

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

นางสาวสุวิมล โปธิ์สวัสดิ์



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2556

**Development of Nursing Documentation of Cardiac Catheterization Laboratory
at a Private Hospital, Metropolitan Bangkok**

Miss Suwimol Phosawat



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

2013

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร
ชื่อและนามสกุล	นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์
แขนงวิชา	การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เวณิการ์ ทองคำรอด

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2556

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เวณิการ์ ทองคำรอด
(อาจารย์ ดร. เวณิการ์ ทองคำรอด)

ประธานกรรมการ

Dr. ชัยกมล
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชัยกมลสุข)

กรรมการ

Dr. ร

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อการศึกษา ค้นคว้าอิสระ การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ผู้ศึกษา นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ รหัสนักศึกษา 2545100683 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด **ปีการศึกษา** 2556

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และ (2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทาง และส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ $CVI = 0.82$ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า (1) แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 3 แบบฟอร์ม ได้แก่ (ก) แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนทำการตัดการตรวจสวนหัวใจ (ข) แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะทำการตัดการตรวจสวนหัวใจ และ (ค) แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังทำการตัดการตรวจสวนหัวใจ (2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.76 เป็นร้อยละ 91.92 และค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพิ่มขึ้นจากคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ การพัฒนา แบบบันทึกทางการพยาบาล ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชน

Independent Study title: Development of Nursing Documentation of Cardiac Catheterization Laboratory at a Private Hospital, Metropolitan Bangkok

Author: Miss Suwimol Phosawat; **ID:** 2545100683; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Independent Study advisor:** Dr. Renukar Thongkhamrod; **Academic year:** 2013

Abstract

The purposes of this research and development study were: (a) to develop the nursing documentation of the Cardiac Catheterization Laboratory at a private hospital, Metropolitan Bangkok and (b) to compare professional nurse's satisfaction before and after using the nursing documentation.

The population comprised 10 professional nurses of the Cardiac Catheterization Laboratory at a Private Hospital, Metropolitan Bangkok, and they were selected by purposive sampling technique. There were two types of research tools: 1) nursing documentation which was developed by using a nursing process as a guideline and 2) questionnaires of nurses' satisfaction on nursing documentation. Content validity of the tool was verified by 5 experts. The Content Validity Index (CVI) of the second tool was 0.82. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, content analysis and Wilcoxon signed ranks test.

The study findings were as follows: (1) the nursing documentation of the Cardiac Catheterization Laboratory at a Private Hospital, Metropolitan Bangkok consisted of three nursing records: (a) pre-cardiac catheterization, (b) during cardiac catheterization, and (c) post-cardiac catheterization. (2) Nurses rated their satisfaction after using nursing documentation higher than before (59.76% to 91.92%). The rank average of the median scores of the nurse's satisfaction after using the nursing documentation were significantly higher than before ($p < 0.01$).

Keywords: Development, Nursing Documentation, Cardiac Catheterization Laboratory, Private Hospital

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ เพราะได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ และเป็นประธานในการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำและคำชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข กรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมทั้งกรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ภาวิทย์ เพียรวิจิตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข คุณบุปผา กิจสรวงศ์ คุณรุ่งฤทัย สุขสมัย และคุณวัชรินทร์ สืบจากสิงห์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบและแนะนำ ในการปรับปรุงเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ขอขอบคุณ นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระในโรงพยาบาล รวมถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คุณวันทนา เสมพูล และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจและเสียสละเวลาเข้าร่วมในขั้นตอนของการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้จนการศึกษาสำเร็จไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้ชีวิต สติปัญญา อบรมสั่งสอนให้มีความพากเพียรและทำในสิ่งดีงาม ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ และที่ขาดไม่ได้ คือ ดร.ศุภเดช สุจินทรัพย์ สามีที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ ห่วงใยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงเสมอ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการค้นคว้าอิสระเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อในหน่วยงานเพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานทางการพยาบาลควบคู่กับการปฏิบัติงานต่อไป

สุวิมล โพธิ์สวัสดิ์

พฤศจิกายน 2556

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	5
กรอบแนวคิดการศึกษา.....	5
ขอบเขตการศึกษา.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
แบบบันทึกทางการพยาบาล.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล.....	22
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล.....	54
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	59
รูปแบบการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	61
การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	61
การดำเนินการศึกษา.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
การพิทักษ์สิทธิ.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ.....	70
ตอนที่ 2 แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร.....	73
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นของ ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร.....	81
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปการศึกษา.....	92
อภิปรายผล.....	96
ข้อเสนอแนะ.....	103
บรรณานุกรม.....	105
ภาคผนวก.....	116
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	117
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	121
ค ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้ เครื่องมือ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ.....	123
ง ตัวอย่างหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลและอนุมัติให้ใช้เครื่องมือการศึกษา คั่นคว่ำอิสระ.....	127
จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	130
ฉ แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนพัฒนา.....	137
ช แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนา.....	141
ประวัติผู้ศึกษา.....	152

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพ.....	70
ตารางที่ 4.2 ประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของ ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร...	73
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบลักษณะแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลัง การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลที่ สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ.....	76
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านการบันทึกตาม กระบวนการพยาบาล) จำแนกเป็น โดยรวมรายด้าน และรายข้อ.....	81
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านประโยชน์ของแบบ บันทึก) จำแนกเป็น โดยรวมรายด้าน และรายข้อ.....	84
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานคะแนน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังทดลองใช้แบบบันทึก ทางการพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ.....	86
ตารางที่ 4.7 ร้อยละของความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อน และหลังการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล.....	89

ญ

สารบัญญภาพ

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการศึกษา.....	หน้า	6
------------	-------------------------	------	---



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nursing record) เป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ที่ใช้เป็นการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ ทำให้ทีมสุขภาพสามารถเรียนรู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้สามารถติดตามและประเมินการรักษาและอาการผู้ป่วย สามารถนำมาปรับวิธีการดูแลและรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nursing document) ซึ่งจะเอื้อต่อการวางแผนการพยาบาล และการนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ได้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตวิชาชีพนอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ประกอบการพิจารณาคดีความหากมีการฟ้องร้องและนำไปสู่การตัดสินที่ยุติธรรมได้ (Delauce and Laduer 2002 พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2524) ในกรณีนี้ สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยจึงได้กำหนดให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นมาตรฐานมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่สำคัญ กล่าวคือ “บันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาลโดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริงชัดเจน กะทัดรัดมีความต่อเนื่องและสามารถใช้ประเมินคุณภาพบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้” (ประกาศสภาการพยาบาล 24 เมษายน 2544 อ้างอิงใน สภาการพยาบาล 2556)

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารที่ใช้บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา การปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล รวมถึงการตรวจเยี่ยมของทีมสุขภาพ (อารี ชิวเกษมสุข 2551) ที่ถือว่าเป็นเอกสารสำคัญในการประกันคุณภาพการพยาบาล การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลทางกฎหมายที่สำคัญยิ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารของวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญรูปแบบหนึ่งที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ที่มีการเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ให้บริการหรือผู้ป่วย โดยมีการบันทึกเพื่อสื่อสารอาการและอาการแสดงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และการตรวจรักษา การปฏิบัติการพยาบาล ผลการปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยและ

การวางแผนการพยาบาลเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลดังกล่าว (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540) การที่แบบบันทึกทางการพยาบาลจะมีคุณภาพมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการบันทึกและคุณภาพของแบบบันทึกที่ต้องมีความสัมพันธ์กัน มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการบันทึก โดยใช้กระบวนการในการบันทึก ความรู้ทางการพยาบาล บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย ถูกต้องตามหลักภาษา ลงลายมือชื่อและตำแหน่งกำกับให้ชัดเจนเมื่อบันทึกเรียบร้อย และมีความต่อเนื่องตามกิจกรรมทางการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย จึงจะเกิดประสิทธิภาพและคุณภาพทางการพยาบาล (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล 2551 และฤดี ฉ่ำสูงเนิน 2552)

ในปัจจุบันพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยังคงมีปัญหามากอยู่หลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากประเทศไทยและต่างประเทศพอสรุปประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ระบบการบันทึกทางการพยาบาล และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกทางการพยาบาล (อารี ชิวเกษมสุข 2548)

ประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับระบบบันทึกทางการพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประการ ได้แก่ 1) วิธีการบันทึก และ 2) แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกจากการศึกษา พบว่า วิธีการบันทึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามความจำเป็นในการใช้ ขาดความต่อเนื่อง บันทึกบ้างหยุดบ้าง และมีวิธีการหลากหลายแบบบันทึกมีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ไม่มีแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลไม่สามารถบันทึกได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นจึงควรพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่มีรูปแบบการเขียนที่ง่าย ถูกต้อง ครบถ้วน และชัดเจนขึ้น ทำให้สะดวกและง่ายต่อการบันทึกก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน (จิรา เดิมจิตรอารีย์ 2530 รัตนา เจริญรัตนไพบูลย์ 2546 ศิริพร ชัมภลิจิต 2548 พรศิริ พันธสี 2549 ฌภัทร ธนะพุดินาท นภาพร แก้วนิมิตชัยและ ยุวดี เกตสัมพันธ์ 2554) และในส่วนของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกทางการพยาบาลมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลยังไม่มีกำหนดนโยบายการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน ไม่มีแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นแบบแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำมาใช้ได้ อย่างสะดวก ถูกต้อง และต่อเนื่อง (เดือนใจ ภูสระแก้ว 2551) จากประเด็นปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาปัญหาของแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พบจากการวิจัยของสุจิตรา มิ่งมิตร (2554) เรื่องการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดมีจำนวน

มากเกินไป มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเดียวกันในหลายแบบฟอร์ม หัวข้อในแบบบันทึกการวินิจฉัยและแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุม และความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนเท่ากับร้อยละ 72.24 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนดไว้คือร้อยละ 80 และการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ก็ได้มีการใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการช่วยพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลจนประสบความสำเร็จพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจสอดคล้องกับ ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) เรื่อง การพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล พญาไท ที่ให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลเพื่อลดการต่อต้านในการพัฒนาแบบบันทึกและใช้แบบบันทึกได้อย่างเหมาะสมกับงาน สำหรับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในต่างประเทศก็พบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน โดยพบว่าการศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ 22 หน่วย ในเมืองสต็อกโฮล์ม พบว่า พยาบาลและผู้ร่วมงานไม่พึงพอใจบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นอยู่ และอุปสรรคที่สำคัญต่อการบันทึกทางการพยาบาล คือ พยาบาลไม่มีเวลาและขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล (Tomkvist Gardulf and Strender 1997) ผลการวิจัยและผลการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล เคปคอด (Cape Cod) เมืองไฮยานนิส (Hyannis) วิธีการบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้สะท้อนถึงการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Brooks 1998) และจากการศึกษาของ อัดัมเซน และทีเวส (Adamsen and Tewes 2000) ในโรงพยาบาลดานีส ประเทศเดนมาร์ก ด้านการบันทึกทางการพยาบาล พบว่ามีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยประมาณ 2-3 ปัญหา มีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย 31% ของปัญหาผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแต่ละงานวิจัยที่ทบทวนมามีความสอดคล้องกับห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีปัญหาเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการพยาบาล

ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมและแบบแบ่งหน้าที่พิเศษ ด้วยข้อจำกัดที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจและรักษาภายในห้องสวนหัวใจใช้ระยะเวลาสั้นเพียง 1-2 ชั่วโมง จึงทำให้พยาบาลแต่ละคนที่ปฏิบัติงานในเวรจะดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกัน พยาบาลจะไม่มีผู้ป่วยรับผิดชอบเป็นรายบุคคลทำให้พยาบาลมีความจำเป็นต้องใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ีความสะดวก รวดเร็ว ในการบันทึก และต้องมีความครบถ้วนในการบันทึก ซึ่งแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้มาเป็นเวลานานพยาบาลหลายท่านที่ปฏิบัติงานอยู่ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครไม่พึงพอใจกับแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเนื่องจากแบบบันทึกทางการพยาบาลฉบับเดิมยังขาดในส่วนของการเขียนข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาล อีกทั้งเครื่องมืออุปกรณ์วิธีการปฏิบัติการพยาบาลได้มีการเปลี่ยนแปลงไปทำให้แบบบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวมีความล้าสมัย

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจปัญหาจากการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลฉบับเดิมโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ จำนวน 6 คน เกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ การสัมภาษณ์ก่อนการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามเชิงโครงสร้าง 3 ข้อคำถาม คือ 1) แบบฟอร์มที่ใช้สำหรับบันทึกทางการพยาบาลในการทำให้ผลการตรวจสวนหัวใจมีความเหมาะสมหรือไม่ 2) ด้านความครอบคลุมของแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 3) ด้านความซ้ำซ้อนของแบบบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละแบบบันทึก ผลที่ได้พบว่าพยาบาลยังไม่พึงพอใจกับแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีใช้อยู่เดิมต้องการให้มีพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขึ้นมาใหม่ ควรมีการกำหนดแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานเป็นรูปธรรมมีลักษณะอักษรที่ชัดเจน และต้องการให้มีการทดลองปฏิบัติจริง รวมทั้งมีบางคนที่บอกว่าขั้นตอนบางส่วนในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิมมีความซ้ำซ้อน ต้องการให้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับการใช้งานจริงและมีความเหมาะสมกับระบบบริการพยาบาลในปัจจุบัน

จากสภาพปัญหาและการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะทำการศึกษาพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ ซึ่งการเลือกพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลเนื่องจากพบว่าผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนดังกล่าว มีการใช้แบบบันทึกยังไม่สม่ำเสมอ การบันทึกยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ซึ่งอาจจะเนื่องจากเป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้ปฏิบัติทุกคนไม่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาขึ้นหรือแบบบันทึกทางการพยาบาลเดิมไม่เอื้อให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติ เช่น จากการสอบถามและสัมภาษณ์พบว่ามีบางส่วนของแบบบันทึกทางการพยาบาลมีช่องว่างหรือพื้นที่ให้เขียนน้อยเกินไป แบบบันทึกทางการพยาบาลเดิมไม่สะดวกในการบันทึก ต้องใช้เวลาในการบันทึกนาน

ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้ จึงมุ่งพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่สะดวก ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลเพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้ออกไปใช้ประโยชน์และสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และจะศึกษาผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยการสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล นำผลมาปรับปรุงแก้ไขแบบบันทึกทางการพยาบาลของ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์ งานบริการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

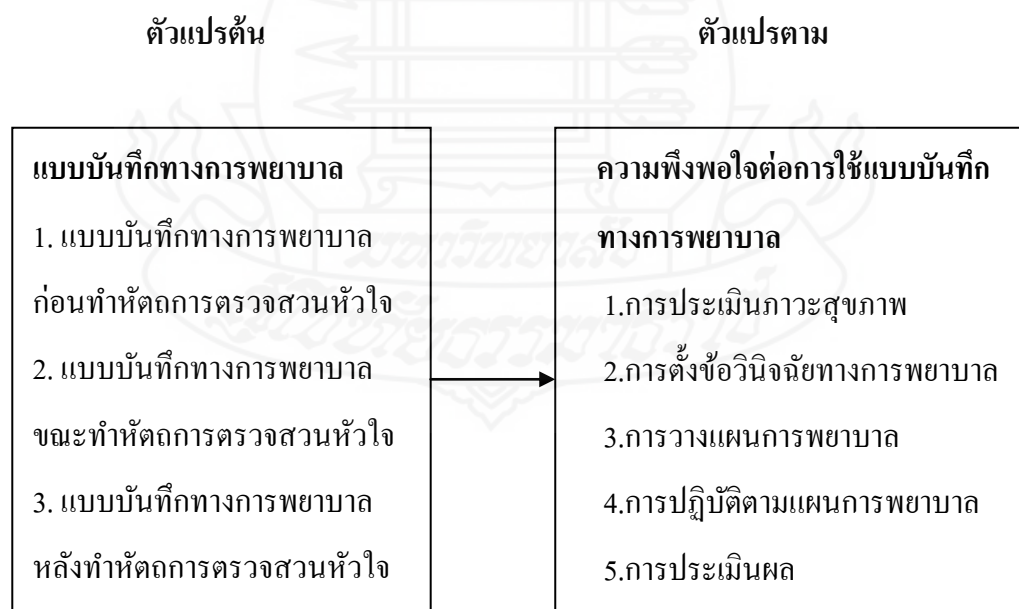
3. กรอบแนวคิดการศึกษา

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แนวทางของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยในขั้นตอนของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยการสัมภาษณ์ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน ในวันที่ 7 สิงหาคม 2556 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 1 คนเป็นผู้บันทึกการสนทนา (ผู้วิจัยได้เตรียมผู้บันทึก โดยการชี้แจงหลักการ และแนวทางในการบันทึกข้อความจากการสนทนากลุ่ม) และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์อีกครั้ง

ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลของอัลฟาโร Alfaro-LeFevre 2002 (อ้างอิงใน อารีชีวะเกษมสุข 2551) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล 5) การประเมินผลโดยแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบ่งตามระยะขั้นตอนการปฏิบัติการสวนหัวใจ 3 ระยะ คือ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ

สำหรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังทำหัตถการตรวจสอบหัวใจได้พัฒนาใช้แบบฟอร์มที่มีรูปแบบการบันทึกตามรูปแบบ APIE Charting (Assessment problem intervention evaluation system) ส่วนแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะทำหัตถการตรวจสอบหัวใจใช้รูปแบบการบันทึกตามรูปแบบ PROM (Problem-Oriented Medical Record) และเพิ่มแบบฟอร์มการวางแผนทางการแพทย์พยาบาล (Willams & Wilkins 2003) โดยแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 3 ระยะ ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์เพื่อสร้างเป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่

ในส่วนของ การวัดผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นการวัดความพึงพอใจ โดยแบบสอบถามที่ใช้สอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลของ อัลฟาโร (Alfaro-LeFevre 2002) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการวัดความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกแบ่งตามกระบวนการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจของพยาบาล และความครอบคลุมของแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการพยาบาล ได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขึ้นมาใหม่ ดังนั้น กรอบแนวคิดการศึกษานี้แสดงเป็นแผนภูมิได้ดังนี้ คือ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียว วัดความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2550)

4.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้จากการใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 10 คน

4.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

4.2.1 ตัวแปรต้น (Independent variable) ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์ การทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ

4.2.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์

4.3 ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2555 ถึงเดือน ตุลาคม 2556 รวมระยะเวลา 12 เดือน

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การปรับปรุงแบบฟอร์มทางการแพทย์เชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ และการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษาและการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เพื่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพและสร้างขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุด

5.1.1 แบบบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง แบบฟอร์มรูปแบบกระดาษของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนทางการแพทย์ การปฏิบัติกิจกรรมทาง

การพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินผล และจัดทำเป็นแบบฟอร์ม โดยการนำ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Problem intervention evaluation system (PIE) เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยและมีกระบวนการบันทึกที่สะดวก ประกอบด้วย ส่วนของ ปัญหา (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) มาปรับประยุกต์เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ และแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ ร่วมกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Problem oriented medical record (POMR) เป็นรูปแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีส่วนประกอบ ดังนี้ 1) ฐานข้อมูล (data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในการดูแล 2) ข้อปัญหา (problem list) หลังจากวิเคราะห์ปัญหาข้อมูลพื้นฐานแล้ว ก็จะกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วย เขียนเป็นรูปแบบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา 3) แผนการพยาบาล (initial plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหา 4) บันทึกความก้าวหน้า (progress note) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาพยาบาล 5) สรุปการจำหน่าย (discharge summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย ต่อในที่นี่ใช้ discharge planning นำรูปแบบการบันทึกมาปรับประยุกต์เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ แบ่งเป็น 2 ฉบับ คือ แบบบันทึกในการประเมินผู้ป่วย ขณะทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ และแบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

5.2 ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ หมายถึง แผนกที่เปิดให้บริการรักษาพยาบาลและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

5.3 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงที่สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี มีใบประกอบวิชาชีพที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลและได้รับการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจอย่างน้อย 1 ปี รวมถึงบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร

5.4 โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานบริการทางการพยาบาลแห่งหนึ่งที่เปิดให้บริการโดยบริษัทหรือองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ ทำการเปิดรับผู้ป่วยไว้ นอนค้างคืนเพื่อทำการดูแลและรักษาพยาบาล ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

