

ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล  
ต่อคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลชะอำ

นางพะเนียง วะชังเงิน

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

**Effects of Utilizing a Nursing Record Model Focused on the Nursing Process  
on Quality of the Nursing Record at Cha-Am Hospital**

**Mrs. Phanuang Vachang-ngern**

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

School of Nursing

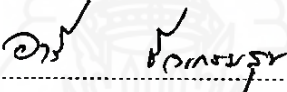
Sukhothai Thammathirat Open University

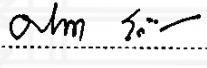
2015

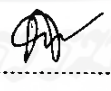
หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการ  
การพยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์  
โรงพยาบาลชะอำ  
ชื่อและนามสกุล นางพะเนียง วะชังเงิน  
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2559

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติติวิทยานันท์)

  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

**ชื่อการศึกษา** คั่นคว้าวิสระ ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล

ต่อคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลชะอำ

**ผู้ศึกษา** นางพะเนียง วัชังเงิน รหัสนักศึกษา 2545100501 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข **ปีการศึกษา** 2558

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกที่เน้นกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการบันทึกเดิม และ 2) เปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ระหว่างการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลและรูปแบบเดิม

กลุ่มตัวอย่างเป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย จำนวน 68 แฟ้ม ที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ 2) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ (ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึก) 3) คู่มือสำหรับการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ 4) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และ 5) โครงการประชุมวิชาการเรื่องการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและเครื่องมือส่วนที่ 4 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95, 0.92, 0.92 และ 0.99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบของแมนวิทนียูและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกเดิมในด้านความครอบคลุมตามกระบวนการเชิงคุณภาพและด้านความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณและด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมากแต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกใหม่ทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก 2) เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จากการใช้รูปแบบการบันทึกใหม่สูงกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**คำสำคัญ** การบันทึกทางการแพทย์ กระบวนการพยาบาลคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

**Independent Study title:** Effects of Utilizing a Nursing Record Model Focused on the Nursing Process on Quality of the Nursing Record at Cha-Am Hospital.

**Author:** Mrs. Phanuang Vachang-ngern; **ID:** 2545100501;

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

**Independent Study advisor:** Dr. Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor;

**Academic year:** 2015

### **Abstract**

This study is an experimental research. The purposes were: 1) to explore quality of two nursing records one was focused on the nursing process and the other was traditional at Cha-Am Hospital and 2) to compare quality of nursing records between using the new record model and the traditional one.

The sample comprised 68 nursing records. They were selected by the purposive sampling technique. Research tools consisted of 5 types including 1) problems and obstacles of nursing record survey, 2) an audit checklist of quality of the nursing record (a nursing process in quantity, and quality, charting accuracy, and continuity of charting), 3) a manual of auditing quality of the nursing record, 4) a nursing record model focused on the nursing process, and 5) a training project of utilizing the nursing record model which was developed by the researcher. All tools were tested for content validity. The reliabilities of the second part were 0.95, 0.92, 0.92, and 0.99 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, and content analysis.

The results were as follows. 1) The mean score of quality of nursing record by using the traditional nursing record model in terms of quality and continuity of charting were at the low level. Also, the nursing process terms of in quantity and charting accuracy were at the very low level. After adopting the new model, all mean score of four parts of recording quality increased in the best level. Finally, 2) the mean score of the quality of nursing records by using the developed model was statistically and significantly higher than the previous one at the 0.01 level.

**Keywords:** Nursing Record, Nursing process, The Quality of Nursing Record

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ติดตามความก้าวหน้า ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิธานันท์ กรรมการสอบปกป้องการศึกษาค้นคว้าอิสระ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ปรากฏชื่อในการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ในการให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นประโยชน์ ทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณคณาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ละประสบการณ์ที่มีค่ายิ่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ที่ช่วยเหลือสนับสนุนเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชะอำที่อนุญาตและสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล รวมถึงหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในโรงพยาบาล ที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นอย่างดีจนการศึกษาค้นคว้าอิสระสำเร็จไปได้ดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณบิดามารดา และครอบครัวที่ห่วงใยและให้การสนับสนุนในการฟันฝ่าอุปสรรคทั้งปวง คุณประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ขอมอบแต่ครอบครัวคณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและมีส่วนสำคัญให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

พะเนียง วัชังเงิน

มีนาคม 2559

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฌ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ .....	8
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ที่เน้นกระบวนการพยาบาล.....	21
โรงพยาบาลชะอำ.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ทำการบันทึกทางการพยาบาล.....	45
ตอนที่ 2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล .....	46
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	60
สรุปผลการวิจัย .....	60
อภิปรายผล .....	62
ข้อเสนอแนะ .....	66
บรรณานุกรม .....	68
ภาคผนวก .....	74
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย .....	75
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	81
ค แบบสำรวจปัญหาและแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล .....	83
ง โครงการพัฒนาและอบรมการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล.....	106
จ แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิม .....	112
ฉ แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ .....	118
ช คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชะอำ.....	131
ประวัติผู้ศึกษา.....	147



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล .....45

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล  
ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน .....47

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับด้านความครอบคลุมตามกระบวนการ  
พยาบาลเชิงปริมาณก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....48

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล  
เชิงปริมาณก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน.....48

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล  
เชิงคุณภาพก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....50

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการ  
พยาบาลเชิงคุณภาพ จำแนกเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง.....51

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนและ  
หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม.....53

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลัง  
การทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....55

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลัง  
การทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน.....56

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของคะแนน  
คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล.....58

ญ

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 4



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกทางการแพทย์เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากการบันทึกทางการแพทย์เป็นเครื่องมือสื่อสารรายงานความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย เป็นสื่อกลางสำหรับการสื่อสารของทีมพยาบาลกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะพักรักษาตัวอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ เป็น หลักฐานทางกฎหมายว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ใน โรงพยาบาล รวมทั้งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็น ข้อมูลสำหรับการวิจัยและการศึกษา (อารี ชิวเกษมสุข 2551 วรรณิ ตปนิยากร และงามนิศย์ รัตนานุกูล 2552) สรุปได้ว่า การบันทึกทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ นอกเหนือจากการให้การบริการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้บันทึกทางการแพทย์จะมีความ สำคัญดังที่กล่าวมา แต่ในความเป็นจริงการบันทึกทางการแพทย์ยังมีประเด็นปัญหาหลาย ประการที่ต้องการการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีประเด็นปัญหาจาก การบันทึกอย่างน้อย 2 ประการ ดังนี้ 1) แบบฟอร์มที่ใช้บันทึก และ 2) วิธีการบันทึก ประเด็น ปัญหาประการที่หนึ่ง พบว่า แบบฟอร์มมีหลายประเภท มีรายละเอียดมากแยกเป็นส่วนๆ ส่วนใหญ่ เป็นเชิงบรรยาย ต้องใช้เวลาในการเขียนมาก ดังข้อมูลสนับสนุนจากงานวิจัยต่างๆ เช่น ถุติ ฉ่าสูงเนิน (2552) พบว่า รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ไม่มีการกำหนดแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน ขาดแบบ บันทึกสำหรับการประเมินต่อเนื่อง ขาดการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลที่ ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ผลการวิจัยของฉนิภา แสงกิตติไพบูลย์ (2554) พบว่า รูปแบบของการ บันทึกทางการแพทย์มีความซ้ำซ้อน มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไป ส่วนอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) พบว่า แบบบันทึกซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสม และไม่เอื้อต่อการบันทึก ทำให้บันทึกไม่ครอบคลุมปัญหา ของผู้ป่วยแบบองค์รวม และไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล และไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบ บันทึกทางการแพทย์สำหรับใช้เป็นแนวทางการบันทึกและตัวอย่าง เป็นต้น

สำหรับปัญหาด้านวิธีการบันทึก พบว่า บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ ไม่ต่อเนื่องตาม กระบวนการพยาบาล ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม มีการเขียนข้อมูลที่ไม่

จำเป็นขาดการบันทึกข้อมูลสำคัญที่พบ ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีหลายรูปแบบ ตัวอย่างเช่น จากการศึกษาของ อารี ชิวเกษมสุข (2548) และอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) พบว่า ระบบการบันทึกทางการแพทย์ขาดความต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่สมบูรณ์ บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ส่วนไอเยอร์ (Iyer, 2006) พบว่า ลายมืออ่านยาก เขียนไม่เรียบร้อย บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้อาจเกิดความผิดพลาดในการดูแลได้ สอดคล้องกับแฮมมอนด์ (Hammond, 2000) ที่พบว่า พยาบาลบันทึกขาดความเชื่อมโยงกับการบันทึกของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ข้อมูลในบันทึกของพยาบาลไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ส่วนเกรกอรี่ (Gregory, 2008) พบว่า การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน ไม่สะท้อนถึงปัญหาของผู้ป่วย และไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา สอดคล้องกับผลการวิจัยของอุ๋น คาเกิงธรรม (2547) ซึ่งพบว่าการบันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลมีคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ โดยสรุปจะเห็นว่า สถานบริการสาธารณสุขหลายแห่งยังประสบปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์ซึ่งต้องการการพัฒนาต่อไป

จากปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ขาดที่กล่าวมา มีผู้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการ ดังเช่น อารณ ทงทิพย์ (2550) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่า รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์เหมาะสมต่อการนำไปใช้ ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ข้อจำกัดคือขาดความเหมาะสมด้านการสื่อสารในทีมสุขภาพ เนื่องจากแพทย์ เกษชกร จะใช้ประโยชน์ในแบบบันทึกน้อยเพราะมีเนื้อหามาก จึงเลือกใช้วิธีการสื่อสารช่องทางอื่นที่สะดวกรวดเร็วกว่า เช่น การบันทึกในแบบคำสั่งแพทย์ (Doctor Order) พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ได้พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่ ทำให้พยาบาลพึงพอใจระบบบันทึกทางการแพทย์มากกว่าระบบเดิม และบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและเป็นองค์รวมมากขึ้น แต่การใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ยังต้องพัฒนาต่อไป พวงเพชร สุริยะพรหม (2553) พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลน่านโดยใช้รูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) พบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นมากกว่าเดิม แต่ระดับคุณภาพการบันทึกทุกด้านยังอยู่ในระดับปานกลาง จึงต้องการการพัฒนารูปแบบการบันทึกอย่างต่อเนื่องต่อไป จะเห็นว่า แม้มีความพยายามพัฒนาการบันทึกของพยาบาลให้ดีขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดบางสิ่งที่ยังต้องการการพัฒนาต่อไป เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่ยังมีประเด็นปัญหาหลายประการซึ่งต้องการการพัฒนาเช่นเดียวกัน

โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ มีวิสัยทัศน์ที่จะเป็นสถานบริการที่มีคุณภาพด้วยการทำงานเป็นทีม มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและให้บริการโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน จากผลการตรวจคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลชะอำโดยคณะกรรมการเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 4 ราชบุรี ปี พ.ศ. 2554 - 2556 พบว่าการบันทึกทางการแพทย์ได้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ร้อยละ 78.33 ,67.44 และ 52.78 ตามลำดับ ซึ่งการบันทึกพยาบาลของโรงพยาบาลชะอำต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดร้อยละ 80 เนื่องจากบันทึกไม่ครอบคลุม และอ่านลายมือไม่ออก โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 ราชบุรี ได้เสนอแนะให้มีการจัดอบรมเพิ่มความรู้และทักษะในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ รวมทั้งปรับปรุงแบบฟอร์มให้เป็นที่เข้าใจในการบันทึกมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของแบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน พ.ศ. 2557 ที่พบว่าข้อมูลที่บันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง อ่านลายมือไม่ออก บันทึกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และขาดคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถบันทึกได้ครบถ้วน จะเห็นได้ว่า การบันทึกทางการแพทย์ยังเป็นปัญหาของโรงพยาบาลชะอำยังต้องการการพัฒนาให้มีรูปแบบที่ดีกว่าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อเอื้อต่อการบันทึกอย่างมีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

โดยสรุป การบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล แต่ปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ยังมีหลายประการ หลายสถาบันได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นมาโดยตลอด แต่ผลการวิจัยเหล่านั้นยังมีข้อจำกัดบางประการดังที่กล่าวมาข้างต้นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยในและเป็นคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่โรงพยาบาลคาดหวัง และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพแบบองค์รวมได้ รวมทั้งเป็นเอกสารสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับต่อไป

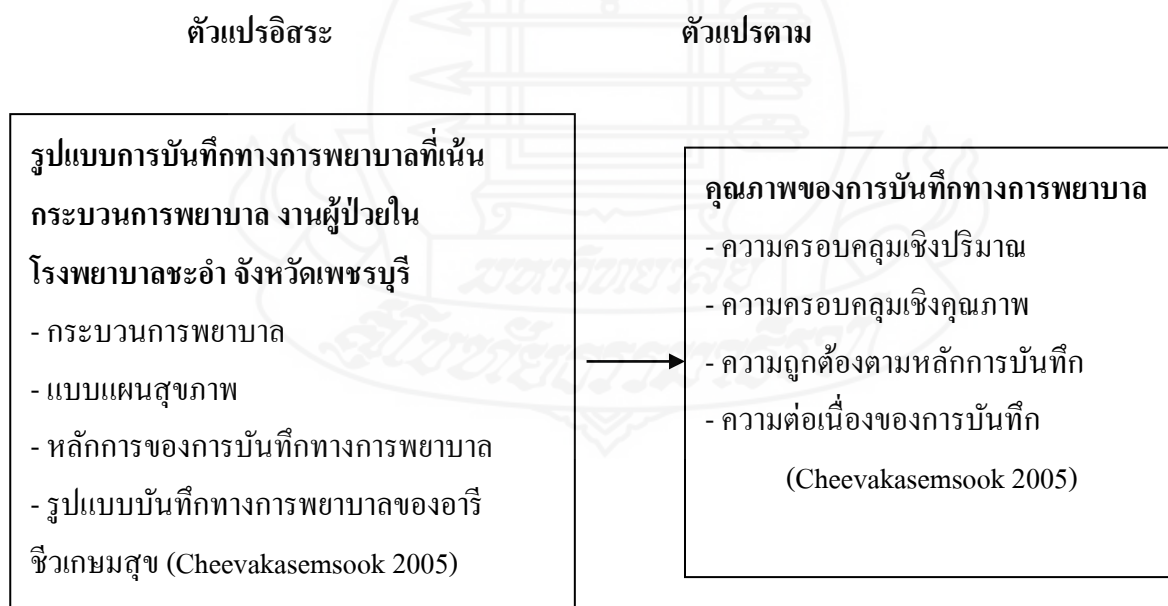
## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกที่เน้นกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการบันทึกเดิม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบการบันทึกเดิม

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ 2) ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ 3) ความถูกต้องตามหลักการบันทึก 4) ความต่อเนื่องของการบันทึกของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลสูงกว่ารูปแบบบันทึกเดิม

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

5.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยพิเศษที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย 3 วันขึ้นไปโดยไม่รวมรับย้ายจากที่อื่นซึ่งถูกบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพพระคัมภ์ชานาญการ และพยาบาลวิชาชีพพระคัมภ์ปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การทำงานตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 13 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรขนาดตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา จำนวน 34 แฟ้ม ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีแบบแผน และหลังการพัฒนา จำนวน 34 แฟ้มที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(ตั้งรายละเอียดในบทที่ 3)

##### 5.2 ตัวแปรที่จะศึกษา ประกอบด้วย

5.2.1 *ตัวแปรต้น* คือ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

5.2.2 *ตัวแปรตาม* คือ คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

#### 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล หมายถึง แบบแผนของการบันทึกทางการพยาบาลตามแนวคิดและหลักการของกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยดัดแปลงตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

6.1.1 *วิธีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน* คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล

(Nursing care planning 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

**6.1.2 แบบบันทึกทางการพยาบาล** เป็นแบบฟอร์มเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน โดยออกแบบให้มีการบันทึกที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล เพื่อความครอบคลุมและสะดวกในการบันทึก 6 แบบฟอร์ม ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยรับใหม่ 2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 3) แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน 4) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล 5) แบบบันทึกการวางแผนเพื่อการจำหน่าย และ 6) แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

**6.1.3 คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล** เป็นเอกสารแนวทางในการบันทึกที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกแต่ละขั้นตอนครอบคลุมทุกแบบบันทึกและมีตัวอย่างของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

**6.2 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล** หมายถึง ลักษณะที่ดีของการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่สามารถประเมินคุณภาพของการบันทึกด้วยแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่ดัดแปลงจากแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึก

**6.2.1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ** หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในทุกขั้นตอนของกระบวนการบันทึกตั้งแต่การประเมินผู้รับบริการ การวางแผนการพยาบาล การประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินการพยาบาล และการสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ

**6.2.2 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ** หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามเนื้อหาการบันทึกของกระบวนการบันทึก และครอบคลุมข้อมูลของผู้รับบริการทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

**6.2.3 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก** หมายถึง การบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักการและแนวทางของการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลและหรือการรักษาทุกครั้ง โดยคำนึงถึงหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล การลงลายมือชื่อกำกับพร้อมตำแหน่งถูกต้องสามารถใช้อ้างอิงทางด้านกฎหมาย



**6.2.4 ความต่อเนื่องของการบันทึก** หมายถึง การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกทางการแพทย์ไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมง และต่อเนื่องทุกเวร ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**6.3 แบบแผนสุขภาพ** หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล หรือผู้ใช้บริการในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งแบบแผนสุขภาพออกเป็น 11 ด้าน ตามแนวคิดกอร์ดอน (Gordon 1994) ได้แก่ แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

**6.4 พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือเทียบเท่าจากสถาบันการศึกษาและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 ได้แนวทางการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชะอำให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

7.2 เป็นข้อมูลสำหรับการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลในแผนกต่างของผู้ป่วยอื่น ๆ ของโรงพยาบาลชะอำและโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริการใกล้เคียง

7.3 เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชะอำ

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล ต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชะอำ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์
  - 1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์
  - 1.2 กระบวนการการบันทึกทางการแพทย์
  - 1.3 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
  - 1.4 รูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์
  - 1.5 การประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล
  - 2.1 กระบวนการพยาบาล
  - 2.2 แบบแผนสุขภาพ
  - 2.3 การพยาบาลแบบองค์รวม
  - 2.4 แนวทางการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์
3. โรงพยาบาลชะอำ
  - 3.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ
  - 3.2 บทบาทหน้าที่ขององค์กรพยาบาล
  - 3.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลงานผู้ป่วยใน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์

##### 1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์

บันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียนด้วยมือหรือพิมพ์เป็นแบบความเรียง ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ โรงพยาบาลกำหนด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการ

สื่อสารในทีมสุขภาพที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหน้าที่บทบาทของพยาบาล ซึ่งใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการดูแลและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย (Walus 2003 Voutilainen Isola & Muurinen 2004 สุริย์ ธรรมิกบวร 2540 วรรณิ ตปนียากร งามนิตย์ รัตนานุกูล 2551)

วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาลมี ดังนี้ (อารี ชิวเกษมสุข 2551 วรรณิ ตปนียากร และงามนิตย์ รัตนานุกูล 2552)

1. เพื่อการสื่อสารให้ทีมพยาบาลกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เกี่ยวกับปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วย แผนการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อเนื่อง และแผนการรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพ ระดับต่างๆ
2. เพื่อเป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาล
3. เพื่อให้สามารถแยกแยะความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากทีมสุขภาพอื่นๆ ได้
4. เพื่อใช้ในการตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล
5. เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
6. เพื่อใช้เป็นเอกสารทางกฎหมายด้านกฎหมาย
7. เพื่อกำหนดหลักการที่เหมาะสมในการจ่ายค่าตอบแทน (reimbursement)
8. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยและการศึกษา

## 1.2 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

ไวท์ (White 2003) เทย์เลอร์ (Taylor 2005 อ้างใน อารี ชิวเกษมสุข 2551) ได้สรุปหลักการบันทึกทางการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์
2. บันทึกให้อ่านง่าย กระชับ ใจความใช้ไวยากรณ์และสะกดคำให้ถูกต้อง
3. บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยตามที่ได้สังเกตมา โดยไม่ตัดสิน ไม่แปลความหมาย หรือความเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก
4. บันทึกรายละเอียดเพียงพอที่จะนำไปประกอบการตัดสินใจของพยาบาลเพื่อวางแผนกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยต่อไป
5. หลีกเลี่ยงการใช้คำพูด เช่น ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ละคนให้ความหมายต่างกัน
6. บันทึกการตรวจเยี่ยมของแพทย์
7. บันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาล และการปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วย และปรับปรุงปัญหาให้ทันสมัย

8. ในกรณีเขียนผิด ให้ขีดทับข้อความนั้น และเขียนคำว่า “ผิด” เหนือหรือข้างข้อความนั้น และเซ็นชื่อก่อนที่จะเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป

8. ควรเขียนชื่อ และเลขประจำตัวของผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกใบ

9. ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ได้รับการรับรองแล้ว เป็นคำย่อสากล หรือเป็นที่ยอมรับในหน่วยงาน เช่น CPR = Cardio – pulmonary resuscitation ,IV = Intravenous

10. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ไม่ข้ามบรรทัดและขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่าง

11. ใช้ปากกาและสีหมึกตามที่หน่วยงานกำหนดไว้

12. บันทึกลงในแบบบันทึกที่เหมาะสมถูกต้อง พร้อมลงเวลา วันที่ และเซ็นชื่อทุกครั้ง

13. บันทึกตามเวลาและลำดับก่อนหลัง ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง

14. ห้ามใช้เครื่องหมาย ละ (“) แทนคำหรือข้อความบรรทัดบน

### 1.3 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

พอตอร์ และเพอร์รี่ (Potter & Perry 2005) และอัลฟาโร (Alfaro-LeFevre 2006) ได้สรุปคุณลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ที่ดีไว้ดังนี้

1. มีข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่

1.1 ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยแรกรับและการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ การประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังให้การพยาบาล

1.2 แสดงให้เห็นสถานภาพปัญหาผู้ป่วย รวมทั้งอาการและอาการแสดงที่เป็นปัจจุบัน

1.3 มีข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล

1.4 สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.5 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. มีระบบบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกที่มีคุณภาพ ดังนี้

2.1 รูปแบบการบันทึกเหมาะสมกับประเภทผู้ป่วยเอื้อให้การบันทึกมีคุณภาพ

2.2 การบันทึกสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลและถูกต้องตามหลักกฎหมาย

2.3 สามารถเพิ่มคุณภาพในการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้เวลาในการบันทึกน้อยลง

2.4 สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ข้อมูลการประเมินผู้ป่วย ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยในทีมที่ดูแล การประเมินผลการดูแล การวิจัย และการพัฒนาคุณภาพ

#### 1.4 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

โมรู (Moreau 2002) และ ไอเยอร์ (Iyer 2006) เสนอรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลออกเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกที่ปฏิบัติสืบเนื่องมานาน พยาบาลจะเขียนบันทึกเป็นลักษณะการบรรยายความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยโดยใช้ควบคู่กับแผ่นบันทึกย่อย (Flow sheets) หลักสำคัญในการบันทึกแบบบรรยายอย่างมีประสิทธิภาพคือต้องรู้ว่าต้องบันทึกอะไรและจะเรียบเรียงข้อมูลอย่างไร โดยปฏิบัติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลคุณภาพด้านความถี่ของความต้องการการประเมินอาการของผู้ป่วยและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

1. เป็นรูปแบบการบันทึกที่ยืดหยุ่นปรับใช้ได้หลากหลายสถานการณ์ เหมาะกับการนำเสนอข้อมูลที่เกิดต่อเนื่องยาวนาน การใช้แบบฟอร์มธรรมดา เหมาะแก่การฝึกพยาบาลใหม่
2. เป็นการบันทึกแสดงถึงความชัดเจนของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย การบันทึกตามลำดับเวลาแสดงให้เห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วยชัดเจน
3. ใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย เช่น แผ่นบันทึกย่อย

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

1. เป็นการบันทึกที่ไม่มีแนวทางชัดเจน การบันทึกมักยาวและซ้ำซ้อน ต้องอ่านบันทึกทั้งหมดจึงจะประเมินผลการรักษาได้ อาจมีปัญหากการบันทึกข้อมูลไม่สม่ำเสมอ
2. ไม่ได้สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล
3. มักมีการใช้ภาษาที่กำกวมหรือไม่ถูกต้อง

2. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem – Oriented Medical Record: POMR) การบันทึกแบบมุ่งปัญหาจะให้ความสำคัญกับปัญหาที่สำคัญต่อผู้ป่วยและช่วยสื่อสารระหว่างทีมดูแลเป็นรูปแบบที่เดิมพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ และพัฒนาต่อมาโดยพยาบาล เป็นรูปแบบที่ใช้ได้ผลดีที่สุดในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหานี้ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ฐานข้อมูล (Data Base) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลพื้นฐานของผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลตามการบอกเล่าของผู้ป่วยและข้อมูลที่สังเกตได้

ส่วนที่ 2 รายการปัญหา (Problem List) ประเด็นปัญหาของผู้ป่วย สามารถเขียน  
 ในรูปของอาการ อาการแสดงหรือการวินิจฉัยทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 แผนการพยาบาลขั้นต้น (Initial Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับ  
 แผนการพยาบาลขั้นต้นของแต่ละปัญหา

ส่วนที่ 4 บันทึกความก้าวหน้า (Progress Notes) เป็นส่วนสำคัญที่สุดส่วนหนึ่ง  
 ในการบันทึกรูปแบบนี้ บันทึกโดยการบรรยายตามรูปแบบ SOAP, SOAPIE หรือ SOAPIER

ส่วนที่ 5 การสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary) เป็นส่วนสรุปปัญหาของ  
 ผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขแล้วและปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง

โครงสร้างของ SOAPE, SOAPIE หรือ SOAPIER มีความหมายดังนี้

S = Subjective data คือ ข้อมูลอัตนัย เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล

O = Objective data คือ ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งพยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้

A = Assessment คือ สิ่งที่พยาบาลคิดวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้

P = Plan คือ แผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้

I = Interventions คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย

E = Evaluation คือ การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

R = Revision คือ บันทึกสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากแผนการดูแลเดิม

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา ได้แก่

1. บันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะ เข้าใจได้ง่ายและใช้สื่อสารในทีมได้ดี

2. แสดงให้เห็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการผนวกแผนการดูแลและ

ความก้าวหน้าของผู้ป่วยเข้าด้วยกันและสามารถใช้ร่วมกับแผนการพยาบาลมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพและผนวกเข้ากับการบันทึกทางการแพทย์ได้

3. สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา ได้แก่

1. เรียงลำดับปัญหาผู้ป่วยตามลำดับเวลาที่พบปัญหาแทนการเรียงลำดับตาม

ความสำคัญของปัญหา อาจทำให้ทีมดูแลมีความเห็นแตกต่างกันในการเรียงลำดับและสืบสวน

2. วิเคราะห์แนวโน้มของอาการผู้ป่วยได้ยาก

3. แต่ละปัญหาต้องบันทึกการประเมินและกิจกรรมการพยาบาล ทำให้เกิดความ

ซ้ำซ้อน โดยเฉพาะการใช้รูปแบบ SOAPIE ซึ่งต้องใช้เวลามากในการเขียนและการอ่านบันทึก

4. ไม่เหมาะสมที่จะใช้ในหน่วยบริการที่ผู้ป่วยหมุนเวียนเร็ว

5. ต้องใช้เงินและเวลาในการอบรมวิธีการบันทึก

3. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (PIE Charting) PIE ย่อมาจาก Problem Intervention Evaluation เป็นรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วยและมีกระบวนการบันทึกที่ง่ายขึ้น โดยมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกย่อย (flow sheets) บันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าประจำวันของผู้ป่วยในแบบบันทึกความก้าวหน้า การบันทึกรูปแบบ PIE เริ่มจากการประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลในแผ่นบันทึกย่อยสำหรับประเมินผู้ป่วยประจำวัน ซึ่งในแผ่นบันทึกย่อยจะกำหนดระบบสำคัญที่ต้องประเมินไว้ (เช่น ระบบหายใจ) พร้อมการดูแลเบื้องต้นและแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยทั่วไปแผ่นบันทึกย่อยจะมีเนื้อที่สำหรับบันทึกแผนการรักษา ในแผ่นบันทึกย่อยบันทึกเฉพาะข้อมูลการประเมินผู้ป่วยและทำเครื่องหมายดอกจันเมื่อตรวจพบ สิ่งผิดปกติ บันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบบันทึกความก้าวหน้าผู้ป่วย และต่อไปบันทึกรายละเอียดตามหัวข้อ PIE ดังนี้

P = Problem โดยบันทึกทุกปัญหาในแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ระบุหน้าปัญหาด้วยตัว P และลำดับที่ของปัญหา ดังนี้ P#1 ต่อไปเมื่อจะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเดิมก็ระบุปัญหา P#1 โดยไม่ต้องเขียนรายละเอียดปัญหาซ้ำ

I = Intervention คือ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล โดยระบุหน้าข้อความกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ IP#1 ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของปัญหาที่ 1

E = Evaluation คือ การประเมินผลการพยาบาล โดยระบุหน้าข้อความการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้ EP#1 ซึ่งหมายถึง การประเมินผลการพยาบาลของปัญหาที่ 1

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้แก่

1. การบันทึกจะบันทึกปัญหาที่เป็นปัจจุบันมีการบันทึกรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
2. เป็นรูปแบบบันทึกที่ง่าย ๆ โดยรวมบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าไว้ด้วยกัน และใช้แผ่นบันทึกย่อยในการประเมินสภาพและการดูแลผู้ป่วย
3. มีการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกความก้าวหน้าโดยเน้นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลและการเขียนบันทึกการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึก PIE ได้แก่

1. ทีมการพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะใช้
2. ต้องประเมินปัญหาแต่ละปัญหาทุกเวร ซึ่งต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก
3. ไม่มีการบันทึกผลลัพธ์ที่คาดหวังของแผนการพยาบาล
4. ไม่รวมการบันทึกในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ
5. รูปแบบนี้ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง

4. รูปแบบการบันทึก Focus (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินและหน่วยบริการที่กิจกรรมการรักษาพยาบาลเดิมซ้ำบ่อยๆ แบบบันทึกจะใช้แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่มีตารางแบ่งเป็นช่องวันที่ เวลา ปัญหา (Focus) และการประเมินความก้าวหน้า โดยที่ปัญหา (Focus) ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ใช้แทนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างการวินิจฉัยปัญหา ดังนี้ 1) วินิจฉัยตามอาการและอาการแสดง เช่น ปวดบริเวณทรวงอก 2) วินิจฉัยตามพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น เดินไม่ได้ 3) วินิจฉัยตามเหตุการณ์สำคัญ เช่น ได้รับการผ่าตัด ส่วนของแผ่นบันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วย ช่องสำหรับเขียน DAR คือ

D : Data คือ ข้อมูลอัตนัย ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน Focus

A : Action คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

R : Response คือ ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

การบันทึกส่วน DAR ช่วยให้การบันทึกครบตามกระบวนการพยาบาล ส่วนการพยาบาลประจำวันและข้อมูลการประเมินผู้ป่วยจะบันทึกในแผ่นบันทึกย่อยและตารางบันทึก

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ ได้แก่

1. เป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นปรับเข้าได้กับหลายหน่วยบริการ
2. มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
3. ค้นหาข้อมูลปัญหาผู้ป่วยได้ง่าย จะช่วยส่งเสริมการสื่อสารของทีมสุขภาพ
4. เป็นระบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ ทางการพยาบาลและ

