

การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์แบบฉบับเฉพาะ  
หน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย

นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2560

**Development of the Nursing Record Handbook by Using Focus Charting Record  
at Out Patient Nursing Units, Raj Pracha Samasai Institute**

**Mrs. Karnika Eiamudomsuk**

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2017

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบดิจิทัลเฉพาะ หน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย
ชื่อและนามสกุล	นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข
แขนงวิชา	การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรณูการ์ ทองคำรอด

ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

ประมฤทัย น้อยหมั่น ไวย

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประมฤทัย น้อยหมั่น ไวย)

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

**ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ** การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะหน่วยงาน  
ผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย

**ผู้ศึกษา** นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข รหัสนักศึกษา 2545100733 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์** ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

**ปีการศึกษา** 2560

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก และ (2) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก 6 หน่วยงานของสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ ที่ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.86 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามมี 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ และข้อเสนอแนะ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า (1) คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้พัฒนาขึ้นสำหรับพยาบาลผู้ป่วยนอก และ (2) พยาบาลให้ความคิดเห็นว่าคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะมีขนาดรูปเล่มเหมาะสม สะดวกใช้ มีประโยชน์ นำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ ช่วยลดระยะเวลาบันทึก ช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และมีความพึงพอใจต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในด้านรูปแบบของคู่มือ และมีความพึงพอใจระดับมากในด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ ด้านการใช้ภาษา ด้านเนื้อหาที่มีความสอดคล้องทางวิชาการ และด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง

**คำสำคัญ** การพัฒนาคู่มือ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

**Independent Study title:** Development of the Nursing Record Handbook by Using Focus Charting Record at Out Patient Nursing Units, Raj Pracha Samasai Institute

**Author:** Mrs.Karnika Eiamudomsuk; **ID:** 2545100733;

**Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration);

**Independent Study advisor:** Dr.Renukar Thongkhamrod;

**Academic year:** 2017

### Abstract

The purposes of this research and development were: (1) to develop the Nursing Record Handbook by using Focus Charting Record for Out Patient Nursing Practice and (2) to study the satisfaction of nurses with this handbook.

The samples comprised 30 nurses who have worked in 6 Out Patient Departments at Raj Pracha Samasai Institute, Samut Prakan Province. The samples were selected by purposive sampling. Research tool was the Nursing Record Handbook by using Focus Charting Record for Out Patient Nursing Practice, Content Validity Index was 0.86 and Collect data tool was the questionnaires had three sections: personal characteristics, the satisfaction and suggestions of nurses with this handbook. The reliability of questionnaires was 0.96. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation.

The research findings were as follows. (1) The Nursing Record Handbook by using Focus Charting Record for Out Patient Nursing Practice was developed for Outpatient nurses and (2) Nurses reported for this handbook, was had appropriated size, easy to use, be guided to nursing record, decreased of recording time and increased nursing record quality and their overall satisfaction with this handbook at the high level. Individual analysis was in the highest level for this format, and another were to in high level such as; useful from this handbook, language, academic alignments, appropriate and actual availability.

**Keywords:** Handbook development, Nursing Record Focus Charting Form, Out Patient Nursing Practice

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์เพราะได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้ศึกษาเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ รวมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าในการศึกษาครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านดังปรากฏในรายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ของสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ รวมทั้งพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม และเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ผู้ร่วมงานที่ให้กำลังใจและสนับสนุนในการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ให้ชีวิต สามีและลูกๆทุกคนที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ ห่วงใยด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งระลึกถึงเสมอ ความดีและประโยชน์จากรายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

กรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข

กุมภาพันธ์ 2561

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	3
กรอบแนวคิดการศึกษา .....	3
ขอบเขตการศึกษา .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	8
การบันทึกทางการแพทย์ .....	9
การบันทึกทางการแพทย์รูปแบบซีเฉพาะ .....	29
การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย .....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	65
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา .....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา .....	69
ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา .....	74
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	76
การพิทักษ์สิทธิ์ .....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	77

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	79
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล .....	79
ตอนที่ 2 คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก .....	82
ตอนที่ 3 ผลการใช้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ .....	86
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	89
สรุปการศึกษา .....	89
อภิปรายผล .....	97
ข้อเสนอแนะ .....	96
บรรณานุกรม .....	100
ภาคผนวก .....	104
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	105
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	107
ค ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรและขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือ หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือ .....	109
ง แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น .....	114
จ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยนอก .....	118
ฉ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา .....	121
ประวัติผู้ศึกษา .....	126



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบบรรยาย/ บอกเล่าเรื่องราว เรื่องราว (Narrative Charting) ..... 18
ตารางที่ 2.2	ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบมุ่งปัญหา (Problem- Oriented Medical Record : POMR) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Record) ..... 20
ตารางที่ 2.3	ตัวอย่างการกำหนดปัญหาตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ (Problem-Oriented Medical Record : POMR) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Record) ..... 20
ตารางที่ 2.4	ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ PIE (PIE Charting) ..... 22
ตารางที่ 2.5	ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ CBE (Charting by Exception) ..... 24
ตารางที่ 2.6	ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ FACT (FACT Charting) ..... 25
ตารางที่ 2.7	ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ CORE (CORE Charting) ..... 26
ตารางที่ 2.8	ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting) ..... 26
ตารางที่ 2.9	เปรียบเทียบการบันทึกทางการแพทย์ของรูปแบบ SOAP, SOAPIE และ APIE ..... 27
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ..... 80
ตารางที่ 4.2	ประเด็นปัญหาและการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting ) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ..... 82
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการ บันทึกทางการแพทย์รูปแบบชี้เฉพาะ ..... 86

ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
ภาพที่ 2.1 กระบวนการพยาบาลกับโครงสร้างบันทึกแบบ Focus Charting .....	32



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Record) มีความสำคัญมากในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า และโรงพยาบาลต่าง ๆ มีความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ได้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ผนวกกับกระแสสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ ด้านสิทธิผู้ป่วย การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคเป็นไปอย่างก้าวกระโดด ผู้ป่วยหรือญาติที่ผิดหวังจากการรักษาพยาบาล อาจมีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้ พยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ต้องมีความตระหนักตลอดเวลาในการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล (สายสมร เฉลยกิตติ และคณะ, 2557) เพื่อปฏิบัติการพยาบาลให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2544 หมวดที่ 2 ของมาตรฐานที่ 1 เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 5 เรื่องการบันทึกและการรายงานทางการแพทย์ เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง มีความชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่อง สามารถนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลได้ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และใช้สื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ทั้งนี้รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วย (สภาการพยาบาล, 2541)

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดให้พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอกมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ แสดงถึงการให้บริการพยาบาลตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดบริการของหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก โดยใช้ความรู้ ทักษะการพยาบาลพื้นฐาน และทักษะการพยาบาลเฉพาะทาง ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ (พัชรี เนียมศรี และชัยบุรี จิรสินธิปก, 2551) ดังนั้น การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จึงเป็นรายงานที่พยาบาลบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลไว้เป็นหลักฐาน เป็นการบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ และบันทึกอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตามลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ ได้แก่ ความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และความต่อเนื่อง (Continuous) (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ดันดีผลาชีวะ, 2524) บันทึกตามสภาพที่เห็น ได้ยิน ได้กลิ่น ไม่บันทึกล่วงหน้า บันทึกควบคู่กับการดูแลและสิ้นสุดการดูแลแล้ว ใช้อ้างอิง

ทางกฎหมายได้ดำเนินการฟ้องร้อง (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2555) รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้น มีการพัฒนากันมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีความคล่องตัวในการบันทึกการดูแลผู้ป่วย รูปแบบการบันทึกมีหลายรูปแบบ อาทิเช่น รูปแบบบรรยาย (Narrative Charting) รูปแบบมุ่งปัญหา (Problem-Orientation Medical Record) และรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ซึ่งในปัจจุบันมี โรงพยาบาลหลายแห่งได้นำการบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ด้วยรูปแบบการบันทึก มีลักษณะยืดหยุ่น นำไปใช้ได้กับทุกหน่วยบริการพยาบาล ช่วยสะท้อนกระบวนการพยาบาล เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็ว กระชับ โครงสร้างชัดเจน ง่ายต่อการหาข้อมูล แก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้เร็ว ช่วยสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยแก่ทีมสหวิชาชีพ (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2555; ฐิติขวัญ นวมะริติ, 2557) เป็นการบันทึกสั้นๆ กระชับ เข้าใจง่าย ที่เหมาะกับงานผู้ป่วยนอก ภายในเวลาอันจำกัด (วารจนา ธาราเปี่ยม, 2555; พร บุญมี, 2557) ลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการบันทึก เพิ่มความชัดเจน บันทึกชี้ชัด สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ไม่ต้องเขียนปัญหาในลักษณะข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (สายันต์ นาควิเชียร และ คณะ, 2558)

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถาบันวิชาการ สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทให้การรักษาพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาทั้งผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และมีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ได้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเช่นกัน ดังนั้นกลุ่มการพยาบาลจึงมีนโยบายให้พยาบาลทุกหน่วยงานมีการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีระบบการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลด้วยวิธีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาล กลุ่มการพยาบาลนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะตามวิธีการบันทึกแบบ Focus และ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ทั้งหน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอกพบปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ไม่มีบริเวณที่จะให้พยาบาลใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างชัดเจน จึงร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เหมาะสมกับรูปแบบชี้เฉพาะ อีกทั้งกลุ่มการพยาบาลสะท้อนผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมาอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงทบทวนผลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านปริมาณ (Quantity) มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 95.34 ร้อยละ 95.51 และ ร้อยละ 92.31 ตามลำดับ อาจจะวิเคราะห์ว่าคุณภาพการบันทึกด้านปริมาณมีคะแนนสูง แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 100 แต่พบปัญหาการบันทึกด้านคุณภาพ (Quality) ได้แก่ บันทึกไม่ถูกต้อง ใช้ภาษาพูดมากกว่าภาษาเขียน บันทึกไม่ครบตามเกณฑ์

ไม่บันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยงกับการรักษาของแพทย์ บันทึกไม่ชัดเจน ไม่ได้ใจความ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือจุดเน้นทางการพยาบาล (Focus) ไม่สัมพันธ์กับปัญหาผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาล (กลุ่มการพยาบาล, 2558) ซึ่งกลุ่มการพยาบาลได้แก้ไข ปัญหาโดยการจัดอบรมการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ รวมทั้งจัดทำระเบียบปฏิบัติและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ และผู้ศึกษายังพบว่าคู่มือดังกล่าวนั้นมีแนวทางการบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะเป็นรูปแบบของหน่วยงานผู้ป่วยใน ซึ่งมีโครงสร้างและหัวข้อการบันทึกแตกต่างจากหน่วยงานผู้ป่วยนอก อีกทั้งพยาบาลผู้ป่วยนอก ต้องการมีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะแบบงานผู้ป่วยนอก (กลุ่มการพยาบาล, 2558) การที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกไม่มีคู่มือและแนวทางบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะที่เหมาะสม จึงอาจส่งผลให้พยาบาลผู้ป่วยนอกบันทึกไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและชัดเจน จะทำให้พยาบาลมีแนวทางการบันทึก มั่นใจ และสามารถบันทึกได้ถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล (Lyer & Clamp, 1995) ช่วยทำให้คุณภาพการบันทึกและคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสูงขึ้น (ไชแสง โปธิ์โกสม, 2542)

ในฐานะที่ผู้ศึกษา มีบทบาททั้งหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกหุ คอ จมูก และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกของกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย จึงมีความสนใจในการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัยต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การศึกษา

2.1 เพื่อพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

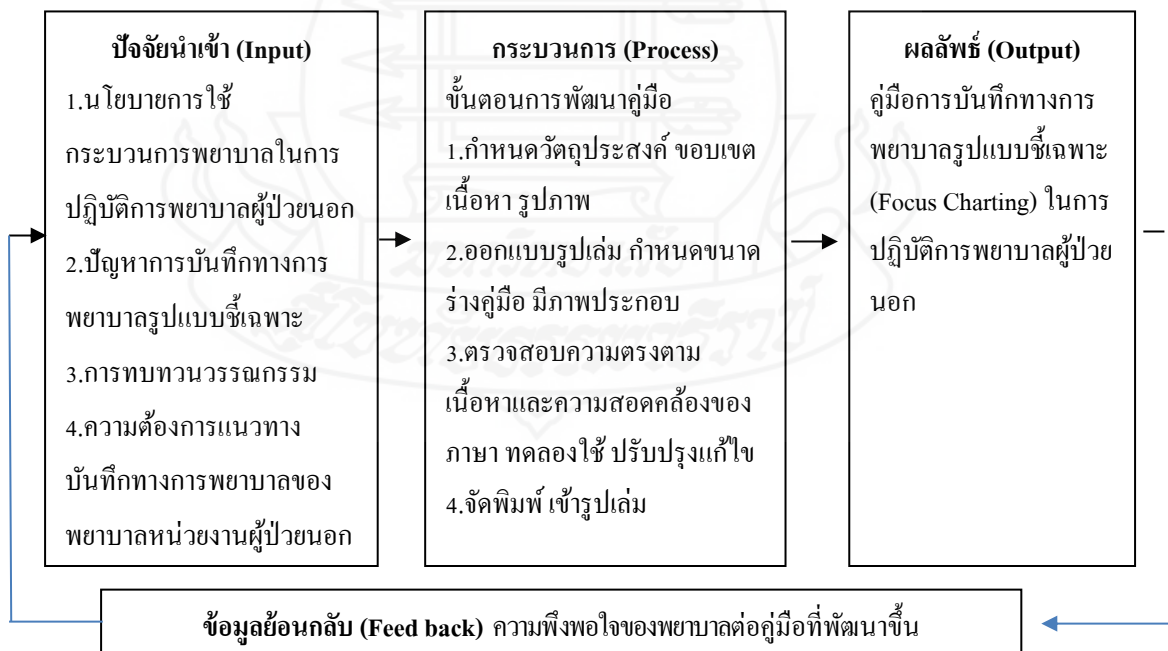
2.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

## 3. กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา เรื่อง การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาได้บูรณาการแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบชี้เฉพาะของ ซูซาน แลมป์ (Susan Lampe, 1994) และยูวดี เกตส์มันน์, 2555 มาประยุกต์ใช้ มีหลักการบันทึกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ คือ Focus, Goal/Outcomes และส่วนที่เป็นเนื้อหา (Progress note) ด้วยวิธีบันทึกแบบ AIE (A:Assessment, I: Intervention, E: Evaluation) เนื่องจากมีลักษณะการบันทึกที่สั้น กระชับ ช่วยลดเวลา สื่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ จึงเหมาะกับงานผู้ป่วยนอกที่มีจำนวนผู้ป่วยปริมาณมากและใช้เวลาให้บริการที่จำกัด รวมทั้งนำหลักการบันทึกทางการแพทย์ที่ดีและมีคุณภาพ 4 C (กองการพยาบาล, 2539) แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ซึ่งผู้ศึกษานำหลักการดังกล่าวมากำหนดขอบเขตเนื้อหาเพื่อพัฒนาเป็นคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำหรับพยาบาลผู้ป่วยนอกใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะที่ถูกต้องตามหลักการบันทึกและเกณฑ์ที่กำหนด

ส่วนกระบวนการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษานำแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ ลัดวิก วอน เบอร์ทาลานฟี (Ludvig Von Bertalanfy, 1968) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ขาดสิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่ได้ ผสมผสานกันอย่างมีเอกภาพ หมายถึงปัจจัยนำเข้าดี ทำให้กระบวนการทำงานดี มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ออกมามีคุณภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ เพื่อให้การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการประเมินผล ตรวจสอบ เข้าและการย้อนกลับ ดังภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

#### 4. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา ( Research and Development) คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ สำหรับพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน โดยมีขอบเขต ดังนี้

##### 4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก 6 หน่วยงานของสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ หน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อขาและ หน่วยงานการพยาบาลชุมชน จำนวน 30 คน ยกเว้น 2 คน ได้แก่ ผู้ศึกษา ซึ่งเป็นหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก และหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อขา ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

##### 4.2 ตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

4.2.1 *ตัวแปรต้น* คือ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

4.2.2 *ตัวแปรตาม* คือ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

#### 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 *คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ* หมายถึง คู่มือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์ใช้แนวคิดการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะของซูซาน แลมป์ (Susan Lamp, 1994) และยูดี เกตส์มันน์ (2555) มีรูปแบบเป็นหนังสือพับ ขนาดกะทัดรัดจำนวน 62 หน้า พิมพ์ 4 สี บรรจุเนื้อหา 11 เรื่อง มีภาพประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์การจัดทำคู่มือ บทนำ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่เกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ โดยใช้กรณีศึกษา 4 แบบตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ปี 2557 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก บทสรุป

และเอกสารอ้างอิง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

**5.2 แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย** หมายถึง หน่วยงานผู้ป่วยนอก 6 หน่วยงานของสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ หน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อหา และ หน่วยงานการพยาบาลชุมชน เปิดให้บริการผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ในวันและเวลาราชการ โดยมีการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งพยาบาลประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอก จึงต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามแนวทางปฏิบัติงานที่กองการพยาบาลกำหนด ให้สอดคล้องตามปัญหา ตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง โดยแบ่งระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการตรวจรักษา ระยะขณะตรวจรักษา และระยะหลังการตรวจรักษา รวมถึงการช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษา การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ (Health protection) การธำรงภาวะสุขภาพผู้ป่วย (Health maintenance) การให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Information) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การสื่อสารข้อมูลแก่ผู้รับบริการและทีมสหวิชาชีพเพื่อประสานการดูแลรักษา และมีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะตามนโยบายของกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

**5.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก** หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้คู่มือจากแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น ที่แบ่งเป็นรายด้านจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา มีความสอดคล้องทางวิชาการ ด้านเนื้อหา มีความเหมาะสมนำไปใช้ได้จริง ด้านการใช้ภาษา ด้านรูปแบบคู่มือ และด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ ซึ่งแบ่งระดับความพึงพอใจต่อคู่มือว่ามีความเหมาะสมและมีประโยชน์ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ทั้งนี้ให้พยาบาลสามารถบรรยายข้อเสนอแนะเกี่ยวกับด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ และด้านอื่นๆ

**5.4 พยาบาล** หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาทั้งระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ระดับปริญญาโท หรือสำเร็จการพยาบาลเฉพาะทาง และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอกของสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 6 หน่วยงาน ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 7.2



## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จะได้รับประโยชน์จากการศึกษา ดังนี้

6.1.1 มีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบที่เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคลที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้งระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ สามารถใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม

6.1.2 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบที่เฉพาะได้ตามหลัก 4 C ได้แก่ ครบถ้วน (Complete) ถูกต้อง (Correct) ต่อเนื่อง (Continuous) และชัดเจน (Clear) ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

6.1.3 ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบที่เฉพาะด้วยตนเองได้ตลอดเวลา เป็นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

6.2 ผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาลทุกระดับ สามารถนำคู่มือนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

6.2.1 ใช้เป็นเครื่องมือในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ของหน่วยงานผู้ป่วยนอก

6.2.2 ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก และสมรรถนะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอก

6.3 กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย สามารถนำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบที่เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ไปใช้เป็นที่สนับสนุนและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา หนังสือ วารสาร เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ผลงานการวิจัยและผลการศึกษาค้นคว้าอิสระที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาสรุปสาระสำคัญเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record)
  - 1.1 ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
  - 1.2 วัตถุประสงค์และหลักการบันทึกทางการพยาบาล
  - 1.3 รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล
2. การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record)
  - 2.1 ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ
  - 2.2 องค์ประกอบและโครงสร้างของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ
  - 2.4 หลักการบันทึกและข้อควรคำนึงของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ
  - 2.5 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ
3. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย
  - 3.1 กระบวนการพยาบาล
  - 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก
  - 3.3 บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย
  - 3.4 ลักษณะผู้รับบริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย
  - 3.5 บทบาทของพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย
4. งานวิจัยและการศึกษาค้นคว้าอิสระที่เกี่ยวข้อง

## 1. การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record)

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติหน้าที่ ที่ต้องมีการผลัดเปลี่ยนกันต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ โดยคำนึงถึงคุณค่าและความต้องการของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการทำงานเป็นทีม จำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ การสื่อสารที่พยาบาลใช้ในการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและแสดงถึงวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คือ บันทึกทางการพยาบาล (พวงเพชร สุริยะพรหม และ สุขุมมาล ด้อยแก้ว, 2553) ดังนั้นบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) จึงเป็นรายงานที่บันทึกโดยพยาบาล (Nurse's Note) ไว้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง

### 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

คำว่า “การบันทึกทางการพยาบาล” ในหนังสือและงานวิจัยฉบับภาษาไทย จะตรงกับภาษาอังกฤษคำว่า “Nursing Record” ส่วนเอกสารทางการพยาบาล ภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Nursing Documentation” ซึ่งคำ 2 คำนี้มีความหมายเหมือนกัน (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัย มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) กล่าวว่าบันทึกทางการพยาบาล เป็นรายงานที่เขียนขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้สื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับทราบการเปลี่ยนแปลง สิ่ง que ผู้ป่วยได้รับ ส่งเสริมให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการนำองค์ความรู้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของพยาบาลทั้ง 4 มิติ แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (Professional Autonomy) เอื้อต่อการนำแผนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ได้สะดวกภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ

ศิริพร ชัมภลิจิต (2539) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) คือ ข้อความที่แสดงถึงการพยาบาล (Nursing Activities) ทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนการรวบรวมข้อมูลที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของพยาบาล ได้แก่ การดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริม และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ยูวดี เกตสัมพันธ์ (2558) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) เป็นการบันทึกตามสภาพที่เห็น ได้ยิน ได้กลิ่น ไม่บันทึกล่วงหน้า บันทึกควบคู่ไปกับการดูแลและสิ้นสุดการดูแลแล้ว ใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้ถ้ามีการฟ้องร้อง

พอทเทอร์และเพอร์รี่ (Potter and Perry, 2005) ได้ให้ความหมายของการบันทึกว่าเป็นทุก ๆ สิ่งที่ถูกเขียนหรือพิมพ์ การบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและรักษาผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการพยาบาล มาตรฐานการบริการพยาบาล ข้อมูลที่บันทึกจะบ่งบอกถึงระดับคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

สรุปได้ว่า บันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) หมายถึง รายงานที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคลบันทึกสิ่งที่ผู้รับบริการ ได้รับหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ไม่บันทึกล่วงหน้า บันทึกควบคู่ไปกับการดูแลจนสิ้นสุดการดูแล สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการพยาบาล มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้สื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลร่วมกัน และส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้

## 1.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) เป็นรายงานที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีความสำคัญหลายประการ มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

กูดยา ดันติผลาชีวะ (2543) กล่าวถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1. ด้านจริยธรรม เป็นการแสดงถึงความตระหนักรู้ต่อวิชาชีพและความรับผิดชอบของพยาบาลต่อผู้ป่วย การบันทึกอาการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ตรงตามเวลา อาการ ปัญหาที่ถูกต้อง ชัดตรง ที่แสดงถึงผู้ที่มีจรรยาบรรณและความน่าเชื่อถือของพยาบาล

2. ด้านประกันคุณภาพการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลทุกประเภท ถือเป็นแหล่งข้อมูลการประเมินคุณภาพที่สำคัญ สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล สื่อให้เห็นปัญหาการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ จึงกล่าวได้ว่าบันทึกทางการพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. ด้านรักษาพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นศักยภาพทางการพยาบาล ความเอาใจใส่ของพยาบาลต่อผู้ป่วยในการดูแลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ถือเป็นเอกลักษณ์ทางการพยาบาล

4. ด้านกฎหมาย เป็นพยานทางเอกสาร ที่ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมาย รักษาสิทธิผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควรให้ความสนใจว่าจะบันทึกอย่างไรให้เกิดประโยชน์สำหรับการพยาบาลและตัวพยาบาลผู้บันทึก

5. ด้านการศึกษาและวิจัย บันทึกทางการพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่ให้ประโยชน์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการเรียนรู้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม

6. ด้านการบริหาร ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน การเบิกจ่ายทางการพยาบาลและค่าตอบแทน การบริหารอัตรากำลังและการสร้างเสริมประสิทธิภาพการบริการพยาบาล

ฟองพรรณ อรุณแสง และมยุรี ลีทองอิน (2538) และ Williams & Wilkins (2002) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาลเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล แสดงให้เห็นถึงหน้าที่ความรับผิดชอบและการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย บันทึกการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพจะช่วยลดความซับซ้อนของปัญหาผู้ป่วย เพราะเกิดความเข้าใจในปัญหาผู้ป่วยที่ตรงกัน ทำให้รักษาพยาบาลได้ถูกต้องและดูแลได้ต่อเนื่อง สามารถใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้

ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) เป็นเครื่องมือใช้สื่อสารการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพ ได้อย่างต่อเนื่อง

สิริเกศ ผดุงโรจน์วิทย์ และปริศนา ปทุมอนันต์ (2553) บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันได้ว่าพยาบาลดูแลผู้ป่วยจริงได้แก่ 1) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการเป็นการแสดงว่าพยาบาลใช้องค์ความรู้และพยาบาลรู้จริง และ 2) สิ่งที่ยาบาลปฏิบัติทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง คือ การบันทึกด้วย what, where, when, why, who, how, how many และโดยอ้อม คือ ออกใบแจ้งเกิด ใบแจ้งตาย ตามกฎหมายทะเบียนราษฎร

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2555) ใช้สื่อสารภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเชื่อมโยงกับสาขาวิชาชีพ สะท้อนคุณภาพและผลการปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้ เนื่องจากการฟ้องร้องส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบันทึกที่ไม่มีคุณภาพ ไม่น่าเชื่อถือ หรือไม่บันทึกเรื่องสำคัญ

จิตติขวัญ นวมะชิตติ (2557) การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญทั้งด้านการแสดงบทบาทเฉพาะวิชาชีพ การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสาขาวิชาชีพ ช่วยส่งเสริมการดูแลที่ดี เป็นเครื่องมือในการประเมินผลของผู้บริหาร ใช้เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาล การศึกษาวิจัย และเป็นหลักฐานทางกฎหมายอีกด้วย

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2558) บันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียนทางการแพทย์ เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล ช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลดความผิดพลาด ใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การสอน การวิจัย การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาล

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) เป็นเอกสารที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งในเวชระเบียนทางการแพทย์ สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงบทบาทเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญหลายประการ ที่เป็นทั้ง

แหล่งข้อมูลต่อการศึกษาวิจัย การเรียนรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสาร การดูแลผู้รับบริการระหว่างทีมสุขภาพ ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ในการประกันคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน อีกทั้งใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันได้ว่าพยาบาลดูแลผู้ป่วยจริง

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) วันดี ธารามาศ (2543) และ อารี ชิวเกษมสุข (2551) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล สรุปได้ ดังนี้

1. เพื่อใช้สื่อสารกับทีมสุขภาพในระดับต่างๆที่ปฏิบัติการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการในเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้มีความเข้าใจเป็นไปในทางเดียวกัน และทำให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งใช้ในการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการได้โดยการบันทึกรายงาน
2. เพื่อบันทึกอาการและการรักษาพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับ ใช้เป็นเอกสารที่แสดงหลักฐานว่าผู้รับบริการได้รับการวางแผนดูแล ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจากพยาบาล และได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลา ขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ปรับแผนการรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหา และนำไปประยุกต์ต่อกับผู้รับบริการรายอื่นๆได้
3. เพื่อเป็นหลักฐานเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย โดยทราบจากวันเดือนปีที่ลงบันทึกไว้ในรายงาน ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลที่จะช่วยประเมินความก้าวหน้าของภาวะเจ็บป่วยได้ด้วย
4. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลหรือตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล และใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย จากกรบันทึกรายงานอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ถูกต้องและแม่นยำ จะสามารถนำไปใช้ศึกษาวิจัยย้อนหลังเกี่ยวกับการดูแลหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆได้
5. เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย หรือใช้เป็นเอกสารนำไปแสดงต่อหน่วยงานประกันสังคมในรายที่ได้ประสบอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บหรือทุพพลภาพ

