
ตำแหน่ง	พยาบาลชำนาญการ