สอดคล้องกับข้อกำหนดขององค์การรับรองคุณภาพการบริการสุขภาพ (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization = JCAHO)

5. ใช้บันทึกข้อมูลรายการปัญหาและแผนการพยาบาลได้หลากหลาย

6) ช่วยในการจัดระบบความคิดของผู้บันทึกทำให้บันทึกได้ถูกต้องแม่นยำ

7. ช่วยให้การแยกแยะแผนการพยาบาลที่ต้องทบทวนได้ง่าย

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ ได้แก่

1. พยาบาลที่บันทึกต้องได้รับการฝึกฝนอย่างลึกซึ้ง

2. มีการเช็กในแบบฟอร์มจำนวนมาก จึงวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ยาก

3. หากไม่ได้บันทึกการประเมินผลการพยาบาล การบันทึกแบบ FOCUS ก็จะ

คล้ายกับการบันทึกแบบบรรยายในแบบบันทึกความก้าวหน้า

5. รูปแบบการบันทึกแบบละเว้น CBE (Charting by Exception) รูปแบบการบันทึกนี้เป็นรูปแบบการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดการบันทึกที่ยาวและซ้ำซ้อน ลดปัญหาการจัดการ



ข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้ได้ยาก ลดการบันทึกที่ไม่ครบถ้วน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาของการบันทึกที่กล่าวมา การบันทึกแบบ CBE จึงบันทึกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญและสิ่งตรวจพบที่ผิดปกติ การบันทึกให้มีประสิทธิภาพต้องยึดตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยและแผนการพยาบาลและปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โรงพยาบาลต้องสร้างแผนการพยาบาลมาตรฐานให้ครอบคลุมปัญหาที่อาจพบในผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

แนวทางปฏิบัติในแบบบันทึก CBE มาจากแหล่งต่างๆ ดังนี้ 1) แบบวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลมาตรฐาน 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสร้างขึ้นสำหรับปัญหาเฉพาะ 3) แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ 4) แบบคำสั่งการรักษาเฉพาะเรื่อง และ 5) การปฏิบัติการพยาบาลมาตรฐาน

การบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วย แบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ได้แก่ 1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล 2) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 3) แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย 4) แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย

การบันทึกแบบ CBE อาจต้องมีการบันทึกเพิ่มเติมในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล การบันทึกในแผนการพยาบาลมาตรฐาน จะเป็นการเขียนเติมข้อมูลในช่องว่างเพื่อให้แผนการพยาบาลเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เช่น ผลลัพธ์ที่คาดหวัง แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล ใช้บันทึกข้อมูล การประเมินผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาล แบบฟอร์มแต่ละแผ่นจะใช้บันทึกภายใน 24 ชั่วโมงสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ส่วนบนสุดของแบบฟอร์มเป็นส่วนบันทึกการประเมินและแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนคำสั่งพยาบาลจะบันทึกการวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลไว้ด้วย โดยระบุลำดับที่ ดังนี้ ND#1, ND#2 ตามลำดับ คำสั่งแพทย์ระบุลำดับใช้ DO

คำย่อมีดังนี้ ND คือ การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) และ DO คือ คำสั่งการรักษาของแพทย์ (doctor's orders) และใช้สัญลักษณ์ในแบบบันทึกย่อยดังต่อไปนี้

1. เครื่องหมายถูก (✓) หมายถึง การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ครบถ้วนหรือการประเมินของพยาบาลไม่พบสิ่งผิดปกติ
2. เครื่องหมายดอกจัน (\*) หมายถึง ผลการประเมินผู้ป่วยพบสิ่งผิดปกติหรือมีการตอบสนองที่ผิดปกติต่อกิจกรรมการพยาบาล
3. เครื่องหมายลูกศร (→) หมายถึง อาการผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินในเวรก่อนหน้า

เมื่อประเมินผู้ป่วยแล้วเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดไว้ ถ้าผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ปกติทำเครื่องหมายถูกในช่องที่กำหนด ถ้าผลการประเมินผิดปกติ

ทำเครื่องหมายดอกจันในช่องที่กำหนด และเขียนบรรยายสิ่งผิดปกติในช่องว่าง หากผลการประเมินผู้ป่วยเหมือนกับการประเมินในเวรก่อนหน้า ทำเครื่องหมายลูกศรในช่องที่กำหนด การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลปฏิบัติแนวทางเดียวกันกับการบันทึกการประเมินผู้ป่วย บางโรงพยาบาลใช้แผ่นบันทึกย่อประกอบ เช่น แบบบันทึกสัญญาณชีพ ตารางบันทึกกิจกรรมประจำวัน และแบบประเมินผู้ป่วย

1. แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic form) เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนัก การบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย การจับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ความอยากอาหาร และระดับที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ใช้เครื่องหมายเพิ่มเติมแนวทางเดียวกันกับการบันทึกในแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล ทำเครื่องหมายถูกในช่องกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติแล้ว โดยไม่ต้องเขียนบันทึกซ้ำอีก

2. แบบบันทึกการสอน (Patient-teaching record) ใช้แบบบันทึกการสอนเพื่อเป็นแนวทางประเมินทักษะด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสังคมหรือการวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ในเรื่องที่จำเป็นของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย

3. แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย (Patient discharge note) เป็นแบบบันทึกย่อสำหรับบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยบันทึกตามแนวทางที่กำหนดไว้

4. แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress notes) ใช้บันทึกการทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่มีในแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE ได้แก่

1. ลดการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน ไม่มีการบันทึกข้อมูลซ้ำ
2. เป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก
3. แผ่นบันทึกย่อเป็นแนวทางที่ทำให้สะดวกและง่ายในการดูแล
4. มีแนวทางการดูแลพิมพ์อยู่ในแบบบันทึกซึ่งใช้อ้างอิงได้ทันที
5. แผ่นบันทึกย่อจะเก็บไว้ที่เตียงของผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบันทึกลงในแบบบันทึกฉบับจริงทันที ทีมดูแลเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้เร็วและลดเวลาในการบันทึก

6. มีแนวทางการประเมินที่เป็นมาตรฐาน

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE ได้แก่

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลต้องใช้เวลาในการศึกษาก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ
2. ใช้เวลานานในการเรียนรู้ที่จะใช้อย่างถูกต้องและให้การยอมรับ

3. การบันทึกซ้ำซ้อนยังถืออยู่ในการเขียนการวินิจฉัยการพยาบาลในแบบบันทึกปัญหาและเขียนในแผนการพยาบาล

4. การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยอาจบันทึกโดยสรุปย่อเพื่อความสะดวกในแบบฟอร์มหลายแบบฟอร์มแทนที่จะรวมใช้แบบฟอร์มเดียว

6. รูปแบบการบันทึกแบบ FACT (FACT Charting) ซึ่ง FACT ย่อมาจากคำว่า “Flow Sheet Assessment Concise Timely” รูปแบบการบันทึกแบบ FACT นี้ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CBE การบันทึกรูปแบบนี้จะหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น การบันทึกข้อมูลซ้ำ ๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยายามลดเวลาในการบันทึก การบันทึกระบบนี้จะบันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือข้อมูลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเท่านั้น แบบบันทึกย่อที่ใช้ประกอบด้วย

6.1 แบบบันทึกย่อการประเมินผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาล (Assessment and action flow sheet) ในแบบฟอร์มมีการพิมพ์เกณฑ์ที่เป็นปกติของการประเมินแต่ละระบบของร่างกายไว้ พร้อมทั้งแผนการพยาบาลซึ่งสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

6.2 แบบบันทึกย่อการประเมินที่ต้องประเมินบ่อยครั้ง (Frequent assessment flow sheet) ใช้แบบบันทึกนี้เพื่อบันทึกสัญญาณชีพและการประเมินที่ต้องประเมินบ่อย

6.3 แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress notes) ใช้บันทึกตามหัวข้อ ข้อมูล-กิจกรรมการพยาบาล-ผลการตอบสนอง (data-action-response)

ข้อดีของรูปแบบบันทึกแบบ FACT ได้แก่

1. การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน และลดเวลาที่ใช้ในการบันทึก
2. ไม่ต้องบันทึกสิ่งที่ปกติและสอดคล้องกับการใช้กระบวนการพยาบาล
3. การประเมินผลชัดเจนและสื่อสารความก้าวหน้าของผู้ป่วยในทีมผู้ดูแลได้ดี
4. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทำได้ทันทีที่ข้างเตียงผู้ป่วย
5. ประหยัดค่าใช้จ่าย

ข้อจำกัดของรูปแบบบันทึก FACT ได้แก่

1. ใช้เวลานานในการพัฒนามาตรฐานและการนำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล
2. การบันทึกแบบบรรยายอาจไม่ละเอียด และอาจประเมินผู้ป่วยไม่รอบด้าน
3. ไม่มีความชัดเจนของการใช้กระบวนการพยาบาล

7. รูปแบบการบันทึกแบบ CORE (CORE Charting) รูปแบบบันทึกการพยาบาลนี้มุ่งให้เกิดการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการบันทึกในระบบนี้ รูปแบบนี้เหมาะสมที่สุดในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินและหน่วยบริการผู้ป่วยเรื้อรัง โดยบันทึกความต้องการ

และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมง เมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รูปแบบ CORE ประกอบด้วย ดังนี้

1. ฐานข้อมูล (Data Base) เป็นข้อมูล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
2. แผนการพยาบาล (Care Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาล
3. แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) เป็นบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการวินิจฉัยและการสอนผู้ป่วย
4. บันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลซึ่งเขียนในรูปของ DAE (Data, Action, Evaluation)

5. การสรุปจำหน่าย (Discharge Summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การสอนผู้ป่วย และการมาตรวจตามนัด

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CORE ได้แก่

1. มีระบบ DAE สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล
2. เป็นระบบที่สั้น กระชับ
3. เป็นระบบบันทึกที่เน้นการบันทึกด้านสังคมและจิตใจ

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบ CORE ได้แก่

1. พยาบาลจะต้องได้รับการฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้
2. การพัฒนาแบบฟอร์มอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้ระยะเวลานาน
3. แบบฟอร์ม DAE ไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป

อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

8. รูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized System) การบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยลดเวลาที่ใช้ในการบันทึกได้อย่างมีนัยสำคัญและเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการบันทึก ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนบุคลากร

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ ได้แก่

1. เป็นบันทึกที่สามารถหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้อย่างรวดเร็ว
2. สามารถสะสมข้อมูลของผู้ป่วยและช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ
3. สามารถปรับข้อมูลของผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เป็นระบบการบันทึกที่อ่านง่ายและสามารถส่งข้อความความต้องการของผู้ป่วยให้ทีมการดูแลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินและการดูแลตามกระบวนการพยาบาล  
ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ ได้แก่

1. ถ้าการใช้ไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ก็ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้
2. ข้อมูลผู้ป่วยอาจถูกเปิดเผยถ้าระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูลถูกละเลย
3. มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่ใช้ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์
4. ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล่มข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถใช้ได้
5. การบันทึกอาจต้องใช้เวลามากขึ้นหากเครื่องคอมพิวเตอร์มีไม่เพียงพอ
6. ใช้งบประมาณมากในการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้
7. โปรแกรมการจัดประเภทข้อมูลผู้ป่วยอาจทำให้ข้อมูลสำคัญถูกละเลย

#### 1.5 การประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

สภาการพยาบาล (2548) ได้กำหนดมาตรฐานการบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้จำนวน 3 หมวด และในหมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กำหนดมาตรฐานไว้ 5 มาตรฐาน ในมาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน โดยมีข้อกำหนด 4 ข้อ ดังนี้

1. มีแบบฟอร์มบันทึกที่มีมาตรฐาน จะมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. แบบฟอร์ม สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

2. มีการกำหนดแนวทางบันทึกการพยาบาลให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย

3. แบบฟอร์มการบันทึกได้ผ่านกระบวนการพัฒนาที่น่าเชื่อถือได้และได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาล

2. การบันทึกทางการพยาบาลมีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน  
ดังนี้

1. มีข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมองค์รวม

2. มีการวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลที่สอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ เชื่อมโยงกับแผนการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพ

3. บันทึกทางการพยาบาลสามารถบ่งชี้ความผิดปกติของภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนได้อย่างรวดเร็ว ชัดเจน

4. มีข้อมูลภาวะสุขภาพก่อนย้ายหรือจำหน่าย
5. มีข้อมูลความเข้าใจและพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ/ครอบครัว/ญาติต่อคำแนะนำที่ได้รับ
6. บันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ สามารถสื่อถึงการดูแลที่มีความต่อเนื่องเพียงพอต่อการเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

3. การใช้ประโยชน์จากการบันทึกทางการแพทย์ เช่น เน้นการสื่อสารการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลและการทบทวนกรณีผู้ป่วยมีอุบัติการณ์ การศึกษาและการวิจัย ข้อกำหนดที่ 4 การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์และการรายงาน ดังนี้

1. ประเมินและวิเคราะห์ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของระบบบันทึก
2. มีการปรับปรุงระบบบันทึก การสื่อสารการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจตรงกัน
3. มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะนอกจากนี้สภาการพยาบาลยังกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับข้อบ่งชี้แต่ละหมวด โดยกำหนดคะแนนการประเมินคุณภาพ เป็น 6 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ 0-5 คะแนนตามข้อบ่งชี้ ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีหรือไม่พบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนด

คะแนน 1 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดเพียงบางส่วนไม่ชัดเจน

คะแนน 2 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดบางส่วนและชัดเจน

คะแนน 3 หมายถึง มีหรือพบหลักฐานตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดครบตามความจำเป็นขั้นต่ำ

คะแนน 4 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดและมีการประเมินผล

คะแนน 5 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดและได้ประเมินผลและมีการปรับปรุงคุณภาพตามผลการประเมิน

สรุปได้ว่า รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งแก้ไขข้อจำกัดที่มีอยู่อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้รูปแบบการบันทึกใดขึ้นกับนโยบายและบริบทของโรงพยาบาล รวมทั้งควรคำนึงถึงข้อดีข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ และเลือกให้เหมาะสมกับการให้บริการแต่ละประเภท ทั้งนี้การบันทึกทุกรูปแบบจะต้องสะท้อนการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของการพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ สะท้อนการ

ตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วย และต้องมีแนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อให้ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีลักษณะดังที่กล่าวมา

## 2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้น

### กระบวนการพยาบาล

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการสื่อสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์ โดยจะบันทึกลงในแบบฟอร์มต่าง ๆ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีมีคุณภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นหลักฐานของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพนั้น ควรบันทึกโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม และแบบแผนสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1 กระบวนการพยาบาล

##### 2.1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ซึ่งใช้กรอบทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นวิธีแก้ไขปัญหามีเป้าหมายที่จะให้การดูแลเป็นรายบุคคล (Individualized) แบบองค์รวม (Holistic) มีประสิทธิภาพ (Efficient) และประสิทธิผล (Effective) (Iyer and Bernocchi 1995 White 2003 ฟารีดา อิบราฮิม 2541 อารี ชิว เกษมสุข 2551)

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาล หมายถึง วิธีการที่เป็นระบบระเบียบสำหรับการวางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

##### 2.1.2 ลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีลักษณะสำคัญ (Wilkinson 1992 Alfaro-LeFevre 2002) ดังนี้

1. เป็นระบบระเบียบ (systematic) กระบวนการพยาบาลจะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกับกระบวนการแก้ปัญหา ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) คือ การใช้กระบวนการพยาบาลจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยมุ่งช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก มีใช้มุ่งการทำงาน of พยาบาลให้สำเร็จ

3. เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมาย (goal-directed) โดยเป็นกระบวนการที่มุ่งผลลัพธ์ ซึ่งเป้าหมายหรือผลลัพธ์ หมายถึง เป้าหมายหรือผลลัพธ์ของผู้ป่วย

4. เป็นกระบวนการเชิงมนุษยธรรม (humanistic) ทำให้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวม และความแตกต่างของบุคคลทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจ และความรู้สึกนึกคิด

5. มีความเป็นพลวัต (dynamic) คือ พยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลกลับไปกลับมาได้ เช่น ประเมินผู้ป่วยใหม่อีกครั้งเพื่อตรวจสอบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ถูกต้องหรือไม่

6. เป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา (cognitive process) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลมีลักษณะสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ เป็นระบบระเบียบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมาย เป็นกระบวนการเชิงมนุษยธรรม มีความเป็นพลวัต และเป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา

### 2.1.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2540) แบ่งกระบวนการพยาบาลออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินผู้ให้บริการ (assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเป็นการแสวงหาและพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ให้บริการ การดำเนินงานจะเริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการ โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องอาศัยความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย เมื่อรวบรวมข้อมูลได้เพียงพอครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ และไม่มีความสำคัญก็ควรตัดทิ้งไป สำหรับกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อจัดเรียงเป็นหมวดหมู่แล้วเรียกว่า ข้อมูลพื้นฐาน (data base) การเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้ให้บริการและการพยาบาล (conceptual framework of nursing) ที่ชัดเจน และต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล (assess tool)



2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นการตัดสินใจหรือการสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ต้องอาศัยความรู้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากการขั้นตอนการประเมินผู้ให้บริการ และเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับกรอบแนวคิดหรือความรู้เกี่ยวกับผู้ให้บริการ การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแปลผลได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูลกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องจะแสดงถึงความปกติหรือไม่มีปัญหา และ 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องจะแสดงถึงความผิดปกติหรือปัญหา ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (actual problem) หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (potential problem) ผลการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจะได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนั้นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นข้อสรุปที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการเฉพาะราย

3. การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ให้บริการ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด การวางแผนจะเริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่มีความสำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาล ลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

4. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาล และศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดแล้ว พยาบาลจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งลงในบันทึกการพยาบาล ผลการปฏิบัติการพยาบาลจะบันทึกในรูปของพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่เปลี่ยนแปลงภายหลังที่ได้รับการพยาบาล

5. การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ให้บริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้ให้บริการ การประเมินผลการพยาบาลจะกระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลของพฤติกรรมผู้ให้บริการ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาล (actual outcome) กับพฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล (outcome criteria) การแปลผลข้อมูลจะสรุปได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

5.1 พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับการพยาบาล แสดงออกในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการแก้ไขสมบูรณ์

5.2 พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับการพยาบาลแสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการประเมินตั้งแต่ตอนแรกแสดงถึงปัญหา ยังไม่ได้รับการแก้ไข จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล

5.3 ในกรณีที่พบว่าพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ ที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาลแสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้ให้บริการและวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่

สรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาล แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินผู้ให้บริการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

## 2.2 แบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน (Gordon) ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย โดยประเมินจากพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของบุคคล รวมทั้งกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวทางการประเมิน ประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-Health management) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร (Nutritional-metabolic) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และระบบย่อยอาหาร การเจริญเติบโตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

3. การขับถ่าย (Elimination) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของเสียที่ออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ ปัสสาวะสีเข้ม ปัสสาวะสีจางและอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด) การตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที) จังหวะเสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไร? สีผิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่) การตรวจร่างกายระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการทรงตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

5. การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep-rest) เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อนของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกละและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ

6. สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง และการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-preception-self-concept) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ทั้งในภาวะปกติและในขณะเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกละที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ

8. บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

9. เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่แสดงลักษณะทางเพศ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์

10. การปรับตัว (Coping-stress-tolerance) และการเผชิญกับความเครียด เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย การเผชิญและความทนทานต่อความเครียด

11. ค่านิยมและความเชื่อ (Value-belief) เป็นการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตตนเอง

ในการประเมินสภาพของผู้ใช้บริการ พยาบาลจะต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิต สังคม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ รวมทั้งระบุสาเหตุของความผิดปกตินั้น ๆ

สรุปได้ว่า แนวคิดทางการพยาบาลต่าง ๆ ได้ให้กรอบการมองบุคคลแบบองค์รวม และให้แนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม แบบแผนสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งที่ทำให้กรอบในการประเมินสุขภาพ และการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ดังรายละเอียดหัวข้อที่จะกล่าวต่อไป

### 2.3 การพยาบาลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมไว้ ดังนี้

1. เป็นการดูแลที่มองคนทั้งคน และบุคคลนี้เป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นหนึ่งเฉพาะ เพราะฉะนั้นจะไม่มีคำว่าผู้ป่วยทางกายหรือผู้ป่วยทางใจ

2. บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของครอบครัวหรือชุมชนในระบบเปิด เช่นนี้มนุษย์เราจะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น นั่นคือ มนุษย์มีความสามารถที่จะเรียนรู้ แสวงหาความรู้ สร้างปัญญา และแนวคิดของตนเองที่จะเลือกกลยุทธ์วิธีการในการจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใด รู้จักระเบียบของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิต

3. เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยนำสามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

4. การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุด ต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล

5. การดูแลแบบองค์รวมใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน

6. การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อความผาสุก และคุณภาพของชีวิต

สรุปได้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลสุขภาพบุคคลให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคม รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนการให้การพยาบาลแบบองค์รวม

### 3. โรงพยาบาลชะอำ

โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เปิดให้บริการ 90 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (โรงพยาบาลชะอำ 2558) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ

วิสัยทัศน์ (vision) โรงพยาบาลและเครือข่ายแห่งคุณภาพระดับสากล ในการดูแลสุขภาพ ที่ผู้ให้บริการไว้วางใจ เชื่อมั่นและศรัทธา

พันธกิจ (mission)

1. พัฒนาเครือข่ายคุณภาพบริการทางการแพทย์ 5 สาขาหลัก สูตินรีเวชกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม
2. พัฒนาคูณภาพบริการเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน
3. พัฒนาระบบสารสนเทศและความรู้ในการจัดการสุขภาพ
4. พัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการ โรงพยาบาลและเครือข่าย
5. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความหลากหลายของวัฒนธรรมของประชาชนในพื้นที่และผู้มาเยือน

ค่านิยม (values): ทีมงานสามัคคี บริการดีด้วยใจ นำไปสู่คุณภาพมาตรฐานสากล

#### 3.2 บทบาทหน้าที่ขององค์กรพยาบาล

- 3.2.1 กำหนดทิศทางการบริหารองค์กรพยาบาล
- 3.2.2 พัฒนาคูณภาพการพยาบาลให้มีสรณะตามที่กำหนดโดยให้มีความรู้ทักษะเชิงวิชาชีพ/วิชาการ
- 3.2.3 สนับสนุนทรัพยากรในด้านการจัดอัตรากำลัง อาคารสถานที่ วัสดุ ครุภัณฑ์ ให้เพียงพอเหมาะสม ให้เอื้อต่อการให้บริการ
- 3.2.4 บริหารจัดการด้านความปลอดภัย การป้องกันความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไขตามนโยบายของโรงพยาบาล และขององค์กรพยาบาล
- 3.2.5 นิเทศ ควบคุม กำกับการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐานตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

3.3.6 ส่งเสริมสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรมและวิจัยทางการพยาบาลและนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้

3.3.7 ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรรักษาไว้ซึ่งจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

3.3.8 ส่งเสริมสนับสนุนให้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้

3.3.9 สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจ มีความสุขในการทำงาน และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร

### 3.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic Nursing Practice) แบบองค์รวมครอบคลุม 4 มิติ โดยการใช้ความรู้และทฤษฎีทางการพยาบาลในการให้การพยาบาลโดยตรง/โดยอ้อมแก่ผู้ใช้บริการ ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย โดยปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพภายใต้การกำกับตรวจสอบโดยใกล้ชิดและปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย โดยการให้การพยาบาลครอบคลุมและต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอันตรายและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้เจ็บป่วย สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองและครอบครัวได้ (โรงพยาบาลชะอำ 2557)

## 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อใช้ในการสื่อสารในทีมพยาบาลและแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหน้าที่บทบาทของพยาบาล รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการดูแลและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

เชอเลย์ (Shirley, 1994) ได้ทำการศึกษาทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดในเท็กซัส แม็คคิโคล เซ็นเตอร์ เดนิสตัน เท็กซัส โดยมีการพัฒนาแบบฟอร์มเป็นแบบกระบวนการพยาบาล หลังจากใช้แบบฟอร์มที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่ได้ 1 เดือน เป็นแบบฟอร์มที่ว่างเปล่าและแบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น จำนวน 25 ราย เปรียบเทียบกับมาตรฐานของ JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization) และ AORN (Association of Operating Room Nurse) พบว่าแบบฟอร์มที่ว่างเปล่าได้มาตรฐานที่ร้อยละ 100 แต่แบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มีมาตรฐานร้อยละ 82.5 มีข้อแก้ไขเล็กน้อยที่จะทำให้ชัดเจนขึ้น การศึกษาการปรับปรุงคุณภาพในครั้งที่ 2 ได้ทำภายใน 9 เดือน หลังจากได้นำแบบบันทึกแบบใหม่มาใช้ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 96 เป็นไปตามมาตรฐานของ JCAHO และ AORN Boldreghini and Larrabee (1998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้บันทึกระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อประเมินความครอบคลุมการบันทึกทางการพยาบาลของปฏิบัติการพยาบาลและเป้าหมายความสำเร็จของการพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบข้อมูลทางการพยาบาล (Nursing information systems: NIS) กลุ่มตัวอย่างคือแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนทดลอง 20 แพ้ม และหลังทดลองอีก 20 แพ้ม ผลการทดลองพบว่า ระบบบันทึกแบบคอมพิวเตอร์ ไม่ได้ช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล หรือเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการปรับปรุงระบบ NIS ให้เป็นระบบการบันทึกแบบเน้นเป้าหมายความครอบคลุม โดยพยาบาลพี่เลี้ยง มีการฝึกอบรมใหม่ในเรื่องการวางแผนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุม

Yan Teytelman (2002) ทำการศึกษาถึงผลกระทบของการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสาร โดยอธิบายว่า หากการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพแล้วจะทำให้การพยาบาลเกิดปัญหาในการทำงาน ได้มากมายหลายปัญหาทั้งกับตัวพยาบาลเอง โรงพยาบาลหรือแผนกที่พยาบาลประจำอยู่ รวมทั้งผู้ป่วยด้วย นอกจากนั้นการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสารที่ถูกต้องยังทำให้พยาบาลหลุดพ้นจากการเกิดปัญหาทางจิตใจได้อีกด้วย โดยข้อสรุปเหล่านี้ได้มาจากการทดลองและทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลแผนกมะเร็งวิทยา ยิ่งไปกว่านั้นในศตวรรษที่ 21 จะเริ่มมีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้กับการพยาบาลมากขึ้น เช่น อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ดังนั้น พยาบาลควรจะให้ความสำคัญต่อการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสารให้มากเพื่อเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

ดาร์รัตน์ หงษ์ทอง (2547) ศึกษาเรื่องผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึง

พอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรัญญาณี ภูวสันติ (2548) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมแพ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและกระบวนการกลุ่มในการระดมความคิด สามารถเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น

อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบบรรยาย (narrative) ร่วมกับแบบมุ่งปัญหา (POMR) ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึก 3) นโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 4) การประเมินสมรรถนะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการฝึกอบรม 5) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ศึกษาการพัฒนา ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพของการบริการสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedina 1992) ผลการศึกษาพบว่า ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วย วิธีการบันทึก แบบบันทึก และคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



เยาวเรศ คุณแก้ว (2551) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ผลการศึกษาพบว่า หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในระดับดีมากและเห็นว่าแนวทางการพัฒนาโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการพัฒนา จะส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ (2553) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตึกอายุรกรรมศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย การปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กระบวนการมีส่วนร่วมและติดตามการนิเทศ ติดตามเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ ทำให้คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้น

นัทธมณ พันธ์แก้ว (2553) ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้คลอด โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า แบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 5 แบบฟอร์มดังนี้ แบบฟอร์มที่ 1 แบบฟอร์มรหัส LR-01 มีข้อรายการให้เลือกและเติมข้อความในช่องที่กำหนด 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลท้ายกระดาษ 2) การรวบรวมข้อมูลแรกรับ 3) การประเมินอาการแรกรับ 4) การดูแลผู้คลอดแรกรับ และ 5) ชื่อพยาบาลและตำแหน่งผู้บันทึก แบบฟอร์มรหัส LR-05 แต่ละแบบฟอร์มมีรายการให้เลือกและเติมคำในช่องที่กำหนด 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลท้ายกระดาษ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) กิจกรรมการพยาบาล 4) การประเมินผล และ 5) ชื่อพยาบาลและตำแหน่งผู้บันทึก ซึ่งในการบันทึกแต่ละแบบฟอร์มต้องบันทึกให้ครบทั้ง 5 ส่วน โดยระยะเวลาของการบันทึกดำเนินไปตามกระบวนการพยาบาล แบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมของรูปแบบ โครงสร้าง และ เนื้อหาของแบบบันทึกอยู่ในระดับมากที่สุด สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ 1) คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งคุณภาพของการบันทึกนั้นพิจารณาจากความถูกต้อง ความชัดเจน ความต่อเนื่อง และความครบถ้วน และ 2) ประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับมากที่สุด

พัชรพร ตาใจ (2555) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหริภุญชัย เมโมเรียล จังหวัดลำพูน โดยใช้แนวคิดวงจร FOCUS-PDCA ของเดมมิ่งมาใช้เป็นแนวทางในพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน โรงพยาบาลหริภุญชัย เมโมเรียล ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีการใช้โฟกัสพิดีซีเอพยาบาลในการศึกษานี้สามารถระบุสาเหตุที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่สมบูรณ์ และเลือกแนวทางที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาพยาบาลมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพที่ประกอบด้วย การจัดทำคู่มือการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหริภุญชัย เมโมเรียลและนำไปฝึกอบรม

พยาบาลให้ใช้คู่มือนี้หลังจากอบรม 1 สัปดาห์ ได้มีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย และพบว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 56.94 เป็นร้อยละ 86.11

นวลจันทร์ วงศ์ศรีใส (2555) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสี่ จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบ FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของของเดมมิง (Deming, 1993) ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล คือ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีรูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล 2) คู่มือบันทึกทางการพยาบาล 3) แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และ 4) คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เมื่อนำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ใช้บริการ จำนวน 30 ฉบับ และประเมินตามแบบประเมินคุณภาพโดยเปรียบเทียบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลก่อนและภายหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลมีคะแนนคุณภาพอยู่ระหว่างร้อยละ 21-46 แต่ภายหลังการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลมีคะแนนคุณภาพ อยู่ระหว่างร้อยละ 73-100 ซึ่งบ่งชี้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการพัฒนามีคุณภาพ ดีกว่าก่อนการพัฒนาทุกฉบับ

สิริลักษณ์ อินทร์สร (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราศีโสฬส จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นการเขียนบรรยายแบบในแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้รูปแบบโพกัส ประกอบด้วย ปัญหา / ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล บันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลในรูปแบบการประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ผลการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีผู้ได้คะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ร้อยละ 83.33 ค่ามัธยฐานของความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าค่ามัธยฐานกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook) (2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผล โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ คือ 1) เนื้อหาในแฟ้มผู้ป่วยประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มที่เป็นโครงสร้างซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การดู