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ เป็นเอกสารหรือหลักฐานในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการระหว่างทีมสุขภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้บันทึกอาการและการรักษาพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับในเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้มีความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกันและเกิดการดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยย้อนหลังเกี่ยวกับการดูแลหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆหรือใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

## 1.3 หลักการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) เป็นกิจกรรมสำคัญที่แสดงถึงความ เป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล (Professional Autonomy) พยาบาลต้องมีความสามารถในการบันทึก ข้อมูลต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ อาจนำไปใช้ในการพิจารณา

คติความได้ หากมีการฟ้องร้อง และนำไปสู่การตัดสินที่ยุติธรรมได้ มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงหลักของการบันทึกทางการแพทย์ไว้มากมาย จึงรวบรวมหลักการบันทึก ดังนี้

1.3.1 การบันทึกทางการแพทย์ควรทำทันที ทุกครั้งหลังการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้ทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการบันทึก ไม่ใช่ภาษาพูดในการเขียนบันทึก ใช้หลักภาษาที่ถูกต้อง บันทึกโดยสรุปให้ได้ใจความบันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน เห็นสภาพผู้ป่วย เป็นจริง เชื่อถือได้ อย่าพยายามปกปิดสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่แก้ไขหรือเพิ่มเติมภายหลัง จะทำให้ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ

1) การบันทึกให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทย ประกอบด้วย

- (1) ใช้คำตามหลักภาษาไทย
- (2) ใช้คำให้ถูกต้องตามความหมาย
- (3) ตัวสะกดถูกต้อง
- (4) เรียงประโยคให้สะดวกช่วยให้ได้ใจความสำคัญที่ครบถ้วน
- (5) เว้นวรรคตอนให้ถูกต้อง
- (6) บันทึกให้เป็นระเบียบ อ่านง่าย ชัดเจน
- (7) หลีกเลี่ยงเครื่องหมายและอักษรย่อ
- (8) บันทึกให้เห็นภาพของผู้ป่วย

2) การบันทึกให้ถูกต้องตามระเบียบการบันทึก ประกอบด้วย

(1) บันทึกให้ถูกต้องกับผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งชื่อ นามสกุล เลขที่ของผู้ป่วยให้ครบทุกแผ่น ใช้ปากกาและหมึกตามที่หน่วยงานกำหนดไว้

(2) ลงวันเดือนปีและเวลาในการบันทึกทุกครั้ง

(3) บันทึกเวลาจริงที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับการรักษาพยาบาลไม่ใช่เวลาที่บันทึก

(4) ไม่เว้นวรรคกว้าง ถ้าเว้นวรรคกว้างให้ขีดเส้นตรงยาว ในบริเวณที่เป็นช่องว่างแทนที่ไว้ เพื่อป้องกันการเติมข้อความแทรก บันทึกข้อมูลตามลำดับและไม่ข้ามบรรทัด

(5) ถ้าบันทึกผิดพลาด ห้ามลบ ให้ขีดทับข้อความนั้นแล้วเขียนคำว่า “ผิด” เหนือหรือข้างข้อความนั้น แล้วเซ็นชื่อกำกับ ก่อนจะเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป

(6) ห้ามคัดลอกบันทึกใหม่

(7) ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ได้รับการรับรอง เป็นคำย่อสากล หรือเป็นที่ยอมรับในหน่วยงาน เช่น pt.=Patient, HF=heart failure เป็นต้น

(8) หลีกเลี่ยงคำที่มีความหมายกว้างหรือเป็นภาพรวม เช่น วันนี้ดูท่าทางไม่สบาย ถ้ามีไข้ ควรใช้ค่าของอุณหภูมิร่างกายเป็นตัวบ่งชี้แทน คือ มีไข้  $T=39^{\circ}\text{C}$  เป็นต้น

(9) หลีกเลี่ยงการใช้คำพูด เช่น ปกติ เพียงพอ เป็นต้น เพราะแต่ละคนจะให้ความหมายแตกต่างกัน

1.3.2 การบันทึกที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ต้องมีกระบวนการบันทึกซึ่งประกอบด้วยจุดมุ่งหมายของการบันทึก การวางแผน การปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงแก้ไข โดยบันทึกอาการ กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล บ่งบอกว่าพยาบาลได้ดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยระหว่างรับการรักษา

1.3.3 การบันทึกสะท้อนให้เห็นภาพของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติพยาบาล โดยบันทึกอย่างต่อเนื่องตามกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย (Assessment) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแล (Evaluation)

1.3.4 บันทึกการดำเนินโรคของผู้รับบริการที่ต่อเนื่อง บันทึกพฤติกรรมของผู้รับบริการ ตามที่สังเกตได้ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น บันทึกสิ่งที่ผู้รับบริการพูดหรือกระทำ โดยไม่แปลความหมายหรือความเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก อาจทำให้เข้าใจผิดพลาดได้ เช่น บ่นปวดแผลเวลาเคลื่อนไหว เป็นต้น

1.3.5 บันทึกให้สอดคล้องกับแผนการพยาบาลเฉพาะราย บันทึกเมื่อผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือเมื่อผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาล โดยบันทึกตามเวลาและตามลำดับก่อนหลัง ไม่บันทึกก่อนมีการปฏิบัติจริง

1.3.6 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมที่ได้วางแผนการพยาบาล

1) หลีกเลี่ยงการบันทึกที่ผูกมัดตนเองหรือตัดสินผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยพูดพึมพำ จับประเด็นไม่ได้ แทนการบันทึกว่า ผู้ป่วยมีอาการโรคประสาท เป็นต้น

2) หลีกเลี่ยงการบันทึกที่แสดงถึงการตำหนิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคือร้อนไม่เชื่อฟัง เป็นต้น

3) ควรนำข้อมูลอื่นมาประกอบ เช่น บันทึกข้างเตียง สัญญาณชีพ เป็นต้น

1.3.7 รูปแบบการบันทึก ควรเอื้อต่อการเขียนที่ไม่ซ้ำซ้อน สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาวิจัย การประเมินคุณภาพการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

1.3.8 เมื่อบันทึกเสร็จเรียบร้อย ให้ลงลายมือชื่อและตำแหน่งกำกับให้ชัดเจน ที่อ่านแล้วสามารถระบุตัวผู้บันทึกได้ ไม่บันทึกแทนผู้อื่นหรือให้ผู้อื่นบันทึกแทน ถ้าจำเป็นต้องบันทึกแทน ให้ใส่ชื่อผู้บันทึกและลงลายมือชื่อผู้ถูกบันทึกแทนกำกับไว้ด้วย

นอกจากนี้ บุญศิริ ปรานณศักดิ์ และศิริพร จิรวรรณกุล (2531) ได้เสนอแนะวิธีการบันทึกทางการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. ไม่ควรเขียนสรรพนามผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วย” ในรายงาน ควรระบุชื่อผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อป้องกันสับสน เช่น นาง ก. นาย ข. เป็นต้น



2. กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วย หรือได้รับการรักษาพยาบาลมาก่อน ควรระบุวันที่ สถานที่ สถานการณ์และสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อสะดวกต่อบุคลากรอื่นที่มาอ่านและผู้ป่วยไม่ต้องเล่าซ้ำ

3. ข้อมูลที่เกี่ยวกับอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย ควรเขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่ควรเอาคำพูดผู้ป่วยมาแปลความหมายแล้วจึงบันทึก ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกบันทึกลงไป เป็นข้อมูลของผู้ป่วยจริงๆ ไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกวิเคราะห์แล้วซึ่งอาจผิดพลาดได้

4. ข้อมูลอาการสำคัญ และเหตุผลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรเขียนสั้นๆ และเขียนตามคำพูดของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ควรแปลความหมาย

5. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันควรเขียนให้กะทัดรัด ได้ใจความเริ่มจากอาการ ลักษณะอาการ ความถี่ของสิ่งที่เกิดตามมาและเหตุผลที่มาโรงพยาบาล

6. รูปแบบการบันทึก ถ้าเป็นแบบฟอร์มเปิด ควรกำหนดหัวข้อให้ชัดเจนได้ที่หัวข้อเพื่อสะดวกต่อผู้อื่นในการติดตามข้อมูล ถ้าเป็นแบบรายการ (Check list) ที่ให้กาเครื่องหมายหน้ารายการหรือเติมคำในช่องว่าง ควรใช้เนื้อที่ว่างที่ทำได้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อความประหยัด

7. การตรวจร่างกายแต่ละระบบ ไม่ควรใช้เครื่องหมาย “\_\_\_\_\_” หรือคำว่า “negative” “ปกติ” ควรเขียนเป็นความเรียงว่าผู้ป่วยบอกอย่างไร สังเกตหรือตรวจแล้ววิยะหรือระบบนั้นๆเป็นอย่างไร

8. ควรแยกข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยโดยตรง ออกจากข้อมูลที่ได้จากแหล่งอื่น เพื่อให้ผู้อ่านรู้ว่าเป็นข้อมูลจากผู้ป่วยหรือไม่

**ลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ที่ดี** เมื่อทราบหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแล้ว มีนักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวถึงลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ที่ดีและมีคุณภาพ ต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง รัดกุม (Concise) และซ้ำซ้อนน้อยที่สุด
2. สะท้อนกระบวนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจทางคลินิก เช่น ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และแผนการพยาบาล เป็นต้น
3. มีหลักฐานของความต้องการการดูแล กิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
4. มีข้อความที่เป็นหลักฐานด้วยตัวของบันทึกเอง (self-evident statements) จะทำให้สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี
5. บันทึกตามลำดับก่อนหลังและแสดงความมีเหตุผลในการตัดสินใจ
6. มีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อจำเป็นต้องใช้ข้อมูลหรือต้องการสืบค้นข้อมูล เช่น บริษัทประกันสุขภาพ การทำวิจัย หรือฝ่ายตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล เป็นต้น

7. ได้ผลลัพธ์ของการบันทึกที่ดี คือเป็นหลักฐานที่ดีทางกฎหมาย ที่แสดงถึงการ ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและสะท้อนภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แสดง ถึงกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ

8. มีรูปแบบที่เอื้อต่อการสืบค้น และไม่ซ้ำซ้อนหรือซ้ำซ้อนน้อย

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ได้กล่าวถึงหลักการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมี คุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของกองการพยาบาล หรือ หลัก 4 C ดังนี้

1. ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ครบถ้วนทุก หัวข้อ ไม่ขาดตกบกพร่อง ไม่เว้นว่าง มีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามเนื้อหาของการบันทึกที่ควรจะมี ในผู้ใช้บริการแต่ละราย สามารถระบุปัญหา ความต้องการ ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ ครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การ ส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยยึดปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล

2. ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องตามหลักการเขียน ภาษาไทย สะกดถูกต้อง การใช้ศัพท์หรือคำย่อถูกต้อง เนื้อหาตรงตามความเป็นจริง บรรยายตามที่ เห็น ไม่สรุปความ ลงในแบบบันทึกตรงตามเกณฑ์ แบบฟอร์มรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดง ตามสภาวะโรคและสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย

3. ความต่อเนื่อง (Continuous) หมายถึง การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล แก่ผู้รับบริการเมื่อรับไว้ดูแลเกี่ยวกับอาการ และบริการหลักที่ได้รับอย่างไม่ขาดตอน ตลอด ระยะเวลาที่อยู่ในการดูแลจนถึงสิ้นสุด รวมถึงการส่งต่อไปรักษาที่หน่วยงานอื่น

4. ความชัดเจน (Clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่สื่อความหมายชัดเจน ใช้ภาษา ถูกต้อง ไม่กำกวมหรือคลุมเครือ ไม่มีคำย่อหรือสัญลักษณ์ที่บางคนอ่านไม่เข้าใจ ข้อความชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย บันทึกด้วยหมึกสีดำหรือน้ำเงิน ส่วนการบันทึกประวัติแพ้ยา ประวัติแพ้อาหาร ประวัติแพ้สารเคมี ต้องบันทึกด้วยปากกาหมึกสีแดง มีการขีดทับข้อความที่บันทึกผิดพลาดลงชื่อ กำกับในทุกรายการ

ดวงพร พุ่มทองดี และวลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ (2550) กล่าวถึงลักษณะสำคัญของ การบันทึกรายงานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. แสดงลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาลทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ให้ ปรากฏแก่ชุมชน

2. แสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจะต้องบันทึกถึงบทบาทอิสระ
3. แสดงข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล จะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง
4. ข้อมูลทางการพยาบาลต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และต้องอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถาวร

สรุปได้ว่า หลักการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลควรบันทึกทันทีและทุกครั้งหลังปฏิบัติการพยาบาล สรุปให้ได้ใจความ บันทึกให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทยและระเบียบการบันทึก บันทึกตามลำดับก่อนหลัง ด้วยหลัก 4 C คือ ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน และต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นภาพการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย (Assessment) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการตอบสนองของผู้รับบริการต่อการดูแล (Evaluation) ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล รวมถึงการลงลายมือชื่อและตำแหน่งกำกับให้ชัดเจน ที่อ่านแล้วสามารถระบุตัวผู้บันทึกได้

### 1.5 รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล มีการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการบันทึกมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้งาน และส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง โดยมีความคุณภาพตามมาตรฐาน วาลัส (Walus, 2003) ซึ่งได้ทบทวนรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลและแจกแจงได้เป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

**1.5.1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยายหรือบอกเล่าเรื่องราว (Narrative Charting)** เป็นรูปแบบการบันทึกที่พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย นิยมใช้กันมาก ก่อนที่จะมีการบันทึกด้วยแบบฟอร์มต่างๆ เป็นการบันทึกตามสิ่งที่สังเกตไว้ โดยบรรยายตามลำดับเวลาที่เกิดเหตุการณ์ก่อนหลัง หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของผู้รับบริการแต่ละเวร ซึ่งรูปแบบการบันทึกแบบบรรยายหรือบอกเล่าเรื่องราวก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบบรรยาย/บอกเล่าเรื่องราว  
เรื่องราว (Narrative Charting)

ข้อดี	ข้อเสีย
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย ค่อนข้าง</li> <li>2. สามารถใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่นได้</li> <li>3. ถ้ายกบันทึกอย่างถูกต้อง จะประกอบด้วยปัญหา การดูแลและการตอบสนองของผู้รับบริการ</li> <li>4. เขียนได้รวดเร็ว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้มองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา</li> <li>2. เป็นการบันทึกการปฏิบัติงานไปเรื่อยๆ จึงมักพบว่าขาด การประเมินผล ขาดการวิเคราะห์หรือขาดการสังเคราะห์</li> <li>3. ไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์และการ ตัดสินใจของพยาบาล</li> <li>4. ยากที่จะประเมินคุณภาพการพยาบาล</li> <li>5. ขาดความสม่ำเสมอในการกำหนดปัญหา เนื่องจาก การกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะของพยาบาล แต่ละคน จึงทำให้ขาดความต่อเนื่อง</li> <li>6. ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีกรอบแนวคิดหรือ ทฤษฎีการพยาบาลที่ชัดเจน</li> </ol>

จันทร์ทิรา เจียรณัย (2550) ได้แสดงตัวอย่างของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยายหรือ บอกเล่าเรื่องราว ดังนี้

วคป.	กิจกรรม	ลายเซ็น
1 มค.50 (08.00- 16.00น.) 7.30น. 10.30น.	<p>รับเวร ผู้รับบริการรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผล ไม่มี discharge ซึม ไม่มีกลิ้นจุน ไม่บ่นปวดแผล T=37.2 C,P=80 ครั้ง/นาที,R=18ครั้ง/นาที BP=120/80mmHg _____</p> <p>ทำแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแบบ wet dressing pack ด้วย 0.9%NSS แผลมีสีแดงดี ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ้นจุน บ่นปวดแผล เล็กน้อย แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีบาดแผลและการรับประทาน อาหาร โปรตีนและวิตามินซีเพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล ผู้รับบริการเข้าใจ สัญญาณชีพ T=37 C,P=76ครั้ง/นาที,R=18ครั้ง/ นาที BP=120/80mmHg _____</p>	<p>นั้ตรชนก RN</p> <p>นั้ตรชนก RN</p>

ที่มา : จันทร์ทิรา เจียรณัย (2550)

1.5.2 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบมุ่งปัญหา (*Problem-Oriented Medical Record : POMR*) หรือบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (*Problem Oriented Record*) จันท์ทริรา เจียรณีย์, 2550) เป็นรูปแบบการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการเป็นหลัก มีโครงสร้างในรูปของ SOAPIE ช่วยสื่อสารระหว่างทีมดูแล ผู้ริเริ่มระบบนี้ เมื่อปี ค.ศ.1987 คือ นายแพทย์ Lawrence Weed ที่นำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาได้มีการปรับใช้ในวงการพยาบาล และใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนประกอบของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (*Data Base*) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมตั้งแต่ประเมินผู้รับบริการในการรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย เหตุผลการมาโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตรวจร่างกาย เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลอัตนัย (*Subjective data*) เป็นคำพูดที่ผู้รับบริการบอกเล่าให้พยาบาล และข้อมูลปรนัย (*Objective data*) เป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้

ส่วนที่ 2 รายการปัญหา (*Problem List*) เป็นส่วนบันทึกปัญหาของผู้รับบริการที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ประเด็นปัญหาของผู้รับบริการแล้ว เขียนในรูปของอาการ อาการแสดง การวินิจฉัยทางการแพทย์ นำมาเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ตามวันและเวลาที่ค้นพบปัญหานั้น รูปแบบการบันทึกนี้สามารถตรวจสอบได้ว่าปัญหานั้นเร่งด่วน รอได้ หรือแก้ไขแล้ว

ส่วนที่ 3 แผนการพยาบาลขั้นต้น (*Initial Plan*) เป็นส่วนบันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหา ประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนกิจกรรมการพยาบาล และแผนการสอน โดยพิจารณาตามความรุนแรง ความเร่งด่วนของปัญหา

ส่วนที่ 4 บันทึกความก้าวหน้า (*Progress Note*) เป็นส่วนบันทึกผลหรืออาการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาพยาบาล เขียนด้วยรูปแบบ SOAPIE

ส่วนที่ 5 การสรุปจำหน่าย (*Discharge Summary*) เป็นส่วนบันทึกสรุปปัญหาทั้งหมดของผู้รับบริการอย่างย่อๆ ว่าปัญหาใดที่ได้รับการแก้ไขแล้วและปัญหาใดที่ยังคงเหลืออยู่ เพื่อนำไปใช้ในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบมุ่งปัญหา เป็นรูปแบบการบันทึกด้วย SOAP note และต่อมาพัฒนาเป็นแบบ SOAPIE คือ

S=Subjective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ มักจะบันทึกในลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการ

O=Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย และข้อมูลจากใบส่งตัวหรือเอกสารอื่นๆ

A=Analysis เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุว่าอาการ หรือปัญหานั้นๆ ยังคงเป็น ปัญหาอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหา อย่างไรบ้าง

P=Plan เป็นแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งต่อมามีผู้ดัดแปลงการบันทึกโดยเพิ่มจาก SOAP เป็น SOAPIE โดยการเพิ่ม I = Intervention และ E = Evaluation

I=Intervention คือ การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ

E=Evaluation คือ การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

ทั้งนี้ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record : POMR) ก็ยังมีข้อดีและข้อเสีย ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record : POMR) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Record)

ข้อดี	ข้อเสีย
1. ทำให้ทีมสุขภาพรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการดูแลผู้รับบริการ 2. ช่วยค้นหาข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว	1. รูปแบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือและความสนใจจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจึงจะได้ประโยชน์เต็มที่ 2. รูปแบบนี้จะไม่ช่วยแก้ปัญหาผู้รับบริการ ถ้าการดูแลผู้รับบริการแบ่งแยกออกเป็นส่วนๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

จันทร์ทิตรา เกียรติชัย (2550) ได้แสดงตัวอย่างการกำหนดปัญหาและตัวอย่างรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา(Problem-Oriented Medical Record : POMR) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Record) ดังนี้

ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างการกำหนดปัญหาตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล (Problem-Oriented Medical Record : POMR) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Record)

ปัญหาที่	ปัญหา	วันเริ่มต้น	วันสิ้นสุด
1	เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจเนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานและไม่สามารถขับเสมหะเองได้	4/1/53	6/1/53
2	แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง	4/1/53	

ที่มา : จันทร์ทิตรา เกียรติชัย (2550)

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record : POMR) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Record) ดังนี้

วคป.	เวลา	การเปลี่ยนแปลง	ลายเซ็น
1 มค.50 (08.00- 16.00น.)	07.30 น.	S: รู้สึกปวดที่แผลผ่าตัด เมื่อคืนนอนไม่หลับ ปวด บางที ต้องลุกมานั่งงอตัวไว้ O: ผู้รับบริการหลังผ่าตัด 1 วัน มีแผลผ่าตัด midline ไม่มี discharge ซึม -ท่าทางอิดโรย ขอบตาคล้ำ อ่อนเพลีย เอามือกุมที่แผล ตลอดเวลา -ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/80 mmHg A: แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับเนื่องจาก ปวดแผลผ่าตัด P:-ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับและให้ยาระงับปวดตามแผนการ รักษา	ฉัตรชนก RN
	12.00 น.	I: จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ถัดม่านข้างเตียง ให้ญาติเฝ้า ใกล้ชิดขณะที่ผู้รับบริการนอน -จัดท่านอน Fowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลด การดึงของบาดแผล -ให้ยาแก้ปวด pethidine 25mg เข้าหลอดเลือดตาม แผนการรักษา -เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดโดยให้ฟังเพลงที่ชอบ E: ผู้รับบริการฟังเพลงที่จัดให้ นอนพักผ่อนบนเตียงได้ ตลอดช่วงเช้า หลังจากตื่นนอน ไม่บ่นปวดเพิ่มขึ้น สีหน้า สดชื่นขึ้น	ฉัตรชนก RN

ที่มา : จันทร์ทิตรา เกียรติชัย (2550)

**1.5.3 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ PIE (PIE Charting)** PIE ซึ่งย่อมาจาก Problem Intervention Evaluation เป็นรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาของผู้รับบริการ บันทึกโดยการใช้กระบวนการพยาบาล มีกระบวนการบันทึกที่ง่ายขึ้น คือ มีการระบุปัญหา การวางแผน

การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาและผลการปฏิบัติ มีการบันทึก 3 ส่วน คือการวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินการพยาบาล ซึ่งรูปแบบการบันทึกนี้ก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ PIE (PIE Charting)

ข้อดี	ข้อเสีย
1. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่แสดงถึงผู้บันทึกมีความรู้ทางวิชาชีพพยาบาล	1. ขาดขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลและติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล ว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่
2. ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง เนื่องจากทีมการพยาบาลมองปัญหาในทิศทางเดียวกัน	2. ไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้รับบริการที่มีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อยและไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการที่ปัญหายังไม่มีการเปลี่ยนแปลง
3. มีการประเมินผลการพยาบาลชัดเจนทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสม ทันเวลา	
4. สะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลและกระตุ้นให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
5. การบันทึกรูปแบบนี้จะเป็นที่นิยมมากขึ้น ถ้าพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล	



จันทร์ทิตรา เจียรณัย (2550) ได้แสดงตัวอย่างการบันทึกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ PIE (PIE Charting) ดังนี้

วคป.	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล	ลายเซ็น
1 มค.50 (08.00-16.00น.)	ไม่สุขสบาย ปวดเนื่องจากมีการติดเชื้อ บริเวณบาดแผล หน้าท้อง	-จัดให้อนอนท่าFowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หย่อนตัว ลดอาการเกร็ง บริเวณหน้าท้อง -ทำแผลบริเวณหน้าท้อง แบบ wet dressing pack ด้วย 0.9%NSS เพื่อชะล้าง สิ่งสกปรกบริเวณบาดแผล -เบี่ยงเบนความสนใจจาก ความปวดโดยให้อ่าน หนังสือหรือฟังเพลงที่ ชอบ -วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการ เปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อ	-ผู้รับบริการนอน พักผ่อนหลับตาคนเดียว ได้ -บาดแผลมีสีแดง ไม่มี เนื้อตาย ไม่มีกลิ่น -อ่านหนังสือบันเทิงที่ จัดให้ตลอดช่วงเช้า ไม่ บ่นปวดแผลเพิ่มขึ้น -สัญญาณชีพ 10.00 น. T=37.2 C	นั้ตรชนก RN

ที่มา : จันทร์ทิตรา เจียรณัย (2550)

#### 1.5.4 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ CBE (Charting by Exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดเวลาและการบันทึกซ้ำซ้อน ประกอบด้วย แบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ในที่นี้ขอยกตัวอย่าง 4 ชนิด ได้แก่

- 1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล ( Nursing and Medical Order Flow Sheets )
- 2) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ( Graphic Form)
- 3) แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย (Patient-Teaching Record)
- 4) แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (Patient Discharge Note)

ซึ่งรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ CBE (Charting by Exception) ก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ CBE (Charting by Exception)

ข้อดี	ข้อเสีย
1. มีขนาดเหมาะสมในการบันทึกงานประจำตามแนวทางและมาตรฐานการพยาบาล	1. ทีมการพยาบาลต้องใช้เวลาศึกษาทำความเข้าใจ ก่อนที่จะปฏิบัติตามแนวทางและมาตรฐานการดูแล
2. ง่ายต่อการปรับเข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก	2. ต้องใช้เวลานานในการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมก่อนมาใช้รูปแบบใหม่
3. มีรูปแบบการบันทึกที่ไม่ซ้ำซ้อน	
4. มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์ม	
5. มีแบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) เป็นแนวทางทำให้สะดวกและง่ายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอยู่ที่เตียงผู้ป่วย สะดวกต่อการบันทึกได้ทันที	
6. ช่วยลดเวลาการบันทึก เพราะใช้สัญลักษณ์แทน	

**1.5.5 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ FACT (FACT Charting)** FACT ย่อมาจาก Flow Sheet Assessment Concise Timely เป็นรูปแบบการบันทึกที่ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบ CBE (Charting by Exception) ต่างกันตรงที่รูปแบบ FACT หลีกเลี่ยงการบันทึกที่ไม่ตรงประเด็น การบันทึกซ้ำๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนก และความพยายามลดเวลาในการบันทึก ซึ่งรูปแบบนี้ก็มีทั้งข้อดีและข้อเสียเช่นกัน ดังตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ FACT ( FACT Charting)

ข้อดี	ข้อเสีย
1. เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีความสอดคล้องของภาษาและลักษณะของโครงสร้าง	1. ต้องพัฒนาเวลาที่ใช้และวิธีการให้เป็นมาตรฐาน
2. มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	2. พิสูจน์การใช้กระบวนการพยาบาลที่ยูกยาก
3. มีความต่อเนื่องของ ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึก ซึ่งใช้ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ	
4. ใช้เวลาบันทึกข้อมูลน้อยลง	

#### 1.5.6 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ CORE (CORE Charting) เป็น

รูปแบบการบันทึกที่เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยบันทึกความต้องการ และระดับการรับรู้ของผู้รับบริการภายในเวลา 8 ชั่วโมง เมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) *ฐานข้อมูล (Data Base)* เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตรวจร่างกาย กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และข้อวินิจฉัยการพยาบาล
- 2) *แผนการพยาบาล (Care Plan)* เป็นส่วนบันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาล
- 3) *แบบบันทึกย่อย (Flow Sheet)* เป็นส่วนบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรม การตอบสนองของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล และการสอนผู้ป่วย
- 4) *บันทึกความก้าวหน้า (Progress Note)* เป็นส่วนบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการหลังได้รับการรักษาพยาบาลที่เขียนในรูปแบบของ DAE (Data-Action-Evaluation)
- 5) *การสรุปจำหน่าย (Discharge Summary)* เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาล การสอนผู้ป่วย และการนัดตรวจ

ซึ่งรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ CORE (CORE Charting) ก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังตารางที่ 2.7

ตารางที่ 2.7 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ CORE (CORE Charting)

ข้อดี	ข้อเสีย
1. แสดงให้เห็นการใช้กระบวนกรพยาบาล	1. พยาบาลจะต้องได้รับการแนะนำหรือฝึกฝนอย่างมากก่อนนำไปใช้
2. มีรูปแบบ DAE สนับสนุนให้บันทึกตามขั้นตอนของกระบวนกรพยาบาลให้สมบูรณ์	2. มีการพัฒนาแบบฟอร์ม อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก หรือใช้เวลานาน
3. บันทึกสั้น กระชับ	3. มีรูปแบบ DAE แต่ไม่สามารถให้รายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป อาจจะทำให้ยากที่ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
4. เน้นด้านสังคมและจิตใจ	