6.2 ส่งเสริมให้พยาบาลบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น เพื่อให้การบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างครอบคลุมกระบวนการพยาบาล และได้มาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

6.3 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีบริบทของหน่วยงานคล้ายคลึงกันต่อไป

6.4 เป็นแนวทางและข้อมูลด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีบริบทของหน่วยงานใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการ สวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า รวบรวม แนวคิด ทฤษฎี เอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบบันทึกทางการแพทย์

- 1.1 ความหมายและความสำคัญของแบบบันทึกทางการแพทย์
- 1.2 ประเภทของแบบบันทึกทางการแพทย์
- 1.3 องค์ประกอบของแบบบันทึกทางการแพทย์
- 1.4 รูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์

- 2.1 การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)
- 2.2 กระบวนการพยาบาล
- 2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

- 3.1 การพยาบาลในระยะก่อนการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ
- 3.2 การพยาบาลระหว่างการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ
- 3.3 การพยาบาลในระยะหลังการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์

1. แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.1 ความหมายและความสำคัญของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.1.1 ความหมายของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้หลายท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ขอประมวลมาดังนี้

ฟิชบาค (Fischbach 1991: 6) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง แบบบันทึกที่บันทึก รวบรวม เก็บข้อมูลของการบันทึก ในรูปแบบบูรณาการ สำหรับการนำไปใช้ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย โดยการเขียนเหตุการณ์ที่สนับสนุน หรือพิสูจน์ข้อมูล หรือเหตุการณ์นั้นได้

ดาร์รัตน์ หงส์ทอง (2547) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งได้จัดเป็นระบบระเบียบเพื่อใช้ในการสื่อสารด้านการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพ และสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบการประกันสุขภาพได้

อารี ชิวเกษมสุข (2551) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง แบบบันทึกที่อาจอยู่ในแฟ้มบันทึกย่อยหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย จะบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา การให้การพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล รวมถึงการตรวจเยี่ยมของทีมสุขภาพ ข้อมูลที่ควรบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยทั่วไปพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยแบ่งตามระยะการรักษาดวงของผู้ป่วย

สุมิตรา มิ่งมิตร (2554) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้ในการสื่อสารของวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญรูปแบบหนึ่งที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ที่มีการเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย โดยมีการบันทึกเพื่อสื่อสารอาการและอาการแสดงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และการตรวจรักษา การปฏิบัติการพยาบาล ผลการปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยและการวางแผนการพยาบาลเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เวลา สัญญาณชีพ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลและบันทึกผลของการพยาบาล โดยมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบการประกันสุขภาพได้

1.1.2 ความสำคัญของแบบบันทึกทางการพยาบาล

1) ความสำคัญต่อผู้รับบริการ ใช้เป็นแบบฟอร์มในการบันทึกอาการผู้ป่วย รวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และยังใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

2) ความสำคัญต่อพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติ แบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลทำงานได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น พยาบาลเกิดการพัฒนาทักษะความชำนาญในการใช้เอกสารที่มีแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาคิดวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และทำให้พยาบาลง่ายต่อการตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล

3) ความสำคัญต่อระบบการทำงานของหน่วยงานหรือองค์กร ใช้เป็นหลักฐานเอกสารทางกฎหมายในการใช้บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับตามกระบวนการพยาบาล และเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

4) ความสำคัญต่อวิชาชีพ เพื่อใช้ประกอบการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยนำแบบบันทึกทางการพยาบาลไปพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานทำให้เกิดการยอมรับจากทีมสุขภาพจนเป็นวิชาชีพที่มีเอกภาพเป็นของตนเอง

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารสำคัญยิ่งของวิชาชีพพยาบาลที่ใช้บันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เวลา สัญญาณชีพ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และบันทึกผลของการพยาบาล โดยมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลทำให้แบบบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพสะดวกต่อการใช้งานของพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีหายป่วยเร็วขึ้น นอกจากนี้แบบบันทึกทางการพยาบาลยังสามารถพัฒนาได้ตามประเภทของการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันมีหลายประเภทให้เลือกใช้ตามบริบทของหน่วยงานความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละโรค

1.2 ประเภทของแบบบันทึกทางการพยาบาล

ประเภทของแบบบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกเกี่ยวกับงานบริการ เอกสารเหล่านี้ (อารี ชิวเกษมสุข 2551) ได้แก่

1.2.1 แบบบันทึกประวัติสุขภาพทางการพยาบาล (nursing health history form)

หรือแบบประเมินผู้ใช้บริการ (assessment tool หรือ assessment form) เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก การรวบรวมข้อมูลส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย บังคับเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกายและทางด้านพฤติกรรม การเบี่ยงเบนไปจากปกติและแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ แบบฟอร์มจะแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาลข้อมูลในแบบบันทึกนี้โดยทั่วไปจะ

ประกอบไปด้วยชีวประวัติของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลเกี่ยวกับระบบต่างๆของร่างกายและแบบแผนสุขภาพ

1.2.2 การ์ดดัคซ์ (Kardex) เป็นแบบบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างสั้น กะทัดรัด ข้อมูลที่บันทึกมีทั้งเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและไม่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว เช่น การบันทึกสัญญาณชีพ อาหารที่ได้รับ เป็นต้น จะเขียนด้วยดินสอ ข้อมูลที่ไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ชื่อ สกุล อายุ แผนการรักษาของแพทย์ภายในหนึ่งวัน (one day order) หรือการให้ยาอย่างต่อเนื่องจะเขียนเป็นปากกา การใช้ปากกาสีอะไร ขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

1.2.3 แบบบันทึกแผนการพยาบาล (nursing care plan form) เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล (objectives of nursing care) เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมทางการพยาบาล โดยเฉพาะแบบบันทึกนี้จะเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพในการปฏิบัติจริง

1.2.4 แผ่นกราฟ (graphic sheet) เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่อยู่ในรายงานของผู้ป่วย มีตารางและช่องสำหรับบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

1.2.5 แบบบันทึกย่อย (flow sheet form) เป็นแบบบันทึกเรื่องที่ต้องการรายละเอียดเฉพาะอย่าง เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค และติดตามผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบางราย แบ่งบันทึกการให้ยา (medication record form) แบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย (intake output form) แบบบันทึกการตรวจน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (diabetic chart form) แบบบันทึกอาการแสดงทางระบบประสาท (neurological record form) แบบบันทึกสัญญาณชีพตามเวลา แบบบันทึกติดตามอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น

1.2.6 แบบบันทึกการให้ยา (medication record form) เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่อยู่ในแฟ้มบันทึกย่อยหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วยสำหรับให้พยาบาลผู้ให้ยาเซ็นชื่อตามเวลาที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ป้องกันการละเลยหรือให้ยาซ้ำ และเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการรักษาพยาบาล บางครั้งพยาบาลอาจใช้แบบบันทึกการให้ยาทั้งที่เป็นยาที่ให้ต่อเนื่อง (continuous medication) และยาที่ให้ภายใน 24 ชั่วโมง หรือหนึ่งวัน (one day medication) บางแห่งอาจแยกบันทึกการให้ยา 2 ประเภทออกจากกัน

1.2.7 แบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย (intake output form) เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่อยู่ในแฟ้มบันทึกย่อยหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วยสำหรับให้บันทึกรายละเอียดของปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกใน 24 ชั่วโมง

1.2.8 แบบบันทึกการตรวจน้ำตาลปัสสาวะ (diabetic chart form) เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่ใช้บันทึกผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อติดตามและให้ยาอินซูลินตามแผนการรักษา

1.2.9 แบบบันทึกการแสดงทางระบบประสาท (neurological record form) เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่ใช้บันทึกรายละเอียดของอาการแสดงทางระบบประสาทของผู้ป่วย เพื่อใช้วางแผนการรักษาพยาบาลและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2.10 แบบบันทึกทางการพยาบาล (nursing note form) เป็นแบบบันทึกที่อาจอยู่ในแฟ้มบันทึกย่อยหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย จะบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา การให้การพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล รวมถึงการตรวจเยี่ยมของทีมสุขภาพ ข้อมูลที่ควรบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยทั่วไปพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยแบ่งตามระยะการรักษาทัวของผู้ป่วยได้ ดังนี้

1) แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

เมื่อบันทึกข้อมูลพื้นฐานและสภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับในแบบบันทึกทางการพยาบาลแล้ว การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในลำดับต่อไปในขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลจะบันทึกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย รวมถึงการกระทำของแพทย์ และการเยี่ยมตรวจของสมาชิกทีมสุขภาพ สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง มักนิยมบันทึกเพื่อสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล (nursing process) นั่นคือ จะอยู่ในรูปแบบของ “DAE” (Data – Action - Evaluation) Data (D) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย Action (A) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และ Evaluation (E) หมายถึง การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วย ตัวอย่างการบันทึกการพยาบาล เช่น มีไข้ $T = 39^{\circ}\text{C}$ (D) ให้ยาลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำ 1 แก้ว และให้พักหลับบนเตียง (A) หลังจากนั้น 30 นาที ไข้ลดลงเหลือ $T = 38.5^{\circ}\text{C}$ (E) อย่างไรก็ตามนโยบายของหน่วยงาน มาตรฐานการดูแล และการตัดสินใจของพยาบาลจะเป็นตัวกำหนดความถี่ของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกนี้ (Fischbach 1991)

2) แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

พยาบาลจะต้องบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge summary) ซึ่งเป็นการบันทึกเพื่อสรุปโดยย่อว่า ผู้ป่วยมารักษาด้วยปัญหาอะไร ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างไร ภาวะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังออกจากโรงพยาบาล (เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด) และการมาตรวจตามแพทย์นัด ปัจจุบันการบันทึกส่วนจำหน่ายผู้ป่วยนิยมบันทึกในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นเฉพาะ

1.3 องค์ประกอบของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

องค์ประกอบของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในที่นี่ได้นำแนวคิดของกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางเนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นระบบแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์กัน โดยในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติจะเกี่ยวพันและพึ่งพากัน โดยขั้นตอนที่อยู่ก่อนจะมีผลต่อขั้นตอนที่จะดำเนินการต่อมา จะเห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สามารถทำให้เกิดคุณภาพของการพยาบาลได้ ทั้งนี้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีทั้งหมด 6 ประเภท ดังนี้

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง โดยมีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ และมีช่องว่างสำหรับเติมข้อความบางส่วนใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่รวบรวมได้จากการประเมินภาวะสุขภาพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างเป็นระบบ แบบประเมินภาวะสุขภาพนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1 แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ (initial assessment form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างตามแบบแผนสุขภาพ เป็นแบบบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก การรวบรวมข้อมูลส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกายและทางด้านพฤติกรรม การเบี่ยงเบนไปจากปกติและแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ แบบฟอร์มจะแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล

1.2 แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง (ongoing assessment form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างระยะต่อจากการประเมินภาวะสุขภาพระยะแรกรับผู้ป่วย ภายหลังจากรับเวรตั้งแต่ภายหลังรับเวรแรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์ปกติของรายการที่จะประเมิน

2. แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan form) เป็นแบบบันทึกแผนการพยาบาลมาตรฐาน (Standardized care plans) ที่มีการพิมพ์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล มีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้ และช่องว่างสำหรับเติมข้อความบางส่วนในช่องข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และวันที่สิ้นสุดปัญหา

3. แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (Daily nursing intervention form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่มีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ และเติมข้อความบางส่วน ใช้บันทึกข้อมูลของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำและทำซ้ำๆ

4. แบบบันทึกการพยาบาล (Nursing note form) เป็นแบบบันทึกเชิงบรรยายที่ใช้บันทึกความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรม-การพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยและการประเมินผลการตอบสนองเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล เช่น การบันทึกแบบ Focus โดยบันทึกเฉพาะสิ่ง/ปัญหาสุขภาพที่ผิดปกติในรูปของ DAR ได้แก่

D = Data คือ ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวัดผลการตรวจต่างๆ

A = Action คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย

R = Response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

5. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้รักษา

6. แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย (Discharge summary form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน และมีช่องว่าง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ และช่องว่างสำหรับเติมข้อความบางส่วน ใช้บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายก่อนจำหน่าย ชนิดของการจำหน่าย ปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง หลังจำหน่าย การส่งต่อและบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่สอนหรือแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

แบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นมาตรฐานการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลในองค์กร ดังนั้นในการจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงมาตรฐานของแบบบันทึกทางการพยาบาลด้วย และพยาบาลจะต้องพึงพอใจในรูปแบบที่สร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครในปัจจุบันถึงแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พยาบาลต้องการ คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ และแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจได้ครบกระบวนการพยาบาลและพิจารณาสร้างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำมาใช้ได้จริง ผู้วิจัยได้นำความคิดเห็นของพยาบาลดังกล่าวมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แบบบันทึกทางการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

1.4 รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล แบ่งได้เป็น 7 ประเภท (Williams & Wilkins 2003) ดังนี้

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

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

I = Intervention หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล

R = Response (outcome) หมายถึง ผลลัพธ์/การตอบสนองของผู้ป่วย

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

1. เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย สะดวก บันทึกง่าย รวดเร็วในสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่ต้องคิดถึงรูปแบบหรือกระบวนการบันทึก
2. การบันทึกดีจะประกอบด้วย ปัญหา การดูแล และการตอบสนองของผู้ป่วย
3. สามารถใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ได้โดยง่าย

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบดั้งเดิม (พรศิริ พันธลี 2553) คือ

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

2) การบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วย (*Problem-oriented method*) เป็นการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วยที่พบ ทีมสุขภาพจะบันทึกข้อมูลร่วมกัน โดยเน้นที่ปัญหา การปฏิบัติการแก้ไขและการประเมินผลการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย เช่น การวางแผนการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง และมยุรี ลีทองอิน 2538; Williams & Wilkins 2002)

(1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (*Database*) หมายถึง ข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีการรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ประวัติการรักษา เป็นต้น

(2) รายการปัญหาของผู้ป่วย (*Problem list*) ภายหลังรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์สรุปปัญหาของผู้ป่วยโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และ

เขียนปัญหาเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาใหม่เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งประเภทของปัญหาที่พบ ได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาทางด้านพัฒนาการ

(3) *แผนการพยาบาล (Initial plan)* เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการหรือการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้องในการป้องกัน บรรเทา แก้ไขปัญหาผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ ซึ่งประกอบด้วยการลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนแผนการพยาบาล

(4) *การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress notes)* เป็นการบันทึกเกี่ยวกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ทราบว่าปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่หรือเกิดปัญหาขึ้นใหม่ โดยบันทึกในรูปแบบของ SOAP, SOAPIE และ SOAPIER

S = Subjective data หมายถึง ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ

O = Objective data หมายถึง ข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

A = Assessment data หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

P = Plan หมายถึง การวางแผนการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลทางการพยาบาล

I = Intervention หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

E = Evaluation หมายถึง การประเมินผลการพยาบาล

R = Revision หมายถึง การปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

(5) *การสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge summary)* เป็นบันทึกที่แสดงถึงผลลัพธ์ความก้าวหน้าของการปฏิบัติการพยาบาลตาม SOAP, SOAPIE และ SOAPIER ได้สรุปข้อดีและข้อเสียของการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วยไว้ ดังนี้

ข้อดี ของการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วย

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

ข้อเสีย ของการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วย

1. การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือกับทีมสุขภาพจึงจะได้ประโยชน์เต็มที่
2. มีความยากต่อการบันทึกเพราะต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบ

3) การบันทึกแบบ *PIE (Problem-intervention-evaluation system = PIE)* (พลสุข หิงคานนท์ 2548) เป็นการบันทึกโดยการใช้ปัญหาเป็นหลักเชื่อมโยงกับการปฏิบัติการพยาบาลและความก้าวหน้าของผู้ป่วย การบันทึกโดยเน้นการแก้ไขปัญหาแต่ละปัญหาหลัก ดังนี้

P = Problem หมายถึง ปัญหาของผู้ป่วย

I = Intervention หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล

E = Evaluation of the patient's responses หมายถึง การประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

ข้อดี ของการบันทึกแบบการใช้ปัญหาเป็นหลัก

1. โครงสร้างชัดเจน
2. สะดวกในการแก้ปัญหา
3. รวดเร็วในการค้นหาข้อมูล

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบการใช้ปัญหาเป็นหลัก

1. ไม่มีการวางแผนการพยาบาล และวัน เวลาที่สิ้นสุดปัญหา
2. ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

4) การบันทึกแบบ *Core (Core charting system)* วิลเลียม และวอร์ลกิน (Williams & Wilkins 2002) เป็นรูปแบบการบันทึกที่ยึดหลักกระบวนการพยาบาลเป็นสำคัญ ซึ่งรูปแบบบันทึกนี้ใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและเรื้อรัง โดยมีการบันทึกการประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง โดยรูปแบบ Core ประกอบด้วย

(1) **ฐานข้อมูล (Database)** เป็นข้อมูลจากการประเมินแรกรับ ได้แก่ ประวัติ การเจ็บป่วย ประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

(2) **แผนการพยาบาล (Plan of care)**

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

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

(5) การสรุปจำหน่าย (Discharge summary) เป็นการสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาล การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด

ข้อดี ของการบันทึกแบบ Core

1. สะท้อนการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล
2. การบันทึกในรูปแบบ DAE ช่วยให้บันทึกได้สมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาลและเป็นรูปแบบที่สะดวก รวดเร็วในการบันทึก

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบ Core

1. การบันทึกในรูปแบบนี้พยาบาลต้องได้รับการแนะนำและฝึกฝนเป็นอย่างดี
2. การพัฒนาการบันทึกในรูปแบบนี้อาจใช้เวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
3. การบันทึกในรูปแบบ DAE อาจมีความยุ่งยากและล่าช้าในการลำดับความต่อเนื่องของข้อมูลการดูแลผู้ป่วย

5) ระบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus system) เป็นระบบการบันทึกแบบเฉพาะเรื่อง หรือเฉพาะเรื่องที่ชี้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ความกังวล ความไม่สบาย สภาวะสุขภาพโดยพัฒนามาจากการใช้รูปแบบ SOAP ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบ DAR วิลเลียม และวอร์ลกิน (Williams & Wilkins 2002) สรุปได้ ดังนี้

D = Data เป็นพฤติกรรม/สภาพของผู้ป่วยและข้อมูลการสังเกตของพยาบาลในขณะนั้น

A = Action เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการ/ความไม่สบายของผู้ป่วย

R = Response เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

ข้อดี ของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ

1. มีโครงสร้างชัดเจน การบันทึกเป็นระบบ
2. แสดงถึงปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ สะดวกในการแก้ปัญหา
3. รวดเร็วในการสืบค้นข้อมูล

ข้อเสีย ของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ

1. ไม่มีการวางแผนการพยาบาล และวัน เวลาที่สิ้นสุดปัญหา
2. ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

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

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

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

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

(4) บันทึกวางแผนจำหน่าย (*Patient discharge plan*) เพื่อการดูแลต่อเนื่องในการรักษายาบาล เช่น การรับประทานยา อาหาร อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค

ข้อดี ของการบันทึกโดยการอ้างอิง

1. มีโครงสร้างชัดเจน
2. สะดวกในการแก้ปัญหา

ข้อเสีย ของการบันทึกโดยการอ้างอิง

1. ไม่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาล และวัน เวลาที่สิ้นสุดปัญหา
2. พยาบาลไม่มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อเขียนข้อวินิจฉัยการวางแผนการพยาบาล

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

ข้อดี ของการบันทึกด้วยการใช้คอมพิวเตอร์

1. ช่วยลดเวลาในการบันทึก

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

ข้อเสีย ของการบันทึกด้วยการใช้คอมพิวเตอร์

1. มีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
2. เสี่ยงต่อการถูกล้วงละเมิดและแก้ไขข้อมูลได้
3. มีการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนของการทำงานและมีความคาดหวังว่า ผู้ปฏิบัติจะสามารถบันทึกข้อมูลได้มากขึ้น
4. ผู้บันทึกอาจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยน้อยลง