แบบองค์รวม มาตรฐานการดูแล มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล การบริหารเวลา และการบริหารความเสี่ยง 3) การปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และการวางแผนการจำหน่าย และ 4) คู่มือบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลต่อเนื่อง แบบบันทึกสรุปลำเนา แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และแบบฟอร์มการให้ยา ผลการศึกษา ด้านปฏิบัติการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พยาบาลบันทึกมีความพึงพอใจ มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นคุณค่าในการบันทึกมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม เหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารและแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่โรงพยาบาลคาดหวัง โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีรายละเอียดดังจะกล่าวในบทที่ 3 ต่อไป



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกที่เน้นกระบวนการพยาบาล และรูปแบบการบันทึกเดิม และเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบการบันทึกเดิม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2558 รวมระยะเวลา 5 เดือน แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลแบบใหม่ และ 2) ระยะหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล มีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลชะอำ ซึ่งถูกบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ จำนวน 13 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลชะอำจำนวน 68 แฟ้ม ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นก่อนการทดลองจำนวน 34 แฟ้มและหลังการทดลอง 34 แฟ้ม ซึ่งได้จากคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้

กำหนดให้ ระดับความเชื่อมั่น = 95% ดังนั้น  $\alpha = 0.05$  และ  $Z_\alpha = 1.645$

และ กำลังของการทดสอบ = 95% ดังนั้น  $\beta = 0.05$  และ  $Z_\beta = 1.645$

ให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

เนื่องจากต้องการทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระ และทดสอบด้านเดียว ดังนั้นจึงใช้สูตรขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ

$$m = \frac{2 \sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \sigma$$

$$\text{ให้ effect size} = \frac{(\mu_1 - \mu_2)}{\sigma} = 0.8$$

$$\text{แทนค่าได้ดังนี้} = \frac{2(1.645 + 1.645)^2}{0.5^2} = 33.82$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง 34 แพ้ม หลังการทดลอง 34 แพ้ม

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteri)** มีดังนี้

1. แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่มีระยะเวลาอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
3. แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### 1.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

1.3.1 เสนอเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และภายหลังอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจึงไปดำเนินการทดลอง

1.3.2 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์และวิธีการของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบทุกราย

1.3.3 แจกใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้มีการลงนามยินดีเข้าร่วมวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลต่อ ก็สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกรเข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ และจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยเช่นกัน

1.3.4 ภายหลังผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนาม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในภาพรวมและเป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงการบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลชะอำเท่านั้น

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ 1) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลแบบใหม่ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการพัฒนารูปแบบการ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลของ อารี ชิวเกษมสุข (2553) และ 2) โครงการประชุมวิชาการเรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่

**2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ 1) แบบสำรวจปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ 2) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเชิงปริมาณ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ผู้วิจัยได้นำมาจากอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasesook 2005) และ 3) คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

## 2.2 วิธีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนา ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เนื้อหาและรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และศึกษารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

2) ศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาโดย

(1) ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนดำเนินการพัฒนาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำโดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือตรวจจากแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษา จำนวน 34 แฟ้ม โดยสุ่มแบบเจาะจงด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้

ก) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ข) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่มีระยะเวลาอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ย้อนหลัง 2 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558 จากนั้นสุ่มโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (simple random sampling) จำนวน 34 แฟ้ม

(2) สำรวจปัญหาโดยใช้แบบสำรวจปัญหาแล้วนำข้อมูลมาสรุปประเด็นปัญหา 3 ประเด็น คือ ด้านวิธีการบันทึก ด้านแบบฟอร์มการบันทึก และด้านคู่มือการบันทึก

(3) ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มเติมก่อนสรุปประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่รวบรวมได้จากข้อ ข

(4) คัดเลือกรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาเพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามประเด็นปัญหาในข้อ 2 และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกลุ่มการพยาบาล แล้วร่างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งประกอบด้วย 1) แบบฟอร์ม 6 แบบ ได้แก่ แบบฟอร์มการประเมินสภาวะสุขภาพ แบบฟอร์มการวินิจฉัยการพยาบาล แบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล แบบฟอร์มการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มการประเมินผลการพยาบาล และแบบฟอร์มการสรุปการจำหน่าย 2) วิธีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และ 3) คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3) นำร่างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่คัดเลือกผ่านผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการในด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีของความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (วรรณดี แสงประทีปทอง 2548) ดังนี้

ให้ +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่  
ต้องการวัด

ให้ 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่  
ต้องการวัด

ให้ -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่  
ต้องการวัด

จากนั้นนำผลการพิจารณาลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาค่าดัชนีของความสอดคล้องระหว่างข้อความรายข้อกับคำจำกัดความของตัวแปรด้วยสูตร

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

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$  หมายถึง คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าคำถามข้อนั้นใช้ได้ ถ้าคำถามข้อใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 แสดงว่าคำถามนั้นวัดไม่ตรงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจะต้องปรับปรุงและแก้ไขจนข้อความมีคุณภาพตามเกณฑ์

ผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิต่อรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น 6 แบบฟอร์ม และคู่มือการใช้รูปแบบทางการแพทย์ ดังที่กล่าวมาให้มีการปรับปรุงเนื้อหาและภาษาทั้ง 6 แบบฟอร์ม

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ส่วนที่ 2 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ส่วนที่ 3 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และส่วนที่ 4 ความต่อเนื่องของการบันทึก ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาดังนี้

1) ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกให้ครอบคลุม ซึ่งแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ทั้ง 4 ส่วน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ และคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ซึ่งมีเนื้อหาและการประเมินระดับคุณภาพการบันทึกที่จะต้องตรวจสอบแบ่งออกเป็น 4 ส่วน 56 ข้อย่อย ดังนี้

- ก. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ จำนวน 12 ข้อย่อย
- ข. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ จำนวน 20 ข้อย่อย
- ค. ความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวน 16 ข้อย่อย
- ง. ความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 8 ข้อย่อย

2) ร่างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

ก. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์เชิงปริมาณ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้ามีบันทึก = 1 คะแนน

ไม่บันทึก = 0 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

0.89 – 1.00 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

0.76 – 0.88 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

0.63 – 0.75 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง



0.50 – 0.62	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
ต่ำกว่า 0.50	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

ข. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเชิงคุณภาพ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้ามีบันทึก	=	1 คะแนน
ไม่มีบันทึก	=	0 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

0.89 – 1.00	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
0.76 – 0.88	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดี
0.63 – 0.75	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
0.50 – 0.62	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
ต่ำกว่า 0.50	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

ค. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามการบันทึก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้ามีบันทึก	=	1 คะแนน
ไม่มีบันทึก	=	0 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

0.89 – 1.00	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
0.76 – 0.88	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดี
0.63 – 0.75	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
0.50 – 0.62	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
ต่ำกว่า 0.50	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

ง. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

บันทึกต่อเนื่องครบถ้วน	=	3 คะแนน
บันทึกต่อเนื่องบางรายการ	=	2 คะแนน
บันทึกต่อเนื่องน้อย	=	1 คะแนน

บันทึกไม่ต่อเนื่องหรือบันทึกต่อเนื่องน้อยมาก = 0 คะแนน  
กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ย  
ของการบันทึก ดังนี้

2.50-3.00	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
2.00-2.49	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดี
1.50-1.99	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
1.00-1.49	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
ต่ำกว่า 1.00	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

### 2.2.3 หากความตรงตามเนื้อหาของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

1) นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลพร้อมทั้งคู่มือวิเคราะห์  
ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหากับวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว  
ผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิของข้อคำถามแต่ละราย  
ข้อดังนี้

(1) แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ  
จำนวนเดิม 12 ข้อ ที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 คะแนน และบางข้อมีการปรับปรุง  
แก้ไขหรือเพิ่มเติม ดังนี้

คงคำถามเดิม	10	ข้อ
ปรับปรุงเนื้อหาและภาษา	2	ข้อ

(2) แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ  
จำนวนเดิม 20 ข้อ ที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 คะแนน และบางข้อมีการปรับปรุง  
แก้ไขหรือเพิ่มเติม ดังนี้

คงคำถามเดิม	14	ข้อ
ปรับปรุงเนื้อหาและภาษา	6	ข้อ

(3) แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวนเดิม 16 ข้อ ที่ได้  
ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 คะแนน และบางข้อมีการปรับปรุงแก้ไขหรือเพิ่มเติม ดังนี้

คงคำถามเดิม	14	ข้อ
ปรับปรุงเนื้อหาและภาษา	2	ข้อ

(4) แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวนเดิม 8 ข้อ ที่ได้ค่า  
ดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 คะแนน

คงคำถามเดิม	8	ข้อ
-------------	---	-----

2) นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา

**2.2.4 ทหาความเที่ยง (Reliability)** ของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยการนำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ไปให้พยาบาล 2 คนตรวจกับแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยเพิ่มเดียวกัน จำนวน 10 แพ้ม (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต (Scott 1945 อ้างใน วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ 2540) ดังนี้

$$\pi = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

$P_0$  = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

$P_c$  = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์บางส่วนของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ เท่ากับ 0.95 ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ เท่ากับ 0.92 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก เท่ากับ 0.95 และความต่อเนื่องของการบันทึก เท่ากับ 0.99 ตามลำดับ

**2.2.5 ร่างคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์** โดยดัดแปลงจากคู่มือการวิเคราะห์แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) หาความตรงตามเนื้อหาของคู่มือวิเคราะห์แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

1) นำคู่มือวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พร้อมทั้งคู่มือวิเคราะห์ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

2) นำคู่มือวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา

### 3. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

#### 3.1 ระยะที่ 1 การเตรียมการ มีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย โดยเสนอรายงานรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการทดลองให้รับทราบ

3.1.2 เรียนหัวหน้าพยาบาลให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และรายละเอียดของการพัฒนา

3.1.3 ชี้แจงพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย ได้แก่ แพทย์ประจำที่ต้องใช้เพิ่มรายงานประวัติผู้รับบริการให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการพัฒนา บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา

3.1.4 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งชี้แจงบทบาทของผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา โดยผู้วิจัยคือผู้ประสานงานให้คำปรึกษาในการวิจัยแก่พยาบาลกลุ่มที่ศึกษา และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาคือผู้ร่วมวิจัย มีบทบาทในการร่วมกันพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลและใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

#### 3.2 ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหา มีวิธีการดังต่อไปนี้

3.2.1 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนา จำนวน 34 แห่ง โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

3.2.2 สรุปรูปปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลและ จากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

3.2.3 ร่วมประชุมกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา สรรวจปัญหาเกี่ยวกับปัญหาการบันทึกจากข้อ 3.2.2 ของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนาและสรุประเด็นปัญหาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

#### 3.3 ระยะที่ 3 คัดเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล มีวิธีการดังนี้

3.3.1 อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา ผู้วิจัยได้จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบของการบันทึก

ทางการพยาบาล เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่พบในข้อ 4.2.2 และร่วมกันเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในวันที่ 23 มีนาคม 2558 ใช้เวลา 7 ชั่วโมง (รายละเอียดภาคผนวก จ)

3.3.2 ปรับปรุงและร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลและลักษณะปัญหาของผู้ป่วย

3.3.3 นำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหา ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือ

3.3.4 อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา ครั้งที่ 2 การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล (ภาคผนวก จ) ที่ต่อเนื่องจากการอบรมครั้งที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในวันที่ 16 เมษายน 2558 ใช้เวลา 7 ชั่วโมง (รายละเอียดภาคผนวก จ)

3.4 ระยะที่ 4 นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่คัดเลือกไปใช้ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

3.4.1 นำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาใช้ฝึกบันทึก 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยในการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.4.2 ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษานักบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยจะบันทึกข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปการจำหน่าย

3.4.3 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังรายละเอียดที่กล่าวต่อไปในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 2 เดือน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการพัฒนาโดยแต่ละครั้งดำเนินการดังนี้

4.1 สุ่มแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลย้อนหลังก่อนการทดลอง จำนวน 34 แพ้ม และหลังการทดลอง โดยสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 34 แพ้ม

4.2 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากแบบบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบ ตามลำดับ ดังนี้

4.2.1 อ่านบันทึกทั้งฉบับ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.2.2 เป็นการอ่านวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึกตามแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

4.2.3 เป็นการอ่านวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึกตามแบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

4.2.4 เป็นการอ่านวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึกตามแบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสำรวจสภาพปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (ศิริพร จิรวัดน์กุล 2549)

5.2 วิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล มีดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างรูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม การแจกแจงของข้อมูลประชากรแจกแจงเสรี (Distribution – Free) ใช้การทดสอบความแตกต่างด้วย Mann-Whitney U test

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิจัยผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชะอำ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาดังนี้เป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกข้อมูลทางการแพทย์

ตอนที่ 2 คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกข้อมูลทางการแพทย์

พยาบาลวิชาชีพมีข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้ป่วยในการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งมีผลการศึกษาดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=13)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 30 ปี	5	38.46
30-39 ปี	4	30.78
40-49 ปี	2	15.38
50-59 ปี	2	15.38
อายุเฉลี่ย 35.85 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.67 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 51 ปี		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	12	92.31
ปริญญาโท	1	7.69

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน</b>		
1-5 ปี	4	30.78
6-10 ปี	4	30.78
มากกว่า 10 ปี	5	38.45
<b>การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์</b>		
ไม่เคย	3	23.08
เคย	10	76.92

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 38.46) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 92.31) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 38.45) และส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ (ร้อยละ 76.92)

## ตอนที่ 2 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล

จากการวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล ระหว่างการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบใหม่กับรูปแบบเดิม นำเสนอข้อมูลตามลำดับได้ดังนี้

**2.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์** จากผลการนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลไปทดลองใช้กับการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบเดิม จะนำเสนอข้อมูลตามลำดับตามตารางที่ 4.2 ต่อไปนี้



ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (คะแนนเต็ม)	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
1. ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงปริมาณ (คะแนนเต็ม 1)	0.25	0.27	ต่ำมาก	0.89	0.07	ดีมาก
2. ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 1)	0.50	0.07	ต่ำ	0.97	0.03	ดีมาก
3. ด้านความถูกต้องตามหลักการ บันทึก (คะแนนเต็ม 1)	0.36	0.22	ต่ำมาก	0.99	0.01	ดีมาก
4. ด้านความต่อเนื่อง (คะแนนเต็ม 3)	1.22	0.43	ต่ำ	2.97	0.17	ดีมาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ และด้านความต่อเนื่องอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณและด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด

## 2.2 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงปริมาณ	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
1. การประเมินสภาวะสุขภาพ	0.21	0.30	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	0.18	0.24	ต่ำมาก	0.68	0.24	ดี
3. การวางแผนการพยาบาล	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
4. การปฏิบัติการพยาบาล	0.18	0.24	ต่ำมาก	0.99	0.09	ดีมาก
5. การประเมินผลการพยาบาล	0.23	0.16	ต่ำมาก	0.80	0.20	ดี
6. การสรุปการจำหน่าย	0.40	0.47	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
<b>โดยรวม</b>	<b>0.25</b>	<b>0.27</b>	<b>ต่ำมาก</b>	<b>0.89</b>	<b>0.07</b>	<b>ดีมาก</b>

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำมากทุกด้าน แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
<b>การประเมินสภาวะสุขภาพ</b>						
1. มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ	0.06	0.24	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ/หรือจากการตรวจร่างกาย	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิง ปริมาณ	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
	<b>การวินิจฉัยการพยาบาล</b>					
1. มีบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. มีบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจำหน่าย	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
<b>การวางแผนการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึกหลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรม การพยาบาลที่แก้ของปัญหาของผู้ป่วย	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
<b>การปฏิบัติการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามแผน ที่วางไว้	0.35	0.49	ต่ำมาก	0.97	0.17	ดีมาก
2. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียม ผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่าย ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
<b>การประเมินผลการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาล	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
2. มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ เตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่าย ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้	0	0.00	ต่ำมาก	0.74	0.45	ปานกลาง*
3. มีบันทึกการประเมินผลแผนการพยาบาล	0	0.00	ต่ำมาก	0.68	0.48	ปานกลาง
<b>การสรุปการจำหน่าย</b>						
1. มีบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	0.44	0.50	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. มีบันทึกการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/ หรือญาติก่อนจำหน่าย	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
<b>โดยรวม</b>	<b>0.25</b>	<b>0.27</b>	<b>ต่ำมาก</b>	<b>0.89</b>	<b>0.07</b>	<b>ดีมาก</b>

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณอยู่ในต่ำมาก ( $\bar{X} = 0.25$ ) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ใน

ระดับดีมาก ( $\bar{x} = 0.89$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระดับต่ำมากเกือบทุกข้อ ยกเว้นบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่ และบันทึกการประเมินผลแผนการพยาบาลซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

### 2.3 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม

ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงคุณภาพ	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
1. การประเมินสภาวะสุขภาพ	0.67	0.15	ปานกลาง	0.98	0.05	ดีมาก
2. วินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ	0.34	0.23	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
3. การวางแผนการพยาบาล	0	0.00	ต่ำมาก	0.82	0.24	ดี
4. การปฏิบัติการพยาบาล	0.50	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
5. การประเมินผลการพยาบาล	0.16	0.24	ต่ำมาก	0.97	0.12	ดีมาก
6. การสรุปการจำหน่าย	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
<b>โดยรวม</b>	<b>0.50</b>	<b>0.07</b>	<b>ต่ำ</b>	<b>0.97</b>	<b>0.03</b>	<b>ดีมาก</b>

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x} = 0.50$ ) แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ย เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 0.97$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับดีมากเกือบทุกด้าน

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการ  
พยาบาลเชิงคุณภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ ก่อนและหลังการทดลอง

ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงคุณภาพ	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
<b>การประเมินสภาวะสุขภาพ</b>						
1. มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย มาโรงพยาบาล	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
2. มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
3. มีบันทึกเวลาที่เริ่มอาการ	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
4. มีบันทึกลักษณะของอาการ	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
5. มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการ ตามลำดับ	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
6. มีบันทึกการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ	0	0.00	ต่ำมาก	0.79	0.41	ดี
7. มีบันทึกการเจ็บป่วยและ/หรือการ ผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมาในอดีต	0.65	0.49	ปานกลาง	0.97	0.17	ดีมาก
8. มีบันทึกประวัติการแพ้ยา สารอาหาร และ/หรือสารใดๆ	1.00	0.00	ดีมาก	0.97	0.17	ดีมาก
9. มีบันทึกโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกใน ครอบครัว	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
10. มีบันทึกคำสัญญาณชีพของผู้ป่วย เมื่อแรกรับ	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
11. มีบันทึกอาการและอาการแสดงที่ สังเกตและ/หรือตรวจได้เมื่อแรกรับ	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
<b>วินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ</b>						
1. เขียนได้ถูกต้องตามรูปแบบ	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยได้ครบทุกปัญหา	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
<b>การวางแผนการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรม การพยาบาลที่แก้ปัญหาสุขภาพทุกข้อ วินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงคุณภาพ	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
2. มีการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม การพยาบาล	0	0.00	ต่ำมาก	0.65	0.49	ปานกลาง
<b>การปฏิบัติการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของ ผู้ป่วย	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. บันทึกครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
<b>การประเมินผลการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาล ที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย	0	0.00	ต่ำมาก	0.97	0.17	ดีมาก
2. มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้าน จิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของ ผู้ป่วย	0.32	0.47	ต่ำมาก	0.97	0.17	ดีมาก
<b>การสรุปการจำหน่าย</b>						
1. มีบันทึกการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/ หรือญาติก่อนจำหน่ายสอดคล้องกับ ปัญหาของผู้ป่วย	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
<b>โดยรวม</b>	<b>0.50</b>	<b>0.07</b>	<b>ต่ำ</b>	<b>0.97</b>	<b>0.03</b>	<b>ดีมาก</b>

\* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.50$ ) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 0.97$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมากพอๆ กับคะแนนเฉลี่ยปานกลาง หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

## 2.4 ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ความถูกต้องตามหลักการบันทึก	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
1. มีบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุผลตามหลักการพยาบาลทุกครั้ง	0.68	0.48	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยทุกครั้ง	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยทุกครั้ง	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
5. มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง	0.68	0.47	ปานกลาง	1.00	0.00	ดีมาก
6. มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง (ตามความเหมาะสมของสถานการณ์)	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
7. บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วยทุกครั้ง	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
8. บันทึกสภาพของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
9. บันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลังทุกครั้ง	0.33	0.47	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ความถูกต้องตามหลักการบันทึก	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
10. บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ	0.32	0.47	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
11. บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กะทัดรัด ได้ใจความ	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
12. ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่สากล ทุกครั้ง	0.35	0.49	ต่ำมาก	0.97	0.17	ดีมาก
13. ลงชื่อของผู้บันทึกทุกครั้งภายหลัง การบันทึก	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
14. ระบุชื่อ-สกุลของผู้ป่วย เลขประจำตัว โรงพยาบาลและหอผู้ป่วยในแบบบันทึก ทุกแผ่น	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
15. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน ตามที่ กำหนดทุกครั้ง	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
16. ชิดเส้นตรงกับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับเมื่อเขียนผิดทุกครั้ง	0.35	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก
17. ชิดเส้นตรงกับช่องว่างที่เหลือไว้ ป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลังทุก ครั้ง	0	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก*
<b>โดยรวม</b>	<b>0.36</b>	<b>0.22</b>	<b>ต่ำมาก</b>	<b>0.99</b>	<b>0.01</b>	<b>ดีมาก</b>

\* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก ( $\bar{X} = 0.36$ ) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 0.99$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมาก หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก



## 2.5 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความต่อเนื่องของการบันทึก	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	1.18	0.47	ต่ำ	2.97	0.17	ดีมาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหา ของผู้ป่วย	1.71	1.26	ปานกลาง	2.97	0.17	ดีมาก
3. การวางแผนการพยาบาล	1.01	0.42	ต่ำ	2.97	0.17	ดีมาก
4. การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	1.68	0.47	ปานกลาง	2.97	0.17	ดีมาก
5. การประเมินผลการพยาบาล	1.00	0	ต่ำ	2.97	0.17	ดีมาก
<b>โดยรวม</b>	<b>1.22</b>	<b>0.43</b>	<b>ต่ำ</b>	<b>2.97</b>	<b>0.17</b>	<b>ดีมาก</b>

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.22$ ) แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 2.97$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ และระดับปานกลาง แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

ความต่อเนื่องของการบันทึก	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
<b>การประเมินสภาพผู้ป่วย</b>						
1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับในแบบประเมินผู้ป่วย และบันทึกการ ประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการ พยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง	1.68	0.47	ปานกลาง	2.97	0.17	ดีมาก
2. มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวร ภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	0.68	0.48	ต่ำมาก	2.97	0.17	ดีมาก*
<b>การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหา ของผู้ป่วย</b>						
1. มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา ของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อ วินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยใน วันต่อมาในแบบบันทึกแผนการ พยาบาล	1.71	1.26	ปานกลาง	2.97	0.17	ดีมาก
<b>การวางแผนการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงความ ต่อเนื่องของกิจกรรมในแบบบันทึก แผนการพยาบาล	1.35	0.49	ต่ำ	2.97	0.17	ดีมาก
2. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวาง แผนการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยใน แบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่อง จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือ เปลี่ยนแปลงไป	0.68	0.47	ต่ำมาก	2.97	0.17	ดีมาก*

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ความต่อเนื่องของการบันทึก	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)			รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		
	$\bar{X}$	s	ระดับ	$\bar{X}$	s	ระดับ
<b>การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</b>						
1. มีบันทึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ แก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา ของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลสืบ เนื่องกันทุกเวร	1.68	0.47	ปานกลาง	2.97	0.17	ดีมาก
<b>การประเมินผลการพยาบาล</b>						
1. มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมิน ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบ เนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล	1.32	0.47	ปานกลาง	2.97	0.17	ดีมาก
2. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อ วินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุก เวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการ แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึก แผนการพยาบาล	0.68	0.47	ต่ำมาก	2.97	0.17	ดีมาก*
โดยรวม	1.22	0.43	ต่ำ	2.97	0.17	ดีมาก

\* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.9 ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องในการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.22$ ) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 2.97$ ) เมื่อพิจารณา  
รายชื่อ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมากพอ ๆ กับคะแนนเฉลี่ยปานกลาง หลังการ  
ทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก

2.5 เปรียบเทียบผลของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์  
พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบการบันทึกเดิม

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของคะแนน  
คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)		รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test	p-value
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
<b>1. ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงปริมาณ</b>	<b>0.25</b>	<b>0.27</b>	<b>0.89</b>	<b>0.07</b>	<b>0.00</b>	<b>&lt;.001***</b>
1.1 การประเมินสถานะสุขภาพ	0.21	0.30	1.00	0.00	34.00	<.001***
1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล	0.18	0.24	0.68	0.24	132.00	<.001***
1.3 การวางแผนการพยาบาล	0.35	0.49	1.00	0.000	204.00	<.001***
1.4 การปฏิบัติการพยาบาล	0.18	0.24	0.99	0.09	6.00	<.001***
1.5 การประเมินผลการพยาบาล	0.23	0.16	0.80	0.20	23.00	<.001***
1.6 การสรุปการจำหน่าย	0.40	0.47	1.00	0.00	204.00	<.001***
<b>2. ความครอบคลุมตามกระบวนการ พยาบาลเชิงคุณภาพ</b>	<b>0.50</b>	<b>0.07</b>	<b>0.97</b>	<b>0.03</b>	<b>0.00</b>	<b>&lt;.001***</b>
2.1 การประเมินสถานะสุขภาพ	0.67	0.15	0.98	0.05	5.50	<.001***
2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล	0.34	0.23	1.00	0.00	0.00	<.001***
2.3 การวางแผนการพยาบาล	0.00	0.00	0.82	0.24	0.00	<.001***
2.4 การปฏิบัติการพยาบาล	0.50	0.00	1.00	0.00	0.00	<.001***
2.5 การประเมินผลการพยาบาล	0.16	0.24	0.97	0.12	11.00	<.001***
2.6 การสรุปการจำหน่าย	0.68	0.47	1.00	0.00	391.00	<.001***
<b>3. ด้านความถูกต้องตามหลักการ บันทึก</b>	<b>0.36</b>	<b>0.22</b>	<b>0.99</b>	<b>0.01</b>	<b>0.00</b>	<b>&lt;.001**</b>
<b>4. ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก</b>	<b>1.22</b>	<b>0.43</b>	<b>2.97</b>	<b>0.17</b>	<b>0.00</b>	<b>&lt;.001***</b>
4.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย	1.18	0.47	2.97	0.17	0.00	<.001***
4.2 การวินิจฉัยการพยาบาล/ กำหนดปัญหาของผู้ป่วย	1.71	1.26	2.97	0.17	215.50	<.001***
4.3 การวางแผนการพยาบาล	1.01	0.42	2.97	0.17	0.00	<.001***

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	รูปแบบเดิม (ก่อนการทดลอง)		รูปแบบใหม่ (หลังการทดลอง)		สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test	p-value
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
	4.4 การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	1.68	0.47	2.97	0.17	11.50
4.5 การประเมินผลการพยาบาล	1.00	0.00	2.97	0.17	0.00	<.001***

\*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการการพยาบาลทั้งรายด้านและโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษการวิจัยผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลชะอำ โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของทีมการพยาบาลตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา การกำหนดรูปแบบในการบันทึกการออกแบบฟอร์ม ตลอดจนการทดลองนำสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล เพื่อให้ได้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งปรากฏสาระโดยสรุปเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัยดังนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกที่เน้นกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการบันทึกเดิม

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบการบันทึกเดิม

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

###### 1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลชะอำ ซึ่งถูกบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน 68 แพ้ม ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นก่อนการทดลอง 34 แพ้ม และหลังการทดลอง 34 แพ้ม

###### 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลแบบใหม่โดยผู้วิจัยได้นำมาจาก อารี ชิวเกษมสุข (2534)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ 2) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการเชิงปริมาณ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้าน

ความต่อเนื่องของการบันทึกผู้วิจัยได้นำมาจาก อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasesook 2005) และ 3) คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

### 1.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสำรวจสภาพปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกทางการแพทย์ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

2) วิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล มีดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ระหว่างรูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม การแจกแจงของข้อมูลประชากรแจกแจงเสรี (Distribution – Free) ใช้การทดสอบ Mann-Whitney U test

### 1.3 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง สรุปผลการวิจัยออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก มีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1.3.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ก่อนการทดลอง ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ และด้านความต่อเนื่องอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณและด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์รูปแบบใหม่ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด (ตารางที่ 4.2)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

1) ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำมาก ทุกด้าน แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 4.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระดับต่ำมากเกือบทุกข้อ ยกเว้นบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการ

จำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่ และบันทึกการประเมินผลแผนการพยาบาลซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.4)

2) ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x} = 0.50$ ) แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 0.97$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับดีมากเกือบทุกด้าน (ตารางที่ 4.5) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมากพอๆ กับคะแนนเฉลี่ยปานกลาง หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.6)

3) ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก ( $\bar{x} = 0.36$ ) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 0.99$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมาก หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 4.7)

4) ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x} = 1.22$ ) แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 2.97$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และระดับปานกลาง แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน (ตารางที่ 4.8) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมากพอๆ กับคะแนนเฉลี่ยปานกลาง หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 4.9)

1.3.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการการพยาบาลทั้งรายด้านและรายด้านย่อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 2. อภิปรายผล

ผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้ ได้แก่ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวม ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ด้านความต่อเนื่องของ



การบันทึก และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์บาล ดังนี้

**2.1 คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์บาลโดยรวม** พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและในแต่ละด้านอยู่ในระดับต่ำ และหลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 4.2) สอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์บาลแบบเดิมมีการบันทึกการประเมินผู้ป่วยแรกรับแต่ไม่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและไม่มีแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในแต่ละเวรตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้บันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล นอกจากนี้แบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นแบบบันทึกด้วยดินสอ มีการลบและเขียนเปลี่ยนแปลงตามปัญหาของผู้ป่วยจึงไม่ถาวร และไม่มีกรเขียนอย่างชัดเจนด้วยปากกา ทำให้การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาลเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน ส่งผลให้ประเมินผลปัญหาของผู้ป่วยหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่แน่นอนตามไปด้วย ทำให้การบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและไม่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ในขณะที่รูปแบบใหม่มีแบบบันทึกตั้งแต่แรกรับแบบองค์รวม มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บาล การวางแผนการพยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเวร การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ดังข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยที่พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในดีมาก (ตารางที่ 4.3) และสอดคล้องกับงานวิจัยของฤดี ฉ่ำสูงเนิน (2552) และอุคมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์บาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก

**2.2 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ** พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการแพทย์บาลอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับผลการวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ฤดี ฉ่ำสูงเนิน (2552) และอุคมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการแพทย์บาลอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากเนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้

2.2.1 มีแบบบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล โดยมีแบบบันทึกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกแผนการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเวร การประเมินผลการพยาบาล การวางแผนการ

จำหน่ายและสรุปการจำหน่าย นอกจากนี้แบบบันทึกการพยาบาลที่มีการจัดทำเป็นมาตรฐาน (Standardized care plan) โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน ทำให้สามารถบันทึกข้อวินิจฉัย กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยแต่ละข้ออย่างเป็นระบบ

2.2.2 มีการพัฒนาวิธีการบันทึกตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting) ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าของรูปแบบ DAR (Data Action Response) ร่วมกับการใช้รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ในแบบบันทึกทางการพยาบาล ทำให้สามารถกำหนดปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและใช้การสื่อสารในทีมพยาบาลได้เป็นอย่างดีตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รวมทั้งใช้แบบฟอร์มในการบันทึกทำให้ง่ายต่อการบันทึกการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ความก้าวหน้าของผู้ป่วย และการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเป็นขั้นเป็นตอน