**1.5.7 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting)** ปัจจุบันมีการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล (International Classification for Nursing Practice : ICNP) สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่นๆ ทำให้มีการทำงานประสานกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ คือ การวินิจฉัยการพยาบาล แผนกรพยาบาล อาจจะไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการทุกคน แม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้รับบริการอยู่เสมอ ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting)

ข้อดี	ข้อเสีย
1. ค้นหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้รวดเร็ว	1. ถ้าผู้ใช้ ใช้ไม่เป็น หรือใช้ไม่ถูกต้อง ก็ไม่สามารถค้นหาข้อมูลผู้รับบริการไม่ได้หรือช้า
2. สะสมข้อมูลผู้รับบริการ ช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ	2. ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่แน่นอน
3. ปรับข้อมูลผู้รับบริการทันเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพ	3. เสี่ยงต่อการเกิดระบบคอมพิวเตอร์ล่ม ทำให้ค้นหาข้อมูลผู้รับบริการไม่ได้
4. อ่านง่าย ส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	
5. ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการประเมินและการดูแลได้ตามกระบวนกรพยาบาล	

**1.5.8 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)** เป็นรูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติการที่มีจุดชี้เฉพาะ 3 ประการคือ สิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้รับบริการในขณะนั้น อาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง และผลที่สำคัญของการรักษา ใช้รูปแบบการบันทึก AIE มุ่งผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ( Patient-centered ) เป็นรูปแบบที่ยืดหยุ่น เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยลดเวลาการบันทึก เหมาะกับภาระงานผู้ป่วยนอก ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อ 2 การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) ต่อไป

สรุปได้ว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ที่ วาลิส (Walus, 2003) ได้ทบทวนและแจกแจงเป็น 8 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยาย (Narrative Charting) 2) รูปแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record:POMR) 3) รูปแบบ PIE (Problem Intervention Evaluation Charting : PIE Charting) 4) รูปแบบ CBE (Charting by Exception Charting) 5) รูปแบบ FACT (Flow Sheet Assessment Concise Timely Charting : FACT Charting) 6) รูปแบบ CORE (CORE Charting) 7) รูปแบบใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting) และ 8) รูปแบบชี้เฉพาะ ( Focus Charting ) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ต่างกันที่แบบฟอร์ม ใช้เวลาบันทึก ส่วนใหญ่สะท้อนกระบวนการพยาบาล จึงเปรียบเทียบการบันทึก 3 รูปแบบ ดังตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.9 เปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลของรูปแบบ SOAP, SOAPIE และ APIE

SOAP (Problem-Oriented Medical Record : POMR) แบบที่ 1	SOAPIE (Problem-Oriented Medical Record : POMR)	APIE ( Focus Charting )
6 กพ.43 อาจได้น้ำไม่พอ S=ปฏิเสธอาหารเช้า “ รู้สึกไม่สบาย ” บ่นคลื่นไส้มาก O= ท้องแข็ง แต่ไม่อืด ไม่ได้ยิน เสียงลำไส้หลังจากฟัง 5 นาที อาเจียน 2 ครั้งประมาณ 400 มล. เป็นน้ำสีเหลืองปนเขียว	6 กพ.43 อาจได้น้ำไม่พอ S=ปฏิเสธอาหารเช้า “ รู้สึกไม่สบาย ” บ่นคลื่นไส้มาก O= ท้องแข็ง แต่ไม่อืด ไม่ได้ยิน เสียงลำไส้หลังจากฟัง 5 นาที อาเจียน 2 ครั้งประมาณ 400 มล. เป็นน้ำสีเหลืองปนเขียว	6 กพ.43 อาจได้น้ำไม่พอ

ตารางที่ 2.9 (ต่อ)

SOAP (Problem-Oriented Medical Record : POMR) แบบที่ 1	SOAPIE (Problem-Oriented Medical Record : POMR)	APIE ( Focus Charting )
A=คลื่นไส้หลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง	A=คลื่นไส้หลังผ่าตัดเนื่องจาก การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง จากผลของยาแก้อาเจียน  P=แนะนำให้พักผ่อนจนกว่าอาการ คลื่นไส้อาเจียนจะลดลง ให้ยาแก้ อาเจียน บันทึกระบุน้ำเข้าออก ติดตามอาการคลื่นไส้อาเจียน ประเมินการได้น้ำทุกเวอร์  I=จัดให้ออนท่าที่สบายจนกว่า อาการคลื่นไส้จะลดลง ให้ยาแก้ อาเจียนทางหลอดเลือดดำ  E=บอกว่ายังคลื่นไส้ แต่ดีขึ้นหลัง ได้ยาแก้อาเจียน นอนตลอดช่วงเช้า ไม่มีอาเจียน	A=คลื่นไส้หลังผ่าตัด ปฏิเสธอาหาร เข้า บอกว่ารู้สึกไม่สบาย ท้องแข็ง ไม่อืด ไม่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหว หลังจากฟังแล้ว 2 นาที อาเจียน 2 ครั้งประมาณ 400 มล. เป็นน้ำสี เหลืองปนเขียว  P=ลดอาการคลื่นไส้ แนะนำให้ นอน ให้ยาแก้อาเจียน ป้องกันภาวะ ขาดน้ำ สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้ายังมีอาการหลังให้ยาแล้ว รายงานแพทย์ บันทึกระบุน้ำเข้า ออก  I=จัดให้ออนท่าที่สบาย ให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ  E=นอนพักตลอดช่วงเช้า ไม่มี อาเจียนหลังได้ยาแก้อาเจียน ยังมี อาการคลื่นไส้แต่รุนแรงน้อยลง
P=สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียนต่อ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้ยาแก้อาเจียน (ระบุ) ตามแผนการรักษา ดูแลให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม แผนการรักษา บันทึกระบุน้ำเข้า ออก		

ที่มา : นันทพร กวางแก้ว 2557

## 2. การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบแบบชี้เฉพาะ ( Focus Charting Record)

2.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่ามีนักวิชาการให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) ไว้หลายท่าน ดังนี้

พรศิริ พันธสี (2552) กล่าวว่า เป็นการบันทึกทางการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (Data) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย (Action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาล รวมทั้งผลการรักษา (Response) ซึ่งเรียกรูปแบบการบันทึกแบบนี้ว่า DAR มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกเป็น DAE (Data Action Evaluation) หรือ AIE (Assessment Intervention Evaluation) หรือ PIE (Problem Intervention Evaluation )

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) กล่าวว่า เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากการประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมได้ จะกำหนดเป็น Focus แทนคำว่า ปัญหา ใช้วิธีบันทึกด้วยรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ แยกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย และส่วนงานประจำของพยาบาลจะบันทึกด้วยแผ่นบันทึกย่อย (Flow Sheet) ส่วนที่ 2 บันทึกความก้าวหน้าประกอบด้วย ช่องสำหรับเขียน Focus และ DAR คือ D:Data คือข้อมูลอัตนัย ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน Focus, A:Action คือการปฏิบัติการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล และ R:Response คือปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2554) กล่าวว่า Focus เป็นการบันทึกคำหรือวลีสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือ ระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษาที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการบรรยายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน และความก้าวหน้าของผู้ป่วย ต่อเป้าหมายและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาโดยพิจารณาจาก Patient concerns ข้อวินิจฉัย (Diagnosis) พฤติกรรม (Behaviors) การรักษา ( Treatment/Therapy) และการตอบสนองของผู้ป่วย (Response)

ฐิติขวัญ นวมะชิต (2557) ได้กล่าวว่า เป็นการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลปฏิบัติการ และการประเมินผล (DAR, DAE) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีจุดชี้เฉพาะ หรือเฉพาะเรื่องที่ชี้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะนั้น อาการและ/หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผลที่สำคัญของการรักษา เช่น ความกังวล ความไม่สบาย เป็นต้น ซึ่งระบบบันทึกแบบชี้เฉพาะนี้ พัฒนามาจากการใช้รูปแบบ SOAP ซึ่งรูปแบบ DAR, DAE

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูล (D=Data) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากใบรายงานต่างๆ การสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นพฤติกรรมหรือสภาพของผู้ป่วย ข้อมูลการสังเกตของพยาบาลในขณะนั้น 2) การปฏิบัติการ (A=Action) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ และ 3) การตอบสนอง(R=Response) เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และการประเมินผล (Evaluation) ใน DAE ได้แก่ การประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) หมายถึง การบันทึกทางการพยาบาลที่มีรูปแบบการบันทึกที่มุ่งผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยการนำข้อมูลจากการประเมินผู้รับบริการ การพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เขียนในรูปแบบ 3 ส่วน เรียกว่า AIE Model (Assessment – Intervention – Evaluation) ประกอบด้วย A:Assessment เป็นข้อมูลการประเมินสภาพผู้รับบริการ I: Intervention เป็นข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติจริงในขณะนั้นหรือการวางแผนจะปฏิบัติ และ E:Evaluation เป็นข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล หรือการตอบสนองของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาล

## 2.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record)

การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) เป็นระบบการบันทึกที่พัฒนาโดยพยาบาลชื่อ Susan Lampe เพื่อใช้ในโรงพยาบาลไอเทิล (Eitel Hospital) เมืองมินนิโพลิส (Minneapolis) มลรัฐมินนิโซตา สหรัฐอเมริกา ราว ค.ศ.1985 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดแทนระบบเอกสารที่มุ่งเน้นปัญหา (อารี ชิวเกษมสุข, 2556) พบว่ามีการพัฒนาระบบการบันทึกรูปแบบนี้ในหลายประเทศ เช่น โรงพยาบาล Windsor ประเทศออสเตรเลีย ประเทศไต้หวัน เป็นต้น พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจ มั่นใจในการบันทึกมากขึ้นโดยใช้การบันทึกรูปแบบ Focus Charting ทางระบบคอมพิวเตอร์ สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2551 โดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และถูกนำไปใช้ทั่วทั้งองค์กรในปี พ.ศ. 2555 โดยมีจุดประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2555) ส่วนโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้นำมาใช้ มีจุดประสงค์เดียวกัน และนำไปสร้างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล และมีการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) พบข้อดีที่เป็นการบันทึกที่ชี้ชัดในสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญหรือให้ความสนใจ ซึ่งพยาบาลอาจไม่ต้องเขียนปัญหาที่พบ ด้วยลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (สายนต์ นาควิเชียร และคณะ, 2558) ซึ่งมีจุดประสงค์ของการบันทึกด้วยรูปแบบชี้เฉพาะ ดังนี้



- 1) เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก
- 2) ทำให้ง่ายต่อการบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างชัดเจน
- 3) ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจจะเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลเด็กทารก เป็นต้น
- 4) ง่ายต่อการสืบค้น
- 5) ทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ เป็นการบันทึกที่เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญ (ข้อมูลที่สำคัญ=ข้อมูลที่มีคุณค่า=ข้อมูลที่เป็นประโยชน์) มุ่งเน้นผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Patient Centered) บันทึกเรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับตัวผู้รับบริการที่ทรมานสุขภาพที่ให้การดูแล สามารถใช้ประโยชน์ได้ บันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการของพยาบาลที่สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการระบุปัญหาสำคัญ ข้อมูลการประเมินที่สอดคล้องกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาล เพื่อจัดการกับปัญหาและผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมของพยาบาล อาจเป็นกระทำของพยาบาลเองหรือช่วยแพทย์ทำการรักษา

สรุปได้ว่า ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะนั้น มีการพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ทดแทนระบบเอกสารที่มุ่งเน้นปัญหา ซึ่งพยาบาลพึงพอใจมาก ประเทศไทยได้นำมาใช้ปี พ.ศ. 2551 โดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ด้วยมีรูปแบบที่ยืดหยุ่น สามารถใช้ได้กับทุกหน่วยบริการพยาบาล จึงมีโรงพยาบาลต่างๆ นำไปใช้กันมากขึ้น เพื่อลดความซ้ำซ้อนและง่ายต่อการบันทึก มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล

### 2.3 องค์ประกอบและโครงสร้างของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ

#### (Focus Charting)

2.3.1 องค์ประกอบของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ยูวดี เกตสัมพันธ์ (2558) ได้กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) มีส่วนประกอบดังนี้

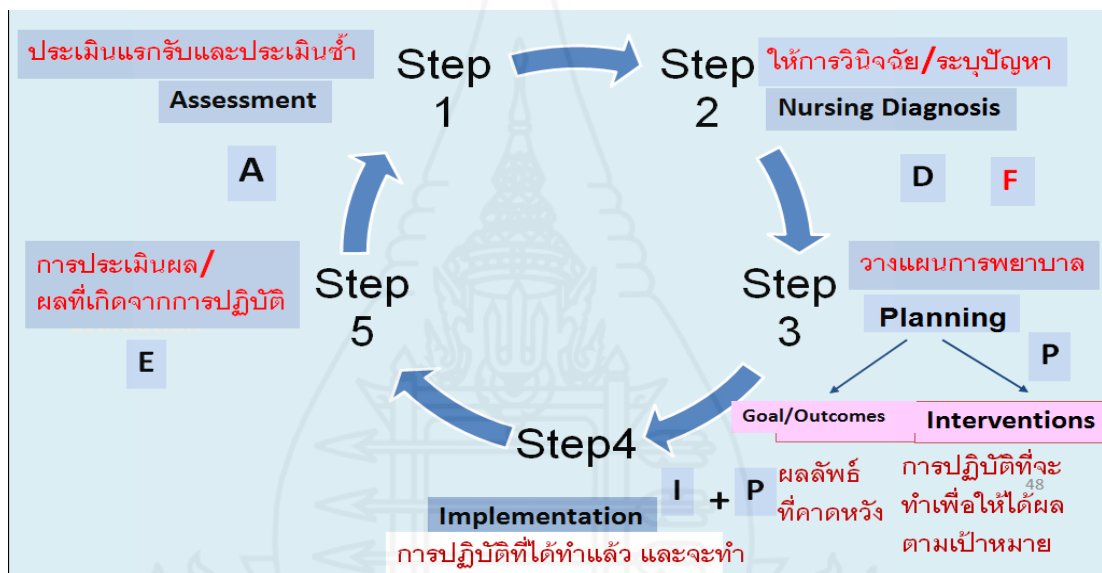
- 1) Focus (F) คือ การระบุประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย Goal /Outcomes คือการระบุเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นตามประเด็นที่ระบุ Focus ไว้
- 2) Assessment (A) คือข้อมูลที่สนับสนุนประเด็น Focus รวมถึงข้อมูลอัตราย ข้อมูลปรนัยที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น

3) Intervention (I) คือสิ่งที่ปฏิบัติทันทีหรือจะปฏิบัติ หรือแผนการดูแลที่มีพื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จากการ Assessment ซึ่งเป็นการกระทำทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

4) Evaluation (E) คือการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการของพยาบาล ช่วยแพทย์ทำการรักษา หรือตอบสนองต่อ Intervention

### 2.3.2 โครงสร้างของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

ยูดี เกตส์มันน์ (2558) ได้แสดงโครงสร้างของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ที่มี 4 ส่วนประกอบนั้นมีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กระบวนการพยาบาลกับ โครงสร้างบันทึกแบบ Focus Charting

ที่มา : [http://www1.si.mahidol.ac.th/nursing/ns/attachments/578\\_550223\\_02\\_Nursing\\_Process.pdf](http://www1.si.mahidol.ac.th/nursing/ns/attachments/578_550223_02_Nursing_Process.pdf)

จากภาพที่ 2.1 แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ที่มี 4 ส่วนประกอบ ด้วย AIE Model นั้น มีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ดังตารางที่ 2.10 ดังนี้

ตารางที่ 2.10 โครงสร้างการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ( Nursing Process )	การบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record)
1. Assessment	A : Assessment
2. Nursing Diagnosis	F : Focus
3. Planning	P : Goal/Outcome
4. Implementation	I : Implementation
5. Evaluation	E : Evaluation

ที่มา : ยูวดี เกตุสัมพันธ์(2558)

#### 2.4 หลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกเฉพาะสิ่งสำคัญ ที่มีรูปแบบการบันทึกที่ยืดหยุ่น และสามารถปรับใช้ได้กับทุกหน่วยบริการพยาบาล ช่วยสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเอื้อต่อการบันทึกที่รวบรัด กระชับ ใช้เวลาที่จำกัด จึงเหมาะกับงานผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลสำคัญที่เกิดกับผู้รับบริการ เนื้อหาเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญของผู้รับบริการ ที่ทีมสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์ได้ โดยมุ่งผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) มุ่งประเด็นภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้รับบริการ ข้อมูลที่เป็นงานประจำหรือที่มีอยู่ในแบบบันทึกเอกสารย่อย จะไม่นำมาบันทึกซ้ำ ยกเว้นจะมีเหตุผลที่เหมาะสม จึงมีการบันทึกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ (Focus) ที่ใช้อ้างอิง : Focus List, Goal / Outcomes

2) ส่วนที่เป็นเนื้อหา (Progress note) ใช้แบบฟอร์ม (Format) DAR (Data Action Response) หรือ AIE (Assessment Intervention Evaluation) วิธีการบันทึก มี 2 แบบ ดังนี้

แบบบรรยาย เพื่อช่วยให้เห็นลักษณะการเขียนแบบบรรยายที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้  
(ยูวดี เกตุสัมพันธ์, 2555 สายันต์ นาควิเชียร และคณะ, 2558)

## 1. หลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะ แบบบรรยาย ดังนี้

หัวข้อ	วิธีการเขียน
บันทึก วัน เวลา และ Focus	30 มีค.54 เวลา 08.30 น. F: ไม่สุขสบายจากปัสสาวะแสบ
<b>A: Assessment</b> บันทึกข้อมูลที่ประเมินได้อาจเป็นข้อมูลอัตนัย ( <i>Subjective data</i> ) ได้จากสัมภาษณ์ สอบถาม ผู้ป่วยบอก หรือข้อมูลปรนัย ( <i>Objective data</i> ) ได้จากตรวจร่างกาย สังเกตพฤติกรรม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกของแพทย์ แหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่สอดคล้องกับ <i>focus subjective data</i>	<b>A:</b> ผู้ป่วยบอกว่าปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม
<b>I: Intervention</b> ปฏิบัติกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยสอดคล้องกับประเด็นปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะ การตัดสินใจของพยาบาลที่ปฏิบัติได้ตามสิทธิหน้าที่ตามกฎหมาย โดยบันทึก ดังนี้ 1) สิ่งที่จะกระทำ/กิจกรรมชัดเจน/ แผนดูแลในอนาคต 2)กิจกรรมเหมาะสม เฉพาะ สอดคล้องกับความต้องการ 3)พิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกกิจกรรม 4)ปฏิบัติตามนโยบาย/มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขององค์กรบันทึกส่วนนี้สะท้อนการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล	<b>I:</b> รายงาน นพ.ก เก็บปัสสาวะ ส่ง UA แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ การใส่ยาและผ้าระวังอาการข้างเคียงของยา Antibiotic สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ขึ้นสูง ปัสสาวะแสบมากขึ้น ให้มาพบแพทย์
<b>E: Evaluation</b> บันทึกการประเมิน การตอบสนองของผู้ป่วยรายบุคคลที่มีต่อการดูแลรักษา เป็นการตัดสินใจ ประสิทธิภาพการแก้ปัญหา/การตอบสนองความต้องการ/มีการดูแลที่ บรรลุประเด็นสำคัญ	<b>E:</b> ผู้ป่วยบอกว่ายังปวดแสบเวลาปัสสาวะ อธิบายวิธีใส่ยาได้ถูกต้อง

ที่มา : ยูวดี เกตสัมพันธ์ (2555)

2. หลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ แบบมีฟอร์ม ดังนี้

วันที่	เวลา	Focus	วิธีการบันทึก AIE
30 มีค.54	08.30น.	ไม่สุขสบายจาก ปัสสาวะแสบ	A: ผู้ป่วยบอกว่าปัสสาวะบ่อยจำนวนน้อย ปวด แสบเวลาถ่าย ปัสสาวะพุ่งสีเหลืองเข้ม
	14.30น.		I: รายงาน นพ.โก๋ เก็บปัสสาวะ ส่งUA แนะนำ ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ การใช้ยาและเฝ้าระวังอาการ ข้างเคียงของAntibiotic สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ขึ้นสูง ปัสสาวะแสบมากขึ้นให้มาพบแพทย์
			E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะ อธิบายวิธีใช้ ยาได้ถูกต้อง

ที่มา : ยุวดี เกตุสัมพันธ์(2555)

3. หลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ แบบมีฟอร์ม

แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....วันที่.....

สรุปปัญหาในปัจจุบัน 1..... 2.....

3..... 4.....

ปัญหาผู้ป่วย	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผลและการดูแล ต่อเนื่อง
<b>ปัญหาเร่งด่วน</b> <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ภาวะ Hypoglycemia <input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ <input type="checkbox"/> ชีต <input type="checkbox"/> หมดสติ <input type="checkbox"/> ชีม <input type="checkbox"/> DTX =..... <input type="checkbox"/> ภาวะ Hyperglycemia <input type="checkbox"/> ชัก <input type="checkbox"/> หายใจหอบ...ครั้ง/นาที	<input type="checkbox"/> กรณีรู้สึกตัวให้ดื่มน้ำหวาน 200 CC (1 แก้ว) <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังทางเดินหายใจให้ โล่ง <input type="checkbox"/> ดูแลให้ 50%glucose 50ml.IV	<input type="checkbox"/> ตื่น พุดคุยรู้เรื่อง <input type="checkbox"/> หายใจ.....ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> บีบ Ambu bag <input type="checkbox"/> หยุดชัก <input type="checkbox"/> DTX =..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....

ปัญหาผู้ป่วย	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผลและการดูแล ต่อเนื่อง
<input type="checkbox"/> DTX =.....	<input type="checkbox"/> ดูแลให้น้ำเกลือชนิด.....ตาม แนวทางการรักษา <input type="checkbox"/> ให้ O <sub>2</sub> ชนิด..... <input type="checkbox"/> ใส่ ET-Tube <input type="checkbox"/> ดูแลให้ยา.....ตาม แนวทางการรักษา <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<b>ปัญหาไม่เร่งด่วน</b> ด้านร่างกาย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด	<input type="checkbox"/> แนะนำเกี่ยวกับการ ช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดภาวะ ฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> คำแนะนำเรื่อง..... <input type="checkbox"/> แจกเอกสารเรื่อง..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจ-มั่นใจจะสามารถปฏิบัติได้ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ-ไม่มั่นใจ แผนดูแล ต่อเนื่องคือ..... <input type="checkbox"/> ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในวันที่ มาตามนัดครั้งต่อไป
<input type="checkbox"/> มี เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ที่เท้า <input type="checkbox"/> ชาปลายเท้า <input type="checkbox"/> มีแผล <input type="checkbox"/> ตัดนิ้วเท้า	<input type="checkbox"/> แนะนำการดูแลเท้า/การสวม รองเท้าที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ ป้องกันเกิดแผลที่เท้า <input type="checkbox"/> ส่งตรวจเท้าประจำปี <input type="checkbox"/> แนะนำควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด <input type="checkbox"/> ส่งพบนักกายภาพบำบัดเพื่อ ตัดรองเท้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผล <input type="checkbox"/> ชาปลายเท้า <input type="checkbox"/> แผลแดง <input type="checkbox"/> แผลมีเนื้อตาย <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> มี ภาวะแทรกซ้อนที่ตา <input type="checkbox"/> ตามัว ข้าง.....	<input type="checkbox"/> ส่งตรวจตาประจำปี <input type="checkbox"/> คำแนะนำควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด <input type="checkbox"/> ให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจ-มั่นใจสามารถปฏิบัติได้ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ-ไม่มั่นใจ แผนดูแล ต่อเนื่องคือ..... <input type="checkbox"/> ตามัวเท่าเดิม <input type="checkbox"/> ตามัวมากกว่าเดิม

ปัญหาผู้ป่วย	การปฏิบัติกรพยาบาล	การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง
<input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> Cr..... <input type="checkbox"/> Protein urea..... (วันที่.....) <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ <input type="checkbox"/> คำแนะนำควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด <input type="checkbox"/> งดอาหารรสเค็ม <input type="checkbox"/> แนะนำเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เหนื่อย หอบ แน่นหน้าอก ปัสสาวะออกน้อย <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจ-มั่นใจสามารถปฏิบัติได้ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ-ไม่มั่นใจ แผนดูแลต่อเนื่องคือ..... <input type="checkbox"/> ติดตามผลเลือดแสดงการทำงานของไตในวันที่มาตามนัดครั้งต่อไป <input type="checkbox"/> .....
ด้านจิตใจ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ภาวะเครียด	<input type="checkbox"/> แนะนำให้ผ่อนคลายเนื่องจากส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด <input type="checkbox"/> ส่งต่อปรึกษา..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ชี้แนะผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
ด้านสังคม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> เศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปรึกษาแพทย์พิจารณาส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน <input type="checkbox"/> ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปรึกษาสังคมสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> ส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> .....
ด้านจิตวิญญาณ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> เสพสารเสพติดคือ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> แนะนำงดสารเสพติดเนื่องจากส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> มั่นใจสามารถปฏิบัติได้ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ แผนดูแลต่อเนื่องคือ..... <input type="checkbox"/> ส่งคลินิกอดบุหรี่ <input type="checkbox"/> ส่งแผนกจิตเวช

สรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อไป	แผนการดูแลต่อเนื่อง (D-METHOD)
1..... 2..... 3.....	<input type="checkbox"/> ติดตาม-เฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด อาหาร น้ำหนัก <input type="checkbox"/> ตรวจสอบการใช้ยาที่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า หัวใจ
สรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อไป	แผนการดูแลต่อเนื่อง (D-METHOD)
4..... 5..... 6.....	<input type="checkbox"/> ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการดูแล-เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> ส่งตรวจประจำปี <input type="checkbox"/> เลือด <input type="checkbox"/> ตา <input type="checkbox"/> เท้า <input type="checkbox"/> ฟัน <input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด..... <input type="checkbox"/> การส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> ส่งรักษาใกล้บ้าน.....