จะเห็นได้ว่ารูปแบบของบันทึกทางการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ถ้ามีแบบบันทึกที่ดีก็จะส่งผลให้พยาบาลง่ายต่อการบันทึกทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึก ใช้เวลาในการบันทึกน้อยลง นอกจากนี้เอกสารแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ดียังสามารถนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการบริการการพยาบาลได้อีกด้วย

2. แนวคิดที่เกี่ยวกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล

แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation) เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และใช้ในการสื่อสารของวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญรูปแบบหนึ่ง que แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ที่มีการเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย (สุมิตรา มิ่งมิตร 2554) สามารถสะท้อนคุณภาพของการพยาบาลและนำไปใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยรวมทั้งถึงเป็นหลักฐานแสดงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Tonia Dandry Aiken 2004 อ้างใน พรศิริ พันธสี 2553) ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้ได้พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้อง 3 แนวคิด คือ การวิจัยและพัฒนา กระบวนการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล

2.1 การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

2.1.1 ความหมายของการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นการวิจัยลักษณะหนึ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนางาน พัฒนาวิชาชีพ หรือการพัฒนาวิถีชีวิตของมนุษย์ ซึ่งในปัจจุบัน องค์กรจำนวนมากได้พยายามส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนา โดยเชื่อว่า การวิจัยและพัฒนาจะช่วยให้ได้ทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น การวิจัยและพัฒนา มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกันไป พอสรุปได้ดังนี้

สุวิมล ว่องวานิช (2554 : 21) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึง การแสวงหาความรู้ด้วยกระบวนการวิจัยนวัตกรรม (สิ่งประดิษฐ์) และนำไปทดลองปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนางานแล้วสังเกตผลที่ทดลองเพื่อวิจัยปรับปรุงต่อเนื่องกันไป

องอาจ นัยพัฒน์ (2554 : 230) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนา หมายถึง กระบวนการแสวงหาความรู้หรือความเข้าใจในแง่มุมใหม่ๆ เกี่ยวกับผลผลิต กระบวนการ และการบริการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ แล้วประยุกต์ความรู้หรือความเข้าใจที่ได้จากการแสวงหาไปสร้างสรรค์หรือปรับปรุงให้เกิดผลผลิต กระบวนการ และการบริการแบบใหม่ขึ้น

วรรณิ โสมประยูร (2546 : 12) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึง การวิจัยที่นำองค์ความรู้เดิมจากผลการวิจัยประเภทต่าง ๆ หรือนำสิ่งประดิษฐ์ ที่มีอยู่แล้วไปจัดกระทำต่อเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกระบวนการวิจัยและกระบวนการพัฒนา ที่เชื่อมโยงเข้าด้วยกัน เพื่อเป็นการต่อยอดของเดิมให้เพิ่มผลผลิตที่มีคุณค่าสูงส่ง เด่นชัด แน่นอน อันเป็นที่เชื่อถือหรือยอมรับทางวิชาการ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่นำผลวิจัยไปใช้ในสังคมอย่างแท้จริง

รัตนะ บัวสนธิ์ (2555 : 13) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึง การพัฒนานวัตกรรม โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือดำเนินการในแต่ละขั้นตอนทางการพัฒนา ทั้งนี้ เป้าหมายสำคัญของการวิจัยและพัฒนาก็คือ การได้นวัตกรรมที่เป็นต้นแบบสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้ จึงกล่าวได้ว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึง การพัฒนานวัตกรรมด้วยการแสวงหาความรู้ใหม่จากองค์ความรู้เดิม โดยใช้กระบวนการวิจัย ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากความหมายของการวิจัยและพัฒนาดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การวิจัยและพัฒนา หมายถึง การแสวงหาความรู้ด้วยกระบวนการวิจัยที่นำองค์ความรู้เดิมจากผลการวิจัยประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วไปจัดกระทำต่อเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกระบวนการวิจัยและกระบวนการพัฒนา ที่เชื่อมโยงเข้าด้วยกัน เพื่อเป็นการต่อยอดของเดิมให้มีคุณค่าเพิ่มขึ้น จนเป็นที่เชื่อถือและยอมรับทางวิชาการ มีประโยชน์ต่อผู้ที่นำผลวิจัยไปใช้ต่อไป

2.1.2 ลักษณะและความสำคัญของการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต (กฤษฎิยากร เตะชะปิยะพร 2552) นอกจากนี้ยังเป็นลักษณะของการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (หมายถึง สื่อ/ สิ่งประดิษฐ์ หรือวิธีการ) แล้วมีการทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบคุณภาพในเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ นวัตกรรมที่นำมาทดลอง คือ ปฏิบัติการ (Treatment) หรือตัวแปรต้น โดยมี “ดัชนีชี้คุณภาพ” ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเป็นตัวแปรตาม

องอาจ นัยพัฒน์ (2554 : 232-234) กล่าวถึงลักษณะสำคัญของการวิจัยและพัฒนาว่าเป็นการนำความรู้หรือความเข้าใจใหม่ที่สร้างขึ้นมาพัฒนาเป็นต้นแบบใช้งาน จุดเน้นที่สำคัญของการวิจัยและพัฒนา คือ การทำวิจัยเพื่อแสวงหาหรือสรรค์สร้างภูมิปัญญาใหม่ แล้วทำ การพัฒนาด้วยการคิดค้น “ต่อยอด” ความรู้หรือความเข้าใจดังกล่าวให้อยู่ในรูปแบบเป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากการวิจัยพัฒนามีจุดเน้นในการดำเนินงานที่ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก คือ การวิจัย การพัฒนา และการเผยแพร่มีการดำเนินงานวิจัยอย่างเป็นวัฏจักรด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้มักใช้การผสมผสานวิธีการ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการทำวิจัย ซึ่งเหตุผลสำคัญที่นักวิจัยเลือกใช้การผสมผสานวิธีการ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการทำวิจัยประเภทนี้ คือ การมีทั้ง “ความแกร่งและความยืดหยุ่น” ที่เป็นจุดเด่นของวิธีการวิจัยทั้งสองรูปแบบมุ่งเน้นตอบสนองต่อผู้ต้องการใช้ผลการวิจัยและพัฒนา จุดเน้นสำคัญของการวิจัยประเภทนี้คือ การดำเนินงานวิจัยที่ต้องตอบสนองความต้องการจำเป็นของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลผู้ประสงค์จะนำผลผลิต กระบวนการ หรือ การบริการจากการวิจัยและพัฒนาไปใช้งาน

2.1.3 กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา

ขั้นตอนการวิจัยพัฒนามีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอไว้หลากหลายลักษณะดังนี้

รุจโรจน์ แก้วอุไร (2545 : 2) ได้สรุปกระบวนการวิจัยและพัฒนา มี 10 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) และรวบรวมข้อมูล ผลิตภัณฑ์(กระบวนการหรือนวัตกรรม)ที่จะทำการศึกษา วิจัยและพัฒนาคืออะไร โดยต้องกำหนด 1) ลักษณะทั่วไป 2) รายละเอียดของการใช้ และ 3) วัตถุประสงค์ของการใช้ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกำหนดผลิตภัณฑ์(กระบวนการหรือนวัตกรรม) ที่ทำการศึกษาวิจัยและพัฒนา 4 ข้อ คือ

1. ตรงกับความต้องการอันจำเป็นหรือไม่

2. ความก้าวหน้าทางวิชาการมีเพียงพอในการที่จะพัฒนาผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ที่กำหนดหรือไม่
3. บุคลากรที่มีอยู่ มีทักษะความรู้และประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการวิจัยและพัฒนาหรือไม่
4. ผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) นั้นจะพัฒนาขึ้นในเวลาอันสมควรได้หรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย

1. กำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้ผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม)
2. ประมาณการค่าใช้จ่าย
3. การกำหนดกำลังคน
4. การกำหนดระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อศึกษาความเป็นไปได้
5. พิจารณาผลสืบเนื่องจากผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ขั้นตอนในการวางแผนการวิจัยและพัฒนาเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจะสามารถคาดคะเนได้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะมีแนวทางเป็นไปได้หรือประสบความสำเร็จตามเวลาที่วางแผนไว้หรือไม่

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบขั้นตอนของการผลิต ขั้นนี้เป็นการออกแบบและจัดทำผลิตภัณฑ์(กระบวนการหรือนวัตกรรม) ที่จะทำการศึกษาที่วางไว้ เช่น ถ้าเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ก็ต้องออกแบบแบบบันทึกทางการแพทย์เตรียมรูปแบบที่จะใช้ คู่มือการอบรมใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ เอกสารในการฝึกอบรม และเครื่องมือในการประเมินผล โดยให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของผลิตภัณฑ์(กระบวนการหรือนวัตกรรม)ที่จะทำการศึกษาที่ตั้งไว้

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองหรือทดสอบผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ขั้นต้น ในขั้นนี้จะเป็นการนำผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ที่ออกแบบและจัดเตรียมไว้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองใช้เพื่อทดสอบคุณภาพขั้นต้นของผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 6-12 คน ประเมินผลโดยการใช้แบบสอบถาม การสังเกต และการสัมภาษณ์ แล้วรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 นำข้อมูลและผลการทดลองมาปรับปรุงผลิตภัณฑ์(กระบวนการหรือนวัตกรรม) ครั้งที่ 1 ในขั้นตอนนี้จะนำข้อมูลและผลการทดลองที่ได้จากขั้นที่ 4 มาปรับปรุงผลิตภัณฑ์ครั้งที่ 1 (กระบวนการหรือนวัตกรรม)

ขั้นตอนที่ 6 ทดลองหรือทดสอบผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ครั้งที่ 2 ในขั้นนี้จะนำผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ที่ได้รับการปรับปรุงไปทดลองเพื่อ

ทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ตามวัตถุประสงค์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 – 100 คน ประเมินผลเชิงปริมาณในลักษณะทดสอบก่อน (Pre-Test) กับทดสอบหลัง (Post-Test) นำผลไปเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของการใช้ผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) อาจมีกลุ่มควบคุมการทดลองถ้าจำเป็น

ขั้นตอนที่ 7 นำข้อมูลและผลการทดลองมาปรับปรุงผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ครั้งที่ 2 ในขั้นตอนนี้จะนำข้อมูลและผลการทดลองที่ได้จากการประเมินมาปรับปรุงผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 8 ทดลองหรือทดสอบผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ครั้งที่ 3 ในขั้นตอนนี้จะนำผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ที่ได้รับการปรับปรุงไปทดลองเพื่อทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ตามวัตถุประสงค์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 – 200 คน ประเมินโดยการใช้แบบสอบถาม การสังเกต และการสัมภาษณ์ แล้วรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 9 นำข้อมูลและผลการทดลองมาปรับปรุงผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ครั้งที่ 3 ในขั้นตอนนี้จะนำข้อมูลและผลการทดลองที่ได้ มาปรับปรุงเพื่อเผยแพร่ต่อไป

ขั้นตอนที่ 10 การเผยแพร่ เสนอรายงานเกี่ยวกับผลการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ (กระบวนการหรือนวัตกรรม) ในที่ประชุมสัมมนาทางวิชาการหรือวิชาชีพส่งไปลงเผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ

รัตนะ บัวสนธิ์ (2552 : 13-14) ได้กล่าวว่า ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา มี 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สืบเสาะสภาพปัจจุบันปัญหา หรือความต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ สร้าง และประเมินนวัตกรรม (กระบวนการหรือผลิตภัณฑ์)

ขั้นตอนที่ 3 การนำนวัตกรรม (กระบวนการหรือผลิตภัณฑ์) ไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงนวัตกรรม (กระบวนการและผลิตภัณฑ์)

ขั้นตอนที่ 5 การเผยแพร่ นวัตกรรม (กระบวนการและผลิตภัณฑ์)

องอาจ นัยพัฒน์ (2554 : 265-274) กล่าวถึงขั้นตอนการออกแบบการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การตัดสินใจออกแบบการวิจัยโดยเลือกใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 สํารวจและวิเคราะห์ปัญหาความต้องการจําเป็น

ขั้นตอนที่ 3 ตั้งเป้าหมาย วางแผนดำเนินการและเลือกแบบการวิจัยและพัฒนา

ขั้นตอนที่ 4 ออกแบบและสร้างต้นแบบการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้และประเมินต้นแบบ การพัฒนา

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการผลิตและเผยแพร่ไปสู่ผู้ใช้ในวงกว้าง

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินคุณภาพของการออกแบบการวิจัยและพัฒนา

ตามที่นักวิชาการหลายท่านได้นำเสนอตั้งขั้นต้น ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา มาในรูปแบบต่าง ๆ พอสรุป ได้ดังนี้ การวิจัยและพัฒนา มีขั้นตอน 6 ขั้นตอน คือ 1. การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ 2. การสำรวจสภาพปัญหาแบบบันทึกทางการแพทย์ในปัจจุบันหรือความต้องการของพยาบาลเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ 3. การสร้างและพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ 4. การทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ 5. การปรับปรุงแก้ไขและการประเมินผลแบบบันทึกทางการแพทย์ 6. การเผยแพร่แบบบันทึกทางการแพทย์

2.2 กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมที่สามารถช่วยให้การทำงานของพยาบาลให้เป็นไปตามที่คาดหวังมีทิศทางชัดเจน เกิดกระบวนการแก้ปัญหาของผู้รับบริการและเป็นกระบวนการที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลในการใช้ความรู้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการตัดสินใจเพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหารวมทั้งกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและมีความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับ มโนมติของกระบวนการพยาบาล ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนการใช้กระบวนการพยาบาล นอกจากนี้แล้วจะต้องมีความตั้งใจจริงที่จะใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

2.2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะนำองค์ความรู้ทางการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยคำว่า " กระบวนการ " เป็นการบอกถึงการกระทำที่ต่อเนื่องเป็นระบบ ส่วนคำว่า "การพยาบาล" เป็นปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งในความหมายของกระบวนการพยาบาล มีผู้รู้ทางการพยาบาลได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

ยูราและวอลด์ (Helen Yura and Marry Walsh 1978) กระบวนการพยาบาล หมายถึง เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการรวบรวมข้อมูลและการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการ วางแผนแก้ไขปัญหา นำแผนการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ

อัลฟาโร (Rosalinda Alfaro 1986) กระบวนการพยาบาล หมายถึง เป็นวิธีการที่เป็นระบบระเบียบในการให้การพยาบาลที่เน้นการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการที่มีปัญหาหรืออาจมีปัญหาสุขภาพ

ฟาริดา อิบราฮิม และคณะ (2541) กระบวนการพยาบาล หมายถึง การทำงานอย่างมีเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ภายหลังจากการประเมินผู้ป่วย มีการปฏิบัติหรือวางแผนปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายการแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีอาการเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ศิริพร ชัมภลิจิต (2539) กระบวนการพยาบาล หมายถึง เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ ในทุกสภาวะสุขภาพทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การปฏิบัติที่เป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของแต่ละคน

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจง สำหรับศาสตร์สาขาทางการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในทุกสถานการณ์ของการพยาบาล

จากความหมายของกระบวนการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาล หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบ มีขั้นตอนชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความรู้ กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการทางการพยาบาล พร้อมทั้งความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ

2.2.2 ลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีลักษณะที่สำคัญ (Wilkinson 1992 and Alfaro – LeFevre 2003 อ้างอิงใน อารี ชิวเกษมสุข 2551) ดังนี้ คือ

1. เป็นระบบระเบียบ (Systematic) กระบวนการพยาบาลจะประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆคล้ายกับกระบวนการแก้ปัญหา (problem – solving) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client - centered) นั่นคือ การใช้กระบวนการพยาบาลจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยมุ่งช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่มุ่งการทำงานของพยาบาลให้สำเร็จ

3. เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายที่ชัดเจน (Goal - directed) โดยเป็นกระบวนการพยาบาลที่มุ่งผลลัพธ์ (outcome - oriented) เป้าหมายหรือผลลัพธ์นี้ หมายถึง เป้าหมายและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

4. เป็นกระบวนการเชิงมนุษยธรรม (Humanistic) ทำให้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล และความแตกต่างของบุคคลทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจ และความรู้สึคนึกคิด

5. เป็นพลวัต (Dynamic) นั่นคือ พยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลกลับไปกลับมาได้ เช่น ประเมินผู้ป่วยใหม่อีกครั้งเพื่อตรวจสอบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ถูกต้องหรือไม่

6. เป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา (Cognitive process) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

จะเห็นว่า กระบวนการพยาบาลช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาได้หลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อมทั้งของผู้ให้บริการและผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงมีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อการบริการผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิมและคณะ 2541) ดังจะกล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการพยาบาลในลำดับต่อไป

2.2.3 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่พยาบาลนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและ/หรือตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาลในด้านต่างๆดังนี้

1) *ความสำคัญต่อผู้รับบริการ* การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ เรียนรู้และรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริงและสามารถให้บริการครอบคลุมองค์รวมได้ เพราะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม มีการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่มีหลักการและตรวจสอบได้ สามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนของเวลา ป้องกันความผิดพลาดได้จึงก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการอย่างเต็มที่

2) *ความสำคัญต่อพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติ*

1. การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานเพราะในกระบวนการพยาบาลมีการใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้อื่นๆที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบความถูกต้องได้

2. การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลเกิดการพัฒนาทางสติปัญญา มีการคิดวิเคราะห์ที่ต่อเนื่อง มีทักษะในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพราะในแต่ละขั้นตอนจะต้องมีการคิดวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูล ระบุปัญหา คิดวางแผนกิจกรรมโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์

3) ความสำคัญต่อระบบการทำงานของหน่วยงานหรือองค์กร

การที่พยาบาลมีระบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีคุณภาพในการดูแลผู้รับบริการและแสดงถึงพยาบาลเป็นผู้มีความรู้ความสามารถที่เด่นชัดขึ้นนั้น จะเป็นผลดีต่อการจัดระบบการทำงานทั้งระบบการมอบหมายงาน การจัดอัตรากำลังรวมทั้งการวางแผนการใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในบริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความมั่นใจให้กับทีมสุขภาพ

4) ความสำคัญต่อวิชาชีพ

1. การที่พยาบาลสามารถแสดงบทบาทและขอบเขตความสามารถในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ บ่งบอกให้เห็นความรู้และทักษะของพยาบาลมีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการยอมรับของทีมงานสุขภาพ ผู้รับบริการและสังคมทำให้วิชาชีพมีความเป็นเอกภาพในตนเองมากขึ้น และส่งผลให้วิชาชีพเป็นที่ต้องการของสังคมต่อไป

2. จากผลการปฏิบัติงานที่มีหลักการ มีองค์ความรู้ทำให้พยาบาลสามารถพัฒนาองค์ความรู้ด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาวิจัยผลการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาต่างๆให้สอดคล้องกับแนวโน้มความต้องการของสังคม

2.2.4 ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) ได้สรุปประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1) **เกิดความมั่นใจ (Confidence)** การวางแผนการพยาบาลทำให้พยาบาลมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย

2) **พยาบาลพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Job-Satisfaction)** แผนการพยาบาลที่ดีจะลดเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลได้

3) **วิชาชีพเจริญก้าวหน้า (Professional Growth)** แผนการพยาบาลช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมงาน เป็นการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

4) ช่วยในการมอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่ในทีม ได้อย่างเหมาะสมกับระดับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

5) ช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม เพื่อเป็นการดูแลต่อเนื่องและ ลดในความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

6) เป็นการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ช่วยในการติดตามประเมินผลใน แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

2.2.5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลมีขั้นตอนการปฏิบัติ ที่ชัดเจนเป็นระบบแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์กัน โดยในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติจะ เกี่ยวพันและพึ่งพากัน โดยขั้นตอนที่อยู่ก่อนจะมีผลต่อขั้นตอนที่จะดำเนินการต่อมา ขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การประเมินภาวะสุขภาพเป็น ขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่มีความสำคัญที่สุด ในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ อย่างมีระบบ เพื่อนำไปสู่การค้นหาลักษณะสุขภาพหรือความต้องการของผู้รับบริการ มีความสำคัญ ต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล การประเมิน ภาวะสุขภาพให้ถูกต้องครอบคลุมนั้นผู้ประเมินจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมและ สภาพแวดล้อมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้จะต้องมีทักษะในด้านการปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีคุณธรรมจริยธรรม

(1) ความหมายการประเมินภาวะสุขภาพ ยูราและ วอลด์ (Yura and Walsh 1983 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม 2546) การทบทวนสถานการณ์ของผู้รับบริการจากข้อมูลพื้นฐาน เพื่อ ยืนยันถึงภาวะความอยู่ดีและวินิจฉัยถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเพื่อยืนยันถึงภาวะการ เจ็บไข้และวินิจฉัยปัญหาสุขภาพเพื่อกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาและเพื่อชี้บ่งถึงลักษณะ สุขภาพในผู้เจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ

(2) ความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกระทำในขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลและต้องทำอย่างต่อเนื่อง ที่ต้อง เป็นดั่งนั้น เพราะการประเมินภาวะสุขภาพมีความสำคัญดังต่อไปนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระบบมีความครอบคลุมข้อมูลที่ ต้องการและนำเชื่อถือในการนำข้อมูลไปใช้

2. เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลในระหว่างการประเมินภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

3. การเก็บข้อมูลที่มีความถูกต้องเป็นระบบสามารถเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในอนาคตต่อไป

4. เป็นพื้นฐานในการสร้างเอกภาพของวิชาชีพและการรักษามาตรฐานปฏิบัติการพยาบาล

(3) ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน คือ (อารี ชิวเกษมสุข 2551: 6-7)

ก. การเก็บรวบรวมข้อมูล (*Collecting Data*) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและตลอดเวลาที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยการดู คลำ เคาะ ฟัง หรือรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกทางการแพทย์ ชนิดของข้อมูลแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

ก) ข้อมูลอัตนัย (*Subjective Data*) เป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของเจ้าของเหตุการณ์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์โดยตรง เช่น ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ทีมสุขภาพ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ความรู้สึกต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ข) ข้อมูลปรนัย (*Objective Data*) เป็นข้อมูลที่ได้จากการพยาบาล หรือจากการเก็บรวบรวมโดยใช้ประสาทสัมผัสของผู้เก็บรวบรวมเอง เช่น การสังเกตอาการ ผลตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อุณหภูมิร่างกาย ความชุ่มชื้นของผิวหนัง ลักษณะบาดแผล แต่ถ้าแบ่งตามประเภทของข้อมูลตามแหล่งข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (*Primary source*) เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยโดยตรง เป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือกว่าข้อมูลแหล่งอื่นๆ

2. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (*Secondary source*) เป็นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเก็บจากผู้อื่นหรือแหล่งอื่น เช่น ญาติผู้ป่วย ทีมสุขภาพ บันทึกรายงานต่างๆ บันทึกทางการแพทย์และการพยาบาลและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข. การตรวจสอบข้อมูล (*Validating the data*) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้ว่า มีความถูกต้องและเป็นจริง วิธีการตรวจสอบ เช่น การเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย

ค. การจัดกลุ่มข้อมูล (*Organizing or clustering the data*) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้และผ่านการตรวจสอบแล้วมาแยกเป็นกลุ่มๆ โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์เอาไว้ด้วยกัน

ง. การบันทึกข้อมูล (*Record the data*) โดยภายหลังรวบรวมข้อมูลตรวจสอบและจัดกลุ่มข้อมูล พยาบาลจะบันทึกในแบบประเมินผู้ป่วย

การประเมินภาวะสุขภาพสามารถแบ่งเป็น 3 ประเภท (อารี ชิวเกษมสุข 2551) ดังนี้

1. การประเมินสภาพขั้นต้น (*Initial assessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยในระยะแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลในแบบประเมินสภาพระยะแรก หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลต่อไป

2. การประเมินสภาพระยะต่อเนื่อง (*Ongoing assessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยในระยะต่อจากการประเมินสภาพระยะแรก เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อยืนยันและเพิ่มเติมข้อมูลต่อการประเมินระยะแรก เป็นการตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

3. การประเมินสภาพซ้ำ (*Reassessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยซ้ำเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินสภาพซ้ำจะนำไปสู่การประเมินสภาพผู้ป่วยใหม่ การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลใหม่

เมื่อทำการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้แล้วจะนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เพื่อทำการวินิจฉัยและวางแผนทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในแต่ละรายกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยต่อไป

2) การวินิจฉัยการพยาบาล (*Nursing Diagnosis*) คือ การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนต่อปัญหาสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเมื่อนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยแล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พยาบาลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ โดยการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สองของกระบวนการพยาบาลที่ได้ถูกแยกออกมาจากขั้นประเมินสภาพ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในเอกลักษณ์ของวิชาชีพ มีทิศทางการปฏิบัติที่แน่นอน การวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลใช้วินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อบ่งบอกถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ดังนั้นการที่พยาบาลจะสามารถกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดีนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักการและแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยเป็นอย่างดี

แอ็คคินสันและเมอร์เรย์ (Atkinson and Murray 1994) ได้สรุปไว้ว่า การวินิจฉัยทางการแพทย์ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ประการ คือ การวิเคราะห์ข้อมูล การระบุปัญหา และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

(1) *ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล* การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การกำหนดสภาพปัญหา โดยมีขั้นตอนดังนี้

ก. *การจัดทำข้อมูล (data processing)* เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล แปลงข้อมูล โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดไว้เป็นระบบซึ่งขึ้นอยู่กับว่าเราใช้กรอบแนวคิดอะไรในการรวบรวมข้อมูล เมื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูลแล้วก็เปรียบเทียบกับมาตรฐาน (norm) กฎ โมเดล หรือ แบบแผนที่ยอมรับโดยทั่วไป ทั้งที่เป็นมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านสรีรวิทยา จิตวิทยา สังคมวิทยา และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลแล้วก็นำข้อมูลนั้นมาแปลความหมายกลุ่มข้อมูล ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดของการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล

ข. *การกำหนดภาวะสุขภาพ (Determining health status)* เป็นขั้นตอนที่ทำต่อเนื่องจากการให้ความหมายข้อมูลแล้ว ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องกำหนดถึงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ ในลักษณะต่อไปนี้

1. มีภาวะสุขภาพดี หมายถึง ว่าเมื่อพิจารณาข้อมูลแล้วพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา คือ มีภาวะสุขภาพดี เช่น การแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
2. มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา หมายถึง ว่ามีการค้นพบปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหา ซึ่งสถานการณ์นี้สามารถเกิดได้กับผู้มีสุขภาพดี หรือขณะเจ็บป่วยได้ เช่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
3. มีปัญหาสุขภาพ เป็นภาวะที่ค้นพบว่ามีเปลี่ยนแปลงไม่เป็นปกติพบได้ในผู้เจ็บป่วย เช่น ความทนในกิจกรรมลดลง ความเจ็บปวด

ค. *การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Statement of Nursing Diagnosis)* เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวินิจฉัยการพยาบาลโดยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง แล้วเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis statement) ซึ่งในการกำหนดข้อวินิจฉัย สามารถกำหนดได้ใน 3 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 ภาวะสุขภาพดี

ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมสุขภาพดี

ลักษณะที่ 2 ภาวะเสี่ยง

เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะที่ 3 ภาวะมีปัญหา

ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่ทำให้เกิด

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเมื่อมีการกำหนดข้อวินิจฉัยได้แล้วว่าอยู่ในภาวะสุขภาพแบบใดก็เขียนข้อวินิจฉัยให้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีแนวทางการเขียนดังนี้

ก) การเขียนตามกรอบแนวคิดของ NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) มีส่วนประกอบ 3 ส่วนประกอบดังนี้ 1) Title (or label) : ชื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะเป็นส่วนอธิบายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ (Health problem) ที่เกิดจากการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพ เช่น การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ภาวะท้องผูก ผิวน้ำหนักเสียน้ำที่ 2) Defining Characteristics (signs and symptoms) : เป็นกลุ่มแสดงอาการที่เป็นข้อมูลปรนัยและอัตนัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจ เช่น อุจจาระแข็งการเคลื่อนไหวดำไส้ลดลง 3) Etiological and contributing factor : สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นสถานการณ์หรือปัจจัย สาเหตุ พยาธิสภาพ หรือวิถีภาวะ พัฒนาการที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะ Cerebrovascular Accident (CVA) การจำกัดความเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน

ข) การเขียนตามแนวคิด PES Format เป็นรูปแบบการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญอีกแนวหนึ่ง โดย กอร์ดอน (Gordon 1976) มีส่วนประกอบดังนี้

(ก) *State the Problem (P)* : ข้อมูลที่แสดงปัญหาสุขภาพ

(ข) *State the etiology (E)* : ข้อมูลปัจจัยหรือสาเหตุโดยจะเชื่อม

ด้วยคำว่าเนื่องจาก (Related to)

(ค) *State the Signs and Symptoms (S)* : ข้อมูลอาการแสดงและอาการที่เกี่ยวข้องโดยเชื่อมต่อด้วยคำว่า "as manifested by"

ตัวอย่าง เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการระดับหนึ่ง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารเป็นเวลานาน จากการมีแผลในช่องปากและแน่นท้อง

นอกจากการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนี้ ยังมีแนวทางการเขียนในอีกหลายแบบ เช่น การเขียนตาม ICNP เป็นต้น วินิจฉัยทางการพยาบาล จะมีความแตกต่างจากวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นจะชัดเจนเมื่อสามารถแยกลักษณะปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างชัดเจน และในบางครั้งปัญหาบางปัญหามีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุอื่นๆ จึงมีลักษณะเป็น ปัญหาที่มีส่วนร่วม (Collaborative Problem)

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สามที่ทำต่อเนื่องเมื่อค้นพบปัญหาของผู้รับบริการได้แล้ว ซึ่งขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้รับบริการมี

ความหมาย มีความเหมาะสม ทำให้บรรลุประสิทธิภาพของบริการการพยาบาล ยังผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและได้รับความเป็นธรรม และยังคงแสดงถึงความรู้ความสามารถที่เกิดจากความชำนาญของพยาบาล การวางแผนการพยาบาลต้องอาศัยความสามารถของพยาบาลในหลายด้านที่ต้องมีการทำเป็นขั้นตอน

1) ความสำคัญของการวางแผนการพยาบาล ใช้ในการสื่อสารกับทีมพยาบาล ทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ เป็นเครื่องมือในการวัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน เป็นกรอบในการทำงานทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม

2) ขั้นตอนการวางแผน

(1) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority setting) เป็นการจัดลำดับปัญหาที่สำคัญๆ ขึ้นมาก่อนซึ่งพยาบาลจะต้องพิจารณาอย่างมีหลักการเพื่อสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสม ทันเวลา แนวทางที่ใช้ใน การจัดลำดับความสำคัญมีดังนี้

ก. ใช้หลักพิจารณาความรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิตและความปลอดภัย

ระดับที่ 1 รุนแรงมาก อันตรายถึงชีวิตถ้าไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ระดับที่ 2 รุนแรงไม่มาก แต่ถ้าปล่อยไว้อันตรายจะเพิ่มขึ้น

ระดับที่ 3 มีความรุนแรงน้อย แต่สามารถรอได้ แต่ถ้าปล่อยไว้จะก่อให้เกิดปัญหาได้

ข. ใช้หลักการเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน เช่น ความต้องการของมาสโลว์ ที่เน้นว่าความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ต้องได้รับการตอบสนองก่อน ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำ ขับถ่าย พักผ่อน

(2) กำหนดจุดมุ่งหมาย (Goal Setting) การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายการพยาบาลเป็นข้อความที่บ่งบอกพฤติกรรมของ ผู้รับบริการที่แสดงถึงความสำเร็จในการแก้ปัญหา ซึ่งจุดมุ่งหมายเป็นข้อความที่บ่งชี้ทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล คำที่ใช้เพื่อแสดงทิศทางของการปฏิบัติ เช่น การเพิ่ม (Increase) ลด (Decrease) คงสภาพ (Maintain) ปรับปรุง (Improve) บำรุง (Restore) ป้องกัน (Prevent)

การกำหนดจุดมุ่งหมาย สามารถกำหนดได้ 2 ลักษณะ คือ

1. จุดมุ่งหมายระยะยาว (Long - term Goal) เป็นจุดมุ่งหมายที่หวังให้เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนใหญ่พบบ่อยเป็นสัปดาห์เป็นเดือน

2. จุดมุ่งหมายระยะสั้น (Short – Term Goal) เป็นจุดมุ่งหมายที่กำหนดให้เกิดขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว น้อยกว่าสัปดาห์ โดยทั่วไปพยาบาลก็จะกำหนดจุดมุ่งหมายระยะสั้นเพื่อให้ไปถึงจุดมุ่งหมายระยะยาว

(3) กำหนดกิจกรรมพยาบาล (Nursing Order) เป็นการกำหนดเทคนิคหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่อาศัยหลักการวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้ทฤษฎี เพื่อแก้ปัญหาของผู้รับบริการ เป็นการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติที่จำเพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล เอกสิทธิ์ ความสอดคล้องในค่านิยม ความเชื่อ และพื้นฐานจิตอารมณ์ ซึ่งกิจกรรมนั้นมีทั้งลักษณะอิสระ กึ่งอิสระและไม่อิสระ โดยมุ่งเน้นที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

(4) การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล (Outcome Criteria) เป็นการกำหนดมาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมที่บรรลุตามจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติงานจะต้องมีการประเมินผลซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ที่จะต้องมีขั้นตอนในการทำการประเมินผลโดยมีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล ในขั้นตอนวางแผนนี้ได้มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลที่มีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกณฑ์ที่ดีนั้นจะต้องมีลักษณะที่จำเป็นดังนี้ 1) เกณฑ์ประเมินผลแต่ละข้อสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย 2) สามารถวัดและประเมินผลได้ (เป็นรูปธรรม) 3) เป็นที่ยอมรับและผู้ประเมินทุกคนวัดได้ตรงกัน 4) เขียนผลในลักษณะในทิศทางบวก

(5) การบันทึกแผนการพยาบาล (Documentation) เป็นกิจกรรมสุดท้ายของขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาล จุดมุ่งหมาย กิจกรรมพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล การบันทึกแผนการพยาบาลมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับข้อจำกัดในการเลือกใช้ของพยาบาล เช่น การบันทึกตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล การบันทึกตามแผนการพยาบาลมาตรฐาน การบันทึกแผนการพยาบาลตามคริติคัลพาธ (critical path) ซึ่งรูปแบบบันทึกจะอยู่ในส่วนของแผนการพยาบาล Kardex หรือในรูปแบบอื่นๆตามความเหมาะสมของการปฏิบัติ

การวางแผนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่จำเป็นพยาบาลจะต้องใช้ทักษะความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การใช้ความรู้ทางการพยาบาลที่จะกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลนั้น จะประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมาย การกำหนดกิจกรรม การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล และการเขียนแผนการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention or Implimentation) เป็นขั้นตอนการนำเอาแนวคิดจากการวางแผนการพยาบาลไปปฏิบัติให้เกิดผลชัดเจนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม

จุดมุ่งหมายทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลจะบ่งบอกความสามารถและคุณธรรมของพยาบาลได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ต้องกระทำต่อผู้รับบริการโดยตรง มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีเป้าหมายและขอบเขตการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยใช้ทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านสติปัญญา (cognitive หรือ intellectual skill) ทักษะระหว่างบุคคล (interpersonal skill) และทักษะด้านเทคนิค (technical skill)

(1) *ขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล*

ก. *ขั้นเตรียม (Preparation)* เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนจะลงมือปฏิบัติ ซึ่งขั้นตอนนี้พยาบาลต้องทบทวนและทำความเข้าใจในแผนการปฏิบัติการพยาบาลมีการประเมินสถานะเพื่อตรวจสอบข้อมูลและเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการซึ่งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการเตรียมพร้อมของพยาบาลและสภาพแวดล้อมด้วย

ข. *ขั้นปฏิบัติ (Actual Implementation)* เป็นขั้นตอนการกระทำที่ได้ลงมือปฏิบัติต่อผู้รับบริการซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องใช้ทักษะด้านต่างๆ ได้แก่

ก) *ทักษะทางสติปัญญา (Intellectual)* ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (Decision Marking)

ข) *ทักษะด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal Skills)* เป็นทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องเกิดขึ้น ตั้งแต่ ขั้นตอนการประเมินสถานะซึ่งพยาบาลกับผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกันตลอดเวลาเพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลความร่วมมือ และความเข้าใจร่วมกัน

ค) *การปฏิบัติ (Technical Skills)* เป็นวิธีและการปฏิบัติทางการพยาบาล ที่จะต้องมีความชำนาญและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ค. *หลังการปฏิบัติ (Post implementation)* เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปฏิบัติ ที่พยาบาลจะต้องทำการรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล ผลการพยาบาลรวมทั้งข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการบันทึกทางการพยาบาล

5) *การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)* การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้าย ในกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่และผลของการประเมินจะนำไปสู่การทบทวนข้อมูล (Re - assessment) เพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาให้บรรลุจุดมุ่งหมายอีกครั้ง หรือจุดมุ่งหมายใหม่ต่อไป

(1) *ขั้นตอนการประเมินผล*

ก. พิจารณาเกณฑ์การประเมินผล เป็นการทบทวนเกณฑ์การประเมินผล ตามจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้ในการวางแผนของการพยาบาล

ข. เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมผลที่เกิดขึ้นโดยวิธีการต่างๆ เช่น การสังเกต สัมภาษณ์ ประชุมปรึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้สำหรับหาข้อสรุปตัดสินใจ การรวบรวมข้อมูลต้องรวบรวมตลอดเวลาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

ค. การตัดสินผลการประเมิน เป็นการพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ แล้วจึงตัดสินผลการพยาบาลว่าประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด ซึ่งสามารถระบุได้ใน 3 ลักษณะ คือ

ก) ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์ หมายถึง ผลการพยาบาลบรรลุเป้าหมายผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งทำให้ปัญหาหมดไป

ข) ปัญหาได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน หมายถึง ผลการพยาบาลยังไม่บรรลุตามเป้าหมายได้ทั้งหมด ยังมีพฤติกรรมด้านสุขภาพบางส่วนที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มีความจำเป็นต้องใช้เวลามากขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรม ซึ่งปัญหานี้จะต้องได้รับการดำเนินการแก้ไขต่อไป

ค) ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการไม่ได้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เลย ในลักษณะนี้ต้องมีการทบทวนขั้นตอนต่างๆ โดยละเอียดว่ามีข้อบกพร่องในส่วนใด ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและทำการวางแผนการพยาบาลใหม่

ง. บันทึกผลการประเมิน เมื่อพิจารณาตัดสินแล้วก็บันทึกผลการเปลี่ยนแปลงและตัดสินไว้ในบันทึกการพยาบาล เพื่อเป็นหลักฐานต่อไป

จะเห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติและสามารถทำให้เกิดคุณภาพของการพยาบาลได้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจ และสามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ก่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่ถูกต้องได้

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

2.3.1 ความหมายของความพึงพอใจ

ในการบริหารองค์กรนั้น “คน” จัดเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่ง เพราะงานต้องอาศัยคนเป็นผู้ปฏิบัติจึงสำเร็จลงได้ ซึ่งความพึงพอใจ (satisfaction) ของบุคคลใน

องค์การเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารงานบุคคลส่งผลให้ผลให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น หากองค์การใดก็ตามบุคคลในองค์การไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานก็จะเป็นมูลเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลงานและคุณภาพของงานลดลง มีนักวิชาการได้ให้ความหมายดังนี้

วรูม (Vroom 1964) กล่าวว่า ทักษะคติ และความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถใช้แทนกันได้เพราะทั้งสองคำนี้จะหมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้นในทักษะคติด้านบวก จะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น และทักษะคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจ

ดิเรก ฤกษ์หรัย (2515) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ทักษะคติในทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นความพึงพอใจในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้น

บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร (2550) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง เจตคติหรือความรู้สึกที่เกิดภายในจิตใจเมื่อบุคคลประสบผลสำเร็จตามการคาดหวัง หรือเมื่อบุคคลได้รับการสนองตอบในสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่ปรารถนา โดยเป็นความรู้สึกที่ดีและเป็นความรู้สึกในทางบวก