2.2.3 มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และครอบคลุมกระบวนการพยาบาล

**2.3 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ** พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากเกือบทุกด้าน (ตารางที่ 4.5) สอดคล้องกับผลการวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ฤดี น้าสูงเนิน (2552) และอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากแบบบันทึกต่าง ๆ ของรูปแบบการบันทึกได้ถูกพัฒนาให้เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่มีการพัฒนารายละเอียดของการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายและการสรุปการจำหน่าย โดยให้เพิ่มเติมรายละเอียดบางส่วน นอกจากนี้ยังมีแนวทางการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกของพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันและอิงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้อง จึงทำให้พยาบาลมีการบันทึกโดยเนื้อหาสาระครบถ้วน ถูกต้อง และครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ

**2.4 ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก** พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากสอดคล้องกับผลการวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ฤดี น้าสูงเนิน (2552) และอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาลก่อน

การทดลองอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ ดังนี้

2.4.1 รูปแบบบันทึกแบบใหม่มีแบบบันทึกเป็นเชิงโครงสร้าง มีการสร้างแบบบันทึกเป็นมาตรฐาน ระบุความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน มีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้เป็นแบบบันทึกที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยใน รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผล และแผนการพยาบาล บันทึกโดยมีช่อง ( ) สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้และช่องว่างสำหรับเติมข้อความเพียงบางส่วนในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และวันที่สิ้นสุดปัญหา ทำให้สามารถบันทึกได้ง่าย และถูกต้องมากขึ้น

2.4.2 มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลแก่พยาบาลก่อนการทดลอง ทำให้มีความถูกต้องตามหลักการบันทึกมากขึ้น

2.4.3 มีแนวทางการบันทึกอยู่ในแบบบันทึกแบบใหม่ และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกที่ใช้ประกอบการบันทึกตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพจนถึงการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยตามสถานการณ์จริง ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้เป็นแนวทางในการบันทึกได้อย่างถูกต้องมากกว่ารูปแบบเดิม

2.5 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน สอดคล้องกับผลการวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ฤดี น้าสูงเนิน (2552) และอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจาก

2.5.1 รูปแบบการบันทึกใหม่มีการออกแบบและบันทึกทำให้พยาบาลบันทึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม กำหนดข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาล ประเมินผู้ป่วยประจำวันอย่างต่อเนื่องในแต่ละเวร บันทึกกิจกรรมการพยาบาลของแต่ละเวรและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้ โดยใช้รูปแบบบันทึกแบบ CEB (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting)

2.6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลทั้งรายด้านและรายด้านย่อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิมมีแบบบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล แผนการพยาบาลไม่ถาวร ไม่มีการกำหนดอย่าง

ชัดเจนด้วยปากกา ทำให้การบันทึกไม่ครอบคลุมครบถ้วนตามขั้นตอน ส่วนแบบบันทึกแบบใหม่ เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล โดยมีแบบบันทึกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่าย รวมทั้งแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน ทำให้สามารถบันทึกได้อย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนและถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยของพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ฤดี นำสูงเนิน (2552) และอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนา สูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงระบบการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .ดังนั้น มีข้อเสนอแนะต่อไปนี้

3.1.1 ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานที่ศึกษาใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงแก้ไขรายชื่อที่อยู่ในระดับปานกลาง ตัวอย่างเช่น บันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้ บันทึกการประเมินผลแผนการพยาบาล การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น

3.1.2 ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลควรใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลนี้กับหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เช่น หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยชาย เป็นต้น

3.1.3 ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เช่น เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง หรือ ขนาด 90 เตียง เป็นต้น

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวแปรเฉพาะคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ความพึงพอใจของแพทย์ ความพึงพอใจของพยาบาล เวลาในการบันทึก เป็นต้น

3.2.2 การวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลองซึ่งทำในระยะ 3 เดือนและผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากรูปแบบการบันทึกของผู้เชี่ยวชาญซึ่งทดลองใช้ในหอผู้ป่วยที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลแห่งนี้ แต่อาจไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำบางประการ ดังนั้นจึงควรทำวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้บันทึกมีส่วนร่วมพัฒนาจนได้รูปแบบการบันทึกที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพยาบาลผู้บันทึกอย่างแท้จริงในที่สุด





**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล. (2539). *คู่มือการจัดการบริการพยาบาล จากหลักการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษราภรณ์ บรรณวงศ์ป. (2553). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต่อกายกรรม-ศาสตร์มหึง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จรัญญาณี ภูวสันติ. (2548). *การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- คารารัตน์ หงษ์ทอง. (2547). *ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2538). *มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม*. *วารสารพยาบาล*. 38, 1: 27-40.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และเบ็ญจา เตากล้า. (2543). *การบันทึกทางการพยาบาล กับการประกันคุณภาพการพยาบาล*. *วารสารสภาการพยาบาล*. 15(2), 1-11.
- นวลจันทร์ วงศ์ศรีใส. (2555). *การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นุศรา สุขศิริ. (2546). *ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลระยอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). *การบริหารการพยาบาล*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมชนก.
- นัทธมณ จินดาสมุทร. (2553). *การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้คลอด โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, สกลนคร.
- ประคิน สุภญา, วิจิตร ศรีสุพรรณ, โรจน์ จินตนาวัฒน์, กุลดา พฤติวรรณ และศรีมณา นิยมค้า. (2549). *บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิดวิธีบันทึกและการใช้ประโยชน์ รายงานการวิจัย* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล. (2551). *การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- พัชรพร ตาใจ. (2555). *การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล หริภุญชัยเมโมเรียล จังหวัดลำพูน*. (การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พัสมนธ์ คุ่มทวีพร. (2552). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2*. กรุงเทพฯ: ฮายานูสระ.
- ฟารีดา อิบราฮิม. (2541). *กระบวนการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ภัสพร ขำวิชา. (2544). *หลักการเขียนบันทึกทางการแพทย์*. *วารสารเกื้อการุณย์*. 8(1), 49-55.
- เยาวเรศ คุณแก้ว. (2551). *การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เรณู พุกบุญมี. (2552). *จากกระบวนการพยาบาลสู่การบันทึก*. เอกสารประกอบการอบรม บันทึกทางการแพทย์ กรุงเทพมหานคร สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.
- รัตนา เครือรัตนไพบูลย์. (2546). *ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ต่อ ประสิทธิภาพ การบันทึกและความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์*. *วารสารกรมการแพทย์*. 26, 2 (เมษายน – มิถุนายน, 2544): 22-29.
- รัตนา ขวงคำมา. (2548). *การพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วรรณิ ตปเตมียากร และงานนิตย์ รัตนากุล. (2552). *การวางแผนการบันทึกทางการแพทย์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- วันเพ็ญ พิชาติพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม. (2549). *เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ทางการแพทย์*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1*. หน่วยที่ 5 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.



- วิภาวดี วโรตส. (2550). การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของกุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2548). บันทึกทางการแพทย์ : ความสำคัญของปัญหา. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2558 จาก <https://www.google.co.th>.
- สมจิต หนูเจริญ. (2543). การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สุริย์ ธรรมิกบวร. (2540). การบันทึกทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2547). บันทึกทางการแพทย์ : คุณภาพของการพยาบาล. วารสารการศึกษาพยาบาล. 15(2): 72-76 (พฤษภาคม – สิงหาคม, 2547).
- สถาบันพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล. (2542). *บันได 3 สู่ HA*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล.
- สภาการพยาบาล (2544) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ใน *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544* ราชกิจจานุเบกษา หน้า 3-4 ลงวันที่ 24 เมษายน 2544.
- \_\_\_\_\_. (2548). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมิ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2553). *แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน* กรุงเทพฯ: ยูเนียนอูลตราไวโอเร็ด.
- สิริลักษณ์ อินทร์สร. (2557). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- อ่องุ่น คำเกิงธรรม. (2547). คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ*. 10, 1 (มค. – ธ.ค., 2547): 8-16.
- อาภรณ์ ทองทิพย์. (2550). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

- อารี ชีวเกษมสุข. (2534). *การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_. (2551). *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. นทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อารี ชีวเกษมสุข และธนิศา เขียรธำรงสุข. (2549). *การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิดกับรูปแบบเชิงบรรยาย*. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยเซนหลุยส์: กรุงเทพฯ.
- อุดมพร คำล้ำเลิศ. (2555). *การพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมุทรสาคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นทบุรี.
- Alfero – LeFevre, Rosalinda. (2006). *Applying Nursing Process: a tool for critical thinking*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boldreghini, S. and Larrabee, J.H. (1998). Difference in nursing documentation before and after computerization : a pilot study. *On Line Journal of Nursing Informatics*. Retrieved August 13, 2006.
- Carpenito-Moyet, Lynda Juall. (2004). *Nursing diagnosis : application to clinical practice* 10 th ed. Philadelphia : Lippincott.
- Cheevakasemsook, A. (2005). *Facilitating Change : The Development of An Effective Nursing Documentation Systems In A Medical-Surgical Ward In Thailand*. A Thesis Submitted Total Fulfillment of The Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy Charles Sturt University.
- Crisp, J. & Taylor, C. (2005). *Potter & Perry's fundamentals a nursing* 2<sup>nd</sup> ed. Sydney: Elsevier Australia.
- Delaune, S.C. and Ladner, P.K. (2002). *Fundamentals of nursing standards & practice* 2nd ed. Delmar Thomson Learning Australia.
- Fischbach, F.T. (1991). *Documenting care : Communication the nursing process and documentation standard*. Philadelphia : F.A. Davis.
- Groah, L.H. (1983). *Operating room nursing : The preoperative role* Reston.

- Iyer, T. and Bernocchi, L. (1995). *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. Philadelphia: W.B.Saunders Company
- Iyer, P.W. and Camp, N.H. (1995). *Nursing Document : A Nursing Process Approach* 2nd ed. St. Louis : C.V. Mosby.
- Moreau, D. (2002). *Charting made Incredible Easy* 2<sup>nd</sup>. USA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Natalia, B. (2007). *Nursing documentation at the Bambino Gesu Children's Hospital*. Advance in Nursing: S80-S84.
- Potter, P.A., and Perry, AG. (2005). *Basic Nursing:Essentials for practice* 6<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby.
- Schaeller, T. and Godwin, C. (1983). *Writing skill for nurse a practical text/work book*. Rockville: An Aspen.
- Shirley, M.A. (1994). *Preoperative documentation* AORN-J 57(6): 1427-1440; June 1993.
- Taylor, C., Liliis, C & Lemone, P. (1997). *Fundamentals of Nursing : The Art and Science of Nursing care* 3<sup>rd</sup> ed. J.B. Philadelphia: Lippincott.
- Voutilainen, P, Isola, A, and Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in Nursing home : State of the art and implications for quality improvement *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 72-81.
- Walus, J.W. (2003). *Fundamentals of Documentation Skill Master : Better Documentation*. New York: Lippincott Williams and Wilkins A Wolter Kluwer.
- White, L. (2002). *Basic Nursing : Foundations of Skills & Concepts* Albany: Delmar, a division of Thomson Learning.
- \_\_\_\_\_. (2003) *Documentation & the Nursing Process* Clifton Park : Delmar a division of Addison-Wesley Publishing.
- Yan Teytelman. (2002). *Effective nursing documentation and communication* Seminars in Oncology Nursing May 2002 V.18 Issue 2 page 121-127.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

**ภาคผนวก ก**

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ  
หนังสือเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. ดร.สุภานัน จิรสินธิปก	ข้าราชการบำนาญ
2. ดร.อัญชญา จุลศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการสอน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
3. นางเพชรรัตน์ คาวรัตน์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแหลม





ที่ ศธ 0522.26/ว1342

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

17 กันยายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ อัญชนา จุลศิริ

ด้วย นางพะเนียง วะชังเงิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนง  
วิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลัง  
ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง”ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ  
พยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลชะอำจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี ผู้ช่วย  
ศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ  
และประสบการณ์ เรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ  
การศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-0601133 นาง พะเนียง วะชังเงิน



ที่ ศธ 0522.26/1342

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

17 กันยายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.สุภานัน จิรสิทธิปก

ด้วย นางพะเนียง วะชังเงิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนง  
วิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลัง  
ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง”ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ  
พยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลชะอำจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี ผู้ช่วย  
ศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ  
และประสบการณ์ เรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ  
การศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-0601133 นาง พะเนียง วะชังเงิน





ที่ ศธ 0522.26/ว1342

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

17 กันยายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณเพชรรัตน์ ดาวันนี่

ด้วย นางพะเนียง วะชังเงิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนง  
วิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลัง  
ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง”ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ  
พยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลชะอำจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี ผู้ช่วย  
ศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ  
และประสบการณ์ เรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ  
การศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-0601133 นาง พะเนียง วะชังเงิน



ที่ ศธ 0522.26/ว1342

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

17 กันยายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแหลม

ด้วย นางพะเนียง วะชังเงิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนง  
วิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลัง  
ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ  
พยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลชะอำจังหวัดเพชรบุรี" โดยมี ผู้ช่วย  
ศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่า คุณเพชรรัตน์ ดาวนันท์ เป็นผู้มีความ  
รู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็น  
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ  
เครื่องมือการศึกษาดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-0601133 นางพะเนียง วะชังเงิน

สำเนาเรียน คุณเพชรรัตน์ ดาวนันท์

## ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096  
 School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood,  
 Pakkred, Nonthaburi 11120  
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... ๗๗ / ๒๕๖๗

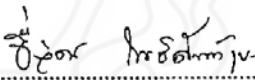
ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล  
 ต่อคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลชะอำ


เลขที่โครงการ/รหัส ID 2545100501

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางพะเนียง วัชชิงเงิน

ที่ทำงาน โรงพยาบาลชะอำ ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ  
 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม.....   
 (อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข)  
 กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....   
 (รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง ..... ๖ พ. ค. ๒๕๖๗

## ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ



## แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์   แบบสำรวจนี้ใช้เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ	ปัญหาและอุปสรรค
1	ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยในมีอะไรบ้าง
2	ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยในมีแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างไร
3	ท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหรือไม่ อย่างไร และจะมีข้อเสนอแนะอย่างไร
4	รูปแบบและวิธีการบันทึกการพยาบาลที่ใช้อยู่เป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่
5	ท่านต้องการรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยในเป็นอย่างไร
6	การบันทึกการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในความคิดของท่านเป็นอย่างไร



### คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

1. คู่มือสำหรับวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ
2. คู่มือสำหรับวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ
3. คู่มือสำหรับความถูกต้องตามกฎหมาย
4. คู่มือสำหรับวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึก

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1. แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ</p> <p>ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น จะถือว่า “ มีการบันทึก ” และได้คะแนน = 1 จะต้องมียุทธศาสตร์ดังนี้</p> <p><b>1.การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ</b></p> <p>1.1มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ) : มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น กิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย (ยกเว้นกรณีที่มีผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้และไม่มีญาติ)</p>	<p>-2ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้และอาเจียนมาก</p> <p>-ดื่มเบียร์วันละ 1 ขวด นอนหลับวันละ 5 ชั่วโมง</p>
<p>1.2มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ/หรือจากการตรวจร่างกาย (ดูในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ) : มีการบันทึกข้อมูลที่ทำให้เห็นว่า พยาบาลได้ใช้การสังเกต และ/หรือการตรวจร่างกายของผู้ป่วยด้วยตนเอง เช่น สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ ตรวจดูท้อง</p>	<p>-ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสูงโปร่ง ผิวดำแดง หายใจเหนื่อยหอบ R=30/min P=120/min BP=140/90mmHg นอนกระสับกระส่าย</p>
<p><b>2.การวินิจฉัย</b></p> <p>2.1มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพ หรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ</p>	<p>-การเคลื่อนไหวนอนพลิกเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง</p> <p>-เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากไม่รู้ตัว</p>
<p>2.2มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเพื่อใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย</p>	<p>-อาจขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยแบบนี้มาก่อน</p>
<p><b>3.การวางแผน</b></p> <p>3.1มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลที่แก้ปัญหาของผู้ป่วย (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์เพื่อให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหของผู้ป่วยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้</p>	<p>-วัตถุประสงค์การพยาบาล: ไม่มีแผลกดทับ</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล: พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p><b>4. การปฏิบัติ</b></p> <p>4.1 มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ (ดูในแบบบันทึกการพยาบาลและแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลจริงตามที่วางแผนไว้ โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล</p>	<p>-10.00น. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วย Povidine Solution</p>
<p>4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้ (ดูในแบบบันทึกการพยาบาลและแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลจริงตามที่แผนเพื่อการจำหน่ายไว้โดยบันทึกการพยาบาล</p>	<p>-9.00น. สาธิตการฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วยดู</p>
<p><b>5.การประเมินผล</b></p> <p>5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล</p>	<p>-หลังเช็ดตัว 30 นาที ใช้ลดลง T=38°C R=22/min P=86/min</p>
<p>5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อการจำหน่าย โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล</p>	<p>-หลังการสอนวิธีฉีดยาอินซูลินแล้ว ผู้ป่วยสามารถเตรียมยาฉีดได้</p>
<p>5.3 มีบันทึกการประเมินผลแผนการพยาบาลว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกในแผนการพยาบาลที่แสดงถึงการประเมินผลว่าแผนการพยาบาลยุติเมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเปลี่ยนไป</p>	<p>-อุบัติการณ์ปัญหาการเสี่ยงต่อการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง</p>
<p><b>6.การสรุปจำหน่ายผู้ป่วย</b></p> <p>6.1 มีบันทึกสรุปการจำหน่าย (ดูในแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย) : มีบันทึกในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยที่แสดงถึงอาการและอาการแสดง และสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และ/หรือประเภทของการจำหน่าย</p>	<p>-แผลผ่าตัดแห้ง V/S BP=140/80mmHg P=72/min T=37°C R=20/min อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้</p>
<p>6.2 มีบันทึกในแบบบันทึกการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการจำหน่ายในเรื่องอาการปฏิบัติตนและ/หรือการมาพบแพทย์ตามนัด (ดูในแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย) : มีบันทึกในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยที่แสดงถึงการให้คำแนะนำเรื่องตามปัญหาสุขภาพโดยยึดหลัก METHOD การปฏิบัติตน และ/หรือการมาพบแพทย์ตามนัดแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>	<p>-แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้ถูกน้ำ -แนะนำการมาพบแพทย์ตามนัด</p>



<p>2.แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ</p> <p>ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกการพยาบาลที่สร้างขึ้น จะถือว่า “มีการบันทึก”และได้คะแนน=1 จะต้องมีรายละเอียดดังนี้</p>	
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p><b>1 การประเมินสถานะผู้ป่วยเมื่อแรกรับ</b></p> <p><b>1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล</b></p> <p>1.1.1 มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย): มีบันทึกอาการสำคัญที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย/ญาติตัดสินใจมารักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งไม่ควรเกิน 2 อาการ</p>	<p>5ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลว เป็นน้ำและอาเจียน 3-4 ครั้ง</p>
<p>1.1.2 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึก ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย/ญาติตัดสินใจมารักษาที่โรงพยาบาล</p>	<p>-5ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลว เป็นน้ำและอาเจียน 3-4 ครั้ง</p>
<p><b>1.2 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน</b></p> <p>1.2.1 มีบันทึกเวลาที่เริ่มอาการ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยในครั้งนี้</p>	<p>-7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถูกตะปุดา เท้า 3 วันต่อมาเริ่มมีอาการอาาปากไม่ ค่อยขึ้น กลืนน้ำและข้าวได้น้อย ญาติจึง พาไปรักษาที่สถานอนามัย พนักงาน อนามัยแนะนำให้พาไปรักษาที่ โรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล</p>
<p>1.2.2 มีบันทึกลักษณะของอาการ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกรายละเอียด ของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเป็นอย่างไร มีอาการมากน้อย แค่ไหน มีอาการร่วมด้วยหรือไม่ มีอะไรที่ทำให้เป็นมากขึ้นหรือน้อยลง</p>	<p>-7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถูกตะปุดา เท้า 3 วันต่อมาเริ่มมีอาการอาาปากไม่ ค่อยขึ้น กลืนน้ำและข้าวได้น้อย ญาติจึง พาไปรักษาที่สถานอนามัย พนักงาน อนามัยแนะนำให้พาไปรักษาที่ โรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล</p>
<p>1.2.3 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเรียงตามลำดับ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มี บันทึกรายละเอียดอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยในครั้งนี้ตามลำดับ เวลาเกิดก่อนหลังจนกระทั่งตัดสินใจมารักษาที่โรงพยาบาลชะอำ</p>	<p>-7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถูกตะปุดา เท้า 3 วันต่อมาเริ่มมีอาการอาาปากไม่ ค่อยขึ้น กลืนน้ำและข้าวได้น้อย ญาติจึง พาไปรักษาที่สถานอนามัย พนักงาน อนามัยแนะนำให้พาไปรักษาที่ โรงพยาบาลญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล</p>
<p>1.2.4 มีบันทึกวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกรายละเอียด ของการปฏิบัติเพื่อแก้ไขอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยในครั้งนี้ ก่อนจะ เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลชะอำ</p>	<p>-7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถูกตะปุดา เท้า 3 วันต่อมาเริ่มมีอาการอาาปากไม่ ค่อยขึ้น กลืนน้ำและข้าวได้น้อย ญาติจึง พาไปรักษาที่สถานอนามัย พนักงาน อนามัยแนะนำให้พาไปรักษาที่ โรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p><b>1.3 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต</b></p> <p>1.3.1 มีบันทึกการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมาในอดีต (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกระยะเวลา การรักษา สถานที่รักษาของการผ่าตัด และอุบัติเหตุในอดีตที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้</p>	<p>-10 ปีก่อน ไข้ตั้งอักเสบได้รับการผ่าตัด เรียบร้อยแล้ว ไม่เคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรงใดๆ</p>
<p>1.3.2 มีบันทึกประวัติการแพ้ยา สารอาหารและ/หรือสารใดๆ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกชนิดและลักษณะเกี่ยวกับการแพ้ต่างๆ ได้แก่การแพ้ยา สารอาหาร และสารอื่นๆเช่น เกสรดอกไม้ ไรฝุ่น เป็นต้น</p>	<p>-แพ้ยา Bactrim แต่ไม่แพ้สารอาหารหรือสารอื่นๆ</p>
<p><b>1.4 ประวัติสุขภาพครอบครัว</b></p> <p>1.4.1 มีบันทึกโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อและ/หรือ โรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัว ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p>	<p>-บิดาเป็นโรคความดันเลือดสูง ญาติคนอื่น ๆ ไม่ป่วยเป็นโรคพันธุกรรม โรคติดต่อหรือร้ายแรง</p>
<p><b>1.5 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ</b></p> <p>1.5.1 มีบันทึกคำสัญญาณชีพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพของผู้ป่วยในช่วงเวลาแรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>-แรกรับ BP=130/80mmHg P=76/min R=18/min T=37 °c</p>
<p>1.5.2 มีบันทึกอาการและอาการแสดงที่สังเกตและ/หรือตรวจได้เมื่อแรกรับ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย):มีบันทึกอาการและอาการแสดงที่พยาบาลซักประวัติ สังเกต และ/หรือตรวจร่างกายของผู้ป่วยได้เมื่อช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์</p>	<p>-แรกรับ หลับไทยวัยกลางคน รูปร่างอ้วน ผิวดำแดง มีแผลพุพองที่หลังเท้า ขา ขาขวาบวมแดงและร้อนตั้งแต่ปลายเท้าขึ้นไปถึงข้อเท้า ไม่อึดอัม บ่นปวดแผลตุ๋นๆ</p>
<p><b>2.วินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ</b></p> <p>2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายในรูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) :มีการบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายในรูปของปัญหา+เนื่องจาก+ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>-เสี่ยงต่อการขาดน้ำเนื่องจากมีไข้</p>
<p>2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณ ได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) :มีการบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณ ในรูปแบบปัญหา+เนื่องจาก+ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>-หมดหวังเนื่องจากถูกทอดทิ้ง -กลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้</p>
<p><b>3.การวางแผน</b></p> <p>3.1 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลที่แก้ปัญหาสุขภาพทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย</p>	<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:มีผลกดทับระดับที่ 2 บริเวณแก้มก้นเนื่องจากผิวหนังถูกกดเป็นเวลานาน -กิจกรรมฯเช่น: 1.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 2.ทำแผลด้วย NSS วันละ 2 ครั้ง</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
3.2 มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติของพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) :มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล โดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	-ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:มีแผลกดทับระดับที่ 2 บริเวณแก้มก้นเนื่องจากผิวหนังถูกเป็นเวลานาน -กิจกรรมฯเช่น: 1.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 2.จัดที่นอนให้สะอาดและเรียบดีอยู่เสมอ 3.ดูแลให้ได้รับอาหารครบ 3 มื้อ 5.สังเกตและประเมินแผลกดทับทุกเวร 6.ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา
4.การปฏิบัติ 4.1มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย (ดูในแบบบันทึกการพยาบาล) :มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย	-ทำความสะอาดแผลผ่าตัดบริเวณบริเวณหน้าท้องด้วย Povidine Solution
4.2มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย(ดูในแบบบันทึกการพยาบาล) :มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย	-อธิบายให้ทราบข้อดีของการให้เคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัยและ/หรือกลัวการให้เคมีบำบัด
5.การประเมินผล 5.1มีบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย (ดูในแบบบันทึกการพยาบาล) :มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลโดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล	-หลังจากให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืด ให้ลุกเดินรอบเตียง เปลี่ยนท่าทางบ่อยๆและผู้ป่วยปฏิบัติตาม ต่อมาผู้ป่วยหายลมได้ บ่นแน่นท้องน้อยลงบ้าง
5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล	-ภายหลังอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนของการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และบอกว่าสบายใจขึ้น
6.การสรุปจำหน่ายผู้ป่วย 6.1มีบันทึกการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติเรื่องยา กรปฏิบัติตนและ/หรือการมาพบแพทย์ตามนัดก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (ดูในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย):มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและ/หรือญาติเกี่ยวกับยา การปฏิบัติตนและหรือการมาตามแพทย์นัด โดยสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย	-ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เช่น *ควรลดอาหารพวกไขมัน แป้งและน้ำตาล *ระวังการเกิดบาดแผล *มาพบแพทย์วันที่ 12 มิถุนายน 2543 เวลา 9.00 น.

3.แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย	
ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏอยู่ในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น จะถือว่า “มีการบันทึก” และ ได้คะแนน=1คะแนนต้องมีรายละเอียดดังนี้	
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
1.มีบันทึกการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่าย) : มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักการประเมินภาวะสุขภาพ เช่น การสังเกต การตรวจร่างกาย	-หายใจเหนื่อย R=30/min P=102/min
2.มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวม ได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และแบบประเมินผู้ป่วยหรือแบบบันทึกการพยาบาล) : มีบันทึกข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่รวบรวมได้	-ข้อวินิจฉัยฯ:มีภาวะขาดสารอาหารเนื่องจาก กลืนอาหารลำบาก -ข้อมูลสนับสนุน: S:รับประทานอาหารได้มีอิสระ 3-4 คำ รุปร่าง ผอม O:บอกว่ากลืนอาหารลำบาก
3.มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล และสอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล):มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ทางการแพทย์	-ข้อวินิจฉัยฯ:มีภาวะขาดสารอาหารเนื่องจาก กลืนอาหารลำบาก -กิจกรรมฯ: 1.ประเมินสาเหตุของการกลืนอาหารลำบาก 2.ดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหาร อ่อนหรืออาหารเหลว 3.สังเกตการกลืนอาหารของผู้ป่วย
4.มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล):มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามปัญหาที่มี	-ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเล็กน้อย จึง จัดให้นอนท่าศีรษะสูง
5.มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง(ดูในแบบบันทึกการพยาบาล):มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกครั้งในแบบบันทึกการพยาบาล	-วันที่ 20 ธันวาคม 2542 เวลา 10.00น. ทำความสะอาดแผลด้วย Povidine solution
6.มีบันทึกให้เห็นสภาพ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง (ตามความเหมาะสมของสถานการณ์) (ดูในแบบบันทึกการพยาบาล:มีบันทึกสภาพผู้ป่วยที่สังเกต สัมภาษณ์ และ/หรือตรวจร่างกายก่อนและหลังให้การพยาบาล และ/หรือการรักษา	-ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเล็กน้อย จึงจัดให้ นอนศีรษะสูง หลังจากนั้นปวดแผลน้อยลง
7.บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วยทุกครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่าย) :มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยด้วยคำพูดของผู้ป่วย	-ผู้ป่วยบอกว่า เบื่อ ไม่อยากรักษาต่อแล้ว รักษา ยังไงก็ไม่หาย
8.บันทึกสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุก	-ผู้ป่วยนั่งอยู่ที่เก้าอี้ ตามมองออกไปนอก

ครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการ จำหน่าย) :มีบันทึกลักษณะของผู้ป่วยที่สังเกตเห็น ไม่ว่าจะ เป็นพฤติกรรมกร แสดงออกและคำพูด โดยไม่แปลความหมายตามความคิดเห็นของผู้บันทึก	หน้าต่าง ตาแดง ที่แก้มมีคราบน้ำตา ไม่พูดจา
<b>ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย</b>	<b>ตัวอย่าง</b>
9.บันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลังทุก ครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการ จำหน่ายฯ) :มีบันทึกวันที่ เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามลำดับ ก่อนหลังในแบบบันทึกการพยาบาล	-14.30น. ปวดศีรษะมาก ให้ Cold pack และยา paracetamol (500mg) 2 tabs prn ต่อมาอีก ½ ชั่วโมง พักหลับได้
10.บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึก แผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่ายฯ) :มี บันทึกด้วยลายมือที่ผู้อ่านสามารถอ่าน ได้รู้เรื่องอย่างรวดเร็ว	
11.บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ (ดูในแบบประเมิน ผู้ป่วย แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุป การจำหน่ายฯ) :มีบันทึกข้อมูล โดยใช้คำสั้นที่สั้น เข้าใจง่าย สื่อความหมายได้ ชัดเจน	-หายใจหอบเหนื่อย R=30/min p=102/min นอนพักไม่ได้
12.ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลทุกครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการ จำหน่ายฯ) :มีบันทึกโดยใช้คำย่อ สัญลักษณ์ ศัพท์เทคนิคต่างๆที่นิยมใช้และ เป็นที่รู้จักกันในทีมสุขภาพ	-HT=Hypertension หรือความดันเลือดสูง -OD=วันละครั้ง
13.ลงชื่อของผู้บันทึกทุกครั้งภายหลังการบันทึก (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการ จำหน่ายฯ) :มีบันทึกชื่อของพยาบาลผู้บันทึกในแบบประเมินผู้ป่วย แบบ บันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกการ จำหน่ายผู้ป่วยต่อท้ายการบันทึกทุกครั้ง	
14.ระบุชื่อ-สกุลของผู้ป่วย เลขประจำตัวโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยในแบบ บันทึกทุกแผ่น (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบ บันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่ายฯ) :มีบันทึกชื่อ-สกุลของ ผู้ป่วย เลขประจำตัว โรงพยาบาลและหอผู้ป่วยในช่องว่างสำหรับกรอก ข้อความในแบบบันทึกต่างๆของพยาบาลทุกแผ่น	
15.บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำทุกครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบ บันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่าย ฯ) :มีบันทึกข้อความต่างๆในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น โดยใช้ปากกาสีน้ำเงิน หรือสีดำ	