ผู้ให้ข้อมูล..... ผู้รับข้อมูล.....  
 กรณีญาติ ให้ระบุความเกี่ยวพันเป็น.....ของผู้ป่วย

จากตัวอย่างของการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ทั้งแบบบรรยายและแบบมีฟอร์ม ดังกล่าวข้างต้น มุ่งผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) ตาม AIE model ที่มีการเขียนเป็น 3 ส่วน ได้แก่ Assessment Intervention Evaluation สะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาล มีลักษณะการบันทึกสั้น กระชับ ครบถ้วน ถูกต้อง ได้ใจความ และมีความต่อเนื่อง ที่สื่อให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้ ความสามารถ ความเป็นอิสระทางวิชาชีพ พยาบาล สำหรับแบบมีฟอร์ม ของ นันทพร กวางแก้ว (2557) มี Checklist เป็นตัวช่วยในการประเมิน การทำกิจกรรม และการประเมินผล เพื่อสื่อสารทีมให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไปในทิศทางเดียวกัน มีประสิทธิภาพ ซึ่งเหมาะกับการะงานที่มากของงานผู้ป่วยนอก ที่ต้องใช้ระยะเวลาที่จำกัด

หน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ก็ใช้หลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ลงในแบบบันทึกการตรวจรักษางานผู้ป่วยนอก (FO-HA-005-REV01) เป็นแบบมีฟอร์ม ที่สอดคล้องกับนันทพร กวางแก้ว (2557) โดยมี Checklist เป็นตัวช่วยในการประเมินสภาพแรกรับ (Assessment) จุดเน้นทางการพยาบาล (Focus) การพยาบาล/ ให้คำแนะนำ (Intervention) และการประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) เพื่อสื่อสารกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้รับบริการ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ

**Focus** เป็นการบันทึกข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ เพื่อสื่อสารสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษา มีลักษณะการบันทึก ดังตารางที่ 2.11



ตารางที่ 2.11 ตัวอย่างการเขียนจุดเน้นหรือประเด็นสำคัญ

ประเด็นสำคัญ	ตัวอย่างการเขียน Focus
1. การเปลี่ยนแปลงสภาวะ/อาการผู้ป่วยอย่างฉับพลัน/ตัวออกเหตุ	สัญญาณชีพผิดปกติ ไข้สูง ชัก BP เพิ่มขึ้น หรือลดลง
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมผู้ป่วย	ไม่รับรู้ต่อเวลา บุคคล สถานที่ ความรู้สึกตัวลดลง
3. เป็นพฤติกรรมผู้ป่วยแต่ละคนแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่บ่งชี้ถึงภาวะในขณะนั้น	Pain Nausea Chest Pain Pre-op teaching Feed อาหาร
4. เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแล/รักษา โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย	การผ่าตัด การRefer การให้ออกซิเจน เปลี่ยนอาหาร
5. ปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย	ความต้องการน้ำ อาหาร การหายใจ การขับถ่าย
6. ความต้องการด้านความรู้หรือการศึกษา	การลดไข้ การบริหารข้อไหล่
7. การศึกษาแพทย์ ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย	ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ
8. สิ่งสำคัญที่ค้นพบจากประเมิน ประเมินซ้ำ ตลอดระยะเวลาการดูแล /Risk	เรื่องสำคัญ ได้จากแพทย์ตรวจเยี่ยม ความปลอดภัย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบแผนสุขภาพที่เปลี่ยนไป

ที่มา : ยูวดี เกตุสัมพันธ์(2555)

## 2.6 ข้อควรคำนึงของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

เพื่อให้เกิดการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) มีคุณภาพ ควรคำนึงถึงประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- 2.6.1 สิ่งที่ Focus ควรสะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ไม่ใช่การบันทึกการทำงานของพยาบาลหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์
- 2.6.2 ควรบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วย หรือสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์การดูแลรักษา
- 2.6.3 ข้อมูลในส่วน F : Focus A: Assessment I: Intervention E:Evaluation ควรมีความสอดคล้องกันระหว่าง A และ I บางครั้งอาจไม่มี E ในช่วงแรก ก็ให้บันทึกตามที่หลังได้
- 2.6.4 กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติประจำ บันทึกในแบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) ไม่ควรนำมาเขียนในส่วน Progress Note เพื่อลดความซ้ำซ้อนและลดระยะเวลาในการบันทึก ยกเว้น กรณีที่มีความผิดปกติ ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม เช่น ปกติงานผู้ป่วยในจะบันทึกอุณหภูมิร่างกายในแผ่นกราฟ (Graphic sheet) แต่ถ้ามีไข้ สามารถนำมาบันทึกรายละเอียดได้ เป็นต้น
- 2.6.5 ในช่วงเวลาหนึ่งอาจจะมี Focus หลายประเด็นได้ เนื่องจากผู้รับบริการแต่ละรายปัญหาสุขภาพและความต้องการแตกต่างกันเป็นรายบุคคล

## 2.7 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ดังนี้

2.7.1 ข้อดีของรูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ(Focus Charting) มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับระบบด้านคลินิก มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล บันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR สามารถชี้บ่งปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วย ใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาล สอดคล้องกับข้อกำหนดขององค์การรับรองคุณภาพการบริการสุขภาพ (Joint Commission for Accreditation of Health care Organization : JCI) (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551) ยืดหยุ่นปรับใช้ได้กับทุกหน่วยบริการพยาบาล สะท้อนกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวบรัด กระชับ ชัดเจน หาข้อมูลได้ง่าย เนื่องจากโครงสร้างที่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ สะดวกในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทำให้การรวบรวมปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ใช้บริการแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับใช้ได้ง่ายกับระบบบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2555) ฐิติขวัญ นวมะชิตติ, 2557) ระบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting record) สามารถตอบใจแพทย์ได้ว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้ระบบบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพพยาบาลผู้ใช้มีความพึงพอใจ มีความสุขในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล สามารถลดระยะเวลา

การเขียนลงได้มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาเดิม ใช้สื่อสารกับทีมสุขภาพได้ ซึ่งปัจจุบันได้รับความสนใจจากทีมแพทย์มากขึ้น เป็นระบบที่เอื้อให้มีการบันทึกที่ไม่ต้องจำกัดขอบเขตอยู่กับปัญหาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล (Care Plan) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เปิดกว้างให้พยาบาล จัดระบบคิดวิเคราะห์เป็นระบบ ช่วยลดเวลา เห็นสภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ การดูแลรักษา ผลลัพธ์ ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และญาติอย่างเหมาะสม ส่งเสริมรูปแบบการบันทึกที่สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาลได้เด่นชัดขึ้น สามารถปรับใช้ได้กับทุกหน่วยบริการพยาบาล

**2.7.2 ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)** คือ พยาบาลที่บันทึกจะต้องได้รับการฝึกฝนก่อนใช้แบบบันทึกนี้ เป็นระบบบันทึกที่มีการใช้แบบฟอร์มจำนวนมาก เป็นการแยกที่จะวิเคราะห์ออกมาเป็นปัญหาของผู้ป่วย (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551) อาจมีความสับสนเกี่ยวกับการเขียนตามคอลัมน์ การใช้คอลัมน์ "Focus" อาจทำให้ใช้คำศัพท์แตกต่างกันและไม่คงที่ได้ ไม่มีการวางแผนการพยาบาล วันและเวลาที่สิ้นสุดปัญหา ขาดความต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สรุปได้ว่ารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะก็มีทั้งข้อดีและข้อเสียเช่นกัน แต่ทั้งนี้ปัจจุบันมีหลายโรงพยาบาลได้นำรูปแบบนี้ไปใช้กันมากขึ้นในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หน่วยงานพิเศษไม่ว่าจะเป็นห้องผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด และงานวิสัญญี จึงสรุปได้ดังตารางที่ 2.12

ตารางที่ 2.12 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ข้อดี	ข้อเสีย
1. ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก	1. อาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ขาด
2. บันทึกอย่างเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน	การประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้
3. ชี้ชัดในสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสนใจ อาจจะไม่ต้องเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล	2. อาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในกรณีติดตามผลการให้ยา
4. ง่ายต่อการสืบค้น	

**A คือ Assessment** เป็นการบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้จากข้อมูลอัตนัย (subjective Data) ได้จากการสัมภาษณ์ สอบถาม ผู้รับบริการบอก ข้อมูลที่ได้จากญาติ ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ หรือได้จากข้อมูลปรนัย (objective data) ได้จากการตรวจร่างกาย การสังเกต พฤติกรรมของพยาบาลในเวลาที่ได้พบผู้รับบริการ หรือจากข้อมูลตรวจวินิจฉัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์ และแหล่งข้อมูลอื่นๆ

**Focus** หมายถึง การนำเอา Assessment ที่ได้มาบันทึกประเด็นสำคัญของผู้รับบริการ อาจบันทึกปัญหาหรือจุดเน้นทางการพยาบาล (Focus) เป็นคำ วลี หรือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การเขียน Focus ส่งเสริมให้พยาบาลระบุประเด็นสำคัญของผู้รับบริการได้กว้างขวาง ระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษาที่มุ่งผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางพิจารณาจาก Patient concern, Diagnosis, Behavior, Treatment and Response เขียนได้หลายวิธี แต่ทุกวิธีต้องสื่อสารชัดเจน ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นจริง มีโอกาสเกิด เสี่ยงต่อการเกิด อาจเกิด ซึ่งสามารถบันทึก Focus ได้ 8 ประเด็นดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วยอย่างฉับพลัน 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาวะสุขภาพ 3) พฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน 4) เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแลหรือรักษา 5) ปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย 6) ความต้องการด้านความรู้หรือการปรึกษา 7) การปรึกษาแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 8) สิ่งสำคัญที่พบจากการประเมิน ประเมินซ้ำ หรือความเสี่ยง (Risk)

**I คือ Intervention** เป็นการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการสอดคล้องประเด็นสำคัญ (focus) มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติตามแผนการรักษา บันทึกการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ บันทึกกิจกรรมที่ให้แกผู้รับบริการ ระบุให้เห็นถึงสิ่งที่กระทำเพื่อช่วยให้บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลรักษา มีหลักการบันทึกชัดเจน บันทึกการวางแผนที่จะให้แก่ผู้รับบริการในอนาคต และบันทึกการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการขององค์กร

**E คือ Evaluation** เป็นการบันทึกการประเมินการตอบสนองของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล (individual response) ที่มีต่อการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลถึงประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้นเพียงใด บันทึกสิ่งที่ได้รับการดูแลบรรลุตามประเด็นสำคัญ (focus) หรือบันทึกความก้าวหน้าต่อการรักษาพยาบาลผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

## 2.8 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลควรจะทราบแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดแนวทางและการให้คะแนนการบันทึกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท เพื่อให้มีคุณภาพการบันทึกได้ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจนและต่อเนื่อง ได้ตามกระบวนการพยาบาลและแนวทางที่กำหนด ดังนี้

**2.8.1 การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ (Nursing Audit) เป็นวิธีการ**หนึ่งของการประเมินคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบ พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ไปปรับปรุงและพัฒนาบริการพยาบาลให้มีมาตรฐาน และสร้างหลักประกันสำหรับผู้รับบริการว่าจะได้รับการบริการพยาบาลที่ปลอดภัย

**2.8.2 ลักษณะของการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์** ตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาลและหลักการบันทึกการพยาบาล แบ่ง 4 ตอน (อารี ชิวเกษมสุข, 2552) ได้แก่

1) ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่าย

2) ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามเนื้อหาการบันทึก ตามกระบวนการพยาบาล ครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

3) ความถูกต้องตามหลักการบันทึก หมายถึง การบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักการบันทึก ตามหลักวิชาการและหลักการบันทึกภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ โดยบันทึกได้ถูกต้อง สั้น กระชับ ชัดเจน และใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล

4) ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ โดยบันทึก ตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนจำหน่าย

**2.8.3 การประเมินบันทึกทางการแพทย์** แบ่งเป็น 2 ชนิด (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2558) ดังนี้

1) *Closed Chart Audit* เพื่อทบทวนความถูกต้อง มีเกณฑ์ประเมิน 2 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านปริมาณ (Quantity) เป็นการให้คะแนนการบันทึก ดังนี้

คะแนน 2 = ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์ (Complete) คือ มีการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน/สมบูรณ์

คะแนน 1 = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ (Party) คือ มีการบันทึกข้อมูลบางส่วน/ไม่ครอบคลุม

คะแนน 0 = ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง (None) คือ ไม่มีการบันทึกข้อมูล/มีการบันทึกข้อมูล แต่ข้อมูลไม่ถูกต้อง/ไม่สอดคล้องกับสถานะ/ปัญหาของผู้ป่วย

(2) ด้านคุณภาพ (Quality) เป็นการตรวจสอบการบันทึก ดังนี้

1. การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน มีความรัดกุม กระชับ ได้ใจความ
2. ไม่ใช่ข้อความฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น/ไม่บันทึกข้อความซ้ำซ้อน
3. ข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน ตรงประเด็นปัญหาผู้ป่วย
4. มีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม
5. ข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุมประเด็นปัญหาผู้ป่วย

2) *Open Chart Audit* ใช้ควบคู่กับการนิเทศ ดังนี้

- (1) ใช้ร่วมกับการสอนงานในขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่
- (2) ช่วยให้เห็นสถานการณ์การดูแลในขณะนั้น
- (3) ถ้าเกิดปัญหา แก้ไขได้ทันที
- (4) เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้พยาบาลบันทึกได้อย่างมีคุณภาพได้เร็ว

## 2.9 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก /ลูกเงิน

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพควบคู่กับการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ลูกเงิน (Medical Record Audit Guideline) ปรับปรุงครั้งที่ 1 ปี 2557 ได้กำหนดค่านิยมและคำจำกัดความ ดังนี้

**เวชระเบียน (MEDICAL RECORD)** หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึกประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติแพ้ยา การรักษาพยาบาล การยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพและเครื่องหมายอื่นใดจากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุข

**ผู้ป่วยนอกทั่วไป/ลูกเงิน (General case)** หมายถึง ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกหรือลูกเงินด้วยโรคทั่วไป ประเมินจากบันทึกข้อมูลประวัติเจ็บป่วยใน Visit ที่ต้องการตรวจ

**ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)** หมายถึง ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเรื้อรัง ที่ถือเป็น First Visit date คือเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วเกิน 3 เดือน ใช้ข้อมูลเจ็บป่วยจากตรวจรักษาโรคเรื้อรังครั้งแรกของปีปฏิทิน หรือ ตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปีที่ต้องการตรวจประเมิน จะใช้ข้อมูลที่พบโรคเรื้อรังครั้งนั้น

**2.9.1 แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ลูกเงิน (Medical Record Audit Guideline)** ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง แบ่งการตรวจเป็น

2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป/ฉุกเฉิน (General case) และผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)

(1) เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกรายมี 5 เรื่อง มีเกณฑ์ให้คะแนน 7 ข้อแต่ละเรื่อง ได้แก่

1. Patient's profile
2. History
3. Physical examination
4. Treatment/Investigation
5. Follow up (เฉพาะ โรคเรื้อรังและโรคทั่วไปที่นัดมารักษาต่อเนื่อง)

(2) เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง มีเกณฑ์ให้คะแนน 7 ข้อ ได้แก่

1. Operative Note
2. Informed consent

(3) ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

**2.9.2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน** โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์

1) Patient's Profile : ข้อมูลผู้ป่วย เป็นส่วนของผู้ป่วย หัวหน้างานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน (ไม่เกี่ยวข้องกับพยาบาล)

2) History : ประวัติการเจ็บป่วย ที่รับบริการในครั้งนั้น มีแนวทางการพิจารณา 8 ข้อ  
**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึก Chief complaint : อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดงและการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก underlying disease และการรักษาที่ได้รับ ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีไม่มี/ไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบ underlying disease หรือไม่มีการรักษา

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึก Past illness ประวัติเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญและประวัติเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกประวัติแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆพร้อม ระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกประวัติประจำเดือน (หญิงอายุ 11-60ปี) ประวัติรับวัคซีน และ Growth development (เด็ก 0-14ปี) หรือ Social history หรือ personal history

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกประวัติใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ให้ระบุจำนวน ความถี่ ระยะเวลาที่ใช้ (เด็ก ให้ซักประวัติการใช้สิ่งดังกล่าวของบุคคลในครอบครัว)

#### หมายเหตุ

(1) เกณฑ์การประเมินในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติ หรือไม่สามารถซักประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA

(2) ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

3) Physical examination : การตรวจร่างกาย

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยคุณ หรือ เคาะ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่ สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (Within normal limit)

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยคลำ หรือ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่ สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (Within normal limit)

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึก Pulse rate, respiration rate และ temperature ทุกราย

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึก Blood pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ให้พิจารณาตามปัญหาของผู้ป่วย กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกน้ำหนักทุกราย และส่วนสูงในกรณีต่อไปนี้

(1) เด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

(2) ผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูง ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) วางแผนการรักษา เช่น ให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีสรุปการวินิจฉัยโรค สอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลตรวจร่างกาย

4) Treatment / Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการสั่งและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน Standing นั้น

(1) กรณีที่ไม่มีการสั่งตรวจ ให้เป็น NA

(2) ไม่ผ่านเกณฑ์ : ไม่มีบันทึกสั่งตรวจ แต่มีผลตรวจ หรือมีบันทึกสั่งตรวจแต่ไม่มีผล



(3) กรณีที่ผลการตรวจนั้น ได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องระบุ

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณี ที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “Admit.....”

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ จำนวนยาที่สั่งจ่าย กรณีไม่มีการสั่งยา ให้เป็น NA

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือภาวะเจ็บป่วย หรือ การปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณี ที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

**เกณฑ์ข้อที่ 5** กรณีมีการส่งปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา กรณีที่ไม่มีการส่งปรึกษา ให้เป็น NA

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือรับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ ให้เพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีส่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีระบุเหตุผล การใช้ยา

5) Follow up : การตรวจติดตาม

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกการวินิจฉัย โรคที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก Vital signs หรือ การตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คลำ เคาะ ฟัง)

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นและมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษา อยู่ในโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการสั่งและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือตรวจอื่นๆการสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น standing order ต้องมีหลักฐาน Standing นั้น

หมายเหตุ (1) กรณีที่ไม่มีการสั่งตรวจ ให้เป็น NA

(2) ไม่ผ่านเกณฑ์: ไม่มีบันทึกสั่งตรวจแต่มีผล และมีบันทึกสั่งตรวจ แต่ไม่มีผล

(3) กรณีมีผลตรวจที่ได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องระบุ

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up ครั้งต่อไปกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้เป็น NA

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้/ชื่อแพทย์/ผู้รับผิดชอบระบุได้ว่า เป็นผู้ใด

หมายเหตุ ให้เพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีสิ่งชี้ชวนออกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีระบุเหตุผลชี้ยา

6) Operative note : บันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ มีเอกสารที่ใช้ประเมินดังนี้

1. เอกสารที่บันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการหรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการผ่าตัดหรือหัตถการ ในการรับบริการครั้งนั้น โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ

2. ตำแหน่งที่บันทึก มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

2.1 ใน OPD Card ใน visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ

2.2 แบบฟอร์มการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ

2.3 ส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของ Operative note

2.4 กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลเพียงบางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัดหรือหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมิน

2.5 แนวทางพิจารณาว่าหัตถการใด ต้องบันทึก ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

2.5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด

2.5.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effective Thai DRDs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึงห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังนี้

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non OR procedure (Effective Thai DRDs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อและนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative findings)

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative Procedures)

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกวิธีการให้ยาหรือยาระงับความรู้สึก

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post-Operative Diagnosis) รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ต้องมีการติดตามผล Pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผลPathology” / “รอผลชิ้นเนื้อ”

**เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกวันเดือนปีและเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกด้วยลายมืออ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด สามารถระบุว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

7) Informed consent : บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อและนามสกุลผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน

**เกณฑ์ข้อที่ 2**-มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีอายุน้อยกว่า 18 ปี(ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรืออยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้น กรณีดังนี้

1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉินหรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันที ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

2) กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียวและมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมได้โดยตนเองได้ ต้องระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”ควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน ระบุชื่อ นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่มีผู้ป่วยหลายคน ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยหลายคน”) ยกเว้น เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น เจาะ HIV บันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

โดยสังเขป

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการผ่าตัด หรือหัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

**2.10 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบบเจาะเฉพาะ (Focus Charting)** จำเป็นต้องใช้หลักการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของหน่วยงานของตนเอง เพื่อให้ทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินมีความเข้าใจตรงกันทั้งแบบบันทึกทางการแพทย์และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ที่กำหนด จึงจะเกิดคุณภาพของการบันทึกตามหลัก 4 C นั่นเอง รวมทั้งแนวทางการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินของหน่วยงานภายนอกซึ่งแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกรูปแบบ Focus Charting ควรมีคำชี้แจงการให้คะแนน สูตรการคำนวณ ประเภทผู้ป่วย ชื่อผู้ตรวจและวันที่ตรวจประเมิน ทั้งนี้รายการประเมินจะต้องครอบคลุมกระบวนการพยาบาล หลัก 4 C ได้แก่ ครอบคลุม ถูกต้อง ต่อเนื่อง ชัดเจน และหลักการบันทึกด้วยรูปแบบเจาะเฉพาะ (Focus Charting) ทั้ง 2 ส่วน อันได้แก่ ส่วนประเด็นสำคัญ และส่วนที่เป็นเนื้อหาที่ใช้แบบ AIE ดังนี้

#### 2.10.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (A:Assessment)

- 1) ข้อมูลผู้ป่วยที่งานผู้ป่วยนอก (HN/ชื่อ สกุล/อายุ/วันเดือนปี/เวลา)
- 2) การประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย (เร่งด่วน กึ่งเร่งด่วน ปกติ)
- 3) อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Chief complaint)
- 4) ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness)
- 5) ประวัติโรคประจำตัวและยาที่ใช้ประจำ (Underlying disease)
- 6) ประวัติเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับเจ็บป่วยครั้งนี้ (Past Illness)
- 7) ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมี
- 8) ประวัติการมีประจำเดือนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-60 ปี
- 9) ประวัติการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี
- 10) ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด (ระบุความถี่ ระยะเวลา)
- 11) สัญญาณชีพ (อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ ความดันโลหิต)
- 12) น้ำหนักตัว ส่วนสูง
- 13) ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

- 14) ผลการประเมินความเจ็บปวด ในรายที่มาด้วยปัญหาการเจ็บปวด
- 15) ผลหรือข้อมูลจากการประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย
- 16) ลายมือชื่อผู้บันทึกและตำแหน่ง ที่อ่านได้ว่าผู้บันทึกเป็นใคร

2.10.2 **จุดเน้นทางการพยาบาล (F:Focus)** เป็นข้อมูลที่มีการระบุปัญหา สะท้อนประเด็นสำคัญ อาการของการมารับบริการในครั้งนี้ ซึ่งสามารถเขียนได้เป็นวลี ประโยค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

### 2.10.3 **การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล (I:Implementation)**

- 1) บันทึกกิจกรรมสอดคล้องและครอบคลุมปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยจุดเน้นทางการพยาบาล และการรักษาที่ได้รับ
- 2) บันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก สอดคล้องกับกิจกรรมที่ให้
- 3) คำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตัว สังเกตอาการที่สอดคล้องกับการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (A:Assessment) และ จุดเน้นทางการพยาบาล (F:Focus)
- 4) กรณีที่มีการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้ใช้การประเมินที่ใบอนุญาตให้ทำการรักษาหรือทำผ่าตัดและหัตถการ ร่วมด้วย โดยต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้

(1) ลายมือชื่อผู้รับบริการ ลายมือชื่อพยานทางผู้รับบริการ โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้รับบริการให้ชัดเจน ถ้าไม่มีพยานให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”

(2) บันทึกความจำเป็นและข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

(3) บันทึกสิ่งที่พบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ

(4) ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมตำแหน่ง และลายมือชื่อ

พยานของผู้ให้ข้อมูลที่อ่านได้ว่าผู้บันทึกเป็นใคร

### 2.10.4 **การประเมินผลทางการพยาบาล (E:Evaluation)**

- 1) มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ โดยสอดคล้องกับประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (A:Assessment) และ จุดเน้นทางการพยาบาล (F:Focus)
- 2) แผนการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการนัดตรวจติดตามอาการด้วย
- 3) ลายมือชื่อผู้บันทึกและตำแหน่ง ที่อ่านได้ว่าผู้บันทึกเป็นใคร

สำหรับการให้คะแนนและสูตรการคำนวณคะแนนที่ได้ เพื่อให้ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินนำไปทบทวนร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพตามที่กำหนด

การให้คะแนน สามารถกำหนดได้เป็น 2 คะแนนโดยถือการบันทึกได้ตามรายการที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์ ได้แก่ บันทึกได้ตามเกณฑ์ ได้ 1 คะแนน และถ้าบันทึกไม่ได้ตามเกณฑ์ไม่ได้คะแนน คือ 0 คะแนน ส่วนที่ไม่จำเป็นต้องบันทึก ก็ไม่ต้องนับคะแนน ซึ่งผู้ประเมินควรบันทึกในช่องรายการประเมินนั้นๆ ด้วยคำว่า “NA” และไม่ต้องนำไปรวมเป็นคะแนนเต็ม

สูตรการคำนวณคะแนนที่ได้ เป็นการประเมินคุณภาพการบันทึกทั้งด้านปริมาณ และด้านคุณภาพตามหลัก 4 C คือหาค่าร้อยละดังสูตร

$$= \frac{\text{คะแนนที่ได้} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม-คะแนนที่ไม่จำเป็นต้องบันทึก (NA)}}$$

### 3. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย

#### 3.1 กระบวนการพยาบาล

##### 3.1.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

ปัจจุบันมีการตื่นตัวในการปรับปรุงและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้วิชาชีพพยาบาลก้าวหน้า คือประสิทธิภาพการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีการใช้อย่างถูกต้องตามระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการพยาบาล จึงมีผู้ให้ความหมายของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ไว้ ดังนี้

Iyer et al. (1995) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีพื้นฐานกรอบแนวคิดทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

Mary Ellen Murray & Leslie D. Atkinson (1994) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาล เป็นวิธีการคิดของพยาบาล เป็นพื้นฐานและลักษณะเฉพาะของการพยาบาล เป็นทักษะที่จำเป็น เกิดขึ้นมาเป็นเวลานาน นับตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของวิชาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาจนชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ พยาบาลจะใช้ทั้ง 5 ขั้นตอนทุกครั้งที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ไม่ว่าจะระยะเวลาที่ติดต่อกับผู้รับบริการจะสั้นเพียงใด พยาบาลที่มีความชำนาญมากๆ จะใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับไม่สามารถแยกแยะแต่ละขั้นตอนออกจากกันได้ชัดเจน

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมีทักษะทางสติปัญญา กระบวนการตัดสินใจ ความคิดสร้างสรรค์ ตลอดจนมีความรู้ ความเข้าใจซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติและวิชาชีพพยาบาล

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2546) กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่วิชาชีพพยาบาลใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยมีการพัฒนาขั้นตอนขึ้นเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่เทียบเคียงได้กับขั้นตอนแก้ปัญหาเชิงวิทยาศาสตร์ พยาบาลต้องใชการย้อนคิดทุกขั้น จึงต้องมีกระบวนการปฏิบัติที่แสดงการวิเคราะห์ด้วยกระบวนการคิด ไม่ใช่การปฏิบัติอย่างอัตโนมัติหรือด้วยความเคยชิน

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ล้อมอำนาจ และวิพร เสนารักษ์ (2550) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ถูกต้องตาม

ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อวางแผนการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และเอกสิทธิ์ในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) กล่าวว่าไว้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบ ระเบียบสำหรับการวางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นวิธีการที่พยาบาลจะนำมาปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างครอบคลุมเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนตามแนวคิดของไอเยอร์และคณะ (1995) ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

อุบลวรรณ เสวตเสรณี (2552) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบ ระเบียบ มีขั้นตอน มีความเป็นพลวัต เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แสดงถึงการปฏิบัติในระดับวิชาชีพและเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Implementation) และ 5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation)

อรนันท์ หาญยุทธ (2557) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ใช้เหตุผล การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลทุกคน ที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกลักษณะงานบริการพยาบาลอย่างมีระบบ มีขั้นตอนที่ต่อเนื่อง แก่ผู้ใช้บริการทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ครอบคลุม เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล พยาบาลจะต้องใช้ทั้ง 5 ขั้นตอนทุกครั้งที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ไม่ว่าจะระยะเวลาที่ติดต่อกับผู้รับบริการจะสั้นเพียงใดในช่วงเวลารับบริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก

### 3.1.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล มีความสำคัญต่อการศึกษา การบริหาร การวิจัย และการแสวงหาความรู้ของวิชาชีพ เป็นเครื่องมือหรือแนวทางของการปฏิบัติที่สามารถนำมาแยกแยะให้เห็นขั้นตอน เป็นเหตุเป็นผล ความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล ( สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลีมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์, 2550) มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล ดังต่อไปนี้

#### 1) ความสำคัญต่อผู้รับบริการ

(1) ช่วยผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าสุขภาพของเขาอยู่ภายใต้การดูแลของเขา (วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ, 2538) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Individualized care) เพราะแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันคือมีลักษณะเฉพาะตน อันประกอบด้วย ร่างกาย บุคลิกภาพ วัฒนธรรม สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความคาดหวังและความรู้ที่ประกอบกันเป็นพื้นฐานเฉพาะบุคคล มีความต้องการที่แตกต่างกัน จึงต้องกำหนดการพยาบาลเฉพาะรายบุคคล ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเดียวกัน อยู่ในวัยเดียวกัน ได้รับการรักษาเหมือนกัน ก็ไม่อาจใช้แผนการพยาบาลแบบเดียวกันได้ การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลจึงเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นรายบุคคลที่มีประสิทธิภาพ