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทักษะคติหรือเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมีความรู้สึกกว่าชอบ ไม่ชอบ พอใจ หรือไม่พอใจ ซึ่งเกิดจากพื้นฐานความรู้ ค่านิยม และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลได้รับ และจะเกิดขึ้นเมื่อสิ่งนั้นได้รับการตอบสนองตามความต้องการ หากผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำงานก็สามารถทำงานให้เป็นที่ไปตามเป้าหมายของหน่วยงานนั้นๆ ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดความพึงพอใจจากการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ซึ่งเป็นงานอย่างหนึ่งที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติ หากการศึกษาครั้งนี้จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกคนและที่สำคัญต้องเกิดความพึงพอใจในการแบบบันทึกทางการแพทย์บันทึกทางการแพทย์ที่ให้ปฏิบัติ นั่นก็คือความสำเร็จของการศึกษาและเกิดคุณภาพการพยาบาลในองค์กร

2.3.2 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงแนวคิดความพึงพอใจ แต่ส่วนใหญ่จะมีการระบุถึงความพึงพอใจในงาน แต่สำหรับการวิจัยนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์จึงนำการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นเรื่องของเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าว ซึ่งเป็นแนวคิดทางด้านพฤติกรรมศาสตร์โดยเชื่อว่า บุคคลจะมีความพึงพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งต้องเกิดการรับรู้ว่าสิ่งนั้นมีคุณค่าก่อน เมื่อรับรู้แล้วจึงจะมีความรู้สึกร่วมทางอารมณ์ว่า ตนเองชอบหรือไม่ชอบ ความพึงพอใจต่อสิ่งนั้นในการศึกษา

ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดเจตคติของไตรแอนดิส (Triandis 1971) มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในแบบบันทึกทางการพยาบาล

แนวคิดเจตคติของบุคคลของ ไตรแอนดิส (Triandis 1971) กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานของเจตคติไว้ 3 องค์ประกอบดังนี้

1) องค์ประกอบทางด้านความคิด (*Cognitive component*) หมายถึง การที่บุคคลใช้ความคิดในการจำแนกสิ่งต่างๆ และแสดงความคิดในสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้นๆ นั่นคือ การที่จะอธิบายถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดบุคคลจะต้องมีความคิดความเข้าใจถึงนั้นก่อน

2) องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (*Affective component*) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้น “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งนั้นว่าดี บุคคลก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย

3) องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (*Behavioral intention component*) หมายถึง ความโน้มเอียงในการปฏิบัติ ได้แก่ การที่บุคคลมีแนวโน้มหรือทำที่ที่จะเลือกปฏิบัติขึ้นอยู่กับความคิด ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ด้วยเจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากอิทธิพลของความเชื่อ ความรู้สึกและพฤติกรรมถ้าทั้งสามส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนไป อาจทำให้เจตคติเปลี่ยนไปได้ นอกจากนี้ก็ยังมีตัวแปรอื่นๆ อีกที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการของการเปลี่ยนเจตคติ ได้แก่ แหล่งข้อมูลหรือข่าวสาร เช่น คุณสมบัติของผู้ให้ข่าวสาร ลักษณะของข่าวสาร วิธีการให้ข่าวสาร วิธีเสนอข่าวสาร และลักษณะของผู้รับข่าวสาร ไตรแอนดิส (Triandis 1971) โดยเจตคติของบุคคลจะเปลี่ยนเมื่อบุคคลเปลี่ยนความคิดเห็นการเรียนรู้ทำให้บุคคลได้รับความคิดประสบการณ์ใหม่ๆ และบุคคลจะเรียนรู้ได้มากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับการได้รับแรงเสริมด้วย และยิ่งบุคคลได้รับแรงเสริมมากเท่าไรบุคคลจะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น เจตคติยิ่งเปลี่ยนมากขึ้น และเมื่อมีความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจไม่สอดคล้องกันจนถึงระดับที่ทนไม่ได้ เจตคติก็จะเปลี่ยนไป และการเรียนรู้ที่ไม่สัมพันธ์กับหลักเกณฑ์ต่างๆ ความขัดแย้งระหว่างข้อมูลที่ได้รับ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติก็เกิดได้เช่นเดียวกันจากทฤษฎีการเปลี่ยนเจตคติ อาจพอสรุปได้ว่าประสบการณ์ที่บุคคลได้รับทำให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติได้ ในกรณีที่ประสบการณ์นั้นทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ มีความคิดเห็นที่สอดคล้องหรือขัดแย้งด้านความคิด ความรู้สึก และจากการกระทำเดิม นอกจากนี้เจตคตินั้นยังเปลี่ยนแปลงได้จากประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับ การเสริมแรงจากบุคคลอื่น ดังนั้นเจตคติจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้เสมอ ผู้วิจัยได้นำความรู้จากแนวคิดสร้างเป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีข้างต้น

ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของไตรแอนดิส (Triandis 1971) นำมาใช้ในการวัดความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ โดยสรุปได้ว่า เมื่อนำการคิดที่มีเจตคติที่ดีมาบูรณาการเข้ากับความสำคัญและประโยชน์ของแบบบันทึกทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ปฏิบัติตระหนักและให้ความรู้สึกต่อสิ่งนั้นในทางบวกมากขึ้น โดยการที่บุคคลจะมีความคิดที่ดีต่อสิ่งนั้น บุคคลจะต้องถูกสนับสนุนให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งนั้นก่อน แล้วบุคคลจะประเมินค่าด้านความคิดต่อสิ่งนั้นจากความรู้ที่ได้รับว่าสิ่งที่ลงมือปฏิบัตินั้นมีคุณหรือโทษมากน้อยเพียงใดหากจะนำไปปฏิบัติ จากนั้นผลของเจตคติต่อสิ่งนั้นก็จะออกมาในรูปของพฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่ตนมีความรู้สึกพอใจ และมีความคิดที่ดีต่อสิ่งนั้นรวมถึงนำสิ่งนั้นไปปฏิบัติทำให้เกิดคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

2.3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

จากคำกล่าวของเดวิสและนิวสตัน (Devis and Newston 1985) ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกเห็นด้วยหรือนิยมชมชอบที่บุคคลที่มีต่องานที่กระทำอยู่ หรือเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก มีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่องาน เป็นผลเนื่องมาจากการประเมินงานจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคล และปัจจัยแวดล้อม การจะทำให้องค์กรเกิดการพัฒนาประสบความสำเร็จต้องให้ความสำคัญต่อสองปัจจัยนี้ซึ่งจะทำให้บุคลากรเกิดความกระตือรือร้นและเต็มใจใช้ความรู้ความสามารถให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ ความพึงพอใจมีผลมาจากปัจจัยและองค์ประกอบเกี่ยวข้องหลายด้าน ตามแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน ดังนี้

1) ล็อก (Locke 1976 อ้างใน สุพินญา ทองจันทร์ 2551) ได้เสนอองค์ประกอบที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของหน่วยงานไว้ 9 องค์ประกอบด้วยกัน

(1) งาน เป็นลักษณะของงานที่มีความท้าทายทำให้บุคคลเกิดความสนใจและต้องการที่จะได้มีโอกาสเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ระดับความยากง่ายของงานที่เหมาะสมกับผู้ที่จะทำ และปริมาณงานที่พอดีกับความสามารถและเวลาของบุคคล รวมถึงความชอบในงานนั้นๆ

(2) ค่าตอบแทน การจ่ายค่าตอบแทนที่มีความยุติธรรมและเท่าเทียมกัน สำหรับผู้ปฏิบัติที่มีคุณสมบัติอย่างเดียวกัน รวมถึงอัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสม

(3) ความก้าวหน้าในงาน การได้รับโอกาสจากผู้บังคับบัญชาพิจารณาในการเลื่อนขั้นหรือเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น โดยหลักการในการพิจารณาเลื่อนตำแหน่งที่มีความยุติธรรมและเหมาะสม

(4) การได้รับการยอมรับ การที่บุคคลได้แสดงความสามารถในการทำงานสำเร็จตามเป้าหมายแล้วควรได้รับการยกย่องและประกาศเกียรติคุณสรรเสริญ ตลอดจนได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

(5) ผลประโยชน์ที่เกี่ยวเนื่อง ได้แก่ สวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล วันหยุดบำเหน็จบำนาญ เป็นสิ่งที่บุคคลคาดหวังว่าจะได้รับจากการทำงาน

(6) สภาพการทำงาน ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ช่วงเวลาพัก เครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน รวมถึงอุณหภูมิ อากาศถ่ายเท ทำเลที่ตั้ง และสภาพในสถานที่ทำงานที่เหมาะสม

(7) หัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชา รูปแบบของการนิเทศงาน การใช้เทคนิคในการทำงานและทักษะในด้านการบริหารของผู้บังคับบัญชา

(8) ผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมงานที่มีความรู้ ความสามารถ มีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีไมตรีต่อกัน

(9) องค์กรและการจัดการ นโยบายและการจัดการ หรือการบริหารงานภายในองค์กร เช่น การวางนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ หรือเกณฑ์ในการพิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น

2) สุพินญา ทองจันทร์ (2551) ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กรและการจัดการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ปัจจัยด้านบุคคล มีลักษณะบางประการของบุคคลที่มีผลต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน อายุ และแรงจูงใจในงาน

ก. ระดับการศึกษา การศึกษามีส่วนทำให้บุคคลมีความรู้ความสามารถ และเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน

ข. อายุ อายุเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงาน คือ ผู้ที่มีอายุมากมักมีประสบการณ์แต่ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานและสถานการณ์ในการทำงานด้วยเช่นกัน โดยพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเข้าใจ ความคาดหวังที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ปรับตัวและยอมรับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดีกว่า

ค. ประสบการณ์การทำงาน เป็นสิ่งที่จำเป็นในวิชาชีพพยาบาลเพราะลักษณะงานพยาบาลเป็นงานรับผิดชอบชีวิต ซึ่งจะต้องอาศัยความรวดเร็ว ความถูกต้องในการตัดสินใจเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยให้อยู่รอดปลอดภัย

ง. **แรงจูงใจในการทำงาน** แรงจูงใจเป็นปัจจัยภายในของมนุษย์ เช่น ความต้องการ ความปรารถนา ความประสงค์ ความเต็มใจซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดแรงผลักดันที่จะกระตุ้นชักนำหรือเป็นเหตุให้เกิดความพยายามที่จะกระทำ

(2) **ปัจจัยด้านงาน** มีลักษณะบางประการของงานที่มีผลต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ลักษณะงาน และการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการทำงาน

ก. **ลักษณะงาน** เป็นปัจจัยที่กระตุ้นที่ช่วยสร้างให้เกิดแรงจูงใจหรือเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยนี้ถือได้ว่าเป็นเครื่องก่อให้เกิดแรงจูงใจจากภายในที่จะช่วยให้มุ่งไปยังการปฏิบัติงานให้ได้ผลดี (Herzberg 1959)

ข. **การรับรู้บทบาทหน้าที่** เป็นกลไกทางจิตที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล หากบุคคลรับรู้บทบาทหน้าที่ในงานที่ทำแตกต่างกันก็จะทำให้เกิดผลตามมามากน้อยไม่ว่าจะเป็นทัศนคติต่องานและความพึงพอใจในงาน

(3) **ปัจจัยด้านองค์การและการจัดการ** มีลักษณะบางประการขององค์การที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน เช่น นโยบายการบริหารงาน โครงสร้างของงาน สัมพันธภาพในการทำงาน และค่าตอบแทน

ก. **นโยบายการบริหารงาน** องค์การที่มีการกำหนดนโยบายการบริหารและโครงสร้างของงานที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน โดยกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงทำให้การดำเนินงานขององค์การมีประสิทธิภาพ

ข. **สัมพันธภาพในการทำงาน** เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นลักษณะการปฏิบัติงานเป็นทีม มีการปฏิบัติกรอย่างต่อเนื่องในการให้บริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนและการปฏิบัติตามแผน-การพยาบาล การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีจะช่วยให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด และยังเป็นการสร้างบรรยากาศในการทำงาน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมทำให้ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานและมิตรภาพของเพื่อนร่วมงานอีกด้วย

ค. **ค่าตอบแทน** เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้้องค์การมีโอกาสเลือกบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาทำงานในองค์การและธำรงรักษาให้บุคลากรเหล่านั้นอยู่กับองค์การตราบเท่าที่ยังพึงพอใจค่าตอบแทนที่เหมาะสม และนอกจากนั้นค่าตอบแทนยังมีผลต่อความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติในการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

2.3.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นความรู้สึกของพยาบาลต่อแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้

ความเข้าใจในแบบบันทึก มีความรู้สึกที่ดีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้บันทึก แล้วแสดงพฤติกรรมเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกต่อแบบบันทึกที่ใช้ ความรู้สึกความพึงพอใจในแบบบันทึกของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล จึงเป็นสิ่งจูงใจที่ให้พยาบาลพร้อมที่จะกระทำหน้าที่ของตนให้ดี เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการให้บริการด้านการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และจากคำกล่าวที่ว่า การมีส่วนร่วมในงานเกิดจากความปรารถนาอย่างแท้จริงในการทำงาน และยังส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (อรวรรณ แยมสรวลสกุล 2544)

ซูเชิน (Susan 1985) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการบันทึกทางการพยาบาล ที่ทำให้เข้าใจง่าย รวบรวมข้อมูลได้ง่าย ทั้งยังสะดวกรวดเร็วในการตรวจสอบ และเหมาะสมกับความต้องการของพยาบาลแต่ละคน นับว่าเป็นผลสำเร็จของงานอีกอย่างหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างดียิ่ง

พิชชดา วิรัชพินทุ และคณะ(2536) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูล การตรวจรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยพักค้างรอดูอาการ โดยได้รับความร่วมมือในการปรับปรุงแก้ไข รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลจากพยาบาลทุกคนในหน่วยงาน เมื่อปรับปรุงแก้ไขให้เกิดรูปแบบใหม่แล้วนำมาทดลองใช้ พบว่าข้อมูลที่บันทึกไว้ในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้ใจความ กะทัดรัด รวดเร็ว และช่วยให้การวางแผนการพยาบาลได้ดีมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เกิดจากการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลในหน่วยงานเพื่อหาข้อบกพร่องจะได้นำมาปรับปรุงแก้ไขและนำมาใช้เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด พยาบาลทุกคนจะรู้สึกพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ตนมีส่วนร่วมในการพัฒนา และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานตน

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) โดยเฉพาะการประเมินความพร้อมก่อนการทำหัตถการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดูแลขณะและหลังทำหัตถการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยทั่วไปการเตรียมผู้ป่วยรับการฉีดสีดูหลอดเลือดและการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนมีอยู่ 2 กรณี คือ กรณีที่ 1 ผู้ป่วยนัดทำหัตถการ และกรณีที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมี

รายละเอียดและขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละกรณี (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์ 2552) โดยในแต่ละกรณีจะแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะได้แก่ การพยาบาลในระยะก่อนการทำหัตถการ ตรวจสอบหัวใจ การพยาบาลในระยะระหว่างการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ และการพยาบาลในระยะหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยนัดทำหัตถการ

ผู้ป่วยที่นัดทำหัตถการส่วนใหญ่ จะเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี อาการทั่วไปค่อนข้างปกติ ทราบการดำเนินโรคของตนเอง รวมทั้งได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำในการเตรียมตรวจจากพยาบาล ห้องตรวจสอบหัวใจ ทั้งในเรื่องขั้นตอนการตรวจ ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยา และค่าใช้จ่าย ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ห้องตรวจสอบหัวใจและห้องพักฟื้น คือ บทบาทในการประเมินผู้ป่วย การช่วยแพทย์ระหว่างการทำหัตถการ การเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน / ขณะ / และหลังการตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตนภายหลังกลับบ้าน โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนการดูแลรักษา ดังนี้

3.1 การพยาบาลในระยะก่อนการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ

3.1.1 Before the procedure (Cath Lab) (ก่อนการทำหัตถการ) พยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยได้รับการนัดการตรวจรักษา ดังนี้

1. แนะนำให้งดน้ำ งดอาหาร ก่อนการตรวจอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
2. ลงชื่อในใบอนุญาตให้ทำการตรวจรักษาทุกครั้ง
3. สอบถามประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารทะเล แพ้สารทึบรังสี และประวัติเลือดออกง่าย และรายงานแพทย์
4. แนะนำให้ผู้ป่วยงดยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) อย่างน้อย 3 วัน ก่อนวันตรวจ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับการ X-ray ปอด เจาะเลือดเพื่อตรวจสอบคุณภาพของไต และ Anti HIV, Hepatitis ก่อนตรวจ
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แนะนำให้หยุดยาเบาหวานในวันที่ทำหัตถการ เช่น Glucophage และเริ่มรับประทานใหม่หลังทำหัตถการเสร็จ
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทาน Aspirin อยู่เดิม อาจรับประทานได้ตามปกติ หรือปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาตามความเหมาะสม
8. ควรมาก่อนเวลานัดหมายอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง
9. แนะนำผู้ป่วยว่าควรมีญาติมาด้วยในวันนัดเพื่อที่แพทย์และพยาบาลแจ้งอาการและผลการรักษาให้ทราบ

10. แจ้งค่าใช้จ่ายในการตรวจ พร้อมแนะนำการเตรียมเอกสารสิทธิต่างๆ เช่น ต้นสังกัด เบิกประกัน โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องของสิทธิในการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายก่อนที่จะทำหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการประกอบการตัดสินใจ และวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพ

3.1.2 Day of the procedure (Cath Lab) (วันที่ทำหัตถการ) เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องตรวจ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดฟันปลอม เครื่องประดับและของมีค่าฝากไว้กับญาติ
 2. บันทึกสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
 3. แนะนำให้ปัสสาวะก่อนเข้าห้องตรวจ
 4. ตรวจดูผลเลือดต่างๆ โดยเฉพาะผลเลือดที่แสดงการทำงานของไต
- สารที่บ่งแสดงบางชนิดมีผลต่อการทำงานของไต
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงขั้นตอนอย่างละเอียดในห้องที่ทำหัตถการ วิธีการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.2 การพยาบาลระหว่างการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ

During procedure (Cath Lab) (ระหว่างการตรวจ) จะมีการดำเนินการ ดังนี้

1. เตรียมความสะอาดเฉพาะที่ โคนขนบริเวณที่ทำการใส่สายสวนหรือใกล้เคียง เช่น ขาหนีบและต้นขา ทั้งสองข้าง หรือข้อมือ ฟอกทำความสะอาดด้วย Betadine scrub และ Betadine solution เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
2. เปิดเส้นเลือดดำให้สารละลายหยดเข้าเส้นเลือดซ้ำๆ ควรเปิดที่แขนข้างซ้าย เนื่องจากขณะทำหัตถการแพทย์อยู่ด้านขวามือผู้ป่วย
3. บันทึกและประเมินตำแหน่ง ความแรง ความสม่ำเสมอของ dorsalis pedis pulse และ posterior tibial pulse เปรียบเทียบข้อมือและข้อมือ รวมถึง radial pulse ทำเครื่องหมายบนผิวหนังบริเวณที่คลำชีพจรได้ชัดเจนที่สุด
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนและวิธีการตรวจอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือระหว่างทำหัตถการ
5. บันทึกระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)
6. ประเมินสภาพจิตใจ ความกลัว ความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายลดการใช้ออกซิเจนและให้ความร่วมมือระหว่างทำหัตถการ
7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้คลายความวิตกกังวล และความกลัวลง

8. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการตรวจสอบหัวใจและความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต

9. ประเมินการแพ้สารที่บ่งสีอีกครั้งโดยซักถามอาการคลื่นไส้ อาการคันและตรวจดูผื่นบริเวณผิวหนัง ภายหลังมีการฉีดสี

10. สังเกตอาการขณะและหลังตรวจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาจแสดงถึงการเกิดการตีบของหลอดเลือดซ้ำ หรือภาวะ hypotension อาจแสดงถึงอาการของการเกิด Cardiac tamponade

11. แจ้งผลการตรวจร่วมกับทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

3.3 การพยาบาลในระยะหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ

After the procedure (Intensive Care Unit : ICU) (ภายหลังการตรวจ)

หลังการฉีดสีหรือขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เจ้าหน้าที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักที่ห้อง Intensive Care Unit (ICU) เพื่อประเมินอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง โดยติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ว่ามีการยกขึ้นหรือลดต่ำลงของ ST Segment หรือไม่ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการตรวจ มีดังต่อไปนี้

1. ประเมินระบบไหลเวียนโดยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในช่วง 1 ชั่วโมงและหรือจนกว่าจะคงที่และติดตามระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 95 ให้รายงานแพทย์

2. ประเมินและบันทึกอาการเจ็บหน้าอกและดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา

3. ประเมินการแพ้สารที่บ่งสีโดยซักถามอาการคลื่นไส้ อาการคันและตรวจดูผื่นบริเวณผิวหนัง

4. ประเมินอาการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดยบันทึกลักษณะชีพจร Dorsalis pedis, Posterior tibial หรือ Radial เปรียบเทียบข้างซ้ายและขวา พร้อมทั้งบันทึก capillary refill ถ้าพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรไม่สม่ำเสมอ capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที รีบรายงานแพทย์

5. ประเมินภาวะเลือดออกจากตำแหน่งที่ใส่สายสวน โดยตรวจสอบบริเวณแผลว่ามี bleeding, hematoma ecchymosis หากพบรีบรายงานแพทย์

6. อธิบายเน้นย้ำห้ามออกกำลังกายที่ใส่สายสวนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงหลังนำสายสวนออก แต่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ โดยไม่เอวสะโพก ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา

7. ช่วยแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการนำสายสวนหัวใจออก ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงสายสวนอยู่

8. ประเมินความพร้อมก่อน discharge ผู้ป่วย ได้แก่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีคลื่นหัวใจเดินผิดปกติ
9. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะให้ความสำคัญของการรับประทานยา ห้ามขาดยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Aspirin, Clopidogrel
10. ให้ความรู้ร่วมกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ stent แต่ละแบบ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PCI ต้องรับประทานยา Anti-platelet 2 ชนิด คือ Aspirin และ Clopidogrel โดยต้องรับประทานยา Aspirin ตลอดชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ที่ใช้ stent แบบ BMS จะรับประทานยา Clopidogrel อย่างน้อย 1 เดือน แต่ถ้าเป็นแบบ DES ต้องรับประทานยา Clopidogrel เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเน้นย้ำกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายเมื่อใส่ stents แล้ว อาการดีขึ้น ไม่มีอาการเจ็บปวดอีก ก็เข้าใจว่าตนเองหายแล้ว จึงหยุดยาเอง ทำให้เกิดผลเสียที่ร้ายแรงตามมาภายหลัง
11. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประจำวันชีวิต ได้แก่ เรื่องอาหารการออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการถ่างขยายหลอดเลือดนั้นเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ แต่ยังไม่ได้รับการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยอาจเกิดการตีบของเส้นเลือดเส้นอื่นๆ หรือเกิดการตีบซ้ำ นอกจากนี้ควรเน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง มีภาวะ hemodynamic instability หรือบ่อยครั้งที่พบผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ก่อนมาโรงพยาบาล และมีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเดินผิดปกติรุนแรง (serious arrhythmias) ทำให้โอกาสการเสียชีวิตกระทันหันสูง ทั้งในขณะที่อยู่ ER ห้อง Cath Lab หรือ ICU นอกจากนี้ผู้ป่วยและ/หรือญาติมักมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง ทั้งในเรื่องการเกิดโรคอย่างกระทันหัน การรักษา และค่าใช้จ่าย หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในห้องฉุกเฉินคือ ความรวดเร็วในการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเร็วเท่าใดก็มีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Primary PCI อย่างรวดเร็ว โดยมี door to balloon time ไม่เกิน 90 ± 30 นาที

ดังนั้น บทบาทพยาบาล จึงมีความสำคัญยิ่งในการติดต่อประสานงานกับทีมแพทย์และผู้เกี่ยวข้องอย่างทันท่วงที การเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต การให้ข้อมูล การดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนการตรวจ ดังนี้

3.1 การพยาบาลในระยะก่อนการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ

Before the procedure (ER) (ก่อนการตรวจ)

1. ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ แยกผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น ACS ให้แพทย์หน่วยฉุกเฉินตรวจทันที
2. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(ECG 12 leads) ทันทีภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและให้แพทย์อ่านทันที
3. พยาบาลประสานงานกับแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจทันที เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หน่วยฉุกเฉิน ว่าเป็น ACS
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติถึงประโยชน์และความความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะทำหัตถการพร้อมลงชื่อในใบอนุญาตให้ทำการตรวจรักษาทุกครั้ง
5. ประสานงานกับพยาบาลห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ (Cath Lab) เพื่อเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือให้พร้อม(โดยเฉพาะในกรณี STEMI - large anterior wall MI ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิด cardiogenic shock, heart failure)
6. เตรียมความสะอาดเฉพาะที่ ส่วนใหญ่ที่บริเวณขาหนีบและต้นขาทั้งสองข้าง และโกนขนด้วยน้ำสบู่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และฟอกน้ำยาฆ่าเชื้อ Betadine scrub และ Betadine solution
7. เจาะเลือด Electrolyte, BUN, Creatinine, CBC, Anti HIV, Hepatitis
8. ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล และแจ้งค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
9. On EKG monitoring เพื่อเฝ้าระวังหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias)
10. บันทึกสัญญาณชีพ พร้อมทั้งประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วย รวมทั้งอาการ เจ็บอก
11. ช่วยบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกและการเกิดลมเลือดมากขึ้นตามแผนการรักษา โดยใช้หลัก MONA

M = ให้ยาแก้เจ็บหน้าอก: Morphine 2-3 mg IV dilute 10 ml

O = ให้ออกซิเจน 2 - 4 ลิตร/นาที keep Sat O₂ ≥ 92%

N = ดูแลให้ NTG อมใต้ลิ้น และตามด้วย NTG IV drip ถ้ายังมีอาการเจ็บหน้าอก หรือมีภาวะหัวใจวาย

A = ให้ Aspirin (160 - 325 mg) เคี้ยวแล้วกลืนทันที , Clopidogrel (75 mg) sig 4 tabs oral stat

เปิดเส้นเลือดให้ IV fluid พร้อมส่งเลือดตรวจหาค่า cardiac marker และ Lab อื่นๆ ได้แก่ electrolytes , BUN , Cr , coagulogram , CBC , AntiHIV

12. ส่งผู้ป่วยไปห้องตรวจสวนหัวใจ (Cath Lab)

13. ประเมินสภาพจิตใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วย / ญาติ เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาและความต้องการ

3.2 การพยาบาลในระหว่างการทำการหัตถการตรวจสวนหัวใจ

During procedure (Cath Lab) (ระหว่างการทำการหัตถการ)

1. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการตรวจสวนหัวใจ และอุปกรณ์ resuscitation , monitor , defibrillation
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงขั้นตอน และวิธีการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือระหว่างทำ
3. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดฟันปลอม เครื่องประดับและของมีค่าฝากไว้ที่ญาติ
4. บันทึกและประเมินตำแหน่ง ความแรง ความสม่ำเสมอของ dorsalis pedis pulse และ posterior tibial pulse เปรียบเทียบข้อมือและข้อมือ รวมถึง radial pulse ทำเครื่องหมายบนผิวหนังบริเวณที่คลำได้ชัดเจนที่สุด ก่อนทำการหัตถการ
5. ติด ECG Monitoring ใน lead II เพื่อประเมิน arrhythmias ที่พบบ่อย ได้แก่ Ventricular tachycardia PVC
6. ประเมินและบันทึก hemodynamic status ระดับความรู้สึกตัว ตลอดการทำหัตถการ
7. ประเมินการแพ้สารทึบรังสีโดยซักถามอาการคลื่นไส้ อาการคันและตรวจดูผื่นบริเวณผิวหนัง
8. สังเกตอาการหลังตรวจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาจแสดงถึงการเกิดการตีบของหลอดเลือดซ้ำ หรือ ภาวะ hypotension อาจแสดงถึงอาการของการเกิด cardiac tamponade
9. แจ้งผลการตรวจร่วมกับทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

3.3 การพยาบาลในระยะหลังการทำการหัตถการตรวจสวนหัวใจ

After the procedure (ภายหลังการทำการหัตถการ)

ขณะผู้ป่วยอยู่ห้อง Intensive Care Unit : ICU

1. หลังการฉีดสีหรือขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน เจ้าหน้าที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักที่ Intensive Care Unit (ICU) เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ติด ECG Monitoring เพื่อประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและการเกิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เนื่องจากการศึกษาจากสมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (AHA/ACC: 2002) ได้รายงาน พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาล มีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 5 ภายใน 3 ชั่วโมงแรกจาก Ventricular fibrillation และ Ventricular tachycardia

2. ประเมินระบบไหลเวียนโดยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรกหรือจนกว่าจะคงที่ ภายหลังวัดทุก 1-4 ชั่วโมงตามอาการเปลี่ยนแปลง

3. ประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น heart failure , stent restenosis , renal failure , vascular complications

4. ติดตามประเมินอาการเจ็บอกซ้ำ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ cardiac marker

5. พยายามรักษาให้ระบบไหลเวียนเลือดคงที่ส่งเสริมให้หัวใจได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพลดการทำงานของหัวใจโดย

- ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มหรือลดความดันโลหิต สารน้ำตามแผนการรักษา รวมทั้งการใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra aortic balloon pump)

- ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (ยากลุ่มไนเตรท) ยา กลุ่มลดอัตราการเต้นของหัวใจ (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

6. ช่วยลดการทำงานของหัวใจและส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

- ช่วยลดและบรรเทาอาการเจ็บอกและความไม่สุขสบาย

- ลดและบรรเทาอาการเครียด โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากล่อมประสาท เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ตามความเหมาะสม ให้พักอยู่ที่เตียงในระยะ 6-12 ชั่วโมงแรก

- ดูแลให้ออกซิเจน 3-4 ลิตรต่อนาที keep O₂ saturation \geq 92% ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก

ชั่วโมงแรก

- ดูแลให้อาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดเค็ม ลดไขมัน

- ดูแลให้ยาระบาย ป้องกันภาวะท้องผูก

7. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต ตลอดเวลา

8. ประเมินภาวะการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดยการสังเกตและบันทึกลักษณะชีพจร Dorsalis pedis , Posterior tibial หรือ Radial เปรียบเทียบข้างซ้ายและขวา พร้อมทั้งบันทึก capillary refill ถ้าพบความผิดปกติรีบรายงานแพทย์

9. ประเมินภาวะเลือดออกจากรูปร่างที่ใส่สายสวน โดยตรวจสอบบริเวณแผลว่ามี bleeding, hematoma ecchymosis หากพบรีบห้ามเลือดและรายงานแพทย์

10. อธิบายเน้นย้ำห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงหลังนำสายสวนออก แต่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ โดยไม่งอสะโพก ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา

11. ช่วยแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการนำสายสวนออก

- ตรวจสอบเลือดค่า CBC และ APTT หรือ ACT ก่อนนำเอา sheath ออก โดย $APTT \leq 50 \text{ sec}$ หรือ $ACT \leq 175 \text{ sec}$

- กรณีให้ยา heparin ควรหยุดยาอย่างน้อย 4 ชั่วโมงก่อนนำสายสวนออก

- เตรียมอุปกรณ์ในการนำสายสวนออก

1) Set dressing

2) Syringe 10 cc. จำนวน 1 อัน, เข็มขนาด 1 ½ เบอร์ 18, 24 อย่างละ 1 อัน

3) Fixumull ขนาด 10X10 นิ้ว

4) ถุงมือปราศจากเชื้อ 1 คู่

5) ยาชาเฉพาะที่

6) หมอนทราย น้ำหนัก 1-2 กิโลกรัม

แพทย์นำสายสวนออกและกดเหนือแผลนาน 30 นาที

- เมื่อเลือดหยุด ปิดด้วย Fixumull pressure dressing

- วางหมอนทรายน้ำหนัก 1-2 กิโลกรัม เหนือแผลนาน 2 ชั่วโมง

- แนะนำผู้ป่วยยังคงห้ามงอขาอีก 6 ชั่วโมง

- ตรวจสอบแผลเป็นระยะเพื่อประเมินภาวะเลือดออก

12. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจาก ICU ไปห้องพักรักษาผู้ป่วยอื่นเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ขณะผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป

1. ประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการเจ็บหน้าอก

2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อน discharge ได้แก่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ

3. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะให้ความสำคัญของการรับประทานยา ห้ามขาดยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ ASA , Clopidogrel

4. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เช่น เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย

5. การมีเพศสัมพันธ์ การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการถ่ายทอดเลือดคั่งนั้น เป็นการรักษาที่ปลายเหตุ แต่ยังไม่ได้รับการบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยอาจเกิดการอุดตันของเส้นเลือด เส้นอื่นๆได้ รวมถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

โดยสรุปก็คือ การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) โดยเฉพาะการประเมิน ความพร้อมก่อนการทำหัตถการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดูแลขณะและหลังทำหัตถการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องกระทำโดยใช้หลักวิชาความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และศิลปะของการพยาบาลร่วมด้วย จึงจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วย (รัตน ทองสวัสดิ์ 2541) ใน การศึกษาครั้งนี้ก็เช่นกัน พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อนำความรู้ดังกล่าวมาให้บริการพยาบาลอย่างเป็น ระบบตามกระบวนการพยาบาลและนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล

ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล และการพัฒนารูปแบบ บันทึกทางการพยาบาลมีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

อีฟอ์ส และ สเมดบี (Ehnfors and Smedby 1993) ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลใน เวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 106 ชุด จาก 12 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลประเทศสวีเดน โดยการพัฒนา เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพการบันทึกที่ครอบคลุมปัญหา และปริมาณในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมถึงคู่มือในการบันทึก เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หนึ่งในสามของการบันทึกไม่มีการประเมินแรกรับ สองในสามไม่มีการวางแผนการพยาบาลและหนึ่งในสามไม่มีผลลัพธ์ของการพยาบาล นอกจากนั้นพบว่า ร้อยละ 90 ไม่มีการวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย มีเพียงหนึ่งในสามของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาและความก้าวหน้าในการดูแลแก้ไขได้ครอบคลุมตาม เกณฑ์

สายสมร พลเชื้อ และคณะ (2540) ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจใน

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่สูงกว่าแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเดิม ซึ่งการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกคน

ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความครบถ้วนของการบันทึกความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย แต่ในด้านความคล่องตัวมีความแตกต่างกัน ผู้บริหารการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มใหม่ในด้านความครบถ้วนของการบันทึกทำให้ใช้สื่อสารได้และต่ำสุดในด้านความคล่องตัวในการบันทึก

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ได้ศึกษาผลของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยให้พยาบาลทีมศัลยกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด โดยให้ร่วมกันเสนอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแบบการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังผ่าตัด

ศศิธร วีรเวทวัฒน์ (2547) ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรมต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาลก่อนและหลัง การมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรม ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาลหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรมสูงกว่าก่อนใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรม

ประคอง อินสอน (2548) การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน 1) การวินิจฉัยการพยาบาล 2) กิจกรรมการพยาบาล 3) การประเมินผล สรุปผลการทดลองพบว่าการบันทึกที่เป็นระบบขึ้น สะดวกในการเขียนเพราะมีแบบฟอร์มที่ชัดเจน เห็นถึงกระบวนการพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยเฉพาะการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดิมต้องใช้เวลาานาน ภายหลังการพัฒนาสามารถลดเวลาลงได้ นอกจากนี้พบว่า การกำหนดให้มีหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้เป็นแนวทางมีผลทำให้ใช้เวลาในการบันทึกสั้นลง

รัตนา ยวงคำมา (2548) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม ผลการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 20 แฟ้มประวัติ พบว่ารายการที่พยาบาลบันทึกครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 57.14 โดยต้องมีการปรับเพิ่มทั้ง 5 ขั้นตอนในกระบวนการพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลประจำการและผู้บริหารพยาบาลทุกระดับยังคงต้องมีการพัฒนาการบันทึกการพยาบาลต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพซึ่งครอบคลุมทั้ง ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน และได้ใจความ

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook Aree, 2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม สังเกตการณ์ทำงานของพยาบาลทุกคนในแต่ละวัน ตารางกำหนดเวลาสนทนากลุ่ม กลุ่มเทคนิคการทำกลุ่ม แบบฟอร์มสังเกตกิจกรรมการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึก การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการบันทึก ระยะที่ 2 การนำสู่การปฏิบัติและการปรับปรุงระบบ 4 รอบ และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิผล

ฉันทิร ธนะพุดินาท (2549) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบบบันทึกทางการแพทย์เดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีการพัฒนาแบบบันทึก 4 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ สรุปผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกและค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล และศึกษาประสิทธิภาพของ

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึก 3) นโยบายการควบคุมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 4) การประเมินสมรรถนะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการฝึกอบรม และ 5) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สรุปผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและศึกษาผลการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย วิธีบันทึกแบบบันทึก 7 แบบ ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 7) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย และคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทำให้บันทึกได้รวดเร็ว ครอบคลุมองค์รวมอย่างต่อเนื่อง สรุปผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฤดี น้าสูงเนิน (2552) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลปัทมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยสรุปได้ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลปัทมราช ประกอบด้วย วิธีบันทึก แบบฟอร์มการบันทึก และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้รวดเร็ว ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง และค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุมิตรา มิ่งมิตร (2554) ได้ทำการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ในห้องคลอดมีจำนวนมากเกินไป มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเดียวกันในหลายแบบฟอร์ม หัวข้อในแบบการวินิจฉัยและแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุม และความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนเท่ากับร้อยละ 72.24 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนดไว้คือ ร้อยละ 80 ซึ่งหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจำนวน 2 ครั้ง พบว่า ผลประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยคลอด เพิ่มขึ้นเป็น 91.38 และ 93.43 ตามลำดับ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการปรับปรุงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.21 เป็นร้อยละ 69.40

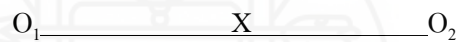
จากการทบทวนทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้การมีส่วนร่วม พบว่า แบบบันทึกทางการพยาบาลนั้นมีความสำคัญในการติดต่อสื่อสาร แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การตอบสนองของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา และการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย จากผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพร่วมมีส่วนในการเสนอข้อคิดเห็นและเสนอแนวทางในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานและนำแบบบันทึกทางการพยาบาลมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จึงสนใจที่จะพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลวิชาชีพในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจทำการปรับปรุงพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล และประเมินผลความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการในห้องสวนหัวใจ ซึ่งจะเป็นการพัฒนาการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อไปในอนาคต

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีการวิจัยแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2555 ถึงเดือนตุลาคม 2556 รวมระยะเวลา 1 ปี โดยมีรูปแบบการวิจัย (บุญใจ ศรีสถิตนราภรณ์ 2550) ดังนี้



O_1 = คะแนนความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

X = แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

O_2 = คะแนนความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์หลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1.1 **พยาบาลวิชาชีพ** ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน

2.1.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ระยะก่อนการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจจนกระทั่งถึงระยะหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ 1 วัน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.2.1 พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน ซึ่งคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยตรงในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาลภายหลังให้การพยาบาล

2) ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ เป็นเวลาดั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยมีแนวทางปฏิบัติ (ประกาศ จิโรจน์กุล 2548) ดังนี้

1) ต้องมีความเคารพในสิทธิมนุษยย์ที่ใช้ในการทดลอง โดยต้องได้รับความยินยอมก่อนทำวิจัย

2) ต้องปฏิบัติต่อมนุษย์และสัตว์ที่ใช้ในการทดลองด้วยความเมตตา ไม่คำนึงถึงแต่ผลประโยชน์ทางวิชาการจนเกิดความเสียหายที่อาจก่อให้เกิดความขัดแย้ง

3) ต้องดูแลปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวเลขในการระบุแทนชื่อผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

2.2.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองอย่างละ 20 แพ้ม ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังกล่าวคัดเลือกตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ระยะก่อนการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจจนกระทั่งถึงระยะหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ 1 วัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

3.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม

4. การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

4.1.1 แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์ตลอดการทดลอง มีขั้นตอนของการพัฒนาดังนี้

1) ศึกษาวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์ การวิจัยและการพัฒนา และกระบวนการพยาบาล

2) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง กับการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ดังนี้

(1) การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสัมภาษณ์ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ การสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

(2) สรุปประเด็นปัญหาของการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อ (1) แล้วร่างแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