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
16. จดเส้นตรงกับข้อความที่เขียนผิด แล้ววงชื่อกำกับเมื่อเขียนผิดทุกครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่ายฯ) : มีการแก้ไขคำหรือข้อความที่ผิด โดยขีดเส้นตรงทับคำหรือข้อความที่เขียนผิดและเซ็นชื่อของผู้บันทึกเพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง	- มีคลื่นไส้ อาเจียนแต่ไม่อาเจียน
17. จดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือไว้ป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลังทุกครั้ง (ดูในแบบประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่ายฯ) : มีการขีดเส้นตรงหนึ่งเส้น ในบริเวณที่เป็นช่องว่างระหว่างคำสุดท้ายของการบันทึกในแต่ละครั้งกับชื่อของผู้บันทึกเพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง	- 14.30 น. ปวดศีรษะมาก ให้ยา Paracetamol (500mg) 2 tab prn ต่อมา ½ ชั่วโมง ปวดน้อยลง
<p><b>4. แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก</b></p> <p><b>รายละเอียดในแบบวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึกและเกณฑ์ในการให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้</b></p>	
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p><b>1. การประเมินสภาพของผู้ป่วย</b></p> <p>1.1 มีบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วยและบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมงที่รับไว้ในโรงพยาบาล (ดูในแบบประเมินผู้ป่วยและแบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>1) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อแรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย</p> <p>2) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวลาที่แรกรับผู้ป่วย</p> <p>3) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรถัดจากเวรที่แรกรับ</p> <p>4) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบบันทึกการพยาบาล ในเวรที่ 3 ของ 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p>	<p><u>*3คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) และ 2) และ 4) ครบถ้วน</p> <p><u>*2คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ - ข้อที่ 1) 2) และ 3) หรือ - ข้อที่ 1) 2) และ 4) หรือ - ข้อที่ 1) 3) และ 4)</p> <p><u>*1คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ - ข้อที่ 1) และ 2) หรือ - ข้อที่ 1) และ 3) หรือ - ข้อที่ 1) และ 4) หรือ</p> <p><u>*0คะแนน</u> เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) เท่านั้นหรือไม่มีเลย</p>
<p>1.2 มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายหลัง 24 ชั่วโมง ที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย (ดูแบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>1) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในเวรต่อจาก 3 เวรที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาล</p> <p>2) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย</p> <p>3) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24 ชั่วโมงแรกประมาณ 1 ใน 2 ส่วนในแบบบันทึกการพยาบาล และไม่ทุกวันจนกระทั่งจำหน่าย</p> <p>4) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24 ชั่วโมงแรกประมาณ 1 ใน 4 ส่วนในแบบบันทึกการพยาบาล และไม่ทุกวันจนกระทั่งจำหน่าย</p>	<p><u>*3คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) และ 2) ครบถ้วน</p> <p><u>*2คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 3) (อาจมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อ 1) หรือไม่มีก็ได้</p> <p><u>*1คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 4) (อาจมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อ 1) หรือไม่มีก็ได้</p> <p><u>*0คะแนน</u> เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) เท่านั้น หรือไม่มีเลย</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p><b>2.การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย</b></p> <p>2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับและมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อมา ในแบบบันทึกแผนการพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>1)มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p> <p>2)มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p>	<p><u>*2คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) และ 2) ครบถ้วน</p> <p><u>*1คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) หรือ 2)</p> <p><u>*0คะแนน</u> เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) และ 2)</p>
<p><b>3.การวางแผนการพยาบาล</b></p> <p>3.1 มีบันทึก/หลักฐานเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในแบบบันทึกแผนการพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>-มีบันทึก/หลักฐานเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในแบบบันทึกแผนการพยาบาล โดยบันทึกได้</p> <p>1)เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2)เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3)เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p><u>*3คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1)</p> <p><u>*2คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 2)</p> <p><u>*1คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 3)</p> <p><u>*0คะแนน</u> เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) 2) หรือ 3)เลย</p>
<p><b>4.การปฏิบัติการพยาบาล</b></p> <p>4.1 มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวร โดยบันทึกได้</p> <p>1)เป็นส่วนน้อย (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2)เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3)เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p><u>*3คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1)</p> <p><u>*2คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 2)</p> <p><u>*1คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 3)</p> <p><u>*0คะแนน</u> เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) 2) หรือ 3)เลย</p>
<p><b>5.การประเมินผล</b></p> <p>5.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวร ในแบบบันทึกการพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>-มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวร ในแบบบันทึกการพยาบาล โดยบันทึกได้</p> <p>1)เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2)เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3)เป็นส่วนน้อย น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p><u>*3คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1)</p> <p><u>*2คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 2)</p> <p><u>*1คะแนน</u> เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 3)</p> <p><u>*0คะแนน</u> เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) 2) หรือ 3)เลย</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>5.2 มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล (ดูในแบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>-มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกการพยาบาล โดยบันทึกได้</p> <p>1) เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2) เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3) เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p>*3คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1)</p> <p>*2คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 2)</p> <p>*1คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 3)</p> <p>*0คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1) 2) หรือ 3)เลย</p>





## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ เลขที่.....ครั้งที่.....วันที่...../...../.....			
ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ		ส่วนที่ 3 ความถูกต้องตามกฎหมาย	
ส่วนที่ 2 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ		ส่วนที่ 4 ความต่อเนื่องของการบันทึก	
คำชี้แจง โปรดกา <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน <input type="checkbox"/> ตามความเป็นจริงโดยใช้คู่มือวิเคราะห์เป็นแนวทางในการตรวจสอบ			
ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงปริมาณ			
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1.การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ		
	1.2 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ/หรือจากการตรวจร่างกาย		
2.การวินิจฉัย	2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
	2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจำหน่าย		
3.การวางแผน	3.1 มีบันทึกหลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลของปัญหาของผู้ป่วย		
4.การปฏิบัติ	4.1 มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้		
	4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้		
5.การประเมินผล	5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาล		
	5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้		
	5.3 มีบันทึกการประเมินผลแผนการพยาบาล		
6.การสรุปการจำหน่าย	6.1 มีบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย		
	6.2 มีบันทึกการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนจำหน่าย		
ส่วนที่ 2 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเชิงคุณภาพ			
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1.การประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.1.1 มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล		
	1.1.2 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ		
1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล			
1.2 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1.2.1 มีบันทึกเวลาที่เริ่มอาการ		
	1.2.2 มีบันทึกลักษณะของอาการ		
	1.2.3 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการ		
	1.2.4 มีบันทึกการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ		
1.3 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	1.3.1 มีบันทึกการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมาในอดีต		
	1.3.2 มีบันทึกประวัติการแพ้ยา สารอาหารและ/หรือสารใดๆ		
1.4 ประวัติสุขภาพของครอบครัว	1.4.1 มีบันทึกโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว		
1.5 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.5.1 มีบันทึกค่าสัญญาณชีพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
	1.5.2 มีบันทึกอาการและอาการแสดงที่สังเกตและ/หรือตรวจได้เมื่อแรกรับ		
2.วินิจฉัยหรือกำหนดปัญหา	2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาคาดร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล		

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
สุขภาพ	2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือวิญญาณ ได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
3.การวางแผน	3.1 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย		
	3.2 มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยครอบคลุม 4 มิติของพยาบาล		
4.การปฏิบัติ	4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย		
	4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
5.การประเมินผล	5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
	5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
6.การสรุปจำหน่ายผู้ป่วย	6.1 มีบันทึกการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย		
ส่วนที่ 3 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก			
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1.มีบันทึกการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง			
2.มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักการพยาบาลทุกครั้ง			
3.มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยทุกครั้ง			
4.มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยทุกครั้ง			
5.มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง			
6.มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง (ตามความเหมาะสมของสถานการณ์)			
7.บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วยทุกครั้ง			
8.บันทึกสภาพของผู้ป่วย โดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง			
9.บันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลังทุกครั้ง			
10.บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ			
11.บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ			
12.ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่สากลทุกครั้ง			
13.ลงชื่อของผู้บันทึกทุกครั้งภายหลังการบันทึก			
14.บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน ตามที่กำหนดทุกครั้ง			
15.ขีดเส้นตรงกับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับเมื่อเขียนผิดทุกครั้ง			
16.ขีดเส้นตรงกับช่องว่างที่เหลือ ไว้ป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลังทุกครั้ง			

ส่วนที่ 4 ความต่อเนื่องของการบันทึก				
1.การประเมินสภาพผู้ป่วย	คะแนน			
	3	2	1	0
รายการ				
1.1 มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุก				
เวรภายใน 24 ชั่วโมง				
1.2 มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ใน				
โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย				
2.การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย				
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา				
ของผู้ป่วยในวันต่อมาในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				
3.การวางแผนการพยาบาล				
3.1 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				
3.2 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่อง				
จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป				
4.การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล				
4.1 มีบันทึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึก				
การพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวร				
5.การประเมินผลการพยาบาล				
5.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการ				
พยาบาล				
5.2 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไข				
จนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				

การหาความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชะอำโดย  
การคำนวณหาดัชนีของความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

ตารางที่ 1 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบ  
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล  
เชิงปริมาณ

แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่ 1	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	3	0.061	3	0.065	0
2	4	0.082	3	0.065	0.017
3	4	0.082	3	0.065	0.017
4	4	0.082	4	0.087	0
5	4	0.082	3	0.065	0.017
6	3	0.061	3	0.065	0
7	3	0.061	3	0.065	0
8	3	0.061	3	0.065	0
9	3	0.061	3	0.065	0
10	3	0.061	3	0.065	0
11	3	0.061	3	0.065	0
12	3	0.061	3	0.065	0
13	3	0.061	3	0.065	0
14	3	0.061	3	0.065	0
15	3	0.061	3	0.065	0
รวม	49	0.999	46	0.997	0.051

การหาคำนวณดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

$$\pi = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

$P_0$  = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่าง  
ระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

$P_c$  = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่  
ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการ  
ตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (ในที่นี้เลือกผลของ  
การตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 2 ค่าสัดส่วนของคะแนนจาก  
ลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา คือ 0.087 และ  
0.065)

$$P_0 = 1 - 0.051$$

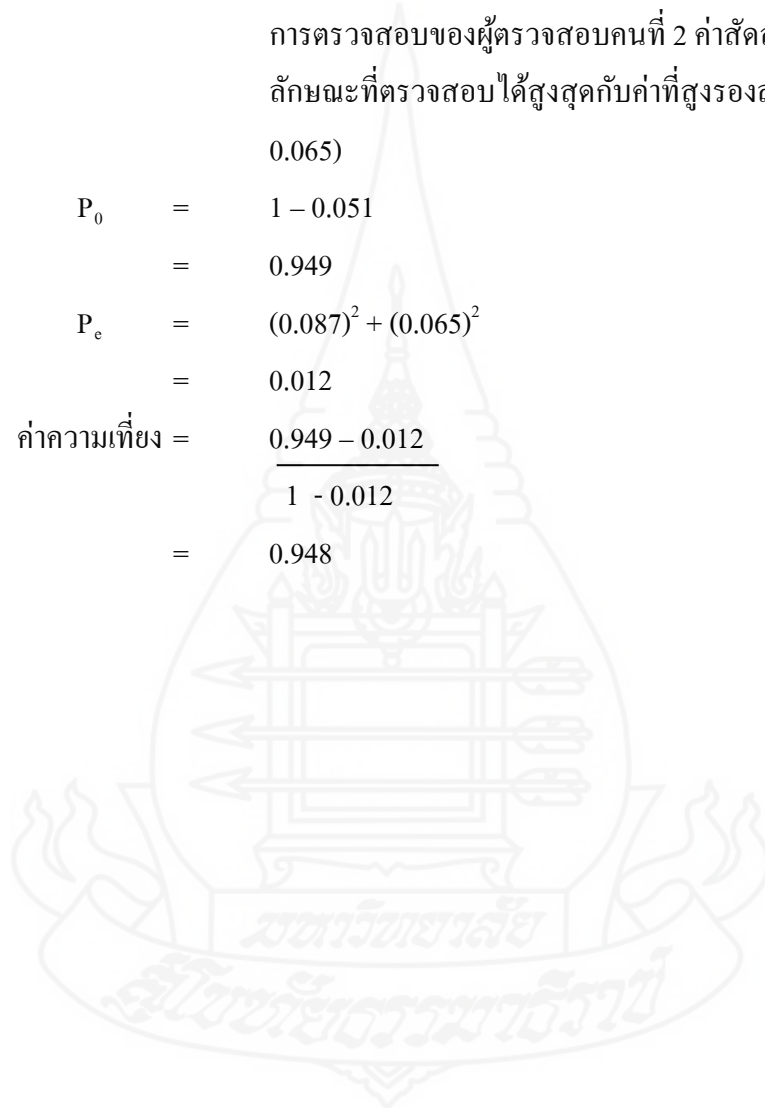
$$= 0.949$$

$$P_c = (0.087)^2 + (0.065)^2$$

$$= 0.012$$

$$\text{ค่าความเที่ยง} = \frac{0.949 - 0.012}{1 - 0.012}$$

$$= 0.948$$



ตารางที่ 2 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบ  
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล  
เชิงคุณภาพ

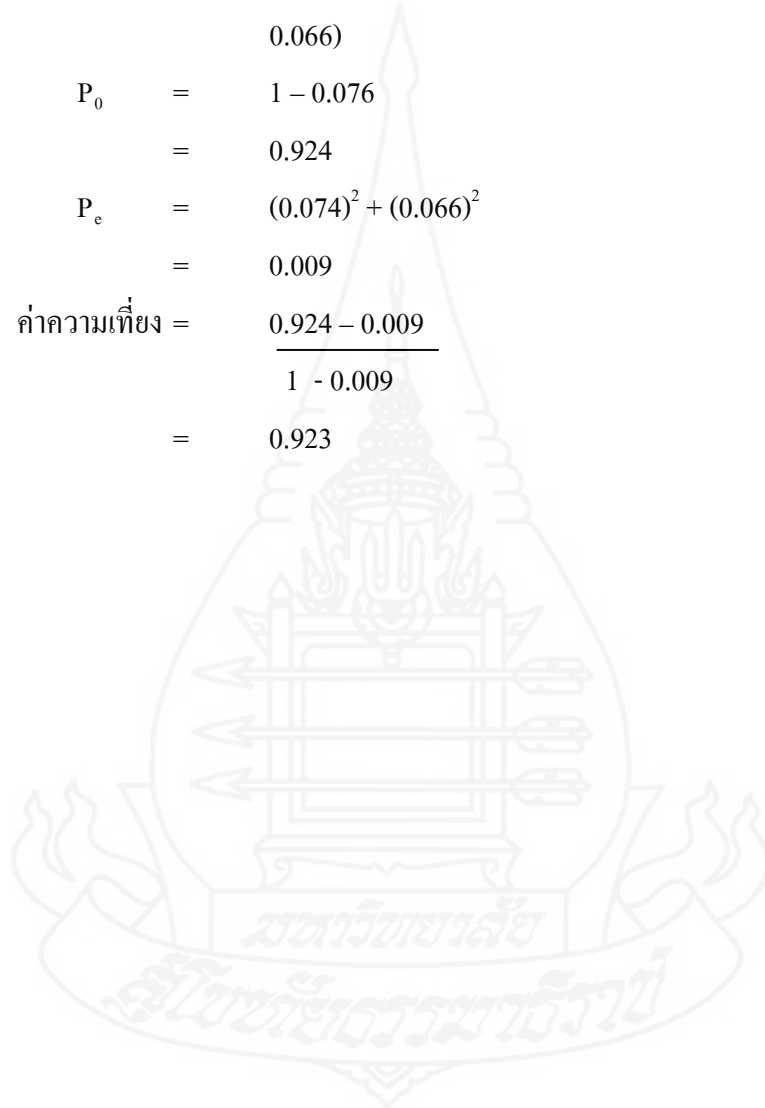
แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่ 1	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	8	0.059	15	0.062	0.003
2	10	0.074	17	0.071	0.003
3	9	0.066	17	0.071	0.005
4	9	0.066	15	0.062	0.004
5	9	0.066	15	0.062	0.004
6	10	0.074	16	0.066	0.008
7	10	0.074	16	0.066	0.008
8	9	0.066	15	0.062	0.004
9	9	0.066	17	0.071	0.005
10	10	0.074	16	0.066	0.008
11	9	0.066	16	0.066	0
12	9	0.066	17	0.071	0.005
13	8	0.059	17	0.071	0.012
14	8	0.059	16	0.066	0.007
15	9	0.066	16	0.066	0
รวม	136	1.001	241	0.999	0.076

การหาคำนวณดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

$$\pi = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

$P_0$  = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่าง  
ระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

$$\begin{aligned}
 P_e &= \text{ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่} \\
 &\quad \text{ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการ} \\
 &\quad \text{ตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (ในที่นี้เลือกผลของ} \\
 &\quad \text{การตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 2 ค่าสัดส่วนของคะแนนจาก} \\
 &\quad \text{ลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา คือ 0.074 และ} \\
 &\quad \text{0.066)} \\
 P_0 &= 1 - 0.076 \\
 &= 0.924 \\
 P_e &= (0.074)^2 + (0.066)^2 \\
 &= 0.009 \\
 \text{ค่าความเที่ยง} &= \frac{0.924 - 0.009}{1 - 0.009} \\
 &= 0.923
 \end{aligned}$$



ตารางที่ 3 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบ  
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย

แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่ 1	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	16	0.075	13	0.061	0.014
2	15	0.070	14	0.066	0.004
3	14	0.066	15	0.071	0.005
4	14	0.066	16	0.075	0.009
5	14	0.066	13	0.061	0.005
6	14	0.066	14	0.066	0
7	15	0.070	13	0.061	0.009
8	14	0.066	13	0.061	0.005
9	14	0.066	15	0.071	0.005
10	15	0.070	14	0.066	0.004
11	14	0.066	14	0.066	0
12	13	0.061	15	0.071	0.010
13	13	0.061	14	0.066	0.005
14	13	0.061	14	0.066	0.005
15	15	0.070	15	0.071	0.001
รวม	213	1.00	212	0.999	0.081

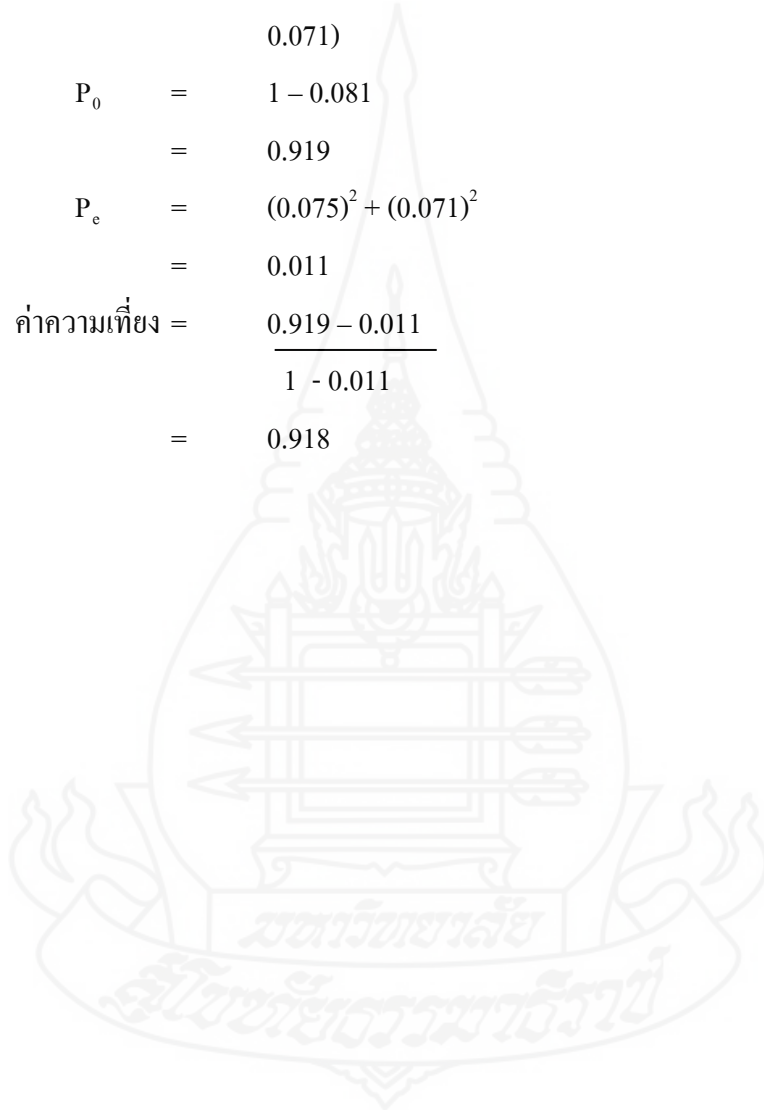
การหาคำนวณดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

$$\pi = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

$P_0$  = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่าง  
ระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน



$$\begin{aligned}
 P_e &= \text{ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่} \\
 &\text{ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการ} \\
 &\text{ตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (ในที่นี้เลือกผลของ} \\
 &\text{การตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 2 ค่าสัดส่วนของคะแนนจาก} \\
 &\text{ลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา คือ 0.075 และ} \\
 &0.071) \\
 P_0 &= 1 - 0.081 \\
 &= 0.919 \\
 P_e &= (0.075)^2 + (0.071)^2 \\
 &= 0.011 \\
 \text{ค่าความเที่ยง} &= \frac{0.919 - 0.011}{1 - 0.011} \\
 &= 0.918
 \end{aligned}$$



ตารางที่ 4 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบ  
คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

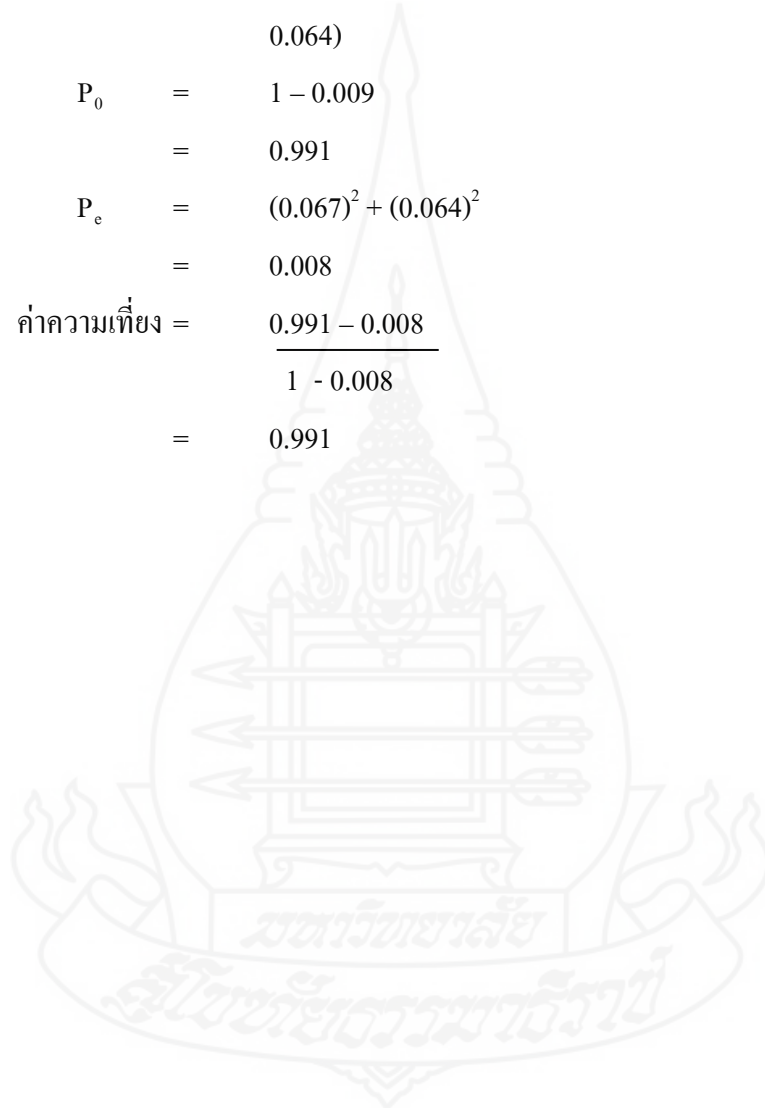
แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่ 1	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	24	0.070	23	0.067	0.003
2	23	0.067	23	0.067	0
3	23	0.067	23	0.067	0
4	23	0.067	23	0.067	0
5	23	0.067	23	0.067	0
6	23	0.067	23	0.067	0
7	23	0.067	23	0.067	0
8	22	0.064	23	0.067	0.003
9	23	0.067	23	0.067	0
10	23	0.067	23	0.067	0
11	23	0.067	22	0.064	0.003
12	23	0.067	23	0.067	0
13	23	0.067	23	0.067	0
14	23	0.067	23	0.067	0
15	23	0.067	23	0.067	0
รวม	345	1.005	344	1.002	0.009

การหาคำนวณดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

$$\pi = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

$P_0$  = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่าง  
ระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

$$\begin{aligned}
 P_c &= \text{ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่} \\
 &\text{ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการ} \\
 &\text{ตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (ในที่นี้เลือกผลของ} \\
 &\text{การตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 2 ค่าสัดส่วนของคะแนนจาก} \\
 &\text{ลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา คือ 0.067 และ} \\
 &0.064) \\
 P_0 &= 1 - 0.009 \\
 &= 0.991 \\
 P_c &= (0.067)^2 + (0.064)^2 \\
 &= 0.008 \\
 \text{ค่าความเที่ยง} &= \frac{0.991 - 0.008}{1 - 0.008} \\
 &= 0.991
 \end{aligned}$$





**ภาคผนวก ง**

โครงการพัฒนารูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาล

## โครงการพัฒนาและอบอรมการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลชะอำ

### หลักการและเหตุผล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลทุกคนต้องกระทำให้ดีที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่จะต้องอยู่เป็นหลักฐานของผู้ป่วยตลอดไป และยังใช้เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงข้อมูล และการสื่อสารกับผู้ร่วมงานในการรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วย ทำให้การวางแผนที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อนกันรวมทั้งใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการบริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพตลอดจนผู้บริหารโรงพยาบาล จึงต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและทำการปรับปรุงบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

จากผลการตรวจคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลชะอำ โดยคณะกรรมการเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 4 ราชบุรี ปี พ.ศ. 2554 - 2556 พบว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลร้อยละ 78.33 ,67.44 และ 52.78ตามลำดับ ซึ่งการบันทึกพยาบาลของโรงพยาบาลชะอำต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดร้อยละ80 เนื่องจากบันทึกไม่ครอบคลุม และอ่านลายมือไม่ออก โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 4 ราชบุรี ได้เสนอแนะให้มีการจัดอบรมเพิ่มความรู้และทักษะในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งปรับปรุงแบบฟอร์มให้เป็นที่เข้าใจในการบันทึกมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของแบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลว่า ข้อมูลที่บันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง อ่านลายมือไม่ออก บันทึกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวนผู้ป่วยมากทำให้สามารถบันทึกได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ และขาดการฟื้นฟูความรู้และทักษะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้น งานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชะอำได้ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จึงได้จัดประชุมวิชาการเพื่อให้พยาบาลมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในรูปแบบเดียวกัน มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล มีความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกเพื่อแสดงถึงความรู้ และมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญทางกฎหมาย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เป็น โรงพยาบาลชะอำ
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบเดียวกันได้

### กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง และหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 13 คน

### วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาแบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของอารี ชิวเกษมสุข
2. ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง และหอผู้ป่วยพิเศษที่รับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน จำนวน 30 ชุด
3. ประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายเพื่อสรุปประเด็นปัญหาอุปสรรคที่พบจากการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน และร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์แนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ตามประเด็นปัญหาที่สรุปได้
4. อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายครั้งที่ 1 เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาลเพื่อให้มีความรู้เรื่องระบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ตามประเด็นปัญหาที่พบ
5. พัฒนาและปรับใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลชะอำโดยให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วม
6. อบรมพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล
7. ให้พยาบาลวิชาชีพฝึกบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในหอผู้ป่วยจริง 1 สัปดาห์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ปรับปรุงแก้ไขการบันทึกและคุ้นเคยกับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น
8. ทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 เดือน
9. ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หลังการทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

**ระยะเวลาดำเนินการ**

1 มีนาคม – 31 พฤษภาคม 2558

**สถานที่**

ห้องประชุมทรายทอง โรงพยาบาลชะอำ

**งบประมาณ**

จำนวน 5,350 บาท (ห้าพันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยมีค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. ค่าอาหารว่าง 25 บาท/มื้อ x 2 มื้อ x 25 คน x 2 วัน เป็นเงิน 2,500 บาท
2. ค่าอาหารกลางวัน 80 บาท x 2 วัน เป็นเงิน 1,600 บาท
3. ค่าเอกสารประกอบการอบรม 50 บาท/ชุด x 25 คน เป็นเงิน 1,250 บาท

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ได้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นโรงพยาบาลชะอำ
2. พยาบาลวิชาชีพมีบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบเดียวกันได้

ลงชื่อ

ผู้เขียน โครงการ

(นางพะเนือง วะชังเงิน)

ลงชื่อ

ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางจันทร์สม์ เหลือวงศ์)

หัวหน้าพยาบาล

ลงชื่อ

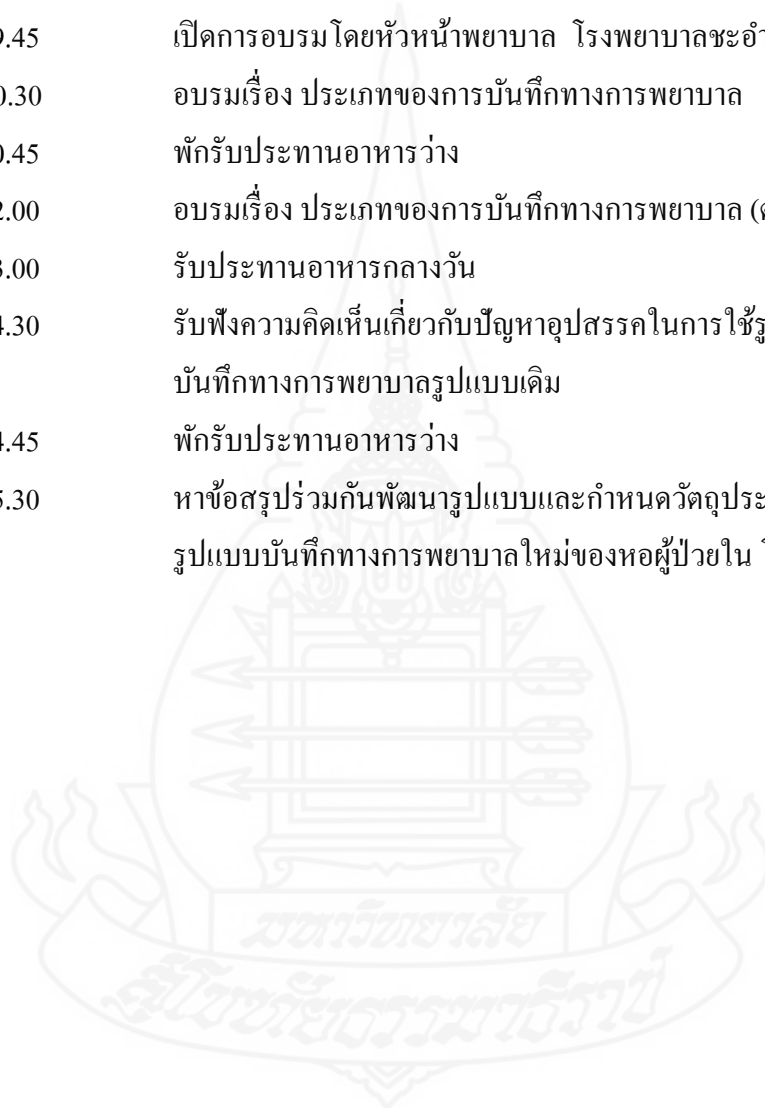
ผู้อนุมัติโครงการ

(นายภานุวัตร ทรัพย์ศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์  
ณ ห้องประชุมทรายทอง โรงพยาบาลชะอำ