(2) ช่วยผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (Continuity of care) การวางแผนการพยาบาล จะกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ปฏิบัติการพยาบาลและมีการบันทึกที่ถูกต้องสมบูรณ์ จะทำให้ทีมรับรู้กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติไปแล้ว ติดตามประเมินผลการพยาบาล หรือใช้ในการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเมื่อมีปัญหาอุปสรรค ไม่สามารถตอบสนองปัญหาหรือความต้องการผู้รับบริการไม่ได้

(3) ช่วยผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive of care) จากพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลโดยการรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ วิเคราะห์ปัญหาความต้องการอย่างครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กิจกรรมพยาบาลที่กำหนดขึ้นก็จะครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

(4) ทำให้การดูแลผู้รับบริการมีคุณภาพสูงขึ้นช่วยให้ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีประสิทธิผลโดยสอดคล้องกับความต้องการและเกิดความพึงพอใจ

## 2) ความสำคัญต่อพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ช่วยทำให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ ใช้ความรู้ ทักษะ ตัดสินใจ แก้ปัญหาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาลทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด ช่วยพัฒนาความคิดเชิงเหตุผลได้เป็นอย่างดี ช่วยสร้างความมั่นใจพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (ดวงเดือน ไชยน้อย, 2544 นัยนา ทองทวน, 2555) พยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้พยาบาลใช้ความคิดเป็นหลัก ทำงานเป็นระบบ ตื่นตัวใช้ความรู้ความสามารถอยู่บนพื้นฐานของการคิดเชิงวิชาการที่น่าเชื่อถือ มากกว่าการทำงานที่มุ่งเน้นงานประจำ ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจและพึงพอใจต่องานที่ทำ (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551)

## 3) ความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลทำให้คุณภาพการพยาบาลสูงขึ้น มีการยอมรับการพยาบาลในฐานะวิชาชีพมากขึ้น แทนการยอมรับพยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ส่งเสริมให้พยาบาลคิดค้นทำวิจัยมากขึ้น ส่งผลให้ความรู้ทางการพยาบาลกว้างขวาง เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2548) ทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อันจะนำมาซึ่งชื่อเสียงของวิชาชีพโดยภาพรวมด้วย



กระบวนการพยาบาลจึงมีคุณค่า เพิ่มคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้การพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยมีสุขภาพดีตามศักยภาพแต่ละคน และยังเป็นยุทธวิธีที่ทำให้พยาบาลเกิดความคิดสร้างสรรค์ ปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วนตามบทบาท ส่งผลให้ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ ยอมรับ เชื่อถือ ไว้วางใจบทบาทของพยาบาล เกิดภาพลักษณ์ที่ดี มีผลให้พยาบาลเกิดกำลังใจ มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้กระบวนการพยาบาล แสดงออกถึงความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพ (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551)

### 3.1.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ใช้หลักการแก้ปัญหาตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551; นัยนา ทองทวน, 2555) สรุป 5 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล เป็นการรวบรวมข้อมูลอัตนัยและปรนัยของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ อาศัยทักษะการสังเกต สัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลแตกต่างกัน ดังนี้

ฟาริดา อิบราฮิม (2550) สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2540) กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ พยาบาลรวบรวมข้อมูล โดยยึดกรอบแนวคิดแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ 11 อย่างของกอร์ดอน ได้แก่ 1) แบบแผนการรับรู้และการจัดการด้านสุขภาพ 2) แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญ 3) แบบแผนการขับถ่ายเพื่อการขับถ่ายของเสีย ความสมดุลของร่างกาย 4) แบบแผนการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย 5) แบบแผนการเรียนรู้และการรับรู้ 6) แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ 7) แบบแผนอัตมโนทัศน์และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง 8) แบบแผนความสัมพันธ์ในบทบาท 9) แบบแผนการแสดงออกทางเพศและการสืบพันธุ์ 10) แบบแผนการปรับตัวและความคงทนต่อความเครียด และ 11) แบบแผนความเชื่อและค่านิยม ช่วยให้เห็นขอบเขตการดำรงชีวิตของคนที่สนองต่อความต้องการหรือรักษาคุณภาพทางกายภาพและจิตสังคม ซึ่งบุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความปกติหรือผิดปกติของแบบแผนทางด้านสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน

ฟาริดา อิบราฮิม (2550) สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2540) กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ พยาบาลรวบรวมข้อมูล โดยยึดกรอบแนวคิดแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ 11 อย่างของกอร์ดอน ได้แก่ 1) แบบแผนการรับรู้และการจัดการด้านสุขภาพ 2) แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญ 3) แบบแผนการขับถ่ายเพื่อการขับถ่ายของเสีย ความสมดุลของร่างกาย 4) แบบแผนการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย 5) แบบแผนการเรียนรู้และการรับรู้ 6) แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ 7) แบบแผนอัตมโนทัศน์และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง 8) แบบแผนความสัมพันธ์ในบทบาท 9) แบบแผนการแสดงออกทางเพศและการสืบพันธุ์ 10) แบบแผนการปรับตัวและความคงทนต่อความเครียด และ 11) แบบแผนความเชื่อและค่านิยม ช่วยให้เห็นขอบเขตการดำรงชีวิตของคนที่สนองต่อความต้องการหรือรักษาคุณภาพทางกายภาพและจิตสังคม ซึ่งบุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความปกติหรือผิดปกติของแบบแผนทางด้านสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน

พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2524) กล่าวว่า การรวบรวมข้อมูลการพยาบาล ใช้แนวคิดที่คนคือหน่วยชีวิตสังคมที่มีเอกลักษณ์ มีลักษณะเฉพาะตน และยึดหลักว่าลักษณะทางสุขภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้รับบริการ ความต้องการดูแลตนเองของผู้รับบริการในรูปของการรักษาความสามารถของผู้รับบริการ การขาดความรู้ที่จะให้การดูแลตนเอง

อารี ชิวเกษมสุข (2551) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล รวบรวมข้อมูลผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ 1) รวบรวมข้อมูล 2) ตรวจสอบข้อมูล 3) จัดกลุ่มข้อมูล และ 4) บันทึกข้อมูล และแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1) ประเมินสภาพขั้นต้น 2) ประเมินสภาพระยะต่อเนื่องและ 3) ประเมินสภาพซ้ำ

นัยนา ทองทวน (2555) กล่าวว่า การประเมินสภาพแรกเริ่ม เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล รวบรวมข้อมูลผู้รับบริการทุกแง่มุมเพื่อให้ได้ทราบภาวะสุขภาพทั้งที่ดีและเบี่ยงเบนไป ทำให้สามารถวางแผนทางช่วยเหลือผู้รับบริการได้ดี นอกจากนี้การประเมิน

สภาพยังแทรกอยู่ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เน้นตอบสนองของผู้รับบริการต่อปัญหาสุขภาพหรือภาวะสุขภาพ ไม่ใช่โรคหรือการรักษา มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล (Collecting data) 2) การตรวจสอบข้อมูล (Validating data) 3) การจัดรวบรวมข้อมูล (Organizing data) และ 4) การรายงานและการบันทึกข้อมูล (Reporting and record data) ถ้าการประเมินภาวะสุขภาพผิดพลาดหรือบกพร่อง จะทำให้แผนการพยาบาลนั้นไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ เป็นข้อมูลที่ได้จากซักประวัติความเจ็บป่วย ประเมินสภาพด้านกาย-จิตสังคม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สรุปได้ว่า หน่วยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย มีการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) ตามแนวคิดแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบ แผนของกอร์ดอน โดยการบันทึกข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเฉพาะราย ตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ในส่วน A : Assessment หรือ การประเมินทางการพยาบาล ได้แก่

1. ข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก ได้แก่ Hospital number / ชื่อ-นามสกุล / อายุ / วันเดือนปี / เวลา
2. การประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ เร่งด่วน (Urgent) กึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgent) และปกติ (Non Urgent)
3. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล (Chief complaint) และเวลาที่เกิดอาการ
4. ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness) มีประวัติการรักษาและอาการ
5. ประวัติโรคประจำตัว (Underlying Disease) ยาที่ใช้ประจำรวมถึงยาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin) หรือวาฟาริน (Wafarin)
6. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness)
7. ประวัติการแพ้ยา ประวัติการแพ้อาหาร ประวัติการแพ้สารเคมี บันทึกด้วยปากกามีกีสแดง และให้ระบุสิ่งที่แพ้
8. ประวัติประจำเดือน ในผู้หญิงอายุ 11-60 ปี
9. ประวัติการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี
10. ประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ให้ระบุความถี่ ระยะเวลาที่ใช้
11. สัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ถ้ามีประวัติมีไข้ ต้องบันทึกอุณหภูมิร่างกายด้วย
12. บันทึกน้ำหนักร่างกาย ส่วนสูง ผลการประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Score) ทุกราย
13. ผลการประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain Score) ในรายที่มาด้วยปัญหาเจ็บปวด
14. ผลการตรวจร่างกายที่ตรงประเด็นปัญหา (ถ้าสามารถทำได้)

## 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) มีนักวิชาการ

หลายท่านได้กล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ดังนี้

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2550) การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่สองของกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ แปลความหมาย สรุปข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการระบุภาวะสุขภาพหรือปัญหาของผู้รับบริการ ต้องอาศัยความรู้ ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2550) กล่าวว่า แนวทางของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาเหนือ (The North America Nursing Diagnosis Association) หรือเรียกย่อว่า NANDA ข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคำว่า “เนื่องจาก” เป็นตัวเชื่อมข้อความทั้งสอง แบ่งรูปแบบการเขียนเป็น 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 ผู้ใช้บริการมีภาวะสุขภาพดี จะเขียนเป็น ภาวะสุขภาพดี+ เนื่องจาก+ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยเสริม

รูปแบบที่ 2 คาดว่าผู้ให้บริการจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะมีปัจจัยเสี่ยง จะเขียนเป็น เสี่ยงต่อการเกิด+ปัญหาสุขภาพ+เนื่องจาก+ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยเสี่ยง

รูปแบบที่ 3 ผู้ใช้บริการมีปัญหาสุขภาพ จะเขียนเป็น ปัญหาสุขภาพ+ เนื่องจาก + ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา

ฟาริดา อิบราฮิม (2546) กล่าวว่า การนำกรอบมโนคติทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางวินิจฉัยการพยาบาล ทำให้เข้าใจภาวะสุขภาพคนแบบองค์รวมในง่ายที่สุด คือกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ถ้าพยาบาลเข้าใจตรงกันในกรอบมโนคติและนำไปใช้ในการพยาบาลได้ไม่แตกต่างกัน เป็นผลดีต่อพยาบาลที่เข้าใจปัญหาสุขภาพก่อนให้การพยาบาลได้สอดคล้องกลมกลืนกัน

อารี ชิวเกษมสุข (2551) พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) กล่าวว่า การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการตัดสินใจ สรุปปัญหาและสาเหตุที่ได้มาจากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินภาวะสุขภาพใช้ความรู้ที่ทักษะตัดสินใจทางคลินิก คิดอย่างมีวิจารณญาณ ลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วยข้อความ 3 ส่วนคือ ปัญหา (problem) เนื่องจาก (related to) สาเหตุ (etiology) หรือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (related factor)

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) กล่าวว่า การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวทางที่มีเป้าหมายให้พยาบาลแก้ไขปัญหาสุขภาพ สามารถกระทำได้โดยอิสระภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ถ้าพยาบาลไม่มีการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลและขั้นตอนอื่นๆนั้นดำเนินต่อไปได้ยาก

Ampaporn (2011) กล่าวว่า การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการดึงข้อมูลที่ผิดปกติออกมาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ นำมาจัดกลุ่มปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย แล้วตั้งปัญหาการดูแลตาม List ของ Nursing Diagnosis

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2556) ยวดี เกตุสัมพันธ์ (2555) กล่าวว่า การวินิจฉัยการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) จะใช้คำว่า “Focus” เขียนเป็นคำหรือวลี เป็นข้อมูลสื่อสารสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้พยาบาลระบุประเด็นสำคัญ

ของผู้ป่วยได้กว้างขวาง ระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษาที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางพิจารณา จากความต้องการของผู้ป่วย (Patient concern) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) พฤติกรรมของผู้ป่วย (Behavior) การรักษา/การตอบสนองของผู้ป่วย (Treatment and Response) บรรยายสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน ความก้าวหน้าต่อเป้าหมายการตอบสนองต่อการดูแลรักษา เขียนได้หลายวิธี ทุกวิธีต้องสื่อสารชัดเจน ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นจริง มีโอกาสเกิด เสี่ยงต่อการเกิด หรืออาจเกิด

สรุปได้ว่า หน่วยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย บันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล ในส่วนของ “F : Focus หรือ จุดเน้นทางการพยาบาล ” ตามหลักการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ( Focus Charting ) โดยให้พยาบาลสามารถจะเลือกเขียน ไม่ว่าจะ เป็น คำ วลี หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงการวางแผนการพยาบาลไว้ดังนี้

ฟาริดา อิบราฮิม (2546) กล่าวว่า การวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สามของกระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนการนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บอกปัญหาสุขภาพ และนำมาจัดลำดับตามความสำคัญก่อนและหลัง โดยเรียงจากปัญหาที่คุกคามชีวิต ความปลอดภัยจนถึงดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) กล่าวว่า การวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้องในการป้องกัน บรรเทา การแก้ไขปัญหาสุขภาพ และ/หรือตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการตามที่ระบุไว้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศและคณะ (2550) แผนจะเริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่มีความสำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว

อรนันท์ หาญยุทธ (2557) การเขียนแผนการพยาบาล (Nursing care Plan) กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพเน้นความเป็นปัจเจกบุคคล

อารี ชิวเกษมสุข (2551) การวางแผนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การวางแผนขั้นต้น การวางแผนระยะต่อเนื่อง และการวางแผนเพื่อจำหน่าย

สรุปได้ว่า หน่วยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย มีการบันทึกการวางแผนทางการพยาบาลได้ทั้งในส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลหรือจุดเน้นทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้รับบริการแต่ละราย หรือตามสถานการณ์ในขณะปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่ต้องใช้ระยะเวลาที่จำกัด กับภาระงานที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก โดยอาจจะไม่มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลก็ได้

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลไว้ดังนี้

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2550) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่สี่ของกระบวนการพยาบาล เป็นการนำแผนการพยาบาลที่เขียนไว้ไปปฏิบัติ ต้องอาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล

อารี ชิวเกษมสุข (2551) กล่าวว่า พยาบาลต้องกระทำให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพผู้ใช้บริการ โดยใช้ทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านสติปัญญา (Cognitive / Intellectual skill) ทักษะระหว่างบุคคล (Interpersonal skill) และทักษะด้านเทคนิค (Technical skill)

Ampaporn (2011) กล่าวว่า เป็นการวางแผนแก้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามหลักวิชาการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างถูกต้องและปลอดภัย ไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษา ครอบคลุม 4 มิติของการพยาบาล เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและญาติ

สรุปได้ว่า หน่วยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย ส่วนของการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลนั้น กำหนดให้ระบุกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้อง ครอบคลุมกับอาการและปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งมีการเฝ้าระวังอาการและ/หรือวัดสัญญาณชีพ ตามสภาพผู้รับบริการให้เหมาะสม และสัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ บันทึกให้เป็นปัจจุบันตามอาการในขณะนั้น บันทึกลงในแบบฟอร์มส่วนของการพยาบาล/ให้คำแนะนำ (I: Implementation) ผู้บันทึกสามารถระบุกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ตามที่ปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลาที่จำกัด และให้สอดคล้องกับปัญหาที่ได้จากผู้ป่วยหรือการประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งผู้บันทึกสามารถเลือกหัวข้อที่กำหนดไว้แบบรายการ (Check list) ได้แก่ การให้ความรู้ก็สามารถบันทึกชื่อโรคที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว บันทึกกิจกรรมที่ต้องการให้มีการดูแลหรือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยและปัญหาตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บันทึกประเภทอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ บันทึกชื่อยาที่มีความเสี่ยงหรือต้องมีการเฝ้าระวังหลังใช้ยา บันทึกกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ในรายที่มีการประเมินว่ามีปัญหาด้านดังกล่าวเท่านั้น การพักผ่อนที่เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันหรือเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ บันทึกคำแนะนำให้มาตรวจตามนัด บันทึกชื่อของแผนพับที่ให้แก่ผู้รับบริการหลังอธิบายหรือสาธิต รวมทั้งบันทึกการบริหารยาทั้งยาฉีด ยากิน ยาหยอดตา ยาหยอดหู การทำแผล และบันทึกกิจกรรมพยาบาลอื่นๆที่ปฏิบัติจริง

5) การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงการประเมินผลทางการพยาบาลไว้ดังนี้

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) กล่าวว่า การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล ใช้ตรวจสอบผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ผลที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ว่ามีผลทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่กำหนดไว้ในจุดมุ่งหมายการพยาบาลหรือไม่ ตรวจสอบดูว่าผลที่ได้จากการกระทำนั้นตรงกับผลที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือไม่ ดังนั้นต้องมีเกณฑ์มาตรฐาน

ไว้เปรียบเทียบหรือตรวจสอบเพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ เกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวนี้คือเกณฑ์การประเมินผลในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล

อรนันท์ หาญยุทธ (2557) กล่าวว่า การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นการประเมินผลทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการสร้างมาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผลการปฏิบัติการพยาบาล

Ampaporn (2011) กล่าวว่า การประเมินผลทางการพยาบาลเป็นการประเมินผลว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยนั้น ช่วยแก้ปัญหาได้อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรเปลี่ยนแปลงแก้ไขอย่างไร และผลเป็นอย่างไร มีความสำคัญมากเนื่องจากการประเมินคุณภาพประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหของผู้รับบริการ สามารถกระทำได้ทั้งในขณะปฏิบัติการพยาบาลหรือสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาล โดยการแปลผลข้อมูลสามารถสรุปได้ 3 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการพยาบาล (Actual outcome) แสดงออกในทิศทางเดียวกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมินผล (Outcome criteria) แปลว่าปัญหาได้รับการแก้ไขสมบูรณ์ 2) พฤติกรรมผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาลแสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลที่รวบรวมจากการประเมินครั้งแรกแปลว่าปัญหายังคงอยู่ ยังไม่ได้รับการแก้ไข ต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล และ 3) พฤติกรรมผู้รับบริการที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาลแสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม จะต้องทำการประเมินผู้รับบริการและวางแผนการพยาบาลสำหรับปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า หน่วยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย มีการบันทึกการประเมินผลทางการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาล ในส่วน “ การประเมินผลทางการพยาบาล (E : Evaluation) ” โดยมีรายการ (Check list) ให้เลือกหัวข้อว่า ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องตามคำแนะนำ หรือปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่มีส่วนบันทึกผลการดูแลรักษาพยาบาล ปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ครบถ้วนเพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้นำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการบันทึกวันที่และเวลาของการนัดติดตามอาการ การรับไว้ในนอนในโรงพยาบาล หรือการส่งต่อไปรักษาต่อที่หน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่า การนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทุกลักษณะงานบริการพยาบาล อย่างมีระบบ มีขั้นตอน และมีความต่อเนื่องให้แก่ผู้รับบริการทั้งระดับ

บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ความครอบคลุม เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงเอกลักษณ์และความเป็นวิชาชีพพยาบาล

### 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) ปี พ.ศ.2540 มีสภาการพยาบาลเป็นองค์กรทำหน้าที่กำกับดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีขอบเขตงานในวิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาล การประกอบวิชาชีพพยาบาล อาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะ (สภาการพยาบาล, 2541) และปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะสำคัญของงานบริการผู้ป่วยนอก 2) มาตรฐานการบริหารงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก 3) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก และ 4) เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ ไปถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา 2) การพยาบาลในระยะตรวจรักษา 3) การพยาบาลในระยะหลังตรวจรักษา 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การสร้างเสริมสุขภาพ 6) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ 9) การบันทึกทางการพยาบาล (สภาการพยาบาล 2541)

การพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทุกภาวะสุขภาพทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพทุกวัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก ให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ ในคลินิกโรคทั่วไปและคลินิกเฉพาะทาง พยาบาลที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกจะต้องใช้ความรู้ ทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานและเฉพาะทาง การสื่อสาร การถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพ ประเด็นสำคัญพยาบาลวิชาชีพจะต้องบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ข้อมูลผู้ใช้บริการให้เป็นลายลักษณ์อักษร อย่างเป็นระบบ แสดงถึงการให้บริการพยาบาลตามอาการทางคลินิกของผู้ใช้บริการได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ต่อเนื่อง ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดบริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอก สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายและสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มี 3 ระยะ (พัชรี เนียมศรี และธัญริดี จิรสินธิปก, 2551) ดังนี้

**3.2.1 การพยาบาลในระยะก่อนตรวจรักษา** ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการคัดกรอง พยาบาลสามารถให้การดูแลช่วยเหลืออาการเบื้องต้นได้ทันทีตามลำดับความรุนแรงหรือเร่งด่วนของการเจ็บป่วย โดยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระยะเฉียบพลัน มีการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง มีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ภาวะเสี่ยงทางคลินิกตลอดระยะเวลาที่เข้ารับบริการในหน่วยงาน อีกทั้งดูแลช่วยเหลือ บรรเทาอาการไม่

สุขภาพ อารมณ์รบกวน ลดภาวะคุกคามต่อชีวิต ปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน มีการปรับแผนดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นปัจเจกบุคคล

**3.2.2 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา** พยาบาลให้การดูแล เอื้ออำนวยให้มีสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เสมอภาค ตั้งแต่เข้ารับการตรวจรักษาตามลำดับ ยกเว้นผู้ที่มีอาการเร่งด่วน/รุนแรงที่ต้องส่งดูแลต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที โดยต้องมีการระบุนความถูกต้องของตัวบุคคลทุกขั้นตอน ให้การช่วยเหลือแพทย์ จัดทำที่เหมาะสม ไม่เปิดเผยร่างกายบริเวณมิดชิด คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวในการตรวจพิเศษ ทำผ่าตัดหรือหัตถการรวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจ เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัวได้ซักถามประเด็นที่สงสัยจากการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล

**3.3.3 การพยาบาลในระยะหลังตรวจรักษา** การประสานการส่งต่อให้ผู้ให้บริการได้รับบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับโรค การเจ็บป่วย อธิบายถึงเหตุผล ความจำเป็น ขั้นตอนบริการ เช่น รับไว้รักษาในโรงพยาบาล การตรวจพิเศษ นัดมาตรวจซ้ำ ส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งต่อไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ส่งต่อไปรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นแนวทางให้บริการแก่ผู้รับบริการทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ให้ครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้มีการคัดกรองภาวะสุขภาพ การแยกประเภทความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค การช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรค การให้การพยาบาลก่อนตรวจ การพยาบาลขณะตรวจ และการพยาบาลหลังตรวจ ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป คลินิกตรวจโรคเฉพาะทาง รวมทั้งมีการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องชัดเจน ครบถ้วน และครอบคลุมกระบวนการพยาบาล

### 3.3 บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถาบันวิชาการเฉพาะโรค สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ให้บริการด้านการรักษา ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศ กำหนดวิสัยทัศน์ดังนี้ “ เป็นสถาบันที่เป็นเลิศด้านโรคเรื้อนระดับนานาชาติและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับชาติภายในปี 2563 ” มีพันธกิจ ดังนี้ พัฒนาวิชาการด้านโรคเรื้อน โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ถ่ายทอดองค์ความรู้ ส่งเสริมสนับสนุน ให้เครือข่ายสามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด มีค่านิยมโดยยึดหลักร่วมกับกรมควบคุมโรค เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ค่านิยมประกอบด้วย สมรรถนะหลัก ( Core Competency ) " I SMART " ได้แก่ I : Integrity คือการยึดมั่น



ยืนหยัด ซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้ S : Service Mind คือการมีจิตใจในการให้บริการ M : Mastery คือการทำงานอย่างมืออาชีพ A : Accountability/ Transparency คือการปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส และรับผิดชอบ R : Relationship คือการมีน้ำใจ ใจเปิดกว้าง เป็นพี่เป็นน้อง T : Teamwork คือการทำงานเป็นทีม และสมรรถนะที่จำเป็นตามภารกิจของกรมควบคุมโรค (Functional competency) ซึ่งกรมควบคุมโรคกำหนดไว้จำนวน 3 สมรรถนะ ได้แก่ หลักระบาดวิทยา (Epidemiology) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development/R2R) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2558)

ปัจจุบันสถาบันราชประชาสมาสัย เปิดให้บริการเพิ่มเติม ทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเรื้อน อีกทั้งยังมีภารกิจดูแลผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการควบคุมดูแล มีปริมาณที่ลดน้อยลง ดังนั้นสถาบันฯจึงเปิดให้บริการดูแลรักษาพยาบาลทั้งงานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานอาชีวเวชศาสตร์ งานอุบัติเหตุ จุกเลนและ งานการพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ทั้งนี้หน่วยงานผู้ป่วยนอกมีแพทย์เฉพาะทางจักษุ แพทย์เฉพาะทางหู คอ จมูก แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมตกแต่ง แพทย์เฉพาะทางโรคผิวหนัง จึงเปิดให้บริการแยกเป็นหน่วยงานผู้ป่วยนอกเฉพาะทางตามสาขาเฉพาะทางของแพทย์ดังกล่าว

#### 3.4 ลักษณะผู้รับบริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย

หน่วยงานผู้ป่วยนอกของสถาบันราชประชาสมาสัย เปิดให้บริการตามวันและเวลาราชการ ยกเว้นวันหยุดราชการและวันนักขัตฤกษ์ มีบริการคลินิกโรคผิวหนังนอกเวลาราชการในวันเสาร์และวันอาทิตย์เฉพาะเวลา 07.00-12.00 น.เพื่อรองรับผู้รับบริการที่ไม่สามารถมารับบริการในวันและเวลาราชการได้ หน่วยงานผู้ป่วยนอกของสถาบันราชประชาสมาสัย มี 6 แห่ง คือ หน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ หน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อหา และ หน่วยงานการพยาบาลชุมชน

จำนวนผู้รับบริการหน่วยงานผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 64,050 ราย กลุ่มโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก (TOP 5) ของหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ โรคสะเก็ดเงิน (PSORIASIS) โรคข้อเข่าเสื่อม (OSTEOARTHRITIS OF KNEE) โรคต้อกระจก (CATARACT) โรคประสาทหูเสื่อม (SENSORINEURI HEARING LOSS) และโรคเบาหวาน (DIABETES MELLITUS) (กลุ่มการพยาบาล, 2558)

#### 3.5 บทบาทของพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย

กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย จัดอัตรากำลังพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก อย่างน้อย 3 คนต่อหน่วยงาน ตามลักษณะงานและจำนวนผู้รับบริการ มีพยาบาลผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งหมด 32 คน (กลุ่มการพยาบาล, 2559) หัวหน้า

หน่วยงานผู้ป่วยนอกแต่ละแห่งจะเป็นผู้มอบหมายงานในหน่วยงาน โดยแบ่งเป็นด้านบริหาร บริการ และวิชาการ ซึ่งหัวหน้าหน่วยงานทำหน้าที่บริหารการพยาบาล ทั้งนี้ต้องทำหน้าที่บริการ และวิชาการไปพร้อมกันด้วย และมอบหมายงานในแต่ละวันตามจุดบริการแก่สมาชิกทีมของ หน่วยงาน เพื่อให้งานบริการคุณภาพการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้รับบริการปลอดภัยและมีความ พึงพอใจ

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ของกลุ่มการ พยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย มีดังนี้

3.5.1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ทำหน้าที่คัดกรอง ประเมินสภาพผู้รับบริการ แรกรับ (Assessment) โดยแยกประเภทผู้รับบริการเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทปกติ (Non urgent) ประเภทกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgent) และประเภทเร่งด่วน (Urgent) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse fall score) ประเมินความเจ็บปวด (Pain score) ชัก ประวัติเจ็บป่วยตั้งแต่อาการสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัวและยาที่ ใช้ประจำ ประวัติแพ้ยา ประวัติแพ้อาหาร ประวัติแพ้สารเคมี ประวัติประจำเดือนในผู้หญิงอายุ 15- 60 ปี ประวัติรับวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี ประวัติดื่มสุรา ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติใช้สารเสพติด ตาม เกณฑ์ที่กำหนด จึงรวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อมูลทั้งอ้อมนัยและปรนัย บันทึกลงในแบบบันทึกการ ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (FO-HA-005-REV01) ในส่วน A: Assessment (การประเมินทางการ พยาบาล) และกำหนดประเด็นสำคัญในการมาโรงพยาบาลครั้งนี้ บันทึกในส่วน F: Focus (จุดเน้น ทางการพยาบาล) ซึ่งอาจจะมีมากกว่า 1 ประเด็นปัญหาก็ได้ พร้อมกับลงชื่อและตำแหน่งของผู้ บันทึกให้สามารถอ่านออกได้ชัดเจน