(3) พัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งมีข้อมูลจากประเด็นปัญหาที่พบโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสม ผลการระดมความคิดได้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 แบบฟอร์ม คือ 1) แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนทำการตรวจสวนหัวใจ 2) แบบบันทึกทางการแพทย์ระหว่างทำการตรวจสวนหัวใจ 3) แบบบันทึกทางการแพทย์หลังทำการตรวจสวนหัวใจ โดยแบบบันทึกทางการแพทย์ระหว่างทำการตรวจสวนหัวใจในส่วนของแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลได้ดัดแปลงมาจาก อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)

ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนา มีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
2. การสำรวจสภาพปัญหาแบบบันทึกทางการแพทย์ในปัจจุบันหรือความต้องการของพยาบาลเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
3. การสร้างและพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์
4. การทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์
5. การปรับปรุงแก้ไขและการประเมินผลแบบบันทึกทางการแพทย์
6. การเผยแพร่แบบบันทึกทางการแพทย์

การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ได้นำแนวคิดของกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดขั้นตอนในการปฏิบัติการสวนหัวใจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนทำการตรวจสวนหัวใจ แบบบันทึกทางการแพทย์ระหว่างทำการตรวจสวนหัวใจ และแบบบันทึกทางการแพทย์หลังทำการตรวจสวนหัวใจ (ขั้นตอนในการทำการตรวจจะกล่าวไว้ในลำดับต่อไป) เนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นระบบแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์กัน โดยในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติจะเกี่ยวพันกัน โดยขั้นตอนที่อยู่ก่อนจะมีผลต่อขั้นตอนที่จะดำเนินการต่อมา แบบบันทึกทางการแพทย์ทั้ง 3 ระยะ นั้น ได้มีการคัดเลือกรูปแบบการบันทึกที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ คือ

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจรูปแบบการบันทึกแบบ APIE Charting (Assessment problem intervention evaluation system) ส่วนแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างทำหัตถการตรวจสอบหัวใจใช้รูปแบบการบันทึกตามรูปแบบ PROM (Problem-Oriented Medical Record)

(4) นำร่างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านกระบวนการพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร 1 ท่าน หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและการศึกษาต่อเนื่อง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน กำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ใน 5 ท่าน บอกว่าสอดคล้องกันถือว่าผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 80 มีความเห็นสอดคล้องกันจึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณิกา อัสวชัยสุวิกรม 2549) โดยผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 80 เห็นว่า มีความสอดคล้องกันจึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา

(5) นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข ทั้งเนื้อหาและสำนวนภาษาหลังจากนั้นนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขทั้งเนื้อหาและสำนวนภาษาเพิ่มเติม ก่อนนำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น โดยมีวิธีการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร ตำรา วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดความพึงพอใจ
- 2) สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นจำนวน 25 ข้อ จำแนกเป็นรายด้าน คือ 1) ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลจำนวน 18 ข้อ 2) ด้านประโยชน์ของแบบบันทึก จำนวน 7 ข้อ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ซ)

โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากที่สุด (81-100%)

4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาก (61-80%)

- 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลปานกลาง (41-60%)
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อย (21-40%)
- 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อยที่สุด (1-20%)

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกันหาค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูต 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
4.50-5.00	มากที่สุด
3.50-4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

3) การหาความตรงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้วยวิธีต่อไปนี้

(1) นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระตรวจสอบรายละเอียดและพัฒนาข้อคำถามก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ชุดเดิม) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและสำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ เช่นเดียวกับการตรวจสอบกระบวนการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ

(2) นำแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาการค้นคว้าอิสระอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา และสำนวนภาษา

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ คือ ข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมดีแต่ต้องปรับบางข้อคำถาม เช่น ให้ครอบคลุมประเด็น การใช้สำนวนภาษา ควรจะให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจง่ายสามารถสื่อสารด้วยความหมายที่ตรงกัน นำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของแบบวัด (content validity index : CVI) เป็นการหาค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ

(เครื่องมือใหม่ควรมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.80) โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 2 3 4 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล 2544: 224) แบบสอบถามความพึงพอใจมีค่า CVI เท่ากับ 0.82

5. การดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

5.1 ระยะที่ 1 การเตรียมการ มีขั้นตอนดังนี้

5.1.1 ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น จากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

5.1.2 ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึกทางการแพทย์ กระบวนการพยาบาล การวิจัยและพัฒนา และความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์

5.1.3 นำเสนอปัญหาและข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ต่อหัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและการศึกษาต่อเนื่องเป็นที่ปรึกษา ตามลำดับ

5.1.4 ขออนุญาตทำการศึกษา และเอกสารรับรองจริยธรรม จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หลังจากนั้นประสานงานส่งเอกสารขอความร่วมมือกับหัวหน้าแผนกและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลวิชาชีพ

5.1.5 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมแนบรายละเอียดของโครงการวิจัยและตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล พิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน

5.1.6 หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2 **ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** ทั้งเครื่องที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาในขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และหาความตรงของเนื้อหาตั้งที่กล่าวมาในข้อ 4 เกี่ยวกับการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.3 **ระยะที่ 3 การทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์** มีขั้นตอนดังนี้

5.3.1 **นำเครื่องมือที่เสนออาจารย์ที่ปรึกษา และทำการปรับปรุงแก้ไขตาม** คำแนะนำไปทดลองใช้กับประชากรกลุ่มตัวอย่าง

5.3.2 **นำแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาไปใช้ใน**ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่ 1 กันยายน 2556 – 1 ตุลาคม 2556 จากนั้นประเมินผลความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่

5.4 **ระยะที่ 4 สรุปประเมินผลลัพธ์** มีขั้นตอนดังนี้

5.4.1 **ประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการแพทย์** ทั้งก่อนและหลังการนำไปทดลองใช้

5.4.2 **การวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป**

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 **ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาล** ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน ในวันที่ 7 สิงหาคม 2556 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 1 คนเป็นผู้บันทึกการสนทนา (ผู้วิจัยได้เตรียมผู้บันทึก โดยการจัดแจงหลักการ และแนวทางในการบันทึกข้อความจากการสนทนากลุ่ม) และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์อีกครั้ง

6.2 **รวบรวมข้อมูลด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการแพทย์** โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยนักรับแบบสอบถามคืนภายใน 7 หลังแจกแบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามและ

เก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แบบซองเปล่าที่เตรียมไว้แล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามใส่ซองภายหลังทำแบบสอบถามเสร็จแล้วและปิดผนึกซองด้วยตนเอง

6.3 นำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปและอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

7. การพิทักษ์สิทธิ

เริ่มภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

7.1 ทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง หองปฏิบัติการสวนหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้จะเก็บเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยเท่านั้น

7.2 จัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและหนังสือยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม

7.3 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ใช้การลงรหัสแทนชื่อ-สกุล และแบบบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ไม่ระบุชื่อ-สกุลของผู้ป่วย

7.4 เมื่อได้แบบสอบถามความพึงพอใจกลับมา เก็บข้อมูลดิบที่ได้จากแบบสอบถามไว้ ในที่ปลอดภัย เป็นความลับและทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

7.5 วิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิในการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้

8.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

8.2 ความพึงพอใจก่อนและหลังของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์โดย คำนวณค่าร้อยละ มัชฌิมเลขคณิต (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

8.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล ก่อนทดลองและหลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test (วิลโด กุศลวิศิษฐ์กุล 2549)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2555 ถึงเดือน ตุลาคม 2556 รวมระยะเวลา 1 ปี โดยมีรูปแบบการวิจัย ผู้ศึกษานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ตอน ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัญหาและแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 10 คน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย 33 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.16 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 44 ปี		
30 – 35	9	90.0
36 – 40	0	0.0
41 – 49	1	10.0
รวม	10	100.0
เพศ		
หญิง	10	100.0
ชาย	0	0.0
รวม	10	100.0
สถานภาพ		
โสด	6	60.0
สมรส	4	40.0
หม้าย/หย่า/แยก	0	0.0
รวม	10	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	9	90.0
ปริญญาโท	1	10.0
ปริญญาเอก	0	0.0
รวม	10	100.0
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย 11 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66 ปี ค่าต่ำสุด 7 ปี ค่าสูงสุด 20 ปี		
1 – 5	0	0.0
6 – 10	6	60.0
11 – 15	3	30.0
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	1	10.0
รวม	10	100.0
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย 7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 ปี ค่าต่ำสุด 4 ปี ค่าสูงสุด 16 ปี		
1 – 5	3	30.0
6 – 10	6	60.0
11 – 15	1	10.0
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	0	0.0
รวม	10	100.0
การได้รับการอบรมการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล		
เคย	8	80.0
ไม่เคย	2	20.0
รวม	10	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ท่านเคยมีส่วนร่วมในการพัฒนางานคุณภาพในหน่วยงาน		
เคย	10	100.0
ไม่เคย	0	0.0
รวม	10	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 33 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-35 ปี ร้อยละ 90.0 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 60.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านพยาบาล มีมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 5-10 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ช่วงระยะเวลา 10-15 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ ระยะเวลา 20 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ช่วงระยะเวลา 6-10 ปี มากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ช่วงระยะเวลา 1-5 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และระยะเวลา 16 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 การได้รับการอบรมการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เคยได้รับการอบรม มากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และไม่เคยอบรม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และการเคยมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานพยาบาลทั้งหมดมีส่วนร่วมทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 100.0

ตอนที่ 2 แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ปัญหาและแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ

ตารางที่ 4.2 ประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประเด็นปัญหาของแบบบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่
1. ด้านวิธีการบันทึก	
1.1 บันทึกไม่ถูกต้อง	1.1 มีแนวทางการบันทึกในแบบบันทึก
1.2 บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนตามปัญหาของผู้ป่วย	1.2 ถึง 1.5 แบบบันทึกใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล โดยการเขียนบรรยายเหตุการณ์
1.3 บันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	2 รูปแบบที่บูรณาการกัน ได้แก่ 1) รูปแบบบันทึกแบบ APIE (Assessment problem intervention evaluation system) และ 2) รูปแบบบันทึกแบบ PROM (Problem oriented medical record) โดยกำหนดให้มีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล
1.4 บันทึกโดยการเขียนบรรยายเหตุการณ์	
1.5 มีการบันทึกไม่ต่อเนื่อง	
1.6 ไม่มีคู่มือในการบันทึกทางการแพทย์	1.6 แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมีการชี้แจงแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน และมีตัวอย่างในการบันทึกพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการบันทึกที่ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลก่อนการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่
2. ด้านแบบบันทึกทางการแพทย์	
2.1 แบบบันทึกโดยภาพรวมเป็นเชิงบรรยาย ไม่มีแนวทางการบันทึกและยังไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล	2.1 แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานโดยกำหนดให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนบรรยายเพิ่มเติม

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ประเด็นปัญหาของแบบบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่
2.2 แบบบันทึกมีข้อความที่ซ้ำซ้อน	<p>ลงในช่องว่างที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโดยจัดทำแนวทางการบันทึกและแบบบันทึกให้สามารถบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล</p> <p>2.2 ปรับปรุงข้อความที่มีความซ้ำซ้อนตัดออก เพิ่มเติมข้อความที่สำคัญ ที่เป็นมาตรฐานตามวิชาชีพ</p>
<p>2.3 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลย่อย ได้แก่</p> <p>2.3.1 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ บันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ไม่มีแบบบันทึกเฉพาะต้องเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลเชิงบรรยาย</p> <p>2.3.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ บันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ไม่มีแบบบันทึกเฉพาะต้องเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลเชิงบรรยาย ข้อความในแบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ไม่ทันสมัย</p>	<p>2.3 แบบบันทึกแยกเป็นรายด้าน</p> <p>2.3.1 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจเป็นเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลใช้รูปแบบการบันทึกแบบ APIE (Assessment problem intervention evaluation system) โดยกำหนดให้ใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในช่อง <input type="checkbox"/> หน้าข้อวินิจฉัยที่ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ เติมข้อความบางส่วนที่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วยและในช่อง <input type="checkbox"/> ข้อกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย</p> <p>2.3.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจเป็นเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลและสามารถสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ใช้รูปแบบการบันทึกแบบ PROM (Problem oriented medical record) ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลเพื่อบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เสนอผลการประเมินผลและแผนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยกำหนดให้ใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในช่อง <input type="checkbox"/> หน้าข้อวินิจฉัยที่ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ เติมข้อความบางส่วนที่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วยในช่อง</p>

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ประเด็นปัญหาของแบบบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่
2.3.3 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ บันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ไม่มีแบบบันทึกเฉพาะต้องเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลเชิงบรรยาย	ข้อกิจกรรมการพยาบาล ถ้าข้อความประโยคไหนไม่ใช้ให้ขีดฆ่าข้อความและเขียนชื่อพยาบาลที่บันทึกกำกับไว้ด้านบน 2.3.3 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจเป็นเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลใช้รูปแบบการบันทึกแบบ APIE (Assessment problem intervention evaluation system) โดยกำหนดให้ใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในช่อง <input type="checkbox"/> หน้าข้อวินิจฉัยที่ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ เติมข้อความบางส่วนที่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วยและในช่อง <input type="checkbox"/> ข้อกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวิธีการบันทึก คือ บันทึกไม่ถูกต้อง บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนตามปัญหาของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล บันทึกโดยการเขียนบรรยายเหตุการณ์มีการบันทึกไม่ต่อเนื่อง ไม่มีคู่มือในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) ด้านแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ แบบบันทึกโดยภาพรวมเป็นเชิงบรรยายไม่มีแนวทางการบันทึกและยังไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล มีข้อความที่ซ้ำซ้อน ไม่ทันสมัย ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ไม่มีแบบบันทึกเฉพาะต้องเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลเชิงบรรยาย ดังนั้นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่มีดังนี้ 1) วิธีการบันทึก ได้แก่ มีแนวทางการบันทึกในแบบบันทึกใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล โดยการเขียนบรรยายเหตุการณ์ 2) รูปแบบที่บูรณาการกัน ได้แก่ 1) รูปแบบบันทึกแบบ APIE (Assessment problem intervention evaluation system) และ 2) รูปแบบบันทึกแบบ PROM (Problem oriented medical record) ซึ่งแจ้งแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน และมีตัวอย่างในการบันทึกพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการบันทึกที่ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลก่อนการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่เพื่อให้บันทึกได้รวดเร็ว และถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตาม

กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน โดยจะมีการเปรียบเทียบลักษณะของแบบฟอร์มการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนา ดังปรากฏในตารางที่ 4.2

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

จากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลจากการทำสนทนากลุ่มประกอบด้วยข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแบ่งเป็น 3 แบบบันทึกทางการพยาบาล และได้เปรียบเทียบข้อแตกต่างของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 3 แบบบันทึก ดังปรากฏในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบลักษณะแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม	แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
1. แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ		
1.1 ระบบบันทึก	- การบันทึกแบบบรรยาย เหตุการณ์ (Narrative charting) ไม่เน้นกระบวนการพยาบาล	- เป็นแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง เน้นกระบวนการพยาบาลใช้ รูปแบบ APIE (Assessment problem intervention evaluation system)
1.2 ลักษณะแบบบันทึก	- แบบฟอร์มมี 4 ช่อง ใส่ ข้อมูล วันที่ เวลา การประเมินสภาพผู้ป่วย ความต้องการการพยาบาล และแผนการพยาบาล คำสั่งการรักษาและ การปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษา-การพยาบาล	- มี 1 แผ่น 2 หน้า ประเมินสภาพผู้ป่วย แบบฟอร์มมีลักษณะเป็นแบบโครงสร้าง การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การ ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล โดยใช้แบบ โครงสร้างควบคู่กับการมี ช่องว่างให้ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมโดยใช้แบบ โครงสร้างควบคู่กับการมีช่องว่างให้ใส่ ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลง ในช่อง <input type="checkbox"/>

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม	แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
1.3 วิธีการบันทึก	- บันทึกเนื้อหาตามช่องที่กำหนดให้ในแบบฟอร์ม ใส่ข้อมูล วันที่ เวลา ปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล บันทึกอาการอาการแสดงของผู้ป่วย หรือบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในช่วงที่เยี่ยมผู้ป่วย ก่อนการตรวจสวนหัวใจ แผนการพยาบาล/ กิจกรรมการพยาบาล และประเมินผล บันทึกผลการพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาล	- บันทึกเนื้อหาลงในแบบฟอร์มตามช่องที่กำหนดประกอบด้วย 4 ส่วน คือ บันทึกสภาพผู้ป่วยอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพ pain scale ลักษณะของ pulse ตามตำแหน่งต่างๆ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล บันทึกและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละข้อปัญหา และมีช่องว่างให้เขียนข้อความเพิ่มเติม กิจกรรมการพยาบาลบันทึก กิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ การประเมินผลตามประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
2. แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ		
2.1 ระบบบันทึก	- ประเมินผู้ป่วยขณะทำหัตถการตรวจสวนหัวใจการบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์และแบบโครงสร้าง	- เช่นเดียวกับแบบเดิมมีเพิ่มเติมในส่วนของการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลใช้รูปแบบ POMR ตามแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลของ อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)
2.2 ลักษณะแบบบันทึก	- แบบฟอร์มการบันทึกแบบโครงสร้าง ข้อความบางข้อความที่ไม่จำเป็นมีการเพิ่มในส่วนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลลงในแผนการพยาบาลมีให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง <input type="checkbox"/>	-เช่นเดียวกับแบบเดิม แต่ทำการจัดหมวดหมู่เพิ่มปรับข้อความ และมีช่องว่างให้เติมข้อความ ส่วนในแบบบันทึกแผนการพยาบาลประกอบด้วย

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม	แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
2.3 วิธีการบันทึก	- บันทึกเนื้อหาตามรายละเอียดที่กำหนดไว้ในแบบฟอร์ม	1.การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในรูปแบบของ NANDA คือ เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง + โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2.ระบุแผนกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล 3.มีช่องว่างบันทึก วัน เดือน ปี และเวลาที่พบปัญหาและบันทึก วัน เดือน ปี ที่ปัญหาสิ้นสุด - บันทึกเนื้อหาตามรายละเอียดที่กำหนดไว้ในแบบฟอร์ม
3. แบบบันทึกทางการพยาบาล หลังทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ		
3.1 ระบบการบันทึก	- ประเมินผู้ป่วยหลังทำหัตถการตรวจสวนหัวใจการบันทึกแบบบรรยาย เหตุการณ์ (Narrative charting)	- เป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้างเน้นกระบวนการพยาบาลใช้รูปแบบ APIE (Assessment problem intervention evaluation system)
3.2 ลักษณะแบบบันทึก	- แบบฟอร์มมี 4 ช่อง คือ ใส่ ข้อมูล วันที่ เวลา การประเมินสภาพผู้ป่วย ความต้องการการพยาบาล และแผนการพยาบาล คำสั่งการรักษาและ การปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษา-การพยาบาล	- มี 1 แผ่น 2 หน้า มีรายละเอียดดังนี้ 1.ส่วนที่ 1 รายละเอียดของการประเมินสภาพผู้ป่วย แบบฟอร์มมีการให้เติมข้อความในช่องว่างและให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง <input type="checkbox"/>

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม	แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
3.3 วิธีการบันทึก	<p>- บันทึกเนื้อหาตามช่องที่กำหนดให้ในแบบฟอร์มทั้ง 4 ช่อง คือ บันทึกเนื้อหาตามช่องที่กำหนดให้ในแบบฟอร์ม ใส่ข้อมูล วันที่ เวลา ปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล บันทึกอาการอาการแสดงของผู้ป่วย หรือบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในช่วงที่เยี่ยมผู้ป่วย ก่อนการตรวจสวนหัวใจ แผนการพยาบาล/ กิจกรรมการพยาบาล และประเมินผล บันทึกผลการพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>2. ส่วนที่ 2 การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แบบโครงสร้างควบคู่กับการมีช่องว่างให้ใส่ข้อมูลเพิ่มเติม และให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง <input type="checkbox"/></p> <p>3. ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แบบโครงสร้างควบคู่กับการมีช่องว่างให้ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมและให้ทำเครื่องหมาย</p> <p>- บันทึกเนื้อหาลงในแบบฟอร์มตามช่องที่กำหนดประกอบด้วย 4 ส่วน คือ บันทึกสภาพผู้ป่วยอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพ pain scale ลักษณะของ pulse ตามตำแหน่งต่างๆ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล บันทึกและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละข้อปัญหา และมีช่องว่างให้เขียนข้อความเพิ่มเติม กิจกรรมการพยาบาล บันทึกเฉพาะที่ได้ปฏิบัติ การประเมินผล บันทึกตามประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p>