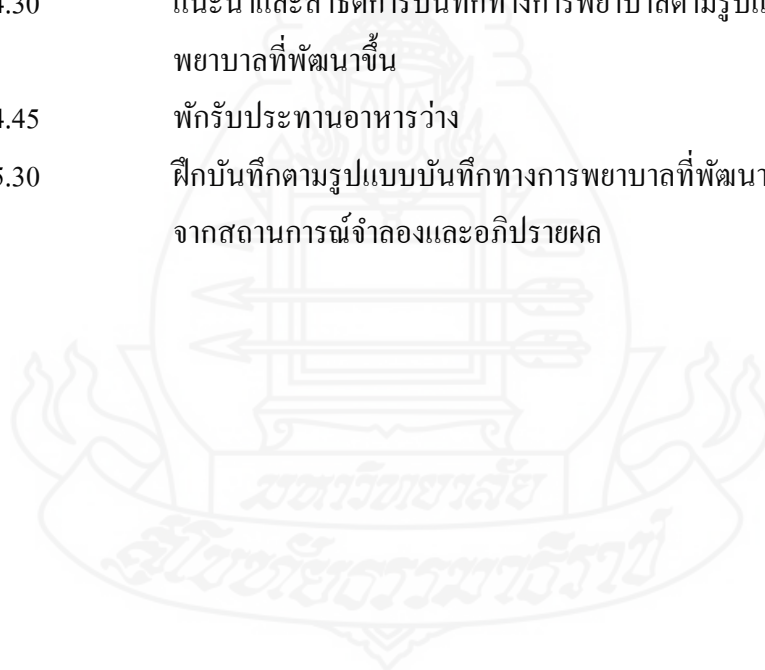
เวลา	
08.30 – 09.00	ลงทะเบียน
09.00 – 09.45	เปิดการอบรมโดยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชะอำ
09.45 - 10.30	อบรมเรื่อง ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์
10.30 – 10.45	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 12.00	อบรมเรื่อง ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์ (ต่อ)
12.00 – 13.00	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30	รับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ บันทึกทางการแพทย์รูปแบบเดิม
14.30 – 14.45	พักรับประทานอาหารว่าง
14.45 – 15.30	หาข้อสรุปร่วมกันพัฒนารูปแบบและกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนา รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่ของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอำ





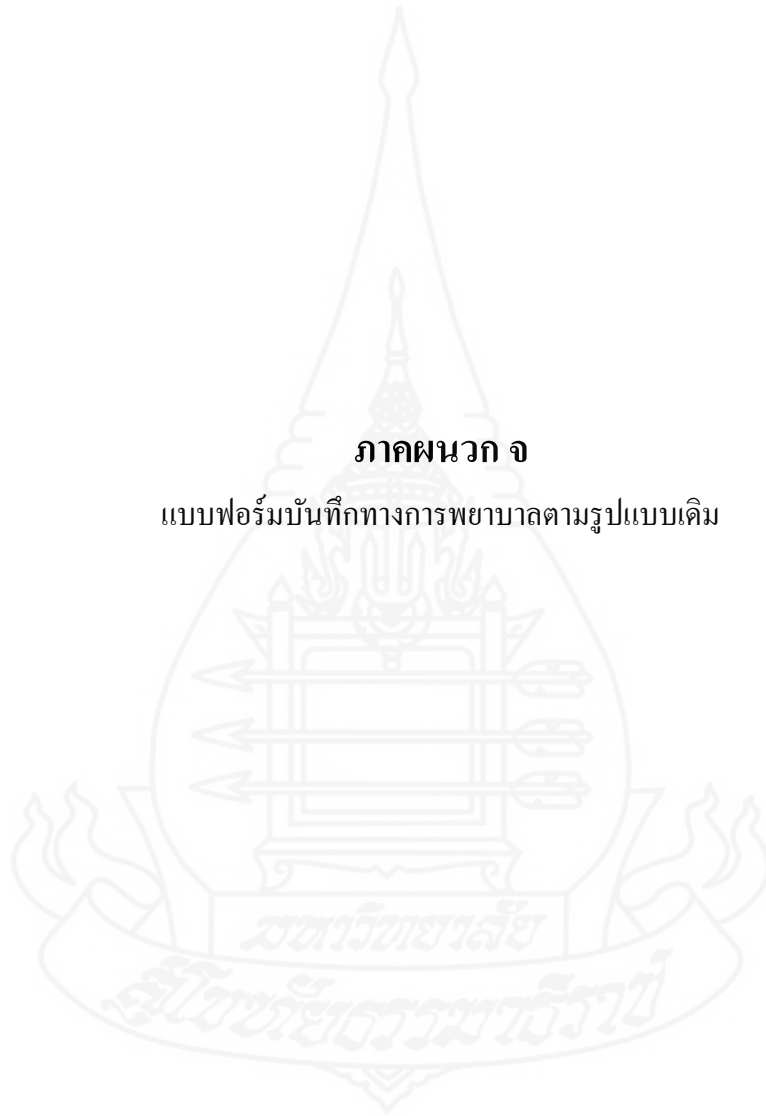
กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 เรื่องการพัฒนาและปรับใช้รูปแบบการบันทึก  
 ทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ณ ห้องประชุมทรายทอง โรงพยาบาลชะอำ

เวลา	
08.30 – 09.00	ลงทะเบียน
09.00 – 09.45	เปิดการอบรมโดยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชะอำ
09.45 - 10.30	อบรมเรื่อง การใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ พยาบาล
10.30 – 10.45	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 12.00	อบรมเรื่อง การใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ พยาบาล (ต่อ)
12.00 – 13.00	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30	แนะนำและสาธิตการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบบันทึกทางการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้น
14.30 – 14.45	พักรับประทานอาหารว่าง
14.45 – 15.30	ฝึกบันทึกตามรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จากสถานการณ์จำลองและอภิปรายผล



**ภาคผนวก จ**

แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ตามรูปแบบเดิม



## แบบบันทึกแรกรับและการประเมินสมรรถภาพ

## KARDEX

อาการสำคัญ.....		รับใหม่ ( ) ER ( ) OPD ( ) .....
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....		มาโดย ( ) รถนั่ง ( ) รถนอน ( ) .....
.....		ผู้ให้ข้อมูล ( ) ผู้ป่วย ( )ญาติ ( ) .....
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ( ) ไม่มี ( ) มี ได้แก่ ( ) เบาหวาน ( ) โรคหัวใจ ( ) ความดันโลหิตสูง ( ) ลมชัก ( ) มะเร็ง ( ) หอบหืด ( ) โรคตับ ( ) อื่น ๆ		ประเภทผู้ป่วย ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 การแพ้ยา ( ) แพ้ยาหรือสารชนิด..... ( ) ไม่แพ้
การผ่าตัด ( ) ไม่เคย ( ) เคย.....		กิจกรรม ( ) นอนพักมาก ๆ ( ) ห้ามลงเตียง ( ) ไม่จำกัดกิจกรรม
อาการแรกเริ่ม เวลา..... น.....		ประเภทอาหารและสารน้ำ
V/S แรกเริ่ม T.....°C P...../min R...../min BP.....mmHg		( ) อาหาร.....
สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม ประเภทผู้ป่วย ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4		( ) งดอาหารและน้ำ.....
ระดับการรู้สึกตัว ( ) รู้สึกตัวดี ( ) สับสน ( ) ซึม ( ) ไม่รู้สึกตัว		( ) จำกัดน้ำดื่ม.....
ความพิการ ( ) ไม่มี ( ) มี .....		( ) อื่น ๆ.....
บาดแผล ( ) ไม่มี ( ) มี.....		กิจกรรมการพยาบาล
สภาพจิตใจแรกเริ่ม		V/S ( ) ทุก.....ชม.
ด้านอารมณ์ ( ) ปกติ ( ) ตื่นเต้น ( ) ไม่พอใจ ( ) กลัว ( ) ซึมเศร้า		N/S ( ) ทุก.....ชม.
ด้านพฤติกรรม ( ) ให้ความร่วมมือ ( ) กระวนกระวาย ( ) ะอะโวยวาย ( ) .....		Record I/O ( ) ทุก.....ชม.
สภาพครอบครัว ( ) อยู่เป็นครอบครัว ( ) อยู่คนเดียว		ทำแผล ( ) OD ( ) BID ( ) .....
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย.....		ซั้่งน้ำหนัก ( ) OD ( ) BID ( ) .....
สิ่งเสพติด ( ) ไม่เสพ ( ) เหล้า ( ) ยานอนหลับ ( ) ยาแก้ปวด		พลิกตะแคงตัว ( ) ทุก.....ชม.
( ) บุหรี่ ( ) ยาเสพติดชนิด..... ( ) อื่น ๆ.....		สายสวนปัสสาวะ ( ) ครบเปลี่ยน.....
ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	การดูแลแรกเริ่ม
.....	.....	( ) แนะนำบุคคลสถานที่ระเบียบการ
.....	.....	ปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล
.....	.....	( ) เชนในใบยินยอมการรักษา
.....	.....	( ) ดูแลการเปลี่ยนเสื้อผ้า
.....	.....	( ) ดูแลให้การพยาบาล ( ) Observe อาการ
.....	.....	
เตียง.....ว.ด.ป.....เวลา.....น. HN.....AN.....	.....	.....
ชื่อผู้ป่วย.....	.....	.....
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก.....	การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย.....	แพทย์.....
การผ่าตัด.....ว.ด.ป.ที่ผ่าตัด.....	.....	แพทย์ผู้ตรวจ.....
ผู้บันทึก.....	.....	.....

แบบประเมินสมรรถนะ

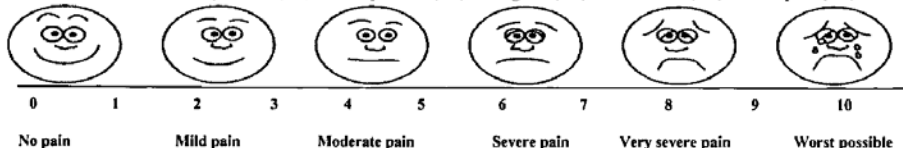
ระดับการศึกษา (.....) ประถม (.....) มัธยม (.....) ปวช. (.....) ปวศ. (.....) ปริญญาตรี (.....) อื่นๆ  
 บุคลิกภาพทางสังคม (.....) ชอบอยู่คนเดียว (.....) ชอบมีเพื่อน (.....) อื่นๆ ความรับผิดชอบครอบครัว (.....) หัวหน้าที่ (.....) สมาชิก (.....) อื่นๆ  
 รายได้ของครอบครัว/เดือน (.....) ต่ำกว่า 1000 บาท (.....) 1000-3000 บาท (.....) มากกว่า 3000 บาท  
 วิธีการรักษา (.....) บั๊ครทอง (.....) ปกติ (.....) พรบ. (.....) ชำระเงินเอง ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (.....) ไม่มี (.....) มี

<b>1.การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง</b> ก่อนการเจ็บป่วย (.....) ดี (.....) ไม่ดี การเจ็บป่วยครั้งนี้ (.....) รุนแรง (.....) ไม่รุนแรง การดูแล (.....) ไป รพ. (.....) ซื้อยารับประทาน ความคาดหวังในการรักษาครั้งนี้คิดว่า (.....) หาย (.....) ไม่แน่ใจ (.....) ไม่หาย	<b>2.โภชนาการและยาหลาย</b> รับประทานอาหาร.....มื้อ/วัน นม.....ออนซ์/วัน (.....) อ่อน (.....) ธรรมดา (.....) ทางสายตาง อาหารเฉพาะโรค..... ปัญหาในการรับประทานอาหาร (.....) ไม่มี (.....) มี คิวหนัง (.....) ปกติ (.....) ไม่ปกติ	<b>3.การชันถ่าย</b> ถ่ายปัสสาวะ.....ครั้ง/วัน (.....) ปกติ (.....) ไม่ปกติ ระบุ..... ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน (.....) ปกติ (.....) ไม่ปกติ ระบุ..... การชันถ่ายทางหน้าท้อง (.....) ไม่มี (.....) มี
<b>4.การพักผ่อนนอนหลับ</b> นอน.....ชม./วัน (.....) เพียงพอ (.....) ไม่เพียงพอ ปัญหาการนอน (.....) ไม่มี (.....) มี.....	<b>5.การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์ทัศน</b> การเจ็บป่วยมีผลต่อภาพลักษณ์ (.....) ไม่มี (.....) มี ระบุ.....	<b>6.สติปัญญาการรับรู้และประสาทสัมผัส</b> การรับรู้ (.....) ตรง (.....) ไม่ตรง ความอับการได้ยิน (.....) ตรง (.....) ไม่ตรง การมองเห็น (.....) ตรง (.....) ไม่ตรง การได้กลิ่น (.....) ตรง (.....) ไม่ตรง การชูก (.....) ตรง (.....) ไม่ตรง การสัมผัส (.....) ตรง (.....) ไม่ตรง
<b>7.ภาวะสุขภาพภาวะเครียด/การปรับตัว</b> สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ (.....) ไม่มี (.....) มี .....ซึมเศร้า .....กลัว .....อื่นๆ การแก้ไข (.....) ปรีกษา (.....) แยกตัว (.....) ใช้ยา	<b>8.บทบาท-สัมพันธภาพการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อ</b> (.....) ครอบครัว (.....) อาชีพ (.....) การศึกษา (.....) สัมพันธภาพในครอบครัวและผู้อื่น (.....) ไม่มี	<b>9.เพศและภาวะเจริญพันธ์</b> ประจำเดือน (.....) ไม่มี (.....) มี .....ปกติ .....ปกติ ดำเนิน (.....) ปกติ (.....) ไม่ปกติ อวัยวะสืบพันธ์ (.....) ปกติ (.....) ไม่ปกติ
<b>10.คุณค่าและความเชื่อ</b> การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่า..... ต้องการปฏิบัติทางศาสนา..... สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ.....	<b>แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก</b> สุขภาพ (.....) แข็งแรง (.....) ไม่แข็งแรง ระบุ..... การได้รับวัคซีน (.....) ครบ (.....) ไม่ครบ ระบุ..... การคลอด (.....) ครบกำหนด (.....) ไม่ครบกำหนด.....	

11.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วย				ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้			
	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์
1.การทำความสะอาด								
2.การรับประทานอาหาร								
3.การแต่งตัว								
4.การเดิน								
5.การอาบน้ำ								

Falls Risk Assessment

สถานะทางสมองไม่ปกติ (.....) ไม่มี (.....) มี ..... มีประวัติหดรัดตกหกล้ม (.....) ไม่มี (.....) มี  
 มีปัญหาเรื่อง (.....) การมองเห็น (.....) การได้ยิน (.....) การเคลื่อนไหว (.....) ความผิดปกติของการทรงตัว  
 มีประวัติการใช้ยา (.....) ยาระงับปวด (.....) ยาลดความดันโลหิต (.....) ยาจิตเวช (.....) ยาขับปัสสาวะ (.....) Antihistamine  
 Pain management  
 Pain (.....) ไม่มี (.....) มี บริเวณที่ปวด.....สาเหตุ.....  
 ลักษณะการปวด (.....) เป็นครั้งคราว (.....) ตลอดเวลา (.....) อื่นๆระบุ.....  
 Pain มีผลกระทบต่อ (.....) การรับประทานอาหาร (.....) การนอน (.....) การทำกิจกรรม (.....) อารมณ์/สังคม (.....) การขับถ่าย (.....) เพศสัมพันธ์  
 สิ่งบรรเทาปวดที่ใช้ (.....) Cold compress (.....) Hot compress (.....) Massage (.....) Relaxation (.....) Rest/sleep (.....) Medication





**คำแนะนำการปฏิบัติตนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการวางแผนการจำหน่าย**

ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

วันที่เข้ารับการรักษา.....วันที่จำหน่าย.....

การวินิจฉัยแรกเริ่ม.....การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....

คำแนะนำ/กิจกรรม	การให้คำแนะนำ			การประเมินผล
	ว.ด.ป.	ผู้ให้คำแนะนำ	ผู้รับคำแนะนำ	
1. แนะนำการปฏิบัติตนขณะเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล 1.1 แนะนำและตรวจสอบสิทธิการ เบิกค่ารักษาพยาบาล สิทธิ..... 1.2 การขอรับเอกสารใบรับรอง แพทย์ อื่นๆ ระบุ .....			<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ต้องการเอกสารเพิ่ม <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำซ้ำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
2. ระเบียบ/ข้อกำหนดของ ร.พ./หอ ผู้ป่วย/ข้อตกลง/การค่าใช้จ่ายของ ญาติ			<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ต้องการเอกสารเพิ่ม <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำซ้ำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
3. คำแนะนำเกี่ยวกับโรค 3.1 อาการของโรค 3.2 แนวทางการรักษา 3.3 การปฏิบัติตัว			<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ต้องการเอกสารเพิ่ม <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำซ้ำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
4. คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด/การ ปฏิบัติตนก่อน-หลังการผ่าตัด			<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ต้องการเอกสารเพิ่ม <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำซ้ำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
5. การวางแผนการจำหน่าย 5.1 ให้คำแนะนำเรื่องยา 5.2 ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร 5.3 บอกอาการผิดปกติที่ควรสังเกต 5.4 แนะนำการดูแลบาดแผล 5.5 การปฏิบัติตนเฉพาะโรค/ คำแนะนำ/ให้เอกสารความรู้ 5.6 การออกกำลังกาย			<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... .....	<input type="checkbox"/> เข้าใจคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ต้องการเอกสารเพิ่ม <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำซ้ำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....

แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย		
1. วันที่จำหน่าย.....เวลา.....รวม.....วัน      วินิจฉัยโรค.....		
สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย		
ระดับความรู้สึกรู้ตัว ( ) รู้สึกรู้ตัว ( ) ซึม ( ) ตับสน ( ) ไม่รู้สึกรู้ตัว		
น้ำหนักตัวก่อนจำหน่าย.....กก.      น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม		
อุปกรณ์การรักษาพยาบาลที่ติดตัวไปกับผู้ป่วย ( ) Foley's cath ( ) condom ( ) Tracheostomy		
( ) NG tube ( ) Colostomy ( ) บาดแผล(ระบุตำแหน่ง/ลักษณะ).....		
อื่นๆ.....		
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้าใจคำแนะนำก่อนจำหน่าย ดังต่อไปนี้		
1. ยา (Medication) (ชื่อ/ฤทธิ์/วัตถุประสงค์ในการใช้/วิธีการใช้/ขนาด/ปริมาณ/จำนวนครั้ง/ระยะเวลาที่ใช้/ข้อควรระวังในการใช้/ภาวะแทรกซ้อนและข้อห้ามในการใช้ยา เน้นเฉพาะที่สำคัญ)		
.....		
2. สิ่งแวดล้อม/เศรษฐกิจ (Environment/Economic) (ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ/การใช้ประโยชน์ในชุมชน)		
.....		
3. การดูแลรักษา (Treatment) (เข้าใจเป้าหมายของการรักษา/รู้จักสังเกตอาการของตนเองเพื่อบอกให้แพทย์/พยาบาลทราบ/การจัดการกับฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง)		
.....		
4. ภาวะสุขภาพ (Health) (ทราบถึงข้อจำกัดเกี่ยวกับสุขภาพ/ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต)		
.....		
5. การมาตรวจตามนัด (Out patient) (ทราบความสำคัญของการมาตรวจ/วัน/เวลา/สถานที่/การขอความช่วยเหลือในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน/ส่งต่อ/แผนการดูแลต่อเนื่อง)		
.....		
6. อาหาร (Diet) (เข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ)		
.....		
3. ออกจากหอผู้ป่วยโดย ( ) แพทย์อนุญาต ( ) ไม่สมัครใจอยู่ ( ) หนีกลับ ( ) ส่งต่อ ระบุ.....		
4. สิ่งที่มีผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย ( ) บัตรประจำตัวผู้ป่วย ( ) ยา ( ) ไบนัด ( ) ใบรับรองแพทย์ ( ) ใบเสร็จค่ารักษา ( ) ของมีค่า/ของใช้ส่วนตัว ระบุ.....		
สถานที่พักเมื่อออกจากโรงพยาบาล.....		
ญาติที่ติดต่อได้..... ลงชื่อผู้รับผู้ป่วย..... ลงชื่อพยาบาล.....		
กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม ผู้ป่วยถึงแก่กรรมวันที่..... เวลา..... แพทย์ลงความเห็นว่าเป็น.....		
ส่งศพไปที่ (ระบุ)..... ของมีค่า/ของใช้ป่วย (ระบุ).....		
ลงชื่อญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้รับของ/รับคำแนะนำ (ระบุ)..... ลงชื่อพยาบาล.....		
Name	Age	HN
Department	Ward	Doctor

ภาคผนวก ฉ

แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ตามรูปแบบใหม่





**แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่**

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN.....  
 มาถึงหอผู้ป่วยเวลา..... น. มาถึงโดย ( ) เดินมา ( ) รถมิ่ง ( ) รถนอน ผู้ให้ข้อมูล ( ) ผู้ป่วย ( ) ผู้อื่น เกี่ยวข้องเป็น.....  
 สัญญาณชีพแรกรับ T=..... °c P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที BP=..... mmHg  
 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล(อาการสำคัญ/เวลา).....  
 .....  
 อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน(เริ่มอาการ/ลักษณะอาการ/ระยะเวลา/วิธีแก้ไข/เหตุผลที่มา รพ.).....  
 .....

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

การเจ็บป่วย ( ) ปฏิเสธ ( ) โรคหัวใจ.....ปี ( ) ความดันโลหิตสูง.....ปี ( ) เบาหวาน.....ปี ( ) วัณโรค.....ปี  
 ( ) มะเร็ง.....ระยะ..... ( ) ไขมันในเลือดสูง.....ปี ( ) หอบหืด/COPD.....ปี อื่นๆ.....  
 รักษาโดย ( ) ซื้อมาเอง ( ) คลินิก ( ) เคย/ระบุอาการ.....  
 การแพทย์/อาหารสารใดๆ ( ) ไม่เคย ( ) เคย/ระบุอาการ.....  
 การผ่าตัด ( ) ไม่เคย ( ) เคย/ระบุการผ่าตัด/เวลา.....

**ประวัติสุขภาพครอบครัว**

โรคทางพันธุกรรม ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุผู้เป็น..... ( ) ธาลัสซีเมีย ( ) อื่นๆระบุ.....  
 โรคติดต่อ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุเป็น..... ( ) วัณโรค ( ) คับอักเสบบี ( ) อื่นๆระบุ.....  
 อาการและอาการแสดงผู้ป่วยแรกรับ (สภาพทั่วไป/ด้านร่างกาย/จิตใจอารมณ์).....  
 .....

ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านร่างกาย	
<b>1.การรับรู้และการดูแลสุขภาพ</b> ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาสุขภาพท่านเป็นอย่างไร ( ) แข็งแรงดี ( ) เป็นหวัดบ่อย อื่นๆระบุ..... การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ( ) ซื้อมาเอง ( ) ไปคลินิก ( ) ไปโรงพยาบาล อื่นๆระบุ..... ยาที่ใช้ประจำ ( ) ไม่มี ( ) มีระบุ..... นูรี ( ) สูบ ( ) ไม่สูบ ระยะเวลาที่สูบ.....ปี ปริมาณ...../วัน ( ) เลิกประมาณ.....ปี สุรา ( ) ไม่ดื่ม ( ) ดื่ม ระยะเวลาที่ดื่ม.....ปี ปริมาณ...../วัน ( ) เลิกประมาณ.....ปี การได้รับวัคซีน (เฉพาะเด็กหรือในรายที่มีปัญหาเกี่ยวข้อง)** ( ) ครบตามกำหนด ( ) ไม่ครบตามกำหนด ระบุ.....	<b>2.ภาวะโภชนาการ</b> รับประทานวันละ.....มื้อ ( ) ตรง ( ) ไม่ตรงเวลา เพราะ..... ความอยากอาหาร ( ) ปกติ ( ) เพิ่มขึ้น ( ) ลดลง ในช่วง.....เดือนที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ( ) ปกติ ( ) เพิ่มขึ้น.....กก ( ) ลดลง.....กก. ในช่วง.....เดือนที่ผ่านมา คัดน้ำ (รวมเครื่องดื่มอื่นๆ).....แก้ว/วัน เชื้อข่องปาก/ปาก/เหงือก/ฟัน ( ) ปกติ ( ) ไม่ปกติ เช่น เหงือกจัด ถิ่นเป็นฝ้า ฟันผุ มีฟันปลอม ( ) อื่นๆระบุ..... เชื้อขูด ( ) ปกติ ( ) จัด ( ) เหลือง ( ) อื่นๆระบุ..... เปลือกตา ( ) ปกติ ( ) บวมแดง ( ) หนักตาดก ( ) อื่นๆระบุ..... ผิวหนัง -สีผิว ( ) ปกติ ( ) ซีด ( ) เหลือง ( ) เขียวคล้ำ ( ) มีจุดจ้ำเลือด/จุดเลือดออก -ลักษณะ ( ) ปกติ ( ) จุ่มขึ้น Skin wargor ( ) บวม ( ) แห้ง ( ) อื่นๆระบุ..... -สีน ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ..... ตำแหน่ง..... -แผล ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุตำแหน่ง..... เท็บ ( ) ปกติ สีชมพู เท็บท่ามุม 160 องศา ( ) สีม่วงคล้ำ ( ) เล็บปุ่ม ( ) เล็บซ้อน อื่นๆระบุ..... ค่อมหน้าเหลือง (คอ รักแร้ ขาหนีบ) ( ) ไม่โต ( ) โด ระบุตำแหน่ง/ขนาด.....
<b>3.การขับถ่าย</b> การถ่ายอุจจาระ ( ) ปกติ ( ) ระบุความถี่..... ( ) ท้องเสีย ระบุความถี่..... ( ) ท้องผูก การใช้ยาระบาย ( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่ ระบุความถี่..... -รูเปิดทางหน้าท้อง ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ..... -การเคลื่อนไหวของลำไส้ ( ) ปกติ 5-12 ครั้ง/นาที ( ) ผิดปกติ.....ครั้ง/นาที การขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะ ( ) เหลืองใส ( ) ขุ่น ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ( ) ไม่มี ( ) มี ( ) ถ่ายปัสสาวะลำบาก ( ) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ( ) ปัสสาวะกะปริบกะปรอย ( ) สวมปัสสาวะเป็นครั้งคราว ( ) ปัสสาวะทางหน้าท้อง/คาสายสวนปัสสาวะ	

ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านร่างกาย	
<p><b>4.กิจกรรมและการออกกำลังกาย</b>                      ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน-ช่วยเหลือตนเอง( ) ได้ ( ) ไม่ได้ ในเรื่อง                      ( ) การรับประทานอาหาร ( ) แปรงฟัน ( ) อาบน้ำ ( ) เดิน ( ) ขับถ่าย                      ( ) อื่นๆระบุ.....                      ข้อ ( ) ปกติ ( ) บวมแดงร้อน ( ) คัดแข็ง ระบุตำแหน่ง.....                      กำลังของกล้ามเนื้อ ( ) ปกติ ระดับ 5                      ( ) อ่อนแรง ระดับ 2 3 4 ( ) อัมพาต ระดับ 0 1                      ระดับ 5 เคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อแรงผู้ตรวจได้                      ระดับ 4 เคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อแรงผู้ตรวจได้บ้าง                      ระดับ 3 เคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อบางส่วนได้ แต่กล้ามเนื้อผู้ตรวจไม่ได้                      ระดับ 2 เคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อบางส่วนไม่ได้ แต่เคลื่อนที่เอนราบได้                      ระดับ 1 ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อได้ เมื่อคลำดูมีการหดตัวของกล้ามเนื้อบ้าง                      ระดับ 0 ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อ และไม่มีอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ</p> <p>ระดับความรู้สึกตัว ( ) รู้สึกตัว ( ) ง่วงซึม ( ) ซึม ( ) โดดหมดสติ ( ) หมดสติ                      ลักษณะการหายใจ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ( ) ตื้นเร็ว ( ) เปรี้ยวผิดปกติ                      ( ) ออกแรงมากใช้กล้ามเนื้อคอ-หน้าท้องช่วย ( ) อื่นๆระบุ.....                      ลักษณะชีพจร ( ) สมบูรณ์ ( ) ไม่สมบูรณ์ ระบุ.....                      ( ) ไม่ปกติ เค้นไม่สมบูรณ์                      หัวใจ ( ) เสียงปกติ เค้นสมบูรณ์ ( ) murmur</p>	<p><b>5.การพักผ่อนหลับ</b>                      อุปนิสัยในการนอน                      ปกตินอนวันละ.....ชม. นอนกลางวัน ( ) ไม่มี ( ) มี                      ปัญหาการนอนหลับ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....                      การใช้อ่อนหลับ ( ) ไม่เคย ( ) ใช้ประจำ ( ) เป็นบางครั้ง</p> <p><b>6.สติปัญญาการรับรู้</b>                      การรับรู้บุคคล สถานที่ เวลา ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ.....                      การรับรู้ทางประสาทสัมผัสและการตอบสนอง                      -การมองเห็น ( ) ปกติ ( ) สายตาสั้น ( ) สายตาวน ( ) สายตาเอียง                      ( ) ไทแว่น ( ) ไม่ไต่แว่น                      -การได้ยิน ( ) ปกติ ( ) ขู้อื้อ ( ) ขูตึง ( ) ขูหนวก ( ) ใช้เครื่องช่วยฟัง                      ความจำและได้ตอบ ( ) ปกติ ( ) ความจำไม่ดี ( ) สูญเสียความจำ                      ( ) ได้ตอบไม่เหมาะสม                      ความเจ็บปวด ( ) ไม่มี ( ) มี บริเวณ.....                      ระดับ 0 1 3 4 5 6 7 8 9 10 (น้อยกว่า 10)</p> <p><b>7.เพศและการเจริญพันธุ์** (เฉพาะรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลนี้)**</b>                      ประจำเดือน ครั้งแรกอายุ.....ปี ประจำเดือนครั้งสุดท้าย เดือน/พ.ศ.....                      การมีประจำเดือน รอบประจำเดือน.....วัน/รอบ เป็นนาน.....วัน/ครั้ง                      การป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ ( ) มี ( ) ไม่มี                      ความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....</p>
ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านสังคม	ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
<p><b>8.บทบาท</b>                      อาชีพปัจจุบัน ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง ( ) ราชการ ( ) เรือนหนังสือ ( ) ไม่ได้ทำงาน                      รายได้ ( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ การแก้ไข.....                      ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัว/อาชีพ/การเรียน                      ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....                      บทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว ( ) หัวหน้าครอบครัว ( ) สมาชิก                      ความรับผิดชอบในการหารายได้ของครอบครัว                      ( ) ทั้งหมด ( ) บางส่วน ( ) ไม่ต้องรับผิดชอบ                      จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....                      ผู้ให้ความช่วยเหลือขณะป่วย ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....</p> <p><b>9.ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว</b>                      ( ) รารื่น รักใคร่กัน ( ) ไม่รารื่น ระบุ.....</p> <p><b>10.การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์</b>                      คิดว่าตนเองเป็นอย่างไร ( ) หดแ่ง ( ) มีอารมณ์ขัน ( ) เฉลย ( ) ชอบกึ่งหวด                      ( ) หงุดหงิดง่าย ( ) อื่นๆ ระบุ.....                      ผู้ป่วย/ญาติสามารถที่จะดูแลตนเอง/ผู้ป่วยเจ็บป่วยที่บ้าน                      ( ) สามารถ ( ) ไม่สามารถ สาเหตุระบุ.....                      ผู้ป่วย/ญาติมีกำลังใจสามารถที่จะจัดการสิ่งต่างๆด้วยตนเอง(เฉพาะรายที่มีปัญหา)                      ( ) มี ( ) ไม่มี สาเหตุ ระบุ.....</p>	<p>9-10 มีพลังอำนาจเพียงพอที่จะต่อสู้เผชิญเหตุการณ์ต่างๆด้วยตนเอง โศกไม่ตั้ง                      ฟังพาใครอาจต้องการคำแนะนำในบางโอกาส                      6-8 มีพลังอำนาจปานกลางต้องพึ่งพาคนอื่นหรือความช่วยเหลือจากพยาบาล                      ในบางเหตุการณ์ที่ไม่มั่นใจว่าทำได้ด้วยตนเอง                      3-5 มีพลังอำนาจน้อยต้องพึ่งพาคนอื่น และต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล                      มากกว่า 50 %                      0-2 ไม่มีหรือมีพลังอำนาจน้อยเกินไปจนไม่สามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆด้วย                      ตนเองได้เลย</p> <p>ขณะนี้มีความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาตนเองอย่างไร ** (เฉพาะในรายที่มีปัญหา)**                      ( ) ปกติ ( ) ไม่ปกติ ( ) อื่นๆระบุ.....</p> <p><b>11.การเผชิญภาวะเครียดและการปรับตัว</b>                      การตัดสินใจเรื่องสำคัญ ( ) คิดคนเดียว ( ) ผู้อื่นตัดสินใจให้                      สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด/ไม่สบายใจในปัจจุบัน                      ( ) ไม่มี ( ) ความเจ็บป่วย ( ) ครอบครัว ( ) อื่นๆระบุ.....                      วิธีแก้ไขความเครียดเมื่อไม่สบายใจ ( ) ระบายให้ผู้ฟัง ( ) ใจยา ( ) ทำบุญ                      ( ) เล่นกีฬา ( ) อื่นๆระบุ.....</p> <p><b>12.ศรัทธาและความเชื่อ</b>                      นับถือศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆระบุ.....                      สิ่งยึดเหนี่ยวขณะเจ็บป่วย ( ) ครอบครัว ( ) ศาสนา อื่นๆระบุ.....</p>

แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน										
ลำดับ	การประเมินอาการผู้ป่วยกรับรเวรภายใน 2 ชั่วโมงแรกของเวร	วันที่			วันที่			วันที่		
		24-8	8-16	16-24	24-8	8-16	16-24	24-8	8-16	16-24
1	ผิวหนัง:สีผิวและอุณหภูมิร่างกายปกติ ไม่มีรอยแดง ผกซ์หรือแผลกดทับ (แผลผ่าตัด-แผลเย็บ-แผลแห้งไม่บวมแดงร้อน ไม่มี discharge)									
2	ระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก:รู้เวลา สถานที่ บุคคล ชูชอุอยู่เรื่อง พฤติกรรมเหมาะสมกับสถานการณ์ การเคลื่อนไหว แรกกำลังดี เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอ่อนแรงกล้ามเนื้อขา									
3	ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด:ชีพจรที่มือและเท้าเท่ากัน อัตราชีพจรสม่ำเสมอ ไม่มีบวมหรือปวดที่มือ/ขา									
4	การหายใจ:อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 10-20 ครั้ง/นาที (ขณะพัก) การหายใจปกติและสม่ำเสมอ ไม่มีไอ ไม่มีหายใจลำบาก เล็บมือเล็บเท้า เชื้อปอดสีน้ำตาล ริมฝีปากค้ำใน และกระพุ้งแก้มไม่เขียว									
5	ภาวะโภชนาการ:การรับประทานอาหารได้ดีตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีภาวะน้ำหนักลด หรือเกินกว่าที่คาด									
6	ภาวะสมดุลของน้ำ/เกลือแร่ในร่างกาย:รับสารน้ำได้ดีทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำหรือเกิน หรือความไม่สมดุลของเกลือแร่ (vs ปกติ,ผิวหนังเยื่อปมุ่มชื้น,บวม, น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น)									
7	ระบบขับถ่ายปัสสาวะ:สามารถปัสสาวะได้เองปกติ ไม่มีอาการแสบขัดหรือปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีปัสสาวะค้างหรือ Full bladder									
8	ระบบการย่อยอาหาร:ไม่ปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน อุจจาระปกติ ไม่มีท้องเสีย/ท้องผูก ท้องไม่อืด BS 5-12 ครั้ง/นาที									
9	ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก:ไม่มีบวมแดงตามข้อ การเคลื่อนไหวของข้อดีเท่ากัน แรกกำลังดีและแรง กล้ามเนื้อแขน/ขาเท่ากันดี									
10	ความสุขสบาย:ผู้ป่วยสามารถพักได้อย่างสบาย ไม่มีบ่นปวด มีสีหน้า ท่าที่ ผ่อนคลาย									
11	จิตอารมณ์ดีสังคม:พฤติกรรม ลักษณะท่าทาง และอารมณ์ผู้ป่วย/ญาติเหมาะสม ความจำต่างๆ ไม่เปลี่ยนแปลง									
12	พลังอำนาจ:พลังมากกว่าเท่ากับระดับ 6 มีความมั่นใจ ได้รับ/สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองตามศักยภาพได้ สีหน้าท่าทาง ผ่อนคลาย									
13	การดูแลตนเอง:สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก									
14	ความพร้อมในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย:อธิบายโรค/การรักษาพยาบาล/การปฏิบัติตัวได้ ปฏิบัติตนถูกต้อง									
15	หลักตลอด:มดลูกหดตัวดี น้ำควาปกติลดลง ไม่มีกลิ่นคาว เค้านมปมุ่มไม่คัดคิง หัวนมไม่แตก									
แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเตียง*หากปัจจัยเสี่ยง $\geq 2$ ข้อถือว่ามีความเสี่ยง*										
1	สูงอายุ $\geq 60$ ปี,เด็ก $\leq 6$ ปี									
2	ผู้ป่วยคืน/ไม่รู้สึกตัว									
3	ผู้ป่วยสับสนบางเวลา									
4	ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่เคลื่อนไหวได้บนเตียง									
แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกฉี่/ฉี่รดเตียง *หากปัจจัยเสี่ยง $>2$ ข้อถือว่ามีความเสี่ยง*										
1	สูงอายุ $\geq 60$ ปี,เด็ก $\leq 6$ ปี									
2	อ่อนเพลียทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมตามปกติลดลง									
3	มีอาการสับสนบางเวลา/คลอเวลา และลงจากเตียงได้									
4	ความบกพร่องทางสายตา									
5	ประวัติหกฉี่ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา									
6	การทรงตัวไม่ดี เสียสมดุลขณะยืน/เดิน									
7	ได้รับยาในกลุ่มที่ทำให้มีอาการง่วงซึม/มึนงง หรือได้รับยาปรับความดันโลหิต/ปรับระดับน้ำตาลในเลือดในระยะเริ่มแรก									
8	ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้เองและมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย(ในข้อ2-7)									

ลงชื่อพยาบาลผู้เฝ้าไข้

แบบบันทึกแผนการพยาบาล

วิธีการบันทึก: ให้เขียนรายละเอียดได้ความเหมาะสม และชัดเจนข้อความไม่ต้องการออก พร้อมทั้งลงชื่อบันทึก

-ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ( ) ในข้อความที่เลือก

-กรณีที่ต้องกรระบุชื่อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับชื่อวินิจฉัยการพยาบาลที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้ระบุวันที่ เวลาที่เกิดปัญหาใหม่ตามลำดับลงมาจากเดิมได้ (ในกรณีข้อมูล-อาการ ไม่ต่างจากเดิม) แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปจากที่วางแผนไว้ของเดิมให้เขียนชื่อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่

-กรณีที่เปลี่ยนประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจนพร้อมทั้งลงชื่อผู้เปลี่ยน แล้วระบุการเปลี่ยนแปลงประเภทในช่องประเภทผู้ป่วย โดยลงชื่อผู้เปลี่ยนทุกครั้ง

-กรณีเปลี่ยนแบบแผนพยาบาลใหม่ หรือปัญหาสิ้นสุด ให้ระบุวัน-เวลาสิ้นสุดปัญหาทุกครั้ง\*\*

ประเภทผู้ป่วย: 1.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....  
 2.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 4.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่มปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดหวังกับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสียงค้อง 1.การกำจัดเสมหะด้วยตนเอง บกพร่อง เนื่องจาก ( ) ไอ ไม่มีประสิทธิภาพ ( ) ไม่รู้สึกตัว ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....	-เสียงหายใจปกติ (เช่น Rhonchi Wheezes) ลดลงหรือไม่มีเลย -สามารถ ไอขับเสมหะเองได้ -ไม่มีอาการและอาการแสดง ของการขาดออกซิเจน	1.ประเมินสภาพผู้ป่วย สังเกตอาการและอาการแสดง 2.วัด V/S และฟังเสียงหายใจทุก 4 ชั่วโมง 3.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนท่าที่ระงับหลอดเวลา 4.สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพทุกครั้ง 5.ช่วยดูแลเสมหะในหลอดลมคอ จุก และปากเมื่อมีเสมหะ 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำ Percussion และ Vibration ครบแผนการ รักษา 7.ให้ดูดลมละอองไอน้ำ หรือออกซิเจนที่มีความชื้นสูงตาม แผนการรักษา 8.ดูแลให้ละลายเสมหะตามแผนการรักษาของแพทย์ 9..... 10.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสียงค้อง 2.เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่ เพียงพอ เนื่องจาก ( ) มีการอุดตันทางเดินหายใจ ( ) หลอดลมหดรัด ( ) คิวาออกซิเจนในเลือดลดลง ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....	-ไม่มี Peripheral Cyanosis: ปลาย เล็บมือ-เท้า และปลายจมูกเขียว คล้ำ -ไม่มี Central Cyanosis: ลิ้น เข้ม บุได้หนังดำ ริมฝีปากดำใน/ กระพุ้งแก้มเขียวคล้ำ -ไม่กระต๊อบกระต่าย มีระดับ ความรู้สึกตัวดี ไม่อึดอัด -ไม่ปรากฏอาการและอาการ แสดงของภาวะหายใจลำบาก -ฟังเสียงปอดลดลง	1.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนท่าที่ระงับหลอดเวลา 2.ดูแลเสมหะในหลอดลมคอ จุก และปากเมื่อมีเสมหะ 3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนความชื้นสูงตามแผนการรักษาของ แพทย์คือ..... 4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอตามการรักษา 5.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.ดูแลพันขาชายหลอดลมตามแผนการรักษาของแพทย์ 7.ประเมินสัญญาณชีพ และลักษณะการหายใจทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ 8.ติดตามวัดค่าออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง 9.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และช่วยเหลือ กิจวัตร และกิจกรรมต่างๆ 10..... 11.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....

วันเริ่มปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสียข้อ 3. ความดันสูงวิกฤต เนื่องจาก ( ) รับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือ โซเดียมสูง ( ) มีภาวะไขมันในเลือดสูง ( ) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ( ) ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ( ) ความดันเลือด..... ( ) ปวดศีรษะเฉียบพลัน ( ) มีเลือดกำเดาไหล ( ) ชัก ( ) หายใจลำบาก	- ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ คือ < 140/90 mmHg - ไม่มีคาพร่าหน้า รู้สึกตัวดี - ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน - แขน-ขา มีแรงปกติหรือไม่น้อยลง จากเดิม - ไม่มีอาการปวดศีรษะอย่าง เฉียบพลัน	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2 ชม. จนกว่าความดัน โลหิตคงที่หรือความทรงตัวของแพทย์ 2. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของ แพทย์ 3. สังเกตอาการผิดปกติถ้าพบให้รีบรายงานทันที 4. สังเกตและบันทึกอาการแสดงทางระบบประสาท และ อาการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ร่วมด้วย 5. แนะนำให้ญาติ ดูแลความปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่อาจ เกิดขึ้น จากระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป 6. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอไม่ต่ำกว่า 6- 8 ชั่วโมงวัน และงดทำกิจกรรมในช่วงที่ความดันโลหิตสูง มาก ๆ 7. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน นมเค็ม และโปรตีนสูง 8..... 9.....	..... เวลา..... ลงชื่อ.....
..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสียข้อ 4. ชักเกร็ง เนื่องจาก ( ) ไข้สูง ( ) ประวัติดชัก ( ) ผลของยาและสารเคมี ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....	- Good conscious - ปกติออกจากภาวะชักเกร็ง ..... ..... .....	1. ดูแลให้พักผ่อนและตรวจร่างกายเป็นระยะตลอดเวลา 2. สาธิตวิธีการเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี 3. สังเกตอาการ และ ลักษณะของอาการชักเกร็งอย่างใกล้ชิด 4. จัดเครื่องอุปกรณช่วยชีวิตให้พร้อม 5. ดูแลจัดท่านอนราบ และตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่ง 6. ดูแลให้ตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งสังเกต อาการหลังได้รับยา 7. ติดตามวัด V/S ทุก 4 ชั่วโมง 8..... 9.....	..... เวลา..... ลงชื่อ.....
..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสียข้อ 5. เลือดออกง่าย เนื่องจาก ภาวะ ( ) เกร็ดเลือดต่ำ ( ) ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....	- ไม่พบเลือดออกตามไรฟัน - ไม่มีเลือดออกในจอตา - ไม่พบเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น จันเลือด อ่างคำ - V/S ปกติ ..... ..... .....	1. งดการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ 2. ระวังการเกิดอุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บทุกกรณี 3. สังเกตภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆทุกกรณี 4. แนะนำการหลีกเลี่ยงการแปรงฟัน ให้มีวันปากบอชยา 5. ติดตามผลของเกร็ดเลือด หากพบว่าผิดปกติให้รายงาน แพทย์ทราบอาการทันที 6. แนะนำให้ทานอาหารที่มีวิตามินซีและธาตุเหล็กสูง 7. แนะนำผู้ป่วยถึงการทานอาหารแข็งๆหรืออาหารที่มีสี ดำ-แดง-น้ำตาล 8. ติดตามเจาะ CBC วันละ 1 ครั้ง หรือ Hct อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งตามแผนการรักษา 9.....	..... เวลา..... ลงชื่อ.....

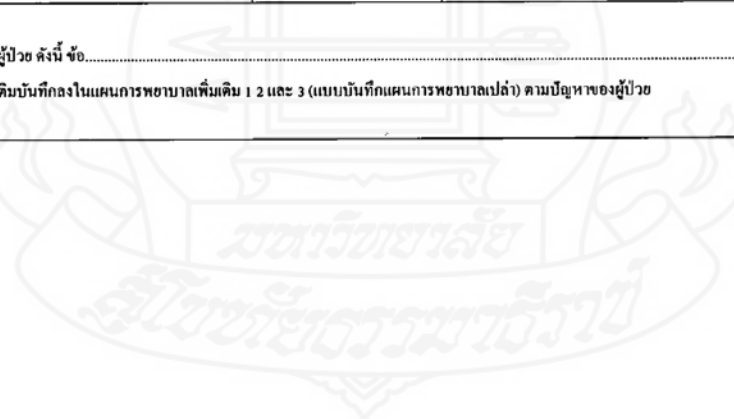
วันเริ่มปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดหวังกับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสี่ยงต่อ 6.การสำลัก เนื่องจาก ( ) การกลืนผิดปกติ ( ) คลื่นไส้อาเจียน ( ) มุมปากตก ลิ้นแข็ง ( ) ซึม ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... .....	-ไม่มีกรสำลัก -สามารถกลืนอาหารได้ -หายใจไม่มีเสียงครืดคราด	1.สังเกตการกลืน อาหารคลื่นไส้อาเจียน ไอ และสำลัก ระหว่างมือ อาหาร และหลังมืออาหาร ถ้ามีอาการให้ รายงานให้แพทย์ทราบ ทันที 2. ใจหิวเคียงสูงกว่า 60 องศา ระหว่างมืออาหารและหลังทาน อาหาร 1/2 ชั่วโมง 3.ดูแลสมททางหลอดลมเมื่อมีเสียงเสมหะ เพื่อลดการเสี่ยงการ สำลัก 5.ป้อนอาหารช้าๆคำเล็กๆหรือให้อาหารทางสายของช้าๆทุกมือ 6..... 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสี่ยงต่อ 7.ภาวะ ( ) น้ำตาลในเลือดสูง ( ) น้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจาก ( ) ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ( ) ได้รับยาปรับระดับน้ำตาล ( ) ควบคุมทำงานได้ไม่ตามปกติ ข้อมูลสนับสนุน ( ) ผลระดับน้ำตาล ( ) หูดขาดของทานไม่ต่อเนื่อง ( ) อื่นๆระบุ.....	-ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ใน ระดับปกติ -ไม่มีอาการของน้ำตาลใน เลือดสูง เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กระหายน้ำ หอบ คลื่นไส้อาเจียน -ไม่มีอาการของน้ำตาลต่ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ระดับ ความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ -V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.สังเกตและบันทึกอาการแสดงเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดทุก เวร ค้างนี้ ( ) น้ำตาลในเลือดสูง เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กระหายน้ำ หอบ คลื่นไส้อาเจียน ( ) น้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึก ตัวลดลง ซึมลง หมดสติ 2.ติดตามผลเจนน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อ ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาทุก 4.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. 5.ดูแลการได้รับยาลดระดับน้ำตาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ทุกเวรและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับยาเบาหวานทุกครั้ง 6.แนะนำการหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแป้ง-ไขมันสูง-น้ำตาลสูงหาก ผู้ป่วยไม่ทราบ 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสี่ยงต่อ 8.ภาวะ ( ) สารน้ำ ( ) เกือบแร่ ( ) ขาด ( ) เกิน เนื่องจาก ( ) ไข้ ( ) ท้องเสีย ( ) อาเจียน ( ) ภาวะ Metabolic Acidosis ( ) ไตสูญเสียหน้าที่ ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... .....	-V/S ปกติ หัวใจเต้น สม่ำเสมอ -ไม่มีภาวะขาดน้ำเช่น ผิวแห้งและเยื่อต่างๆขุ่น ขึ้นหรือ Skin Turgor ปกติ ริมฝีปาก-คอ ไม่แห้ง ปัสสาวะปกติ -ไม่พบภาวะ Na □, K □ ต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือภาวะหัวใจเต้นผิด จังหวะ -ฟังปอด ไม่พบเสียง Crepitation ทั้ง 2 ข้าง	1.วัด V/S ทุก 4 ชั่วโมง 2.ติดตามสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของน้ำ และเกลือแร่ทุกเวร 3.บันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกทุกเวร ตามแผนการรักษาของ แพทย์ 4.ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและตามแผนการรักษา ของแพทย์ 5.ดูแลให้ได้รับน้ำ และเกลือแร่ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.ฟังปอดทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในปอด ถ้าพบ เสียง Crepitation ร่วมกับอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ให้รายงานแพทย์ทราบทันที 7.ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 8.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....

วันเริ่มปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดหวังกับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) ต้องค่อ 9.ภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจาก ( ) เบื่ออาหาร ( ) คลื่นไส้ อาเจียน ( ) ทานได้น้อย ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... .....	-รับประทานอาหารได้อ่าง น้อย 75% ของที่จัดให้ -ไม่อ่อนเพลีย -น้ำหนักตัวปกติ BMI= $\frac{\text{น้ำหนักตัวเป็น กก}}{\text{ส่วนสูง}^2}$ (ปกติ 18-23) -ผล Albumin ปกติ	1.ค้นหาสาเหตุของการได้รับอาหาร ไม่เพียงพอ เช่น อาการเบื่อ อาหาร 2.จัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ นานา 15 นาที ก่อนอาหาร ¼ ชม. 3.ทำความสะอาดของปากฟันและก่อนมืออาหารทุกครั้ง 4.แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้งและ ไม่รีบเร่ง 5.แนะนำญาติและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือก 6.ดูแลให้ได้รับสารน้ำเกลือแร่ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7..... 8.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) ต้องค่อ 10.ปวด เนื่องจาก ( ) เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ( ) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ( ) มะเร็ง..... ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... .....	-ปวดลดลง หรือไม่ปวด -สบายขึ้น -สีหน้าไม่แสดงอาการปวด -นอนในที่ที่ผ่อนคลาย	1.ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกตำแหน่ง ความรุนแรง ความบ่อยครั้งของความเจ็บปวด ควรใช้มาตรวัด Numeric rating scale ตั้งแต่ 0-10 2.ตรวจสอบการอักเสบบริเวณที่ก่อให้เกิดความปวดทุกครั้ง 3.จัดให้นอนในที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายตลอดเวลา 4.ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามผลหลังให้ ยา คือ..... 5.สอนให้ใช้เทคนิคผ่อนคลายเมื่อไม่รู้สึกสบาย 6..... 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) ต้องค่อ 11.การติดเชื้อที่..... เนื่องจาก ( ) ภูมิคุ้มกันต่ำ ( ) ศีรษะมีการแตกทำลาย ( ) มีการใส่สายต่างๆเข้าในร่างกาย ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... .....	-อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศา -แผลไม่มี discharge -ผิวหนังปกติ ไม่บวมแดง -บิตสภาวะไม่มึนงง -ผลการตรวจเลือดปกติ	1.วัด VS ทุก 4 ชม. โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 2.ประเมินการติดเชื้อตามปัญหาทุกแคว เช่น บวม แผลว่ามีบวม แดง ร้อน หรือ discharge มีสีผิดปกติ 3.ปฏิบัติการพยาบาล Aseptic Technique เช่น การทำแผล , การให้ IVF เป็นต้น 4.ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา 5.แนะนำการดูแลแผลให้สะอาดและระวังไม่ให้เปียกน้ำทุกวัน 6..... 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) ต้องค่อ 12.ระบบขับถ่าย ( ) ท้องเสีย ( ) ท้องผูก ( ) ท้องอืด เนื่องจาก ( ) ไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็น เวลานาน ( ) ติดเชื้อในลำไส้ ( ) อื่นๆระบุ.....	-อุจจาระลักษณะอ่อนนุ่ม -การเคลื่อนไหวของลำไส้ 5-12 ครั้ง/นาที -ไม่มีลมในช่องท้อง หรือ ท้องอืดลดลง -ถ่ายปกติหรือมีความดี ปกติของผู้ป่วย	1.แนะนำผู้ป่วยรับประทาน ( ) อาหารประเภทกากใยสูงในราย ท้องผูก 2.แนะนำให้มีการเคลื่อนไหวหลังมืออาหาร/ออกกำลังกายทุกวัน ในรายที่ท้องผูก 3.ดูแลเรื่องการขับถ่ายและความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง 4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาในราย ท้องเสีย	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....

วันเริ่มปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
	ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....		5.ให้ ( ) ธารบาบซับลมในราย ท้องผูก ( ) ยาปฏิชีวนะในราย ท้องเสีย 6.กระตุ้นให้ดื่มน้ำ 2000 ซีซี/วัน 7..... 8.....	
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	13.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจาก ( ) สับสน ( ) มึนงงวิงเวียน ( ) สติปัญญาการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....	-ไม่เกิดอุบัติเหตุ เช่น ลื่นล้ม หรือตกเตียง -ไม่มีร่องรอยจากการได้รับ บาดเจ็บ	1.แนะนำผู้ป่วย/ญาติเรื่องการใช้เครื่องช่วยเหลือน 2.ยกขาขึ้นเตียงขึ้น 2 ข้างตลอดเวลา 3.ดูแลพื้นห้องและพื้นห้องน้ำให้แห้งอยู่เสมอ 4.เดินเชิยงอาการผู้ป่วยทุก 2 ชม. หรือคนสาพาอาการของผู้ป่วย 5.สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น เวียน ศีรษะหน้ามืดตัวเย็น ถ้าพบว่ามีอาการดังกล่าวควรรีบรายงาน แพทย์ทราบต่อไป 6..... 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	14.บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เนื่องจาก ( ) ไม่รู้คิว ( ) เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติ ( ) ถูกจำกัดกิจกรรม ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....	-ทุกส่วนของร่างกายสะอาด -ได้รับความช่วยเหลือใน การทำกิจวัตรประจำวัน	1.ช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย และปากฟันวันละ 2 ครั้ง 2.ดูแลเตียงและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ 3.ช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอน หลับและกิจกรรมอื่นๆทุกแวน 4..... 5.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	15.วิตกกังวลเรื่อง ( ) เจ็บป่วย ( ) การรักษา เนื่องจาก ( ) ขาดความรู้-ประสบการณ์ ( ) รับรู้ว่ถึงคุณภาพชีวิต ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... ..... .....	-สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย -ผู้ป่วยบอกสบายใจขึ้น -ระบุสิ่งวิตกกังวลได้ -นอนหลับได้นาน 6-8 ชม.	1.ให้คำปรึกษาแนะนำให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล 2.ยอมรับพฤติกรรม และความรู้สึกของผู้ป่วยเสมอ 3.ให้ข้อมูลที่เป็นจริง-สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยทุกครั้ง 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติได้แสดงความรู้สึกและซักถามแผนการ รักษา ให้คำปรึกษาคานปัญหา 5.อธิบายแผนการรักษาของแพทย์และแนวทางการรักษาต่อรวมทั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล 6..... 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	16.( ) ผู้ป่วย ( ) ญาติ ( ) มี ( ) เสียข้อ การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ( ป ความเจ็บป่วย ( ) การรักษาด้วยผู้ รพ.	-บอกเข้าใจสถานการณ์ ปัจจุบันและแผนการรักษา -ให้ความร่วมมือในการ รักษา -ทำกิจวัตรได้ตามปกติ	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจต่อผู้ป่วยและญาติด้วย ท่าทีเอื้ออาทร 2.ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติ 3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติแสดงความรู้สึกและซักถามปัญหาและ แผนการรักษาได้	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....



วันเริ่มปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
			4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล 5..... 6..... 7.....	
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	( ) มี ( ) เสียงค้อง 17.ขาดพลังอำนาจ เนื่องจาก ( ) ขาดแหล่งประโชชน์ ( ) รู้สึกถูกคุกคาม ( ) ขาดการวางแผนแก้ไขที่ดี ข้อมูลสนับสนุน ..... .....	-มีพลังอำนาจอย่างน้อย $\geq 5$ -มีความมั่นใจว่าสามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่างๆ ได้ -สีหน้าที่ทางผ่อนคลาย	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ญาติอย่างสม่ำเสมอ 2.ประเมินผู้ป่วย/ญาติว่ามีการสูญเสียพลังอำนาจ/พลังใจหรือไม่ระดับใด 3.ยอมรับพฤติกรรมและการแสดงความรู้สึกของผู้ป่วย/ญาติทั้งด้านบวกและด้านลบเสมอ 4.ส่งเสริมการสร้างศักยภาพของตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างสร้างสรรค์ 5..... 6.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	18. ( ) ผู้ป่วย ( ) ญาติ ขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจาก ( ) ขาดความรู้ ( ) ไม่มีประสิทธิภาพ ( ) ไม่พร้อมในการเรียนรู้ ( ) อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน ..... .....	-ตอบข้อซักถามในสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้ -ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ถูกต้อง -มีข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ เช่น สถานบริการใกล้บ้าน	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ 2.ประเมินความรู้และความสามารถของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆก่อนให้คำปรึกษา 3.ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ก่อนสอน/แนะนำ 4.แนะนำ/สอน หรือสาธิต และให้คำปรึกษาเรื่องวิธีการปฏิบัติคน เช่น อาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น 5. สนับสนุน/เสริมกำลังใจผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ 6..... 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
รวมปัญหาที่พบในผู้ป่วย ดังนี้ ข้อ..... หากพบปัญหาเพิ่มเติมบันทึกลงในแผนการพยาบาลเพิ่มเติม 1 2 และ 3 (แบบบันทึกแผนการพยาบาลเปล่า) ตามปัญหาของผู้ป่วย				



**แบบบันทึกการวางแผนเพื่อการจำหน่าย**

คำชี้แจง: -ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ( ) หรือหน้าข้อความหรือเขียนเพิ่มเติมในรายละเอียดความเหมาะสม หรือใส่คำว่า "N/A"กรณีไม่เกี่ยวข้อง และคำว่า "NO"

กรณีไม่มีปัญหา ในช่องวันที่ และลงชื่อผู้บันทึก

-ปฏิบัติการจำหน่ายทุกเช้า ภายหลังจากได้รับไว้ในโรงพยาบาล 24 ชม. หรืออาจทำก่อนเวลาที่กำหนดความเหมาะสม

-การวางแผนเพื่อการจำหน่ายครอบคลุมทั้ง 6 เรื่อง คือ Medication Health, Diet วันที่ 2 ของการ Admit Health, Treatment วันที่ 3 ของการ Admit

Environment & Economic, Outpatient referral วันที่ 3 ของการ Admit และเว้นวันที่เหลือทบทวน/ติดตามหรือขอรับ/สอนเพิ่มเติมความเหมาะสม

-ถ้าอยู่ รพ. ไม่เกิน 2 วัน ทำในใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ถ้าอยู่นาน > หรือ=3 วันต้องทำให้ครบถ้วน

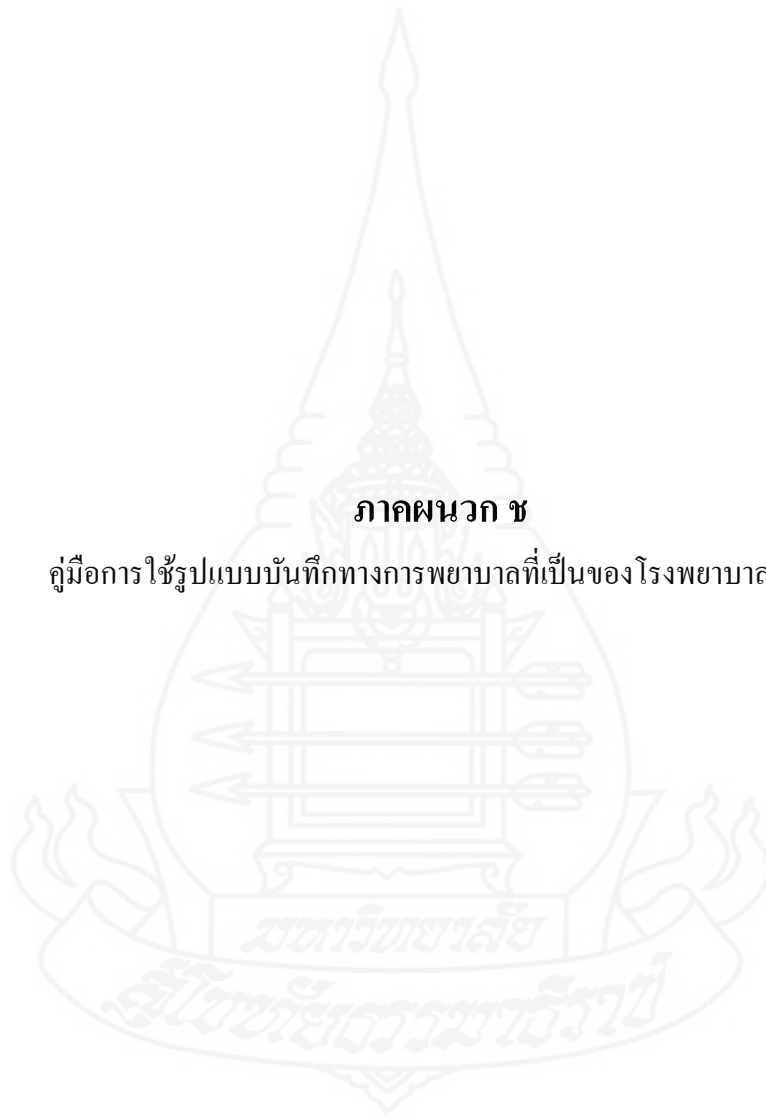
ว.ด.ป.	ปัญหาของผู้ป่วยเรื่อง	กิจกรรมการพยาบาล	เวลาประเมินผล
...../...../..... Time..... .....RN	Medication: ( ) Pt. ( ) ญาติ บอกว่า ( ) ขาดความรู้/ข้อมูลเรื่องยา ( ) ไม่มีประสิทธิภาพ ( ) อื่นๆ.....	1.อธิบายชื่อฤทธิ์ของยาและวัตถุประสงค์ 2.อธิบายวิธีการ: ชนิด ปริมาณ ความถี่ วิธีทาง ระยะเวลา 3.บอกข้อระวัง อาการข้างเคียงและข้อห้ามการใช้ยา 4.สอนและสาธิตการบริหารยาที่ควรใช้ต่อเนื่องที่บ้าน 5.ให้กำลังใจญาติและผู้ป่วยในการฝึกบริหารยา 6.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการใช้ยา	T..... ( ) Pt ( ) ญาติ บอกว่า ( ) เข้าใจ/ยอมรับ ( ) ปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ( ) อื่นๆ
...../...../..... Time..... .....RN	Diet: ( ) Pt. ( ) ญาติ บอกว่า ( ) ขาดความรู้/ข้อมูล ( ) ไม่มีประสิทธิภาพ ( ) อื่นๆ.....	1.อธิบายชนิดและแหล่งของอาหารที่เหมาะสมกับโรค 2.อธิบายปริมาณของอาหารที่ควรได้รับแต่ละวัน 3.อธิบายการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ 4.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องอาหาร 5..... 6.....	T..... ( ) Pt ( ) ญาติ บอกว่า ( ) เข้าใจ/ยอมรับ ( ) ปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ( ) อื่นๆ
...../...../..... Time..... .....RN	Health: ( ) Pt. ( ) ญาติ บอกว่า ( ) ขาดความรู้/ข้อมูล ( ) ไม่มีประสิทธิภาพ ( ) อื่นๆ.....	1.อธิบายชนิดและแหล่งของอาหารที่เหมาะสมกับโรค 2.อธิบายปริมาณของอาหารที่ควรได้รับแต่ละวัน 3.อธิบายการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ 4.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องอาหาร 5..... 6.....	T..... ( ) Pt ( ) ญาติ บอกว่า ( ) เข้าใจ/ยอมรับ ( ) ปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ( ) อื่นๆ
...../...../..... Time..... .....RN	Treatment: ( ) Pt. ( ) ญาติ บอกว่า ( ) ขาดความรู้/ข้อมูล ( ) ไม่มีประสิทธิภาพ ( ) อื่นๆ.....	1.อธิบายเป้าหมายและแผนการรักษา 2.อธิบายวิธีการปฏิบัติการรักษาพยาบาล เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดสวนบิสซาระ ในกรณีที่ต้องกลับไปดูแลที่บ้าน 3. สอนหรือสาธิตวิธีการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน 4.ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการฝึกปฏิบัติการตามแผนการรักษาพยาบาลที่สอน 5.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วย/ญาติในเรื่อง..... 6.....	T..... ( ) Pt ( ) ญาติ บอกว่า ( ) เข้าใจ/ยอมรับ ( ) ปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ( ) อื่นๆ
...../...../..... Time..... .....RN	Environment&Economic: ( ) Pt. ( ) ญาติ บอกว่า ( ) ขาดความรู้/ข้อมูล ( ) ไม่มีประสิทธิภาพ ( ) อื่นๆ.....	1.อธิบายประโยชน์และวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อม 2.สอนตามด้านการจัดการด้านค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพ 3.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วย/ญาติในเรื่องการจัดการด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพ	T..... ( ) Pt ( ) ญาติ บอกว่า ( ) เข้าใจ/ยอมรับ ( ) ปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ( ) อื่นๆ.....