3.5.2 การพยาบาลระยะขณะตรวจ เป็นการทำหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจ รักษา เช่น จัดท่าทางในการตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การทำหัตถการ การปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น พยาบาลจะต้องบันทึกการให้การพยาบาลในส่วน I:Implementation (การพยาบาล/ให้ คำแนะนำ) ของแบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (FO-HA-005-REV01) ซึ่งพยาบาลที่ทำ กิจกรรมพยาบาลควรเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง ดังนั้นในส่วนนี้จะมีลายมือชื่อผู้บันทึกได้หลายคน เนื่องจากผู้รับบริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอก อาจไปรับบริการที่มากกว่า 1 จุด

3.5.3 การพยาบาลระยะหลังตรวจ เป็นการทำหน้าที่ให้ข้อมูล การให้คำแนะนำการ ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาที่เป็นอยู่ การเตรียมตัวในการมาตรวจตามนัด การสาธิต การฝึกทักษะ รวมทั้งการประเมินผลการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ การฝึกปฏิบัติตาม คำแนะนำ รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาล การรับไว้ในนอนในโรงพยาบาล การส่งต่อ ดังนั้น จึงบันทึก

ข้อมูลดังกล่าวในส่วน E: Evaluation (การประเมินผลทางการพยาบาล) พร้อมกับลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกให้สามารถอ่านออกได้ชัดเจน

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลและผลของการพัฒนาคู่มือ มีผู้ศึกษาวิจัยหลายท่าน ดังนี้

วัชรินทร์ รัตนสาร (2543) ศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าคุณภาพการบันทึกการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับดี ขึ้นตอนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับพอใช้ พบว่าสิ่งที่ทำให้สะดวกในการบันทึกคือการมีคู่มือการบันทึก การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก

พรศิริ พันธสี และรัชนี นามจันทร์ (2549) ศึกษาการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยได้สมบูรณ์ขึ้น สามารถเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล โดยเสนอแนะให้มีนโยบาย มีคณะกรรมการ มีเอกสาร ตำรา คู่มือ เพื่อเป็นแนวทางเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ได้สะดวกและรวดเร็ว ให้มีการประชุมนิเทศแก่พยาบาลใหม่ทุกคน มีพยาบาลที่เลี้ยงระยะแรกๆของการปฏิบัติงาน

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ศึกษาการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ระบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วยวิธีการบันทึก แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน และคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ช่วยทำให้บันทึกได้รวดเร็ว ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

ฤดี น้าสูงเนิน (2552) ศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลและเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกและความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล (Focus Charting Record) ในหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลปักธงชัย พบว่า รูปแบบบันทึกการพยาบาล (Focus Charting) ของโรงพยาบาลปักธงชัย ประกอบด้วย วิธีการบันทึก แบบฟอร์มการบันทึกและคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกตาม

กระบวนการพยาบาล ทำให้บันทึกได้รวดเร็ว ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

พรรณมณี ชันเงิน (2554) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting in MICU โรงพยาบาลสกลนคร ทดลองใช้แบบบันทึก Focus List และ Focus Note แบบการเขียนผังความคิดรวบยอด (Critical Thinking) วัดผลคุณภาพการบันทึก 3 ด้านได้แก่ การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย (Assessment) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล (Evaluation) พบว่าคุณภาพการบันทึกแบบใหม่ Focus Charting (AIE Format) มีค่าคะแนนร้อยละ 93 แต่ยังคงขาดความชัดเจน พยาบาลมีความพึงพอใจเห็นด้วยร้อยละ 93.45 ยังไม่มีความมั่นใจ ต้องการการนิเทศติดตามจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง การบันทึก Focus Charting ช่วยลดระยะเวลาการบันทึกน้อยลง ทำให้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติได้มากขึ้น ลดความกังวลเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลไม่ทันเวลา ทุกคนมีความสุขกับการทำงาน มีความเห็นทำให้ใช้การบันทึกแบบ Focus Charting ต่อไป ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารได้ดี ประหยัดเวลา สะท้อนปัญหาการดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น

นัยนา ทองทวน (2555) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชริราชสงคราม อุบลราชธานี พบว่า ได้รู้รูปแบบการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน เสนอแนะให้มีการจัดหาสนับสนุนต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสาร คู่มือปฏิบัติ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อช่วยให้พยาบาลใช้สืบค้นข้อมูล ทบทวนความรู้และอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

จิตติขวัญ นวมะชิตี (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบปัญหาด้านรูปแบบบันทึกแบบ SOAP ที่ใช้อยู่เดิมขาดความต่อเนื่อง ไม่ครบองค์รวม หลังจากพัฒนารูปแบบการบันทึก Focus Charting ที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล มีการอบรมให้ความรู้ มีคู่มือการบันทึก พบว่า ได้รู้รูปแบบและแนวทางบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น ด้านการใช้เวลาบันทึกของงานผู้ป่วยในไม่มีความแตกต่างกัน

นันทพร กวางแก้ว (2555) ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าได้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานรูปแบบ APIE (Assessment Plan Intervention Evaluation) ตามมาตรฐานสำนักการพยาบาลและแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก / ฉุกเฉินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2553 ซึ่งเหมาะสมกับสภาพการนำไปใช้ได้จริง เกิดคุณภาพของการบันทึกอยู่ในระดับพอใช้ การประเมิน

สภาพผู้ป่วยแรกอยู่ในระดับดีมาก ส่วนระดับปรับปรุงคือ ระบุปัญหาผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการดูแลต่อเนื่อง ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลและศึกษาผลการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าในประเทศไทยมีงานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบต่างๆ อาทิเช่น รูปแบบบรรยาย รูปแบบมุ่งปัญหา และรูปแบบชี้เฉพาะ ซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่ง ได้นำการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะมาใช้กันอย่างแพร่หลายด้วยมีลักษณะยืดหยุ่น นำไปใช้ได้กับทุกหน่วยบริการ ช่วยสะท้อนกระบวนการพยาบาล เป็นการบันทึกสั้นๆ กระชับ เข้าใจง่าย ลดเวลาในการบันทึก ลดความซ้ำซ้อนซึ่งเหมาะกับงานผู้ป่วยนอก ที่มีระยะเวลาบริการจำกัด ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารได้ดี ประหยัดเวลา สะท้อนปัญหาการดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลดีและมีคุณภาพตามไปด้วย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ป่วยนอกที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นหัวหน้าหน่วยงานและเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ที่ต้องประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้วย จึงสนใจที่จะพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอกใช้เป็นแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล ช่วยสะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้บันทึก เพื่อเกิดประโยชน์ในการพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ดีต่อไป



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก และ 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 6 หน่วยงาน ได้แก่ 1) หน่วยงานผู้ป่วยนอก จักษุ 2) หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ 3) หน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก 4) หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 5) หน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อหา และ 6) หน่วยงานการพยาบาลชุมชน รวมทั้งหมด 30 คน ยกเว้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก และหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อหาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาที่เกิดตัวแปรแทรกซ้อน อาจทำให้มีผลต่อการดำเนินการวิจัยได้ (สมจิต ปทุมานนท์, 2546)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย มีพยาบาลจำนวนทั้งหมด 32 คน พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก จะเป็นผู้บันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะด้วย ผู้ศึกษาจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) (วิลโลว์ กุศลวิศิษฐ์กุล, 2553)

เกณฑ์คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอก และเป็นผู้บันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ในแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก
2. เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป
3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. เป็นพยาบาลที่ไม่อยู่ในอัตรากำลังปกติหรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาลเสริมในหน่วยงานกลุ่มตัวอย่าง
2. เป็นพยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้เนื่องจากติดภารกิจ ได้แก่ การประชุม การอบรม การสัมมนานอกสถาบันราชประชาสมาสัย หรือมีการลาทุกประเภทระหว่างมีการนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดระดับความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา มีความสอดคล้องทางวิชาการ ด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง ด้านการใช้ภาษา ด้านรูปแบบของคู่มือ และด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ โดยกำหนดระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ เป็นข้อคำถามแบบเปิด จำนวน 3 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคู่มือที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ และด้านอื่นๆ

### 2.2 การพัฒนาและการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

1) **สำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบ  
เฉพาะของหน่วยงานผู้ป่วยนอก** จากรายงานประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มการ  
พยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558

2) **ศึกษาปัจจัยนำเข้า**

(1) ค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระบวนการพยาบาล  
นโยบายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและ  
ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย  
หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะ และแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก /  
ฉุกเฉิน ปี 2557

(2) สรุปประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะ  
เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะในการปฏิบัติการ  
พยาบาลผู้ป่วยนอก ได้ดังนี้

ก. ด้านวิธีการบันทึก พบว่า บันทึกไม่ถูกต้อง บันทึกไม่ครบถ้วน  
บันทึกไม่ต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยงกับการรักษาของสหสาขาวิชาชีพ บันทึกไม่ชัดเจน ใช้ภาษาพูด  
มากกว่าภาษาเขียน

ข. ด้านคู่มือ พบว่า ไม่มีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะ  
สำหรับงานผู้ป่วยนอก ไม่มีตัวอย่างการบันทึกตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

(3) ผู้ศึกษากำหนดแนวทางการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล  
รูปแบบเฉพาะ ให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พบ ได้แก่ คู่มือบรรจุ  
ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล  
ผู้ป่วยนอก ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะสำหรับงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิด  
กระบวนการพยาบาล โดยมีกรณีศึกษาของผู้ป่วยทั้ง 4 ประเภทตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ปี 2557

(4) นำประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแนวทางการพัฒนา  
คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะ เสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการ  
พยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อให้ความเห็นชอบในการพัฒนาคู่มือการบันทึก  
ทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะที่ใช้ในงานผู้ป่วยนอก

3) **การพัฒนาคู่มือ** ผู้ศึกษาได้สร้างคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบ  
เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง  
ประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเฉพาะ โดยมีการพัฒนาคู่มือ 4 ขั้นตอน ดังนี้



### **ขั้นตอนที่ 1** กำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์ ขอบเขตเนื้อหา รูปภาพ

(1) กำหนดวัตถุประสงค์ จำนวน 3 ข้อ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มที่พัฒนาขึ้น โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่ได้ศึกษากลุ่มมือ สามารถอธิบายความหมายและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้ มีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล และสามารถประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกมาประยุกต์ใช้ได้

(2) กำหนดขอบเขตเนื้อหา จัดหารูปภาพ ร่างเนื้อหา เรียงลำดับเนื้อหา จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่ วัตถุประสงค์การจัดทำคู่มือ บทนำ มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะ แนวทางการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

**ขั้นตอนที่ 2** ออกแบบคู่มือ ร่างคู่มือ โดยการออกแบบรูปเล่มเป็นหนังสือ พับให้มีขนาดกะทัดรัด ใส่สันปกแบบห่วงเกลียวหรือกระดุกงูเพื่อช่วยให้พยาบาลผู้ป่วยนอกสามารถนำไปใช้อ้างอิงในการบันทึก เปิดใช้งานได้สะดวก และหยิบใช้ได้ง่าย โดยมีปกหน้าปกหลังที่ใส่รูปภาพสวยงามเป็นการกระตุ้นความสนใจของพยาบาล และร่างคู่มือตามขอบเขตเนื้อหา มีรูปภาพประกอบให้เหมาะสมกับเนื้อหา

**ขั้นตอนที่ 3** ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ศึกษานำร่างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะที่พัฒนาขึ้นไปพบอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จนกว่าจะถูกต้องและเหมาะสม จึงจะนำไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการบันทึกทางการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสถาบันราชประชาสมาสัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องของเนื้อหา จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ คำนำ สารบัญ บทนำ วัตถุประสงค์ มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก กระบวนการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะ ตัวอย่างบันทึกกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยทั่วไป ตัวอย่างบันทึกกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวอย่างบันทึกกรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยนัดติดตามอาการ ตัวอย่างบันทึกกรณีศึกษาที่ 4 ผู้ป่วยมีท่าผ่าตัด/หัตถการ แนวทางการประเมินบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก

มาตรฐาน และเอกสารอ้างอิง และกำหนดระดับความคิดเห็นและการให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อข้อความ แต่ละข้อโดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

ไม่สอดคล้องทางวิชาการ	ให้	1	คะแนน
สอดคล้องทางวิชาการน้อย	ให้	2	คะแนน
สอดคล้องทางวิชาการค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
สอดคล้องทางวิชาการมาก	ให้	4	คะแนน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านให้ความคิดเห็นและให้คะแนนมาแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนเฉพาะข้อที่มีคะแนน 3 และ 4 เท่านั้น คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) รายข้อโดยใช้สูตร (Polit & Beck, 2008) ดังนี้

$$\text{สูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ส่วนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นและให้คะแนน 1 และ 2 ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไข และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบอีกจนกว่าจะมีความตรงตามเนื้อหาและความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่า I-CVI (ค่าที่ CVI ที่ได้จากการพิจารณารายข้อ หรือ Item) ค่า CVI ที่ดี ควรมีค่า > .80 ถ้าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านมีความเห็นตรงกัน ค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 จึงจะถือว่าเนื้อหานั้นมีความตรงตามเนื้อหา เป็นที่ยอมรับ

จากข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ให้ความเห็นและให้คะแนน ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) รายข้อ ได้เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่า CVI ที่ดี ผู้ศึกษาจึงนำคู่มือที่พัฒนาขึ้น ไปพบกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out)

**ขั้นตอนที่ 4 จัดพิมพ์ เวิร์กบุ๊ก** โดยผู้ศึกษานำร่างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซึ่งผล CVI ที่ได้เป็นที่ยอมรับจึงนำไปจัดพิมพ์ 4 สี ใส่ปกหน้าและปกหลัง หุ้มปกพลาสติกเพิ่มความแข็งแรง เข้าสันปกแบบห่วงเกลียวและกระดุกงู เพื่อนำไปทดลองใช้ (Try out)

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

1) ศึกษาเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับความรู้สึกเชิงบวก เพื่อนำมาเป็นแนวคิดในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

2) ผู้ศึกษาร่างข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แบ่งเป็นรายด้านจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาที่มีความสอดคล้องทางวิชาการ 2) ด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง 3) ด้านการใช้ภาษา 4) ด้านรูปแบบของคู่มือ และ 5) ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ จำนวน 14 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์มากที่สุด (ร้อยละ 81-100)

4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์มาก (ร้อยละ 61-80)

3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์ปานกลาง (ร้อยละ 41-60)

2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์น้อย (ร้อยละ 21-40)

1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์น้อยที่สุด (ร้อยละ 1-20)

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้นนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ตามค่าคะแนนเฉลี่ย แบบประมาณค่าเป็น 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณารากุล, 2533) โดยมีช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ เป็นข้อคำถามแบบเปิด จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อคำถาม

3) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องของภาษาของแบบสอบถาม โดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามจำนวน 27 ข้อคำถามไปพบอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องของภาษา นำไปแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและส่งอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบสิ่งที่แก้ไขปรับปรุงจนกว่าถูกต้องเหมาะสม จึงจะนำไปเสนอให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านชุดเดิมที่ตรงความตรงตามเนื้อหาของคู่มือ และใช้เกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาแบบเดียวกันในการให้ความคิดเห็นและให้คะแนนเฉพาะข้อที่มีคะแนน 3 และ 4 เท่านั้น นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) รายข้อ โดยใช้สูตร (Polit & Beck, 2008) ส่วนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นและให้คะแนน 1 และ 2 ผู้ศึกษานำไปปรับปรุงแก้ไข และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบอีกจนกว่าจะมีความตรงตามเนื้อหาและความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการคำนวณ ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) รายข้อ ได้เท่ากับ 0.96 ซึ่งเป็นค่า CVI ที่ดี

4) ผู้ศึกษาจึงนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ไปพบกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยการนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นให้พยาบาลได้ใช้ประกอบการตอบแบบสอบถามแล้วนำมาคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's coefficient) ที่จะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) ดังนั้น ผลการคำนวณเป็นที่ยอมรับได้ เนื่องจากคำนวณได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 0.86

### 3. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีขั้นตอนการพัฒนา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

#### 3.1 ขั้นตอนก่อนการพัฒนา

3.1.1 สสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะของหน่วยงานผู้ป่วยนอก จากรายงานการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย โดยการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 นำไปสรุปประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก

3.1.2 ศึกษาปัจจัยนำเข้าโดยการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระบวนการพยาบาล นโยบายการบันทึกทางการพยาบาลและการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย หลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ แนวทางการบันทึกเวช

ระเบียบผู้ป่วยนอก /ฉุกเฉิน ปี 2557 ประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พบ เพื่อนำไปกำหนดแนวทางพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งมีความต้องการแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลผู้ป่วยนอก

3.1.3 ทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาถึงประธานคณะกรรมการประจำสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล

### 3.2 ขั้นตอนการพัฒนา

3.2.1 ภายหลังจากผู้ศึกษาได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจากผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะของหน่วยงานผู้ป่วยนอก แนวทางการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

3.2.2 พัฒนาคู่มือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตเนื้อหา รูปภาพ

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบคู่มือ ร่างคู่มือ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความตรงความสอดคล้องของเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) รายข้อ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ขั้นตอนที่ 4 จัดพิมพ์คู่มือ เ้ารูปเล่ม

3.2.3 พัฒนาคู่มือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ นำไปตรวจสอบความตรงความสอดคล้องของเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) รายข้อ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

3.2.4 นำคู่มือที่พัฒนาขึ้นและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่มีค่า CVI ที่ดี คือ  $> 0.8$  ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามและนำผลการทดลองใช้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient)

### 3.3 ขั้นตอนการทดลองใช้

3.3.1 ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้คู่มือจากผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

3.3.2 ผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตวิธีใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นด้วยวิธีการบรรยาย รวมทั้งทำการชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

3.3.3 ผู้วิจัยแจกคู่มือที่พัฒนาขึ้นให้แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างคนละ 1 เล่ม เพื่อนำไปทดลองใช้เป็นแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่หน่วยงานของตนเองเป็นเวลา 2 สัปดาห์

3.3.4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการส่งคืนแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น ที่จะแจกให้หลังจากทดลองใช้ คู่มือครบ 2 สัปดาห์แล้ว โดยตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ใส่ซองน้ำตาลที่ผู้วิจัยจัดเตรียม ให้แล้ว ปิดผนึกให้เรียบร้อย และส่งคืนผู้วิจัยตามที่อยู่ที่ผู้วิจัยระบุไว้หน้าซอง หลังวันที่ได้รับ แบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์

### 3.4 ขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์

3.4.1 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ นำไปจัดทำหัตถ์แบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง นำไปบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.4.2 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ด้วยค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากนำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

4.1 รวบรวมแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น โดยนัดหมายการรับแบบสอบถามคืนภายใน 7 วัน หลังจากแจกแบบสอบถาม

4.2 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปจัดทำหัตถ์แบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อหรือหน่วยงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

4.3 นำข้อมูลทั้งหมดไปบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## 5. การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัย มีการพิทักษ์สิทธิของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

5.1 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจง โครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการขอความร่วมมือจากผู้วิจัยก่อนดำเนินการทดลอง

5.2 ให้เวลาแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง อย่างเป็นทางการเป็นอิสระในการตอบแบบสอบถามที่อาจจะทำให้เกิดความไม่สะดวกหรืออึดอัดใจ ไม่สบายใจในการตอบ หรือจะต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดการใช้คู่มือ และขอความร่วมมือในการส่งมอบคืนแบบสอบถามที่ตอบอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ภายใน 1 สัปดาห์หลังจากวันที่ได้รับแบบสอบถาม

5.3 แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา แบบถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ จะถูกนำไปจัดทำรหัสแบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง บันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

5.4 กรณีที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ผู้วิจัย โดยมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง ซึ่งพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการวิจัยครั้งนี้

5.5 กรณีที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างต้องการข้อมูลเพิ่มเติมทั้งประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง รับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลนั้นจะรับรู้เฉพาะผู้วิจัยและพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น มีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต

5.6 กรณีที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ให้ร้องเรียนไปยังคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โทรศัพท์ 02-5048102 อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โทรศัพท์ 081-694-4050 หรือ ทาง e-mail : [trenukar@hotmail.com](mailto:trenukar@hotmail.com)

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ มีรายละเอียด ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ด้วยค่า  
แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ต่อคู่มือที่พัฒนา ด้วยสถิติ  
เชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ด้วยค่าแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษา เรื่องการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2560 รวมระยะเวลา 2 ปี ผู้วิจัยจึงขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

ตอนที่ 2 คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ตอนที่ 3 ผลการใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

3.1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ

3.2 ข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล**

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 6 หน่วยงาน ของสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 30 คน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
อายุเฉลี่ย 46.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.37 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 59 ปี		
30-39 ปี	8	26.67
40-49 ปี	8	26.67
50-59 ปี	14	46.66
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>เพศ</b>		
ชาย	1	3.33
หญิง	29	96.67
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2	6.70
ปริญญาตรี	24	80.00
ปริญญาโท	4	13.30
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
ปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์	3	
ปริญญาโทสาขาวิทยาศาสตร์	1	
เฉพาะทาง	2	(พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
<b>บทบาทในการปฏิบัติงานปัจจุบัน</b>		
หัวหน้าหน่วยงาน	4	13.33
ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	26	86.67
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอก (ปี)</b>		
ระยะเวลาเฉลี่ย 6.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.29 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 37 ปี		
1-2 ปี	11	36.67
3-4 ปี	6	20.00
5-7 ปี	5	16.67
8-10 ปี	3	10.00
มากกว่า 10 ปี	5	16.66
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>การอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ</b>		
เคย	27	90.00
ไม่เคย	3	10.00
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>ปีที่ได้รับการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ</b>		
ปี 2555	6	22.22
ปี 2556	3	11.11
ปี 2557	10	37.04
ปี 2558	2	7.41
ปี 2559	4	14.81
ปี 2560	2	7.41
<b>รวม</b>	<b>27</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.67 อายุเฉลี่ย 46.47 ปี มีอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 46.66) ระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.00) รองลงมาคือระดับปริญญาโท (ร้อยละ 13.30) เฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 2 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ 83.3) ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 6.7 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 1-2 ปี (ร้อยละ 36.67) ได้รับการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ร้อยละ 90 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555-2560 ส่วนใหญ่อบรมในปีพ.ศ. 2557 (ร้อยละ 37.04)

## ตอนที่ 2 คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

2.1 การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาคู่มือดังกล่าวโดยกำหนดแนวทางการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4.2 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 ประเด็นปัญหาและการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	แนวทางการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
<b>1. วิธีการบันทึก</b>	
1.1 บันทึกไม่ถูกต้อง	1.1 มีการให้ความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในคู่มือและมีตัวอย่างการบันทึกแบบ AIE (assessment Intervention Evaluation) ใน 5 อันดับแรกของกลุ่มโรคที่สำคัญของหน่วยงานผู้ป่วยนอก และตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กรณีศึกษาในผู้ป่วยทั่วไป โรคเรื้อรัง นัดติดตามอาการ และผู้ป่วยทำผ่าตัด/หัตถการ
1.2 บันทึกไม่ครบถ้วน	1.2 กำหนดประเด็นการบันทึก ให้ตรวจสอบความครบถ้วน โดยมีแบบประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้พยาบาลสามารถตรวจสอบความสมบูรณ์ได้ด้วยตนเอง
1.3 บันทึกไม่ต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยงกับการรักษาของสหสาขาวิชาชีพ	1.3 มีตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล เชื่อมโยงกับข้อมูลการดูแลรักษาของสหสาขาวิชาชีพ

## ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์	แนวทางการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์
1.4 บันทึกไม่ชัดเจน ใช้ภาษาพูดมากกว่าภาษาเขียน	1.4 มีการให้ความรู้และตัวอย่างการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ (assessment) จุดเน้นทางการแพทย์ (Focus) โดยใช้ศัพท์ทางการแพทย์ และรายการจุดเน้น (Focus List) ที่พบบ่อยในงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ตัวอย่างบันทึก Intervention และ Evaluation
<b>2. คู่มือการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบชี้เฉพาะ</b>	
2.1 ไม่มีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์สำหรับงานผู้ป่วยนอก	2.1 พัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยให้เหมาะกับแบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของสถาบันราชประชาสมาสัย มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก
2.2 ไม่มีตัวอย่างการบันทึกตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	2.2 มีการให้ความรู้เรื่องเกณฑ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ปี 2557 และตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วย 4 ประเภทในผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยนัดติดตามอาการ และผู้ป่วยทำผ่าตัด/หัตถการตามเกณฑ์ที่กำหนด

จากตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่า ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มี 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านวิธีการบันทึก คือ บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ไม่ชัดเจน และ 2) ด้านคู่มือ คือ ไม่มีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบชี้เฉพาะสำหรับงานผู้ป่วยนอก และไม่มีตัวอย่างการบันทึกตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแนวทางพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบชี้เฉพาะในการ

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ได้แก่ คู่มือบรรจุกnowledgeเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบที่ เฉพาะสำหรับงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัยตามแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลใน การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมีกรณีศึกษาของผู้ป่วย 4 ประเภทตามเกณฑ์ของการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ลูกเงิน ปี 2557

**2.2 คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบที่เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก**  
ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลจากการวิเคราะห์ประเด็น ปัญหาและแนวทางการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบที่เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยนอก มีขั้นตอนการพัฒนาคู่มือ 4 ขั้นตอน ดังนี้

### **2.2.1 ขั้นตอนที่ 1 กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตเนื้อหาและรูปภาพ**

1) กำหนดวัตถุประสงค์การจัดทำคู่มือจำนวน 3 ข้อ เพื่อให้สอดคล้องในการ พัฒนาคู่มือ ดังนี้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก (1) สามารถอธิบายความหมายและ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้ (2) มีแนวทางบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบที่เฉพาะที่ ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล และ (3) สามารถประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วย นอกโดยนำหลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบที่เฉพาะมาประยุกต์ใช้ได้

2) กำหนดขอบเขตเนื้อหา จัดหารูปภาพ ร่างเนื้อหา เรียงลำดับเนื้อหา จำนวน 11 เรื่อง ดังนี้ (1) วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือ (2) บทนำ (3) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และ ผดุงครรภ์เกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล (4) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก (5) กระบวนการพยาบาล (6) การบันทึกทางการพยาบาล (7) ตัวอย่างบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ ที่เฉพาะ (Focus Charting) (8) แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (9) การประเมินคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก (10) บทสรุป และ (11) เอกสารอ้างอิง

### **2.2.2 ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบคู่มือ ร่างคู่มือ**

1) ออกแบบรูปเล่มเป็นหนังสือพับ 2 หน้าต่อหน้ากระดาษ เอ 4 เป็นขนาด กะทัดรัด มีความกว้าง 29.7 เซนติเมตร สูง 21 เซนติเมตร เมื่อพับครึ่งและตัดกระดาษ นำไปเข้าสัน ปกแบบห่วงเกลียว และแบบกระดูกงู อย่างละ 15 เล่ม ทำให้สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการบันทึก เปิดได้สะดวก หยิบใช้ได้ง่าย

2) ออกแบบปกหน้า ปกหลัง เป็นกระดาษสีที่ใช้ถ่ายเอกสารคุณภาพสูงขนาด เอ 4

3) ร่างคู่มือ บรรจุเนื้อหาทั้ง 11 เรื่อง มีภาพประกอบให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใช้กระดาษสีขาว ขนาด เอ 4 พิมพ์ 4 สี ใช้ตัวอักษรแบบ Jasmine UPC ขนาด 14 พ้อยท์ (Point) กำหนดการเว้นระยะห่างของตัวอักษรให้เหมาะสมและสวยงาม ทำให้อ่านง่าย และน่าสนใจ

### 2.2.3 ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความตรง ความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity)

1) นำร่างคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่พัฒนาขึ้นไปพบอาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องของภาษา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วจึงนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นไปพบผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ของสำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ให้คะแนนตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

2) ผู้วิจัยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อข้อความแต่ละข้อ โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Polit & Beck, 2008) ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง เนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงวิชาการมาก	ให้ 4 คะแนน
ระดับ 3 หมายถึง เนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงวิชาการค่อนข้างมาก	ให้ 3 คะแนน
ระดับ 2 หมายถึง เนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงวิชาการน้อย	ให้ 2 คะแนน
ระดับ 1 หมายถึง เนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงวิชาการ	ให้ 1 คะแนน

3) เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมีความคิดเห็นและให้คะแนนต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนำข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนระดับ 3 และ 4 มาใช้คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index : CVI) โดยใช้สูตร (Polit & Beck, 2008) ดังนี้

$$\text{สูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ส่วนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นและให้คะแนนระดับ 1 และ 2 ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะอีก ซึ่งผู้วิจัยใช้ค่า CVI ที่ได้จากการพิจารณารายข้อ หรือ Item ว่า CVI ที่ดี ควรมีค่า > 0.80 จึงได้ค่า Content Validity Index : CVI ของคู่มือที่พัฒนาขึ้นเท่ากับ 0.86 และนำไปทดลองใช้ (Try out)

### 2.2.4 ขั้นตอนที่ 4 จัดพิมพ์คู่มือ เข้ารูปเล่ม

1) ผู้วิจัยนำร่างคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการตรวจสอบตามขั้นตอนที่ 2.2.3 แล้ว นำไปจัดพิมพ์

2) จัดพิมพ์ 4 สี คู่มือมีเนื้อหาจำนวนทั้งหมด 62 หน้า ใสปกพลาสติกสีขาว ใสหุ้มทั้งปกหน้าและปกหลัง เย็บเข้ารูปเล่ม จำนวน 30 เล่ม แบ่งเป็นการเข้าสันปกแบบห่วงเกลียว และแบบกระดูกงูอย่างละ 15 เล่ม

### ตอนที่ 3 ผลของการใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ

3.1 ความพึงพอใจพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ได้จากการตอบแบบสอบถามของพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก ทั้ง 6 หน่วยงาน จำนวน 30 คน หลังจากนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่หน่วยงานของตนเองเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 16 - 29 พฤศจิกายน 2560 มีผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ดังตารางที่ 4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (n=30)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือบันทึกการพยาบาล	M	S.D.	แปลผล
1. เนื้อหา มีความสอดคล้องทางวิชาการ	4.30	0.49	มาก
1.1 กระบวนการพยาบาล	4.33	0.47	มาก
1.2 การบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะ	4.27	0.51	มาก
2. เนื้อหา มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง	4.27	0.51	มาก
2.1 เนื้อหา ความเป็นปัจจุบัน	4.27	0.51	มาก
2.2 เนื้อหา ครบถ้วน มีความยาวเหมาะสม	4.27	0.51	มาก
2.3 เนื้อหา มีความต่อเนื่อง เข้าใจง่าย	4.40	0.55	มาก
2.4 เนื้อหา มีความถูกต้อง นำไปใช้อ้างอิงได้	4.30	0.46	มาก
3. การใช้ภาษา	4.37	0.58	มาก
3.1 ใช้ภาษาถูกต้อง เหมาะสม	4.40	0.55	มาก
3.2 ภาษาที่ใช้ชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย	4.33	0.60	มาก
4. รูปแบบของคู่มือ	4.52	0.56	มากที่สุด
4.1 ปกหน้าสนใจ สื่อความหมายชัดเจน	4.50	0.56	มาก
4.2 ขนาดรูปเล่มเหมาะสม สะดวกใช้	4.53	0.56	มากที่สุด
4.3 ขนาดตัวอักษรเหมาะสม อ่านง่าย	4.37	0.55	มาก
4.4 ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา	4.30	0.64	มาก



ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือบันทึกการพยาบาล	M	S.D.	แปลผล
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ	4.48	0.59	มาก
5.1 นำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้	4.53	0.56	มากที่สุด
5.2 ทำให้มั่นใจ ช่วยให้บันทึกได้ อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และรวดเร็ว	4.43	0.62	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.37</b>	<b>0.55</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.37, S.D.0.55$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีความพึงพอใจด้านรูปแบบของคู่มือว่า มีความเหมาะสมมีประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.52, S.D.0.56$ ) ส่วนอีก 4 ด้านอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับจากค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ ( $M = 4.48, S.D.0.59$ ) ด้านการใช้ภาษา ( $M = 4.37, S.D.0.55$ ) ด้านเนื้อหาที่มีความสอดคล้องทางวิชาการ ( $M = 4.30, S.D.0.64$ ) ด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง ( $M = 4.27, S.D.0.51$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ขนาดรูปเล่มเหมาะสม สะดวกใช้ ( $M = 4.53, S.D.0.56$ ) และนำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ ( $M = 4.53, S.D.0.56$ ) ส่วนอีก 12 ข้อ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.27-4.40

### 3.2 ข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ

จากผลการสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 90.91 ซึ่งมีข้อเสนอแนะต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น จำแนกเป็นรายด้าน จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ และด้านอื่นๆ ดังนี้

#### 3.2.1 ด้านเนื้อหา มีความเห็นของพยาบาลต่อคู่มือ จำนวน 6 ข้อ สรุปได้ดังนี้

1) มีข้อดี 2 ข้อ คือ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะที่พัฒนาอ่านเข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจนดี สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกกระบวนการพยาบาลได้ ช่วยลดระยะเวลาบันทึกและเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

2) มีข้อเสนอแนะ 4 ข้อ คือ ต้องการให้เพิ่มตัวอย่างของการบันทึกทางการพยาบาลของกรณีศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญของหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยให้เหมาะสมกับลักษณะงานและจำนวนผู้ป่วยที่แตกต่างกัน แต่มีความเห็นที่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับเนื้อหาได้แก่ เนื้อหาอัดแน่นไป ให้สรุปเป็นแผนผัง (Diagram) ที่ชัดเจน และเนื้อหายังไม่ครอบคลุมถ้าต้องนำไปใช้ที่โรงพยาบาลอื่นหรือขยายผลต่อ

3.2.2 **ด้านรูปแบบ** มีความเห็นของพยาบาลต่อคู่มือ จำนวน 6 ข้อ สรุปได้ดังนี้

1) มีข้อดี 5 ข้อ คือ เป็นคู่มือที่ดีมากที่สุด รูปแบบมีสีสันสวยงาม สดใสน่ารัก น่าเปิดอ่าน ขนาดเหมาะสม กะทัดรัด พกพาง่าย หยิบใช้งานง่าย และสะดวกใช้

2) มีข้อเสนอแนะ 1 ข้อ คือ มีตัวหนังสือเล็กในบางหน้า

3.2.3 **ด้านอื่นๆ** มีความเห็นของพยาบาลต่อคู่มือ จำนวน 4 ข้อ สรุปได้ดังนี้

1) มีข้อดี 2 ข้อ คือ มีข้อความขอบพระคุณที่มีคู่มือที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีตัวอย่างให้ดู เข้าใจง่าย สามารถนำมาปฏิบัติงานได้คล่องแคล่ว

2) มีข้อเสนอแนะ 2 ข้อ คือ ต้องการให้มีตารางเปรียบเทียบของการบันทึกทางการพยาบาลแต่ละรูปแบบ เพื่อช่วยเน้นความสำคัญและทำให้ต้องการลงใช้มากขึ้น



## บทที่ 5

### สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษา เรื่อง การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและศึกษาการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่พบจริงมีรายละเอียดที่สรุปได้ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

1.1.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

###### 1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 6 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ หน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยงานผู้ป่วยนอกโรคผิวหนังและผิวหนังเนื้อหา และ หน่วยงานการพยาบาลชุมชน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

###### 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 11 เรื่อง ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือ บทนำ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผลงครรภ์ที่เกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ โดยใช้กรณีศึกษา 4 แบบ ตามเกณฑ์การบันทึก

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินปี 2557 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอก บทสรุป และเอกสารอ้างอิง รวมทั้งหมด 62 หน้า หุ้มด้วยปกพลาสติกใสทั้งปกหน้าและปกหลัง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเติมคำ และแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะ แยกเป็นรายด้านจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาที่มีความสอดคล้องทางวิชาการ ด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง ด้านการใช้ภาษา ด้านรูปแบบของคู่มือ และด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ เป็นแบบเติมคำ จำนวน 3 ข้อ

3) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และสำนวนภาษา มีการปรับปรุงแก้ไขเบื้องต้น ก่อนส่งไปที่ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ได้ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity) และคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) โดยใช้สูตร (Polit & Beck, 2008) ซึ่งได้ค่า CVI ของคู่มือเท่ากับ 0.86 และค่า CVI ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 ก่อนนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือ ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ตอบแบบสอบถามและนำมาคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86

### 1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจกคู่มือที่พัฒนาขึ้น ให้แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างคนละ 1 เล่มนำไปเป็นแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบซึ่งเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่หน่วยงานของตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในวันที่ 16 – 29 พฤศจิกายน 2560 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างคนละ 1 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามกลับคืนตามเวลาที่กำหนดคือภายในวันที่ 6 ธันวาคม 2560 จำนวน 30 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

### 1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive statistics) ด้วยค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

### 1.3 ผลการศึกษา

จากการศึกษา สามารถสรุปผล ได้ดังนี้

#### 1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกในหน่วยงานผู้ป่วยนอก 6 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ หน่วยงานผู้ป่วยนอกสัลยกรรมกระดูกและข้อ หน่วยงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อหา และหน่วยงานการพยาบาลชุมชน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.67) อายุเฉลี่ย 46.47 ปี มีช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 46.66) มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80) รองลงมาคือระดับปริญญาโท (ร้อยละ 13.30) มีผู้สำเร็จการศึกษาเฉพาะทางจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ 83.3) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกระยะเวลาเฉลี่ย 6.7 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 1-2 ปี (ร้อยละ 36.67) เคยได้รับการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในช่วงปีพ.ศ. 2555-2560 (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมในปีพ.ศ. 2557 (ร้อยละ 37.04)

#### 1.3.2 คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล หลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ และเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ปี 2557 สำหรับงานผู้ป่วยนอกที่มีผู้รับบริการปริมาณมาก มีระยะเวลาบริการที่จำกัด มีลักษณะดังนี้

1) คู่มือมีรูปเล่มเป็นหนังสือพับ 2 หน้าต่อหน้ากระดาษ เอ 4 ขนาดกะทัดรัด กว้าง 29.7 เซนติเมตร สูง 21 เซนติเมตร มีภาพประกอบให้เหมาะสมกับเนื้อหา ใช้กระดาษสีขาวพิมพ์ 4 สี ใช้ตัวอักษรแบบ Jasmine UPC ขนาด 14 พ้อยท์ กำหนดการเว้นระยะห่างตัวอักษรให้เหมาะสมและสวยงาม ทำให้อ่านง่ายและน่าสนใจ มีเนื้อหาทั้งหมด 62 หน้า หุ้มด้วยปกพลาสติกสีขาวใสทั้งปกหน้าและปกหลัง เย็บเข้ารูปเล่ม จำนวน 30 เล่ม แบ่งเข้าสันปกแบบห่วงเกลียวและแบบกระดูกงู อย่างละ 15 เล่ม

2) คู่มือ บรรจุเนื้อหาจำนวน 11 เรื่อง ได้แก่ วัตถุประสงค์การจัดทำคู่มือ บทนำ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับบันทึกทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึกทางการ

พยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ โดยใช้กรณีศึกษา 4 แบบ ตามเกณฑ์บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ปี 2557 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

3) ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกรูปแบบชี้เฉพาะ จะใช้หลักการบันทึก 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ (Focus) ใช้อ้างอิงจุดเน้นสำคัญและผลลัพธ์ (F:Focus, Goal / Outcome) และส่วนที่เป็นเนื้อหา (Progress note) ใช้การบันทึกแบบ AIE (A:Assessment I: Intervention E:Evaluation) เป็นการบันทึกที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินทางการพยาบาล (Assessment) บันทึกในส่วน A: Assessment การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) บันทึกในส่วน F:Focus การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) บันทึกในส่วน P : Goal / Outcome การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) บันทึกในส่วน I: Intervention และการประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) บันทึกในส่วน E:Evaluation จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ด้วยมีการบันทึกเฉพาะสิ่งสำคัญ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ สิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วย บันทึกเนื้อหาเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย หรือผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ไม่ใช่บันทึกการทำงานของพยาบาลหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติหลายครั้ง ที่บันทึกในแบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง (Flow sheet) จะไม่นำมาเขียนในส่วนเนื้อหา (Progress note) เพื่อลดความซ้ำซ้อนและระยะเวลาการบันทึก ยกเว้น กรณีที่มีความผิดปกติที่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม เช่น บันทึกความดันโลหิตในการประเมินสัญญาณชีพครั้งแรกแต่พบภาวะความดันโลหิตสูง สามารถนำมาบันทึกรายละเอียดได้ และในช่วงเวลาหนึ่งอาจมีจุดเน้น (Focus) หลายประเด็น นอกจากนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ปี 2557 ซึ่งเน้นคุณภาพการบันทึกในผู้ป่วยนอก 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยนอกทั่วไป (General case) และผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) ให้ได้ตามเกณฑ์ตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งหลัก 4 C ได้แก่ ความครบถ้วน (Complete) ความถูกต้อง (Correct) ความต่อเนื่อง (Continuous) และความชัดเจน (Clear)

4) คู่มือบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก สามารถใช้เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยพบป่วย 5 อันดับแรกที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ได้แก่ โรคสะเด็ดเงิน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคต่อกระดูก โรคประสาทหูเสื่อม และโรคโรคเบาหวาน โดยมีตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงสุดบริการของหน่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ โดยใช้กรณีศึกษา ตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ปี 2557 จำนวน 4 ประเภท ดังนี้ ผู้ป่วยทั่วไป (General case) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic case) ผู้ป่วยนัดติดตามอาการ (Follow up) และผู้ป่วยกรณีทำผ่าตัดหรือหัตถการ อีกทั้งมีแนวทางการ

บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ  
ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ให้มีคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ 4 C  
ดังนี้ ตัวอย่างการบันทึก Assessment / Focus ที่พบบ่อยในงานผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง 5 กลุ่มโรค / Focus  
ที่แยกเป็นด้าน Physical, Mental Spiritual และ Social Environment / Focus โดยใช้ศัพท์ทางการแพทย์ /  
Intervention ที่บันทึกเป็นคำ เป็นวลี และแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) /  
Evaluation / ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผลุงครรภ์ที่เกี่ยวกับบันทึกทางการ  
พยาบาล / แนวทางการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยให้พยาบาล  
ปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกมีทั้งแนวทางการบันทึกและแนวทางการประเมินคุณภาพการบันทึก  
ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลด้วยตนเอง ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อพยาบาลผู้บันทึก องค์กร  
พยาบาล วิชาชีพพยาบาล ทีมสุขภาพ และ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

#### 1.4 ผลการศึกษาการใช้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ในการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

##### 1.4.1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้ เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งแยกเป็นรายด้าน และรายข้อ ดังนี้

- 1) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือ ด้านเนื้อหาที่มีความสอดคล้องทาง  
วิชาการโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนรายข้อมีความพึงพอใจต่อเนื้อหากระบวนการ  
พยาบาลและการบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะ มีความสอดคล้องทางวิชาการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก
- 2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือ ด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้  
ได้จริง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนรายข้อมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาความเป็น  
ปัจจุบัน เนื้อหาครบถ้วน มีความยาวเหมาะสม เนื้อหามีความต่อเนื่อง เข้าใจง่าย เนื้อหาที่มีความ  
ถูกต้อง นำไปใช้อ้างอิงได้จริง อยู่ในระดับมาก
- 3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือ ด้านการใช้ภาษา โดยภาพรวมมี  
ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนรายข้อมีความพึงพอใจต่อการใช้ภาษาถูกต้อง เหมาะสมและภาษาที่ใช้  
ชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย อยู่ในระดับมาก
- 4) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือ ด้านรูปแบบของคู่มือ โดยภาพรวมมี  
ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนรายข้อมีความพึงพอใจต่อขนาดรูปเล่มเหมาะสม สะดวกใช้ อยู่  
ในระดับมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อปกนำเสนอ สื่อความหมายชัดเจน ขนาดตัวอักษร  
เหมาะสม อ่านง่าย และภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา อยู่ในระดับมาก
- 5) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ โดย  
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนรายข้อมีความพึงพอใจต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางการ

บันทึกได้ออยู่ในระดับมากที่สุด และประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือทำให้มั่นใจ ช่วยให้นักบันทึกได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และรวดเร็ว อยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่าค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็น รายด้าน พบว่า ด้านรูปแบบของคู่มือมีความเหมาะสม มีประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนอีก 4 ด้านอยู่ในระดับมากโดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ ด้านการใช้ภาษา ด้านเนื้อหาที่มีความสอดคล้องทางวิชาการ ด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ขนาดรูปเล่มเหมาะสม สะดวกใช้ และนำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ และมีคะแนนอยู่ในระดับมาก จำนวน 12 ข้อ

#### 1.4.2 ข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

จากผลการศึกษา พบว่าข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านเนื้อหา จำนวน 6 ข้อ พบว่าคู่มือที่พัฒนาขึ้น มีข้อดี คือ อ่านเข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจนดี สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางบันทึกกระบวนการพยาบาลได้ สอดคล้องกับคะแนนพึงพอใจด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ คือ นำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ช่วยลดระยะเวลาบันทึก เพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล เพิ่มกรณีศึกษาให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคสำคัญของหน่วยงานผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับลักษณะงานและจำนวนผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งคู่มือที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้บรรจุตัวอย่างการบันทึกแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมกลุ่มโรคที่เป็นอันดับแรกของหน่วยงานผู้ป่วยนอกทั้ง 6 หน่วยงานดังจะกล่าวในการอภิปรายผล ทั้งนี้พบข้อเสนอแนะที่ไม่เป็นในแนวทางเดียวกันในด้านเนื้อหาคือมีเนื้อหาอัดแน่นไปควรสรุปเป็นแผนผังที่ชัดเจน และเนื้อหายังไม่ครอบคลุมถ้านำคู่มือไปใช้ที่โรงพยาบาลอื่นหรือขยายผลต่อ

2) ด้านรูปแบบ จำนวน 6 ข้อ พบว่าคู่มือที่พัฒนาขึ้น มีข้อดี คือ เป็นคู่มือที่ดีมากที่สุด รูปแบบมีสีสันสวยงาม สดใส น่ารัก น่าเปิดอ่าน ขนาดเหมาะสมกะทัดรัด พกพาง่าย หยิบใช้งานง่าย สะดวกใช้ แต่พบประเด็นปัญหาของตัวหนังสือเล็กในบางหน้า

3) ด้านอื่นๆ จำนวน 4 ข้อ ได้รับข้อความว่าขอบพระคุณที่มีคู่มือที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีตัวอย่างให้ดู เข้าใจง่าย สามารถนำมาปฏิบัติงานได้คล่องแคล่ว และเสนอแนะให้มีตารางเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลแต่ละรูปแบบ ช่วยเน้นความสำคัญและทำให้ต้องการลองใช้มากขึ้น



## 2. อภิปรายผล

การศึกษา เพื่อพัฒนาคู่มือและศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยขออภิปรายผลดังนี้

2.1 คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย นอกจากการศึกษาครั้งนี้ได้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีรูปเล่มแบบหนังสือพับ ขนาดกะทัดรัด กว้าง 29.7 เซนติเมตร สูง 21 เซนติเมตร เนื้อหาจำนวน 62 หน้า พิมพ์ 4 สี มีรูปภาพประกอบ มีสีสันสวยงาม หุ้มด้วยปกพลาสติกสีขาวใส่ทั้งปกหน้าและปกหลัง เข้าสันปก 2 แบบ เป็นแบบห่วงเกลียวและแบบกระดุก ซึ่งพยาบาลผู้ใช้งานมีความพึงพอใจว่าพกง่าย เปิดใช้งานได้สะดวก เหมาะกับงานพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ต้องการความรวดเร็ว ช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกนำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติขวัญ นวมะชิตี (2557) ที่กล่าวว่า การจัดทำคู่มือการบันทึก สามารถใช้เป็นแนวทางบันทึก นำไปใช้ได้ง่าย ก่อให้เกิดความมั่นใจในการเขียน ทำให้บันทึกได้ถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล รวมทั้งการมีแนวทาง รูปแบบการบันทึกที่ชัดเจน จะทำให้มีความเข้าใจที่ตรงกันในการบันทึก การมีคู่มือบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ทำให้พยาบาลมีแนวทาง มั่นใจ สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน และครอบคลุมกระบวนการพยาบาล (Lyer & Camp, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร กวางแก้ว (2555) กล่าวว่าคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้บันทึกได้ถูกต้องครบถ้วนมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรวิมล รัตนสาร (2543) กล่าวว่าสิ่งที่ทำให้สะดวกในการบันทึกคือคู่มือการบันทึก สามารถลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก สอดคล้องกับการศึกษาของพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) กล่าวว่าคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทำให้บันทึกได้รวดเร็วและต่อเนื่อง มีผลทำให้การบันทึกมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ด้านพยาบาลผู้บันทึกมีความรู้ความเข้าใจ เห็นคุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียนทางการแพทย์ คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาลจึงมีผลต่อคุณภาพเวชระเบียนทางการแพทย์ (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2558) และเป็นรายงานที่เขียนไว้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการสื่อสารในทีมสุขภาพและผู้ดูแลผู้ป่วย ได้ทราบการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นหลักการบันทึกการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ ควรมีความครบถ้วน ถูกต้อง

ชัดเจน ต่อเนื่อง (กองการพยาบาล, 2539) ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ จนถึงสิ้นสุดบริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอก (พัชรี เนียมศรี และธัญรัตน์ จิรสินธิปก, 2551) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ที่พัฒนามาจากการผสมผสานจุดแข็งการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมที่ใช้รูปแบบ AIE (Assessment Intervention Evaluation) สามารถประเมินได้รวดเร็ว ไม่ซับซ้อน มีข้อดี คือบันทึกสั้นๆ กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีลักษณะยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยบริการพยาบาล สะท้อนกระบวนการพยาบาล มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ไชแสง โพธิ์โกสุม, 2542 ยุวดี เกดสัมพันธ์, 2552 วราภรณ์ ธาราเปี่ยม, 2555 ฐิติขวัญ นวมะชิตี, 2557) เน้นพฤติกรรมของผู้ป่วย มีโครงสร้างชัดเจน รวดเร็วในการค้นหาข้อมูล สะดวกง่ายในการบันทึกและช่วยลดเวลาในการบันทึก (Williams & Wilkin, 2003) บันทึกด้วยรูปแบบ AIE ช่วยบอกให้ทราบถึงปัญหาผู้ป่วย สิ่งที่ต้องการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (พรศิริ พันธสี, 2552) ประกอบด้วย การประเมินสภาพการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล บันทึกการดูแลต่อเนื่อง ช่วยลดภาระงาน มองเห็นปัญหาได้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน รวดเร็ว ประหยัดเวลา ในกรณีมีผู้ป่วยรับบริการปริมาณมากใช้การบันทึกนี้ประเมินผู้บันทึกได้ว่าเข้าใจหรือมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ (พวงเพชร สุริยะพรหม และสุชมาล ด้อยแก้ว, 2553) เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างมาตรฐาน เหมาะสมกับแต่ละบุคคลเป็นองค์รวม ง่าย สะดวกในการบันทึก ไม่ซ้ำซ้อน บันทึกได้อย่างต่อเนื่อง ประหยัดเวลาในการบันทึก แสดงให้เห็นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้วยข้อดีต่างๆ ของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในคู่มือที่พัฒนาขึ้นนี้ผู้วิจัยจึงมีตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลของผู้รับบริการบริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของหน่วยงานผู้ป่วยนอก (กลุ่มการพยาบาล, 2558) ได้แก่ โรคสะกิดเงิน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคต่อกระดูก โรคประสาทหูเสื่อม และโรคเบาหวาน โดยมีตัวอย่างการบันทึกตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ เริ่มจากประเมินสภาพแรกรับ การเขียน Focus หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลทางการพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาของผู้ป่วย 4 ประเภท คือ ผู้ป่วยทั่วไป (General case) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic case) ผู้ป่วยนัดติดตามอาการ (Follow up) และผู้ป่วยกรณีทำผ่าตัดหรือหัตถการ ตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก / จุกเงิน ปี 2557 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร กวางแก้ว (2555) กล่าวว่าการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานรูปแบบ APIE (Assessment Plan Intervention Evaluation) เป็นการบันทึกตามมาตรฐานสำนักงานการพยาบาลและแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก / จุกเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2553 และเหมาะสมกับสภาพการนำไปใช้ได้จริง เกิดคุณภาพของการบันทึก

ดังนั้นคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ที่พัฒนาขึ้นนี้ จึงแตกต่างจากคู่มือเดิมของกลุ่มการพยาบาลอย่างสิ้นเชิง ทั้งด้านรูปแบบ ขนาด สี สัน และตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลที่ตรงประเด็นปัญหาของหน่วยงานผู้ป่วยนอก ซึ่งคู่มือฉบับเดิมจัดทำด้วยกระดาษเอ 4 สีขาว ไม่มีรูปภาพ มีเฉพาะตัวอย่าง การบันทึกเฉพาะงานผู้ป่วยในเท่านั้น ไม่มีตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะที่ เหมาะสมกับแบบบันทึกทางการพยาบาลของงานผู้ป่วยนอกและไม่มีตัวอย่างการบันทึกตามเกณฑ์ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

**2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น**

2.2.1 มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

2.2.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีความพึงพอใจด้านรูปแบบของคู่มืออยู่ในระดับมากที่สุด และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากด้านเนื้อหา มีความสอดคล้องทางวิชาการ ด้านเนื้อหา มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง ด้านการใช้ภาษาและด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ

2.2.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีความพึงพอใจต่อขนาดรูปแบบเหมาะสม สะดวกใช้และนำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ภักดิ์ทิรา ซาลิรัญ (2554) มีความเห็นว่า คู่มือที่มีความเหมาะสมของรูปแบบ มีภาพประกอบ ภาษาและเนื้อหา มีประโยชน์ ทำให้พยาบาลที่นำคู่มือไปปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลได้ในทุกกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในเรื่องต่อไปนี้เป็นเนื้อหากระบวนการพยาบาลและการบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะมีความสอดคล้องทางวิชาการ เนื้อหา มีความเป็นปัจจุบัน เนื้อหาครบถ้วนมีความยาวเหมาะสม เนื้อหา มีความต่อเนื่อง เข้าใจง่าย เนื้อหา มีความถูกต้องนำไปใช้อ้างอิงได้ ใช้ภาษาถูกต้องเหมาะสม ภาษาที่ใช้ชัดเจนอ่านเข้าใจง่าย ปกหน้าสนใจสื่อความหมายชัดเจน ขนาดตัวอักษรเหมาะสมอ่านง่าย ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา และได้ประโยชน์จากคู่มือที่ทำให้มั่นใจช่วยให้นักบันทึกได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องและรวดเร็ว

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้นนั้น อยู่ในระดับมาก อีกทั้งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้นำคู่มือดังกล่าวไปใช้ที่หน่วยงานของตนเองด้วย ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย มีคู่มือบันทึกทางการพยาบาล เป็นแนวทางการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้งระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ และใช้สื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ อันก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้