<b>สรุปกรจําหน่ายผู้ป่วย</b>	
วันที่จําหน่าย.....	ผู้ป่วยกลับบ้านโดย ( ) กลับเอง ( ) ญาติมารับ ( ) ส่งต่อ
ชนิดของการจําหน่าย ( ) แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ( ) เสียชีวิต	
( ) ย้ายไปรักษาต่อเนื่องจาก.....	เหตุผลที่ย้าย.....
( ) ไม่สมัครใจรับการรักษาต่อ เหตุผล.....	
สภาพผู้ป่วยก่อนจําหน่าย	
T=.....°c	P=.....ครั้ง/นาที
R=.....ครั้ง/นาที	BP=.....mmHg
( ) รู้ตัว ( ) ตับสน ( ) ซึมไม่รู้สึกตัว ( ) แขนขาไม่มีแรงดี ( ) แขนขาอ่อนแรง ระบุ.....	
มีบาดแผล ระบุรายละเอียด.....	
การให้คำแนะนำก่อนจําหน่าย	
( ) นัดครั้งต่อไป วันที่.....เวลา.....น. แพทย์.....	การตรวจก่อนพบแพทย์.....
การให้คำแนะนำทบทวนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจําหน่าย	
( ) ขากลับบ้าน ผู้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกร ( ) ผู้ป่วย ( ) ญาติ ( ) ผู้เกี่ยวข้อง.....	
( ) อุปกรณ์ ( ) Foley s catheter ( ) Tracheostomy tube ( ) NG tube ( ) อื่น.....	
( ) อาหาร ( ) ธรรมดา ( ) อ่อนย่อยง่าย ( ) อาหารทางสายยาง ( ) ถดถ่อม ( ) ถดมัน	
( ) การออกกำลังกาย ( ) ปกติ ( ) จำกัด ระบุ.....	
( ) การพักผ่อนให้เพียงพอ	
( ) จุดเสี่ยงสังเกตต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ ยาเส้น เป็นต้น	
( ) การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด คือ.....	
( ) ทำแนะนำอื่นๆ	
( ) ส่งต่องานเยี่ยมบ้าน	
ลงนาม(ผู้รับคำแนะนำ).....	เกี่ยวข้องกับ.....ลงนาม(พยาบาล).....
วันที่.....เวลา.....	วันที่.....เวลา.....
สหเวชศาสตร์	
แพทย์ผู้จําหน่าย.....	

## ภาคผนวก ข

คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นของโรงพยาบาลชะอำ



## คู่มือ

การใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นของโรงพยาบาลชะอำ



## คำนำ

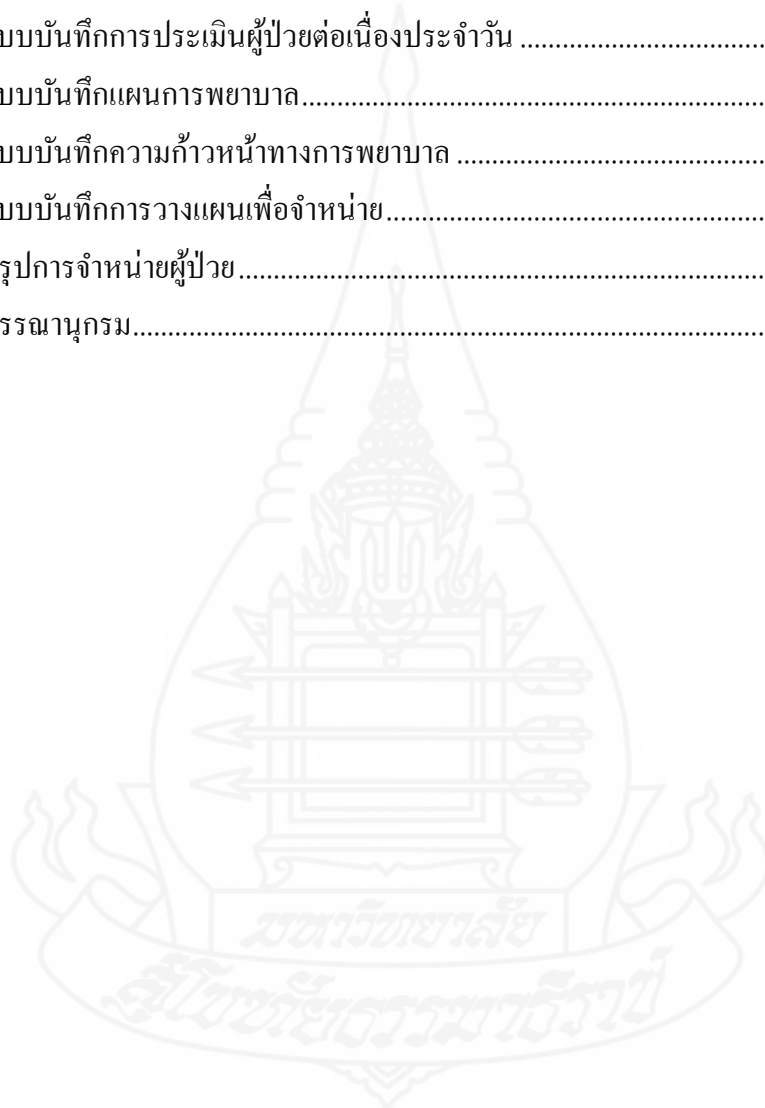
รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชะอำ จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์การให้บริการที่แตกต่างกันทำให้มีการบันทึกทางการพยาบาลที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการบันทึกยังไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยในมีหน้าที่ในการพัฒนาความรู้ความสามารถแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในทุกคนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล จึงมีแนวคิดในการพัฒนาคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชะอำขึ้น เพื่อใช้เป็นคู่มือของพยาบาลให้มีการปฏิบัติการพยาบาลได้ตามกระบวนการและบันทึกไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีคุณภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชะอำที่จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล โดยกำหนดรูปแบบการบันทึกและวิธีการบันทึกตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่ แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื้อเป็นประจำวัน แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผนเพื่อจำหน่าย และสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งแนวทางในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล คือ มีการบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีความต่อเนื่อง มีคำอธิบายวิธีการบันทึก และคำศัพท์ต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายและสะดวกในการบันทึก ลดภาระงานและการบันทึกที่ซ้ำซ้อน รวมถึงช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการบันทึกมากขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข และอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำในการจัดทำคู่มือด้วยดีตลอดมา พร้อมทั้งขอบคุณพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกคนที่ร่วมมือกันในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลครั้งนี้จนสำเร็จ ลุล่วงเป็นอย่างดี เพื่อความก้าวหน้าของวิชาชีพต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	133
แนวคิดของการบันทึกทางการพยาบาล.....	135
แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่.....	136
แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน .....	138
แบบบันทึกแผนการพยาบาล.....	139
แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล .....	142
แบบบันทึกการวางแผนเพื่อจำหน่าย.....	143
สรุปการจำหน่ายผู้ป่วย.....	145
บรรณานุกรม.....	146





## คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลระอ้า

### แนวคิดของการบันทึกทางการแพทย์

บันทึกทางการแพทย์เป็นการเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย การเขียนบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้บุคคลทั่วไปทราบถึงการทำงานของพยาบาลที่แสดงถึงทักษะด้านการเขียน สติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) การสื่อสารให้ทีมพยาบาลกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เกี่ยวกับปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วย แผนการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อเนื่อง และแผนการรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพ ระดับต่างๆ 2) เป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาล 3) ให้สามารถแยกแยะความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ 4) ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพทางการแพทย์ 5) ใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วย 6) ใช้เป็นเอกสารทางกฎหมายด้านกฎหมาย 7) กำหนดหลักการที่เหมาะสมในการจ่ายค่าตอบแทน (reimbursement) และ 8) เป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยและการศึกษา

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบโดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การพยาบาลที่มีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระอ้า ใช้เป็นเกณฑ์ในการบันทึกเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และมีการบันทึกเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รายละเอียดของคู่มือแสดงถึงเอกสารรูปแบบบันทึกทางการแพทย์และแนวทางการบันทึก คำอธิบายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความสะดวกในการบันทึกและมีความเข้าใจในการบันทึกยิ่งขึ้น โดยคู่มือแสดงถึงรายละเอียด แนวทางการบันทึกในแบบฟอร์ม 7 แบบฟอร์ม ได้แก่ 1) แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่ 2) แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน 3) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์ 6) แบบบันทึกการวางแผนเพื่อจำหน่าย 7) สรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

## แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่

**แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่** เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้รวบรวมข้อมูล และแบบประเมินปัญหาต่าง ๆ ตั้งแต่แรกรับ

**แนวทางการบันทึก** พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโดยการซักประวัติการเจ็บป่วย การสังเกตสภาพร่างกายและจิตใจทั่วไป การตรวจร่างกาย เช่น การประเมินอาการปวด การวัดสัญญาณชีพแล้วบันทึกในแบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่ โดยกำหนดให้รวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อน และส่งต่อเวรถัดไปรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จสมบูรณ์ครบถ้วนตามที่กำหนด

### คำแนะนำการบันทึกในแบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่

รายการ	วิธีการ
1. หลักการบันทึกทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกทันทีที่รับผู้ป่วย</li> <li>- บันทึกลงในแบบฟอร์มให้ถูกต้องครบถ้วน สั้น กระชับและได้ใจความ</li> <li>- ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล</li> <li>- เขียนผิดห้ามลบให้ขีดฆ่าข้อความที่ผิดแล้วเซ็นชื่อกำกับก่อนเขียนข้อความต่อไป</li> </ul>
2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	- ระบุเหตุผลหรืออาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ส่วนมากไม่เกิน 2 อาการ พร้อมระบุระยะเวลาที่เกิดอาการนั้น ๆ ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล โดยไม่แปลความหมายของข้อมูล
3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- บันทึกรายละเอียดของอาการและอาการแสดงความเจ็บป่วย รวมถึงวิธีการที่แก้ไขได้ปฏิบัติก่อนมาโรงพยาบาล โดยเรียงลำดับเหตุการณ์วันเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงวันและเวลาที่มาโรงพยาบาล
4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ครอบคลุมถึงการผ่าตัด และ/หรือ อุบัติเหตุที่ได้รับ มีอาการอย่างไร เคยรับการรักษาที่ไหน ผลการรักษาเป็นอย่างไร

รายการ	วิธีการ
	- บันทึกอาการแพ้ต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยา อาหารและอื่น ๆ เช่น ผื่นระคายเคือง เกสรดอกไม้ เป็นต้น
5. ประวัติสุขภาพครอบครัว	- บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ เช่น วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โดยระบุโรคที่เป็นและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
6. อาการและอาการแสดงผู้ป่วยแรกเริ่ม	- บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายและ/ทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยที่สังเกตและ/หรือประเมินจากการตรวจร่างกายได้ เมื่อแรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้รวบรวมแล้วสรุปลงในแบบบันทึก
7. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	- บันทึกที่แสดงถึงความต้องการด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ โดยสังเกตตามที่ระบุในแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกเริ่ม ซึ่งกำหนดให้เติมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย / ลงใน ( )

หมายเหตุ รวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อน และส่งต่อเวรถัดไปรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสมบูรณ์ครบถ้วนตามที่กำหนด

## แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน

แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน : เป็นแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ประเมินอาการ/ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยให้บันทึกทุกวัน ทุกเวรภายหลังรับเวรทันทีในแบบฟอร์ม Checklist ที่กำหนด โดยให้ใส่เครื่องหมาย (√) = ปกติ, (X) = ผิดปกติ, (NA) = ไม่เกี่ยวข้อง และบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล/ประเมินผลในแบบบันทึกการพยาบาล

### แนวทางในการบันทึก มีดังนี้

- กำหนดหัวข้อ การประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับเวรภายใน 2 ชั่วโมงแรกของเวร โดยรายละเอียดแสดงถึงลำดับของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่สำคัญที่ต้องประเมินจำนวน 15 หัวข้อ ได้แก่ 1) ระบบผิวหนัง 2) ระบบประสาทและการรับรู้รู้สึก 3) ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด 4) ระบบหายใจ 5) ภาวะโภชนาการ 6) ภาวะสมดุลของน้ำ/เกลือแร่ในร่างกาย 7) ระบบขับถ่าย 8) ระบบการย่อยอาหาร 9) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 10) ความสุขสบาย 11) จิตใจ อารมณ์ สังคม 12) พลังอำนาจ 13) การดูแลตนเอง 14) ความพร้อมในการดูแลตนเอง และ 15) หลังคลอด
- กำหนดหัวข้อ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามที่กำหนด
- กำหนดหัวข้อ ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม/ลื่นล้ม ถ้าหากปัจจัยเสี่ยง >2 ข้อถือว่ามีความเสี่ยง ได้แก่ 1) สูงอายุ  $\geq 60$  ปี, เด็ก  $\leq 6$  ปี 2) อ่อนเพลียทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมตามปกติลดลง 3) มีอาการสับสนบางเวลา/ตลอดเวลา แต่ลงจากเตียงได้ 4) ความบกพร่องทางสายตา 5) ประวัติหกล้มในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา 6) การทรงตัวไม่ดี เสี่ยงสมดุลขณะยืน/เดิน 7) ได้รับความยากลำบากที่ทำให้มีอาการง่วงซึม/มึนงง หรือ ได้รับความปรับความดันโลหิต/ปรับระดับน้ำตาลในเลือดในระยะเริ่มแรก และ 8) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองและมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย (ในข้อ 2-7)

## แบบบันทึกแผนการพยาบาล

แบบบันทึกแผนการพยาบาล เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งการวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนหลังจากที่ศึกษาข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และพิจารณาแล้วข้อมูลดังกล่าวจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ พยาบาลจะวินิจฉัยผลที่จะเกิดขึ้นจากข้อมูลที่รวบรวมได้ว่าจะเกิดปัญหาหรือผู้ป่วยกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพใดอยู่ พยาบาลจะมีการวางแผนการวางแผนเพื่อป้องกัน บรรเทา หรือช่วยแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามการวินิจฉัยการพยาบาล โดยแบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง และจัดทำเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย) แผนการพยาบาลที่พบข้อในหอผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมการดูแล 4 มิติองค์รวมได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และวันสิ้นสุดปัญหา ซึ่งในแต่ละข้อประกอบด้วยหัวข้อ

1. วันที่เริ่มพบปัญหา รวมถึงการลงลายมือชื่อของพยาบาลผู้วางแผนพยาบาล
2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
3. เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)
4. กิจกรรมการพยาบาล
5. วันสิ้นสุดปัญหา รวมถึงการลงลายมือชื่อของพยาบาลผู้ประเมินข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยซึ่งได้รับการแก้ไข เปลี่ยนเป็นปัญหาใหม่หรือปัญหาหมดไป

### แนวทางการบันทึก มีดังนี้

1. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและเลือกแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำเป็นแผนการพยาบาลมาตรฐานสำเร็จรูปตามปัญหาที่กำหนด แผ่นละปัญหาจากคอมพิวเตอร์ จากนั้นรวบรวมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ได้มาใส่หมายเลขหน้าข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดเรียงลำดับตามความรุนแรงของปัญหา คือ ปัญหาที่มีความสำคัญมากคุกคามต่อชีวิต ปัญหาที่มีความสำคัญปานกลางไม่คุกคามต่อชีวิต และปัญหาที่มีความสำคัญน้อยต้องการการพยาบาลแต่รอได้ตามลำดับ
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ต้องการ ช่องอื่น ๆ ให้เขียนบรรยายรายละเอียดเพิ่มเติมตามความเหมาะสม หรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลจากแนวทางที่กำหนด รวมถึงขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
3. กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ที่ซ้ำซ้อนกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้วให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิม โดย

กำหนดให้เขียนต่อลงมาที่ช่องว่างข้างล่างพร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและแผนกิจกรรมการพยาบาลเดิม

4. กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน, เวลาสิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง

5. บันทึกชื่อ – สกุล, อายุ, HN, AN, เติง และประเภทผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง

#### วิธีการบันทึก

1. ช่องวันเริ่มปัญหา ให้บันทึก วัน เดือน ปี และลงลายมือชื่อของพยาบาลผู้วางแผนการพยาบาล รวมถึงทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ/แผนการพยาบาล

2. ช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 กำหนดข้อความ ( ) มี ( ) เสี่ยงต่อ หมายถึง ให้บันทึกว่ามีปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยงด้านร่างกายปัญหาและ/ด้านจิตใจ

2.2 กำหนดให้ระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและใช้คำว่า “เนื่องจาก” เป็นตัวเชื่อมสาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลสนับสนุนของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3. ช่องเกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย) หมายถึง ให้บันทึกมาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาล ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออาการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

4. ช่องกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง ให้บันทึกการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และใช้เกณฑ์การประเมินผลเป็นเครื่องวัดว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้ว โดยการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องครอบคลุมหน้าที่หลักของการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประเภทกิจกรรมการพยาบาลมี 5 ประเภท คือ

4.1 ให้การดูแล (Caring) เช่น ดูแลทำความสะอาด

4.2 ให้ความช่วยเหลือ (Helping) เช่น ช่วยพยุง ช่วยในการบริหารกล้ามเนื้อ

4.3 ให้บริการ (Giving) เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม นวดหลังให้

4.4 ตรวจสอบ (Monitoring) เช่น สังเกตพฤติกรรม วัดสัญญาณชีพ

4.5 การสอน (Teaching) เช่น สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การปฏิบัติ

ตัวเมื่อเจ็บป่วย

#### ส่วนประกอบของการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

1. วันที่ ที่เขียนกิจกรรมการพยาบาล

2. ประธานของประโยค ในส่วนนี้จะเขียนหรือไม่ก็ได้ เพราะกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลเสมอ
3. คำกริยาบอกการกระทำ เป็นคำที่ชี้ว่าจะให้พยาบาลทำอะไร เช่น ช่วย, ประเมิน, สาสิต พลิกตะแคงตัว ตัวอย่าง พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
4. ส่วนขยายความ จะบอกให้รู้ว่าพยาบาลทำกิจกรรมอย่างไร เมื่อไร และที่ไหน เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล
5. เวลา ต้องบอกว่าจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเมื่อไร บ่อยครั้งแค่ไหน นานเท่าไร เช่น Dressing แผลด้วย NSS, OD เป็นต้น
6. ลายมือชื่อของพยาบาลที่เขียนกิจกรรมการพยาบาลต้องลงลายมือชื่อกำกับ เพื่อเป็นการบอกถึงความรับผิดชอบ และทำให้ผู้ร่วมงานมีโอกาสสอบถามข้อมูลได้อย่างชัดเจน



### แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล

แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล : เป็นการบันทึกขั้นตอนที่พยาบาลนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยกำหนดให้เขียนบรรยายในแบบบันทึกการพยาบาลทุกวัน ทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย ตามหัวข้อการวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดในรูปแบบของ DAR ได้แก่

- D = Data ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ป่วย สภาพของผู้ป่วยและข้อมูลการสังเกตของพยาบาล
- A = Action ได้แก่ แผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล
- R = Response ได้แก่ การตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล

#### แนวทางในการบันทึก มีดังนี้

1. ช่องวันที่/เวลา ให้บันทึกวันที่และเวลาที่พบปัญหา รวมถึงกิจกรรมการพยาบาล
2. ช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล (N.Dx.#) ให้บันทึกตามลำดับ
3. ช่องอาการ/อาการแสดงและกิจกรรมการพยาบาล ให้บันทึกอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วยตามอาการ/ปัญหาที่ประเมินได้จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับและการบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยถูกต้องตามความเป็นจริงทุกครั้ง บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาล และ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์ และบันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง
4. ช่องเวลา/การประเมินผล ให้บันทึกเวลาและผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลหลังให้การพยาบาล
5. ช่องลงนาม/ตำแหน่ง ให้บันทึกชื่อและตำแหน่งของพยาบาลผู้ประเมินผลการพยาบาล



## แบบบันทึกการวางแผนเพื่อจำหน่าย

แบบบันทึกการวางแผนเพื่อจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ หรือแม้ว่าจะมีความพิการหลงเหลืออยู่บ้าง การวางแผนเพื่อจำหน่าย ประกอบด้วย ขั้นตอนของการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การกำหนดแผนการจำหน่าย การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

### แนวทางในการบันทึก มีดังนี้

1. เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน กำเนินถึงระดับความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวันทุกเวร

2. การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการบันทึกควรทำเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายภายหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง ทุกเวรเช้าหรือตามความเหมาะสม และทำต่อเนื่องจนจำหน่าย

3. การวางแผนการจำหน่ายไม่ควรบันทึกทุกอย่างพร้อมกันในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ปฏิบัติและบันทึกการวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมแนวทาง (ของคิวคัสโซ่) ในการเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านโดยวิธี METHOD ดังนี้

M = Medication แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยให้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพยา อาการข้างเคียง ขนาดที่ใช้ เวลา และวิธีรับประทานยาให้ถูกต้อง

E = Economic & Environment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย รวมถึงการประกอบอาชีพที่เหมาะสมหลังการเจ็บป่วย การขอความช่วยเหลือทางการเงินจากหน่วยงานต่าง ๆ และผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน

T = Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการตนเอง และรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/ทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

H = Health ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น ข้อจำกัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งน้ำดื่มเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

O = Outpatient Referral ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อ สรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะมารับช่วงดูแลต่อเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

D = Diet ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งน้ำดื่มเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

กำหนดให้หัวข้อ Medication, Diet, Treatment ให้ปฏิบัติในวันแรกของการรับใหม่ หัวข้อ Health, Environment & Economic and Outpatient Referral ให้ปฏิบัติวันที่ 2 ของการรับใหม่ และทบทวน/ติดตามหรือสอนเพิ่มเติมตามความเหมาะสมในวันที่เหลือ

4. กรณีอยู่โรงพยาบาล < 3 วัน ให้บันทึกในแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ถ้าอยู่โรงพยาบาล 3 วัน ให้บันทึกในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
5. กำหนดให้มีการประเมินผลการสอน การให้ข้อมูล การสาธิต และการฝึกทักษะต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและ/ญาติ หรือผู้ดูแลจนกว่าจะเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง
6. ในช่องวันที่/เวลา/ลงนาม ให้ลงวันที่ เวลา และเซ็นชื่อพร้อมตำแหน่งของพยาบาลผู้สอน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นคนเดียวกันทุกครั้ง
7. ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดหรือเขียนเพิ่มเติมรายละเอียดตามความเหมาะสม หรือขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการและลงนามกำกับ
8. ในช่องกิจกรรมการพยาบาลให้เขียนเพิ่มเติมรายละเอียดตามความเหมาะสมในช่องที่กำหนด หรือขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการและลงนามกำกับ
9. ในช่องเวลา/ประเมินผล ให้ลงเวลา และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดหรือเขียนเพิ่มเติมรายละเอียดตามความเหมาะสม

## แบบสรุปเพื่อการจำหน่าย

แบบสรุปเพื่อการจำหน่าย เป็นการสรุปข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แนวทางในการบันทึก มีดังนี้

1. การบันทึกให้เติมคำในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดตามข้อมูลที่กำหนด
2. วันที่จำหน่าย, แพทย์ผู้จำหน่าย, ประเภทของการจำหน่าย บันทึกให้ชัดเจนครบทุกช่อง
3. บันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยให้ระบุสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อ ชนิดของบาดแผล ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อนำมาวิเคราะห์เรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
4. บันทึกการให้คำแนะนำและ/หรือทบทวนคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย คือ การนัดครั้งต่อไป, อุปกรณ์ที่ติดตัวกลับบ้าน, ยากลับบ้าน, อาหาร, การออกกำลังกาย, การสังเกตอาการ/อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และคำแนะนำอื่น ๆ ต้องสอดคล้องกับบันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายภายหลังจากที่พยาบาลให้คำแนะนำต้องมีการประเมินผลให้สามารถปฏิบัติได้จริงก่อนจำหน่าย
5. บันทึกการส่งต่อต้องระบุปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง สถานที่ส่งต่อและผู้ที่ได้รับส่งต่อ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีจำเป็น
6. บันทึกชื่อผู้รับกลับบ้าน/ผู้รับคำแนะนำพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และชื่อพยาบาลผู้จำหน่าย/ให้คำแนะนำ ตำแหน่ง วันที่ เวลา เพื่อสะดวกในการติดตามและหาข้อมูลเพิ่มเติม

### บรรณานุกรม

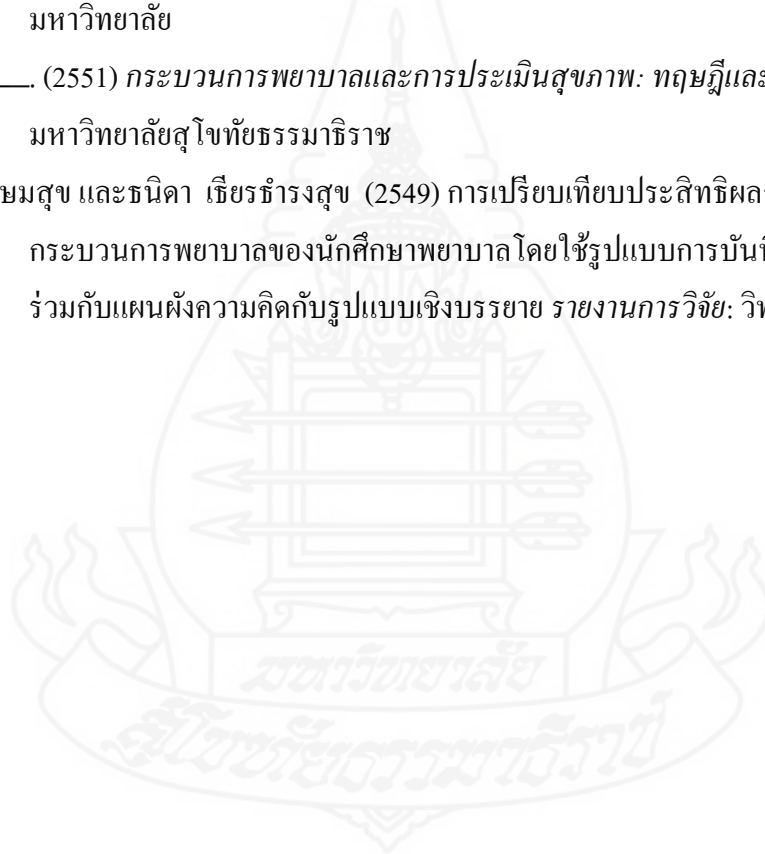
วรรณิ ตปเตมียากร งานนิตย รัตนากุล และคณะ (2552) การวางแผนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เล่ม 1 กรุงเทพมหานคร ไอกรูป เพรส จำกัด

สุริย์ ธรรมิกบวร (2540) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

อารี ชิวเกษมสุข (2534) การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

\_\_\_\_\_ (2551) กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ นทปรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อารี ชิวเกษมสุข และธนิดา เขียรธำรงสุข (2549) การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกตาม กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้าง ร่วมกับแผนผังความคิดกับรูปแบบเชิงบรรยาย รายงานการวิจัย: วิทยาลัยเซนหลุยส์



## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางพะเนือง วะชังเงิน
วัน เดือน ปีเกิด	25 มกราคม 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
สถานที่ทำงาน	งานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