3.1.2 จากผลการศึกษา พบว่าพยาบาลพึงพอใจต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มืออยู่ในระดับมากที่สุด คือ นำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ อีกทั้ง ส่วนที่ 3 จากข้อเสนอแนะด้านเนื้อหา พยาบาลให้ความคิดเห็นว่า ใช้เป็นแนวทางบันทึกกระบวนการพยาบาล ช่วยลดระยะเวลาบันทึก เพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล อ่านเข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจน นำไปใช้ได้ ส่วนด้านรูปแบบ พยาบาลให้ความคิดเห็นว่าเป็นคู่มือที่ดีมากที่สุด พกพาง่าย หยิบใช้ง่าย ขนาดกะทัดรัด พอเหมาะ สวย น่ารัก น่าเปิดอ่าน รูปแบบสวยงามดี มีตัวอย่างให้ดู เข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติงานได้คล่องแคล่ว จากข้อความที่กล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเชื่อว่า พยาบาลผู้ป่วยนอกมีการนำคู่มือที่ได้นั้น นำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้จริง ดังนั้นเป็นโอกาสอันดีที่ผู้บริหารทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย ที่จะดำเนินการติดตามนิเทศการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้มีคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้ตามหลัก 4 C คือบันทึกได้ครบถ้วน (Complete) ถูกต้อง (Correct) ต่อเนื่อง (Continuous) และชัดเจน (Clear) ตามหลักการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก / นุกเจิน ปี 2557

3.1.3 จากผลการศึกษา พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านนั้น พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีความคิดเห็นว่าเป็นคู่มือที่ดีมากที่สุด ขนาดพอเหมาะ สามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้วิจัยขอเสนอว่าผู้บริหารทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล ควรนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นนี้ใช้เป็นเครื่องมือในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ของกลุ่มการพยาบาล อีกทั้งใช้พัฒนาสมรรถนะพยาบาลประจำการเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ใช้เป็นเครื่องมือสะท้อนให้สหสาขาวิชาชีพ เห็นว่าพยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient – centered) จากการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ ที่มีรูปแบบที่ยืดหยุ่น เอื้อให้มีการบันทึกที่รวบรัด กระชับ ตามรูปแบบ AIE (Assessment Implementation Evaluation) ที่สามารถปรับใช้ได้กับทุกหน่วยการให้บริการพยาบาล ช่วยลดเวลาส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยได้ชัดเจน เกิดผลดีต่อองค์กรและวิชาชีพพยาบาล

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งต่อไป

ผลการศึกษารั้งนี้ ได้รู้มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อคู่มือที่พัฒนาขึ้น ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มืออยู่ในระดับมากที่สุด คือ นำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ ดังนั้น

3.2.1 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภายหลังจากใช้คู่มืออย่างน้อย 3 เดือน เพื่อติดตามข้อมูลย้อนกลับ ตามแนวคิดทฤษฎีระบบของลัดวิก วอน เบอร์ทาฟี เนื่องด้วยการบันทึกทางการพยาบาล เป็นการรายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ว่าพยาบาลทุกคนมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นคู่มือที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยให้พยาบาลที่ใช้คู่มือเป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล จะมีคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพตามหลัก 4 C คือ สามารถบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะได้ครบถ้วน ถูกต้อง ต่อเนื่อง และชัดเจน

3.2.2 ควรนำคู่มือนี้เป็นต้นแบบในการศึกษาต่อ ปรับใช้ให้เข้ากับแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอื่นๆหรือขยายผลต่อ ดังที่มีพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ อีกทั้งผู้วิจัยมีความเห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะได้ถูกนำมาใช้กันแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะภาระงานในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกนั้นมีระยะเวลาจำกัด เมื่อพยาบาลนำคู่มือฉบับนี้ไปสู่การปฏิบัติแล้ว นอกจากเกิดประโยชน์ต่อพยาบาลผู้บันทึกแล้ว ยังส่งผลเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อองค์กรพยาบาล และวิชาชีพพยาบาล ให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดอีกด้วย



**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

- กลุ่มการพยาบาล. (2558). *บันทึกทางการพยาบาล*. เอกสารประกอบการบรรยาย. (อัดสำเนา).
- จิตขวิญญู นวมะชาติ. (2557). *การพัฒนาารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus Charting) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทฉบับที่ 1 ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุญศรี ปราภมศักดิ์ และศิริพร จิรวัดนกุล. (2531). *การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ปาริชาติ โรจน์พลาก-ก๊วย และยุวดี ฤาชา. (2549). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for window*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- พาริศา อิบราฮิม. (2550). การประเมินภาวะสุขภาพ. ใน *ประมวลสาระชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล*. หน่วยที่ 11 :231-291 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- \_\_\_\_\_. (2550). การวินิจฉัยทางการพยาบาล. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล* หน่วยที่ 12 :295-361. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- \_\_\_\_\_. (2550). การวางแผนการพยาบาล. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล* หน่วยที่ 13:1-71 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พรศิริ พันธสี และรัชณี นามจันทร์. (2549). การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, ปีที่ 21 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2546 : 80-93.
- พวงรัตน์ บุญญารักษ์. (2546). *ชุมปัญหาทางพยาบาลศาสตร์* กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรีณตั้ง.
- พวงรัตน์ บุญญารักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524). *การบันทึกทางการพยาบาล: อนุกรรมการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงเพชร สุริยะพรหม และสุขุมมาล ต้อยแก้ว. (2553). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน. *วารสารกองการพยาบาล* , 37,2(พฤษภาคม-สิงหาคม).
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2556). *Focus Charting เอกสารประกอบการอบรมเรื่องบันทึกทางการพยาบาล* วันที่ 5-6 มกราคม 2556 กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย.

- พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล. (2551). *การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ยูดี เกตุสัมพันธ์. (2554). วิธีการบันทึก Focus Charting “บันทึกทางการพยาบาลที่ได้ใจ.... และความ...” ค้นคืนจาก [www.fsh.mi.th/file/nurse/nurse01.pdf](http://www.fsh.mi.th/file/nurse/nurse01.pdf) เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558
- \_\_\_\_\_. (2555). *การประเมิน Focus Charting : มุมมองเชิงมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย*. ค้นคืนจาก [www.1.si.mahidol.ac.th/nursing/sins/index.php/component/attachments/download/149](http://www.1.si.mahidol.ac.th/nursing/sins/index.php/component/attachments/download/149) วันที่ 12 สิงหาคม 2558 .
- \_\_\_\_\_. (2558). *แนวคิด หลักการ: การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ*. ค้นคืนจาก [www.1.si.mahidol.ac.th/nursing/sins/index.php/component/attachments/download/133](http://www.1.si.mahidol.ac.th/nursing/sins/index.php/component/attachments/download/133) วันที่ 12 สิงหาคม 2558.
- ศิริพร ชัมภลิจิต .(2539). *แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล*. (พิมพ์ครั้งที่ 4) สงขลา: เหมการพิมพ์
- \_\_\_\_\_. (2548). *บันทึกทางการพยาบาล: ความสำคัญและปัญหา*. ค้นคืนจาก [www.nat.au.edu/record.ppt](http://www.nat.au.edu/record.ppt). เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2558.
- วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. (2553). *การสุ่มตัวอย่างและการหาขนาดตัวอย่าง*. ในเอกสารการสอนชุดวิชา *วิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 5* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สิริเกศ ผดุงโรจน์ และปริศนา ปทุมอนันต์.(2553). *กฎหมายกับบันทึกทางการพยาบาล เอกสารประกอบการบรรยายงานมหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล* วันที่ 21 ตุลาคม 2553.
- สภาการพยาบาล. (2558). *กฎหมาย จริยธรรมและสาระสำคัญเกี่ยวกับวิชาชีพ มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. ค้นคืนจาก <http://www.tnc.or.th/page-6.html> เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2558.
- สถาบันราชประชาสมาสัย. (2558.) *ข่าวสารประชาสัมพันธ์*. ค้นคืนจาก [www.thaileprosy.org](http://www.thaileprosy.org). วันที่ 24 สิงหาคม 2558.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2551). *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). *กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้*. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15,3.



Bertalanffy LV. (1968) . *General System Theory:Foundations Development Application*. New York:George Braziller.

Iyer,P.W.and Camp.N.H.(1995). *Nursing Documentation : A Nursing Process*. Approach.2<sup>nd</sup> Ed.st.Louise:Mosby-year book, inc.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สืบราชสันตติวงศ์



**ภาคผนวก ก**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

อาจารย์นวลขนิษฐ ลีจิตลือชา	นักวิชาการพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์อุบลวรรณ เสวตเสรณี	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย
อาจารย์พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกผิวหนังและผิวหนังเนื้อหา สถาบันราชประชาสมาสัย



ภาคผนวก ข

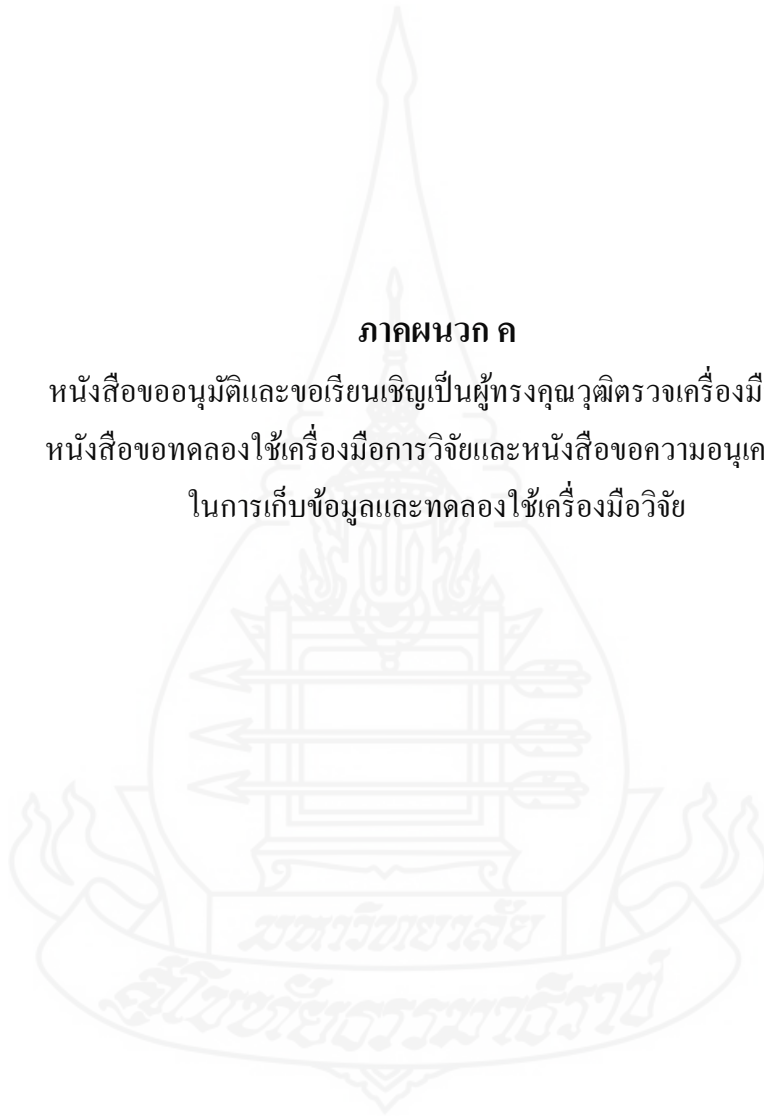
เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





**ภาคผนวก ค**

หนังสือขออนุมัติและขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย  
หนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและหนังสือขอความอนุเคราะห์  
ในการเก็บข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย





ที่ ศธ 0522.26/ว 1๒๓๑

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี  
11120

๒๓ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

ด้วย นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมี อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งแต่ 1 เดือน ขึ้นไป ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ : 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 085-908-2342 (นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข)





ที่ ศธ 0522.26/ว 1๖37

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี  
11120

๒๓ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

ด้วย นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในกรปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมี อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งแต่ 1 เดือน ขึ้นไป ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ : 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 085-908-2342 (นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย



ที่ ศธ 0522.26/ว 1636

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี  
11120

23 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

ด้วย นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมี อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่สร้างขึ้น และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอตกลงใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ : 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 085-908-2342 (นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย



ที่ ศธ 0522.26/ว 1636

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี  
11120

พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

ด้วย นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมี อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่สร้างขึ้น และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ : 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 085-908-2342 (นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข)

ภาคผนวก ง  
แบบสอบถาม



**แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อ  
คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ(Focus Charting Form)  
ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก**

**วัตถุประสงค์**

แบบประเมินฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นผู้ประเมินความคิดเห็นต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Form) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้พัฒนาคู่มือจะนำความคิดเห็นที่ได้ นำไปปรับปรุงและแก้ไข เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้คู่มือนี้ในครั้งต่อไป

**คำชี้แจง**

แบบประเมินคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Form) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี ( นับจำนวนเต็มปีบริบูรณ์)
2. เพศ
 

<input type="checkbox"/> 2.1 ชาย	<input type="checkbox"/> 2.2 หญิง
----------------------------------	-----------------------------------
3. ระดับการศึกษาสูงสุด ( ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )
 

<input type="checkbox"/> 3.1 ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 3.2 ปริญญาโท ( โปรรະบຸສາຂາ).....
<input type="checkbox"/> 3.3 อื่นๆ ( โปรรະບຸ).....	
4. บทบาทในการปฏิบัติงานปัจจุบันของท่าน
 

<input type="checkbox"/> 4.1 หัวหน้าหน่วยงาน	<input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาล
--	--
5. ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
6. ท่านเคยเข้ารับการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)
 

<input type="checkbox"/> 6.1 เคย เมื่อ ปี พ.ศ. ....	<input type="checkbox"/> 6.2 ไม่เคย
---	-------------------------------------

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ในช่อง  ตามความเป็นจริง

5 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสม และมีประโยชน์มากที่สุด (ร้อยละ 81-100)

4 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสม และมีประโยชน์มาก (ร้อยละ 61-80)

3 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสม และมีประโยชน์ปานกลาง (ร้อยละ 41-60)

2 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสม และมีประโยชน์น้อย (ร้อยละ 21-40)

1 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคู่มือที่มีความเหมาะสม และมีประโยชน์น้อยที่สุด (ร้อยละ 1-20)

รายการที่ประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับ ผู้วิจัย
	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด	
<b>1.เนื้อหาที่มีความสอดคล้องทางวิชาการ</b>						
1.1 .....						
1.2 .....						
<b>2.เนื้อหาที่มีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง</b>						
2.1 .....						
2.2 .....						
2.3 .....						
2.4 .....						
<b>3.การใช้ภาษา</b>						
3.1 .....						
3.2 .....						
<b>4. รูปแบบของคู่มือ</b>						
4.1 ปก.....						
4.2 รูปเล่ม.....						
4.3 ตัวอักษร.....						
4.4 ภาพ.....						
<b>5.ประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ</b>						
5.1 สามารถนำไปใช้ได้ทันที.....						
5.2 คาดว่านำไปใช้ในอนาคต.....						

**ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ**

**3.1 ด้านเนื้อหา**

.....

.....

.....

.....

**3.2 ด้านรูปแบบ**

.....

.....

.....

.....

**3.3 อื่นๆ**

.....

.....

.....

.....

**ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการประเมินคู่มือได้อย่างครบถ้วน  
 กรุณาส่งคืนแบบประเมินและคู่มือฉบับนี้ ภายในวันที่.....และส่งคืนตามที่อยู่  
 ด้านล่างนี้**

ชื่อผู้วิจัย.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์ .....

ID Line : .....

E-mailAddress : [kannikata@gmail.com](mailto:kannikata@gmail.com)

**ภาคผนวก จ**

คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก





## คำนำ

การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record) เป็นรายงานที่เขียนไว้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการสื่อสารในทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้ทราบการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง หลักการบันทึกที่ดีควรมีความครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน ต่อเนื่องและครอบคลุมกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดบริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2554-2558 กลุ่มการพยาบาลได้ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด จึงได้ปรับแนวทางการบันทึกโดยนำบันทึกการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) สามารถสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มีความยืดหยุ่น เอื้อต่อการบันทึก ใช้ได้ทุกหน่วยบริการลดความซ้ำซ้อน ลดระยะเวลาการบันทึก ภายในเวลาอันจำกัดของงานผู้ป่วยนอก

ผู้จัดทำ มีแนวคิดพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมากต่อผู้บันทึก องค์กรและวิชาชีพพยาบาล จึงจัดทำแนวทางการบันทึกฉบับนี้ขึ้น โดยทบทวนวรรณกรรมรวบรวมข้อมูลจาก 5 อันดับแรกของปัญหาเจ็บป่วยในผู้ใช้บริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย นำมาจัดทำฉบับร่าง โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบแก้ไขก่อนนำมาจัดพิมพ์ เพื่อให้พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอกนำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้งระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและช่วยเพิ่มคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้

กรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข

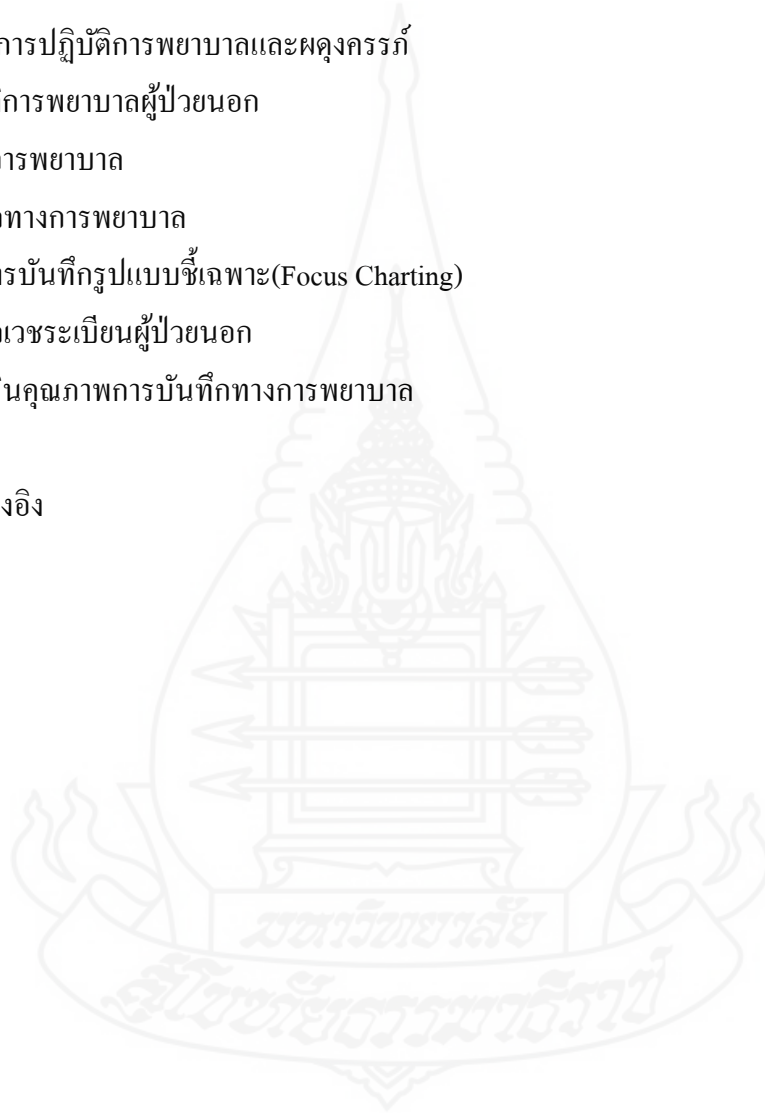
นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตแขนงวิชาบริหารการพยาบาล

สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

มกราคม 2559

## สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์การจัดทำคู่มือ	3
บทนำ	4
มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์	6
การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก	8
กระบวนการพยาบาล	10
การบันทึกทางการพยาบาล	31
ตัวอย่างการบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะ(Focus Charting)	39
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	45
การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	53
บทสรุป	59
เอกสารอ้างอิง	60

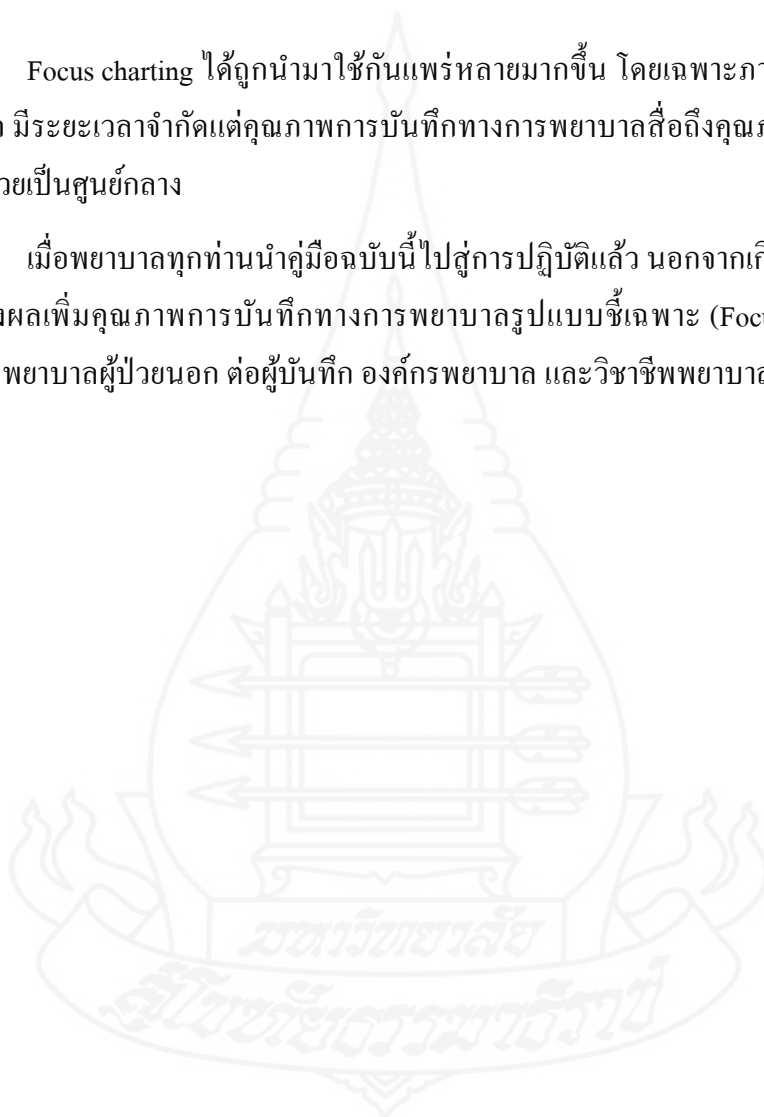


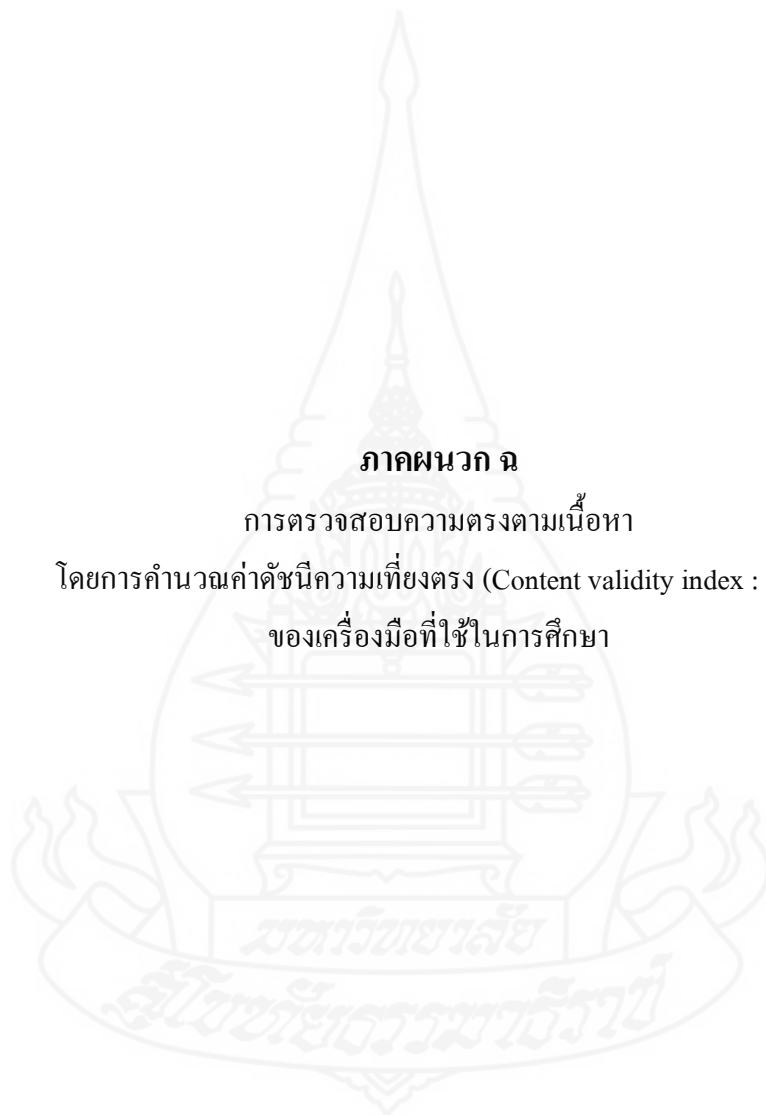
## บทสรุป

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการรายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ว่าพยาบาลทุกคนมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกราย

Focus charting ได้ถูกนำมาใช้กันแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะภาระงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาจำกัดแต่คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสื่อถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เมื่อพยาบาลทุกท่านนำคู่มือฉบับนี้ไปสู่การปฏิบัติแล้ว นอกจากเกิดประโยชน์ต่อท่านแล้ว ยังส่งผลเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบซีเฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ต่อผู้บันทึก องค์กรพยาบาล และวิชาชีพพยาบาล ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด





**ภาคผนวก จ**

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

โดยการคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI)

ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อนำไปสรุปผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความแต่ละข้อ โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ

ไม่สอดคล้อง	ให้	1	คะแนน
สอดคล้องน้อย	ให้	2	คะแนน
สอดคล้องค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
สอดคล้องมาก	ให้	4	คะแนน

เมื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านให้คะแนนมา นำเฉพาะข้อที่ให้คะแนน 3-4 คะแนนเท่านั้นมาคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index : CVI) รายข้อ โดยใช้สูตรดังนี้ (Polit & Beck 2008)  $CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$

ค่า I-CVI (ค่าที่ CVI ที่ได้จากการพิจารณารายข้อ หรือ Item) ค่า CVI ที่ดี ควรมีค่า  $> .80$  ถ้าผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมีความเห็นตรงกัน ค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 จึงจะถือว่าเนื้อหานั้นมีความตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหา เป็นที่ยอมรับ ส่วนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นในระดับ 1 และ 2 ผู้วิจัยจะนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ

ข้อที่	เนื้อหา	ข้อเสนอแนะ	แนวทางแก้ไข
1	คำนำ	1.การเขียนคำนำใช้คำมากเกินไป ไม่กระชับ 2.ควรศึกษาวิธีการเขียนคำนำและ ปรับแก้ข้อความ	1.เขียนให้กระชับ ใส่เฉพาะ หัวข้อหลักในการจัดทำคู่มือ อ่าน แล้วให้ต่อเนื่อง สอดคล้องกัน 2.ปรับวิธีการเขียนคู่มือตามที่ แนะนำไว้
2	สารบัญ	ไม่แก้รายละเอียด มีตัวอย่างให้ดู	เพิ่ม <u>และตัวอย่างการบันทึก</u> <u>ทางการแพทย์</u>
3	.....	.....	.....

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือการบันทึกทางการ  
พยาบาลรูปแบบพิเศษ

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ												คะแนน รวม	ค่า CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1				ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2				ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน		
1			/				/					/	3	1
2			/				/					/	3	1
3		/					/				/		2	0.67
4			/				/					/	3	1
5		/					/				/		2	0.67
6				/			/				/		3	1
7				/			/				/		3	1
8				/			/					/	3	1
9				/			/					/	3	1
10				/			/				/		3	1
11				/			/				/		3	1
12			/				/				/		3	1
13			/				/					/	3	1
14			/				/				/		3	1
15		/					/				/		2	0.67
16				/			/					/	3	1
17			/				/					/	3	1
18				/			/					/	3	1
19				/			/					/	3	1
20				/			/					/	3	1
21			/				/				/		3	1
22			/				/				/		3	1
รวม	-	3	9	10	-	0	6	16	-	-	11	11	57	0.86
	22				22				22					



## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข
วัน เดือน ปีเกิด	23 กันยายน 2506
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2532
สถานที่ทำงาน	หน่วยงานผู้ป่วยนอกหูก คอ จมูก สถาบันราชประชาสมาสัย อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