จากตารางที่ 4.3 พบว่า แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแบบเดิม ส่วนใหญ่เป็นแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ไม่เป็นเชิงโครงสร้างเป็นลักษณะแบบบรรยาย ขาดแบบบันทึกที่เอื้อต่อการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และกิจกรรมทางการแพทย์ วิธีการบันทึกส่วนใหญ่เป็นแบบบรรยาย ส่วนแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง มีแนวทางการบันทึกและทำเป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะแบบบันทึกทางการแพทย์ในส่วนของการพยาบาลที่จัดเป็นมาตรฐานที่เอื้อต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และแผนการพยาบาลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนบรรยายเพิ่มเติมลงในช่องว่าง เขียนเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วย



**ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นของ
ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร**

จากผลการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลความพึงพอใจ
ในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาโดยใช้
แนวคิดกระบวนการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและ
หลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล)
จำแนกเป็น โดยรวมรายด้านและรายข้อ

ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ (ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
1.การประเมินภาวะสุขภาพ						
1.1 แบบบันทึกการมีรายละเอียดที่ครบถ้วน เหมาะสม	3.20	0.789	ปานกลาง	4.60	0.516	มากที่สุด
1.2 แบบบันทึกง่ายต่อการบันทึก	2.80	0.632	ปานกลาง	4.80	0.422	มากที่สุด**
1.3 แบบบันทึกสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึก	2.70	0.675	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด**
2.การตั้งข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล						
2.1 แบบบันทึกครอบคลุมปัญหาและความ ต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย	3.20	0.632	ปานกลาง	4.40	0.516	มาก
2.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ง่าย	2.60	0.516	ปานกลาง	4.50	0.527	มากที่สุด*
2.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลบันทึกข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	2.80	0.632	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด*
3.การวางแผนการพยาบาล						
3.1 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถ เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้สะดวก และรวดเร็ว	3.10	0.568	ปานกลาง	4.50	0.527	มากที่สุด

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ (ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
3.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด วัตถุประสงค์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ อย่างครบถ้วน	3.00	0.471	ปานกลาง	4.50	0.707	มากที่สุด
3.4 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด เกณฑ์การประเมินผลได้ง่ายและสะดวก	3.10	0.568	ปานกลาง	4.60	0.699	มากที่สุด
3.5 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด เกณฑ์การประเมินผลได้ครอบคลุม	3.10	0.568	ปานกลาง	4.40	0.699	มาก
3.6 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึก กิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติได้สะดวก และรวดเร็ว	2.90	0.568	ปานกลาง	4.80	0.632	มากที่สุด*
3.7 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด กิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมบทบาท ของพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2.90	0.568	ปานกลาง	4.50	0.527	มากที่สุด
4. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล						
4.1 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึก การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ง่าย	2.70	0.675	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด**
4.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึก การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้สะดวก และรวดเร็ว	2.90	0.568	ปานกลาง	4.60	0.516	มากที่สุด
5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล						
5.1 แบบบันทึกมีรายละเอียดครบถ้วนเหมาะสม	3.10	0.568	ปานกลาง	4.30	0.483	มาก
5.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึก ผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่าย	2.90	0.568	ปานกลาง	4.60	0.516	มากที่สุด
5.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึก ผลการปฏิบัติการพยาบาลได้สะดวกและ รวดเร็ว	2.90	0.568	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด
รวมทั้งหมด	2.94	0.589	ปานกลาง	4.59	0.539	มากที่สุด

** ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 3 ลำดับแรก

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรองลงมา 3 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด ลำดับแรก ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพง่ายต่อการบันทึก 2) แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึก และ 3) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ง่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.80, 2.70$ และ 2.70 ตามลำดับ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.80, 4.70$ และ 4.70 ตามลำดับ)



ตาราง 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและ
หลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านประโยชน์ของแบบบันทึก)
จำแนกเป็น โดยรวมรายด้านและรายข้อ

ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ (ด้านประโยชน์ของแบบบันทึก)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
1. รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยรวม						
1.1 แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องในทีมการพยาบาลได้ชัดเจน	3.20	0.632	ปานกลาง	4.60	0.699	มากที่สุด
1.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างทีมสหสาขาได้ชัดเจน	3.10	0.568	ปานกลาง	4.50	0.527	มากที่สุด
1.3 แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุม กระบวนการพยาบาล	3.10	0.316	ปานกลาง	4.50	0.707	มากที่สุด
1.4 แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างชัดเจน ไม่ ซ้ำซ้อน	2.90	0.738	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด**
1.5 แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ บันทึกสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึก ได้อย่างดี	3.30	0.483	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด
1.6 แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ บันทึกสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำกลับมา ทบทวนได้ง่าย	2.90	0.738	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด**
1.7 แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างต่อเนื่อง	3.20	0.422	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด*
รวมทั้งหมด	3.10	0.557	ปานกลาง	4.63	0.552	มากที่สุด

** ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 2 ลำดับแรก

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรองลงมา

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล ด้านประโยชน์ของแบบบันทึกก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.10$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด ลำดับแรก ได้แก่ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน และ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำกลับมาทบทวนได้ง่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.90$ และ 2.90 ตามลำดับ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.70$ และ 4.70 ตามลำดับ)



ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานคะแนนความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ จำแนกเป็นรายชื่อ

ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ	ก่อน การทดลอง		หลัง การทดลอง		Wilcoxon signed ranks test	p-value
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
ก. การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล						
1. การประเมินภาวะสุขภาพ						
1.1 แบบบันทึกการมีรายละเอียดที่ครบถ้วน เหมาะสม	3.20	.789	4.60	.516	2.889	0.002**
1.2 แบบบันทึกง่ายต่อการบันทึก	2.80	.632	4.80	.422	2.970	0.0015**
2. การตั้งข้อวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์						
2.1 แบบบันทึกครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ด้านสุขภาพของผู้ป่วย	3.20	.632	4.40	.516	2.807	0.0025**
2.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อ วินิจฉัยทางการแพทย์ได้ง่าย	2.60	.516	4.50	.527	2.913	0.002**
2.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลบันทึกข้อวินิจฉัย ทางการแพทย์ได้สะดวกและรวดเร็ว	2.80	.632	4.70	.483	2.850	0.002**
3. การวางแผนการพยาบาล						
3.1 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถเรียงลำดับ ความสำคัญของปัญหาได้สะดวกและรวดเร็ว	3.10	.568	4.50	.527	2.724	0.003**
3.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด วัตถุประสงค์ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ สะดวกและรวดเร็ว	3.00	.471	4.70	.483	2.859	0.002**
3.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด วัตถุประสงค์ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ อย่างครบถ้วน	3.00	.471	4.50	.707	2.714	0.0035**
3.4 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด เกณฑ์การประเมินผลได้ง่ายและสะดวก	3.10	.568	4.60	.699	2.530	0.0055**
3.5 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด เกณฑ์การประเมินผลได้ครอบคลุม	3.10	.568	4.40	.699	2.414	0.0080**

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ	ก่อน		หลัง		Wilcoxon signed ranks test	p-value
	การทดลอง		การทดลอง			
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
3.6 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติได้สะดวกและรวดเร็ว	2.90	.568	4.80	.632	2.754	0.0030**
3.7 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2.90	.568	4.50	.527	2.873	0.0020**
4. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล						
4.1 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ง่าย	2.70	.675	4.70	.483	2.873	0.0020**
4.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	2.90	.568	4.60	.516	2.859	0.0020**
5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล						
5.1 แบบบันทึกมีรายละเอียดครบถ้วนเหมาะสม	3.10	.568	4.30	.483	2.588	0.0050**
5.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่าย	2.90	.568	4.60	.516	2.859	0.0020**
5.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	2.90	.568	4.70	.483	2.842	0.0020**
ข. ประโยชน์ของแบบบันทึก						
6. รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยรวม						
6.1 แบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในทีมการพยาบาลได้ชัดเจน	3.20	.632	4.60	.699	2.565	0.0050**
6.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างทีมสหสาขาได้ชัดเจน	3.10	.568	4.50	.527	2.889	0.0020**

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์บาล ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ	ก่อน		หลัง		Wilcoxon signed ranks test	p-value
	การทดลอง		การทดลอง			
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
6.3 แบบบันทึกทางการแพทย์บาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	3.10	.316	4.50	.707	2.640	0.0040**
6.4 แบบบันทึกทางการแพทย์บาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน	2.90	.738	4.70	.483	2.719	0.0035**
6.5 แบบบันทึกทางการแพทย์บาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกได้ อย่างดี	3.30	.483	4.70	.483	2.739	0.003**
6.6 แบบบันทึกทางการแพทย์บาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำกลับมาทบทวนได้ ง่าย	2.90	.738	4.70	.483	2.694	0.0070**
6.7 แบบบันทึกทางการแพทย์บาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวมได้อย่างต่อเนื่อง	3.20	.422	4.70	.483	2.762	0.0030**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.6 พบว่า เมื่อพิจารณารายชื่อของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์บาล มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบบันทึกทางการแพทย์บาลหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์บาลที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและด้านประโยชน์ของแบบบันทึกทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลัง
การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล

ลำดับ	ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล	ก่อนการ	หลังการ
		ปรับปรุง n=10	ปรับปรุง n=10
ก. การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล			
1.	การประเมินภาวะสุขภาพ		
	1.1 แบบบันทึกมีรายละเอียดที่ครบถ้วนเหมาะสม	64	92
	1.2 แบบบันทึกง่ายต่อการบันทึก	56	96*
	1.3 แบบบันทึกสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึก	54	94
2.	การตั้งข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล		
	2.1 แบบบันทึกครอบคลุมปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย	64	88
	2.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ง่าย	52	90
	2.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	56	94
3.	การวางแผนการพยาบาล		
	3.1 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้สะดวกและรวดเร็ว	62	90
	3.2 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	60	94
	3.3 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน	60	90
	3.4 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินผลได้ง่ายและสะดวก	62	92
	3.5 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินผลได้ครอบคลุม	62	88
	3.6 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติได้สะดวกและรวดเร็ว	58	96*
	3.7 แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	58	90

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ลำดับ	ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล	ก่อนการ	หลังการ
		ปรับปรุง	ปรับปรุง
		n=10	n=10
4.	การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล		
4.1	แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ง่าย	54	94
4.2	แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	58	92
5.	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล		
5.1	แบบบันทึกมีรายละเอียดครบถ้วนเหมาะสม	62	86
5.2	แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่าย	58	92
5.3	แบบบันทึกช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	58	94
	ข.ประโยชน์ของแบบบันทึก		
6.	รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยรวม		
6.1	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในทีมการพยาบาลได้ชัดเจน	64	92
6.2	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างทีมสหสาขาได้ชัดเจน	62	90
6.3	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	62	90
6.4	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน	58	94
6.5	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกได้อย่างดี	66	94
6.6	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำกลับมาทบทวนได้ง่าย	60	92
6.7	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างต่อเนื่อง	64	94
รวม		59.76	91.92

* ร้อยละของความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด 2 ลำดับแรก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ร้อยละของความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 59.76 แต่หลังการทดลองมีคิดเป็นร้อยละ 91.92 เมื่อพิจารณาเป็น รายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าร้อยละของความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด ลำดับแรก ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประเมิน ภาวะสุขภาพง่ายต่อการบันทึก (ก่อนการทดลอง ร้อยละ 56.00 , หลังการทดลอง ร้อยละ 96.00) และ 2) แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึก (ก่อนการทดลอง ร้อยละ 58.00 , หลังการทดลอง ร้อยละ 96.00) ตามลำดับ



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร การศึกษาครั้งนี้มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. สรุปการศึกษา

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.1.1 เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

1.2 วิธีดำเนินการ

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

(1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน

(2) แบบบันทึกทางการแพทย์ ของผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจจนกระทั่งถึงระยะหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ 1 วัน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน ซึ่งคุณสมบัติเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาลภายหลังให้การพยาบาล ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ เป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

(2) แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองอย่างละ 20 แพ้ม ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบบบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวคัดเลือกจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ระยะก่อนทำหัตถการสวนหัวใจ จนกระทั่งถึงระยะหลังการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ 1 วัน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทาง และประยุกต์แบบบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (2551) มี 3 แบบบันทึก คือ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลระหว่างทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ และ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 1) ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 18 ข้อ 2) ด้านประโยชน์ของแบบบันทึก จำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงทางเนื้อหา (content validity) ได้นำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้น และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระตรวจสอบ ความครอบคลุม

สำนวนภาษา และแก้ไขข้อผิดพลาดจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาหาค่า $CVI = 0.82$

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน ในวันที่ 7 สิงหาคม 2556 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 1 คนเป็นผู้บันทึกการสนทนา (ผู้วิจัยได้เตรียมผู้บันทึก โดยการชี้แจงหลักการ และแนวทางในการบันทึกข้อความจากการสนทนากลุ่ม) และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์

2) รวบรวมข้อมูลด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล โดย แจกแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยนับรับแบบสอบถามคืนภายใน 7 หลังแจกแบบสอบถามโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3) นำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานโดยค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สถิติ Wilcoxon signed-ranks test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน เป็นหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 33 ปี ช่วงอายุ 30-35 ปี มีมากที่สุด คือ ร้อยละ 90 และมีอายุ 44 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 สถานภาพสมรสเป็นโสดมากที่สุด คือ ร้อยละ 60 รองลงมา คือ สถานภาพคู่ ร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีพบมากที่สุดจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ระยะเวลาใน

การปฏิบัติงานด้านพยาบาล มีมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 5-10 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา คือช่วงระยะเวลา 10-15 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และ ระยะเวลา 20 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ ช่วงระยะเวลา 6-10 ปี มากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา คือ ช่วงระยะเวลา 1-5 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และระยะเวลา 16 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 การได้รับการอบรมการเขียนบันทึกทางการแพทย์ เคยได้รับการอบรม มากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และไม่เคยอบรม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และการเคยมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานพยาบาลทั้งหมดมีส่วนร่วมทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 100

1.3.2 แบบบันทึกทางการแพทย์

แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ดำเนินการพัฒนาโดยการศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์ตามบริบทของโรงพยาบาล แนวคิดของกระบวนการพยาบาลและความสามารถในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะดังนี้

1) *วิธีการบันทึก* ส่วนใหญ่เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่ได้มาตรฐานมีแนวทางการบันทึกและทำเป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ก่อนการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจจนกระทั่งสิ้นสุดการทำหัตถการสวนหัวใจและเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยเป็นเวลา 1 วัน โดยเฉพาะแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำเป็นมาตรฐานที่เอื้อต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนบรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยลงในช่องว่างที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ในแบบบันทึกทางการแพทย์แต่ละระยะจะมีแนวทางการบันทึกอธิบายไว้ในเอกสารที่พัฒนาขึ้น ซึ่งจะชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกแต่ละส่วนและมีตัวอย่างของการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

2) *แบบบันทึก* เป็นแบบฟอร์มเชิงโครงสร้างที่ได้มาตรฐาน มีแนวทางการบันทึกที่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนบรรยายเพิ่มเติมบางส่วน และเขียนบรรยายเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติของผู้ป่วยแล้วบันทึกลงในแบบบันทึกทางการแพทย์ 3 แบบฟอร์ม ได้แก่ 1) แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ 2) แบบบันทึกทางการแพทย์ระหว่างทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ (แบบบันทึกแผนการพยาบาล) และ 3) แบบบันทึกทางการแพทย์หลังทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ

1.3.3 ผลการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด ลำดับแรก ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพง่ายต่อการบันทึก 2) แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึก และ 3) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ง่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.80, 2.70$ และ 2.70 และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.80, 4.70$ และ 4.70 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 4.3)

2. อภิปรายผล

2.1 แบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลดีกว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม โดยมีข้อมูลสนับสนุนผลการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล ด้านการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด และ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลด้านประโยชน์ของแบบบันทึก เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นกัน แสดงว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและสามารถใช้ประโยชน์จากแบบบันทึกทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ศึกษาการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย โรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลและศึกษาผลการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนา

สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ ฌักทร ธนะพุดินาถ (2549) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว พบว่าหลังค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกและ ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.1 ความเหมาะสมของแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการ

พยาบาล จากการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จากการสอบถามและสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเหมาะสมของแบบการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมและรายข้อหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องทอง มธุรชน (2546) พบว่าความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดารารัตน์ หงส์ทอง (2547) พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแล แบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร คุสิตสกุล และคณะ (2546) พบว่า ความพึงพอใจ โดยรวมของพยาบาลต่อการใช้การบันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารี ชิวเกษมสุข (2548) พบว่า ได้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้และพยาบาลมีความพึงพอใจในระบบการบันทึกมาก ทั้งนี้มีเหตุผลสนับสนุนในการศึกษา ดังนี้

1) มีการจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสะดวกและง่ายต่อการบันทึกมากกว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม เนื่องจาก

(1) พัฒนาจากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงานจริง โดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา รวมถึงสัมภาษณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทภายในหน่วยงาน โดยอยู่ในกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล โดยมีแบบบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) เป็นต้นแบบในการพัฒนา

(2) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ทำให้เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รวดเร็วใช้เวลาน้อยจะช่วยประหยัดเวลา (มาริษา สมบัติบุรณ 2545) สอดคล้องกับคำกล่าวของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2550) ที่กล่าวว่า การบันทึกตามแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง ทำให้พยาบาลบันทึกได้เร็ว มีแนวทางในการบันทึกที่จะเลือกบรรยายได้ด้วยตัวเองและจะทำให้บรรยายไปในแนวทางเดียวกัน จึงเป็นแบบบันทึกที่มีความเหมาะสมและเห็นถึงคุณภาพการพยาบาลได้อย่างชัดเจนดีขึ้นกว่าแบบบันทึกฉบับเดิม

(3) ใช้ระบบการบันทึกของแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ *APIE Charting (Assessment problem intervention evaluation system)* เป็นรูปแบบการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย รายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล รูปแบบบันทึกง่าย โดยการบันทึกจะรวมบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบบันทึกเดียวกัน รูปแบบนี้นำมาใช้ในแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ ร่วมกับรูปแบบแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record: PROM) มาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย บันทึกแสดงถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแล และความก้าวหน้าของผู้ป่วย ใช้ในแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ ประยุกต์มาจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชีวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) โดยเป็นรูปแบบที่เป็นโครงสร้างชัดเจนง่ายและรวดเร็วในการบันทึก ลดระยะเวลาในการเขียนบันทึก สามารถสืบค้นข้อมูลได้ง่ายขึ้น

(4) มีการกำหนดแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล แนวทางในการบันทึกจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกไปในแนวทางเดียวกัน ดีลูน และแลดเนอร์ ไวท์ และ เทเลอร์ (Delaune and Ladner 2002; White 2003; Taylor 2005 อ้างใน อารี ชีวเกษมสุข 2551) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับวิธีบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล เช่นบันทึกในแบบบันทึกที่กำหนด พร้อมลงเวลา วันที่ และเซ็นชื่อทุกครั้ง ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง ลงเวลาตามจริงที่เกิดเหตุการณ์ ไม่ใช่เวลาที่บันทึก

(5) มีแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ทำให้มีแนวทางในการค้นหาปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับกันนิงเบิร์ก และคณะ (Gunningberg et al.2004 อ้างใน ฤดี ฉ่ำสูงเนิน 2552) ที่กล่าวว่า ควรมีการกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางเพื่อง่ายในการหาปัญหาและการวางแผนการพยาบาลที่ทำให้การบันทึกมีคุณภาพมากขึ้น

(6) การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในการร่วมกันพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลจากปัญหาที่พบขณะปฏิบัติงานในหน่วยงาน และจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล รวมทั้งประยุกต์ใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ซึ่งเป็นแบบบันทึกทางเป็นมาตรฐานมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน สอดคล้องกับผลการวิจัยของฤดี ฉ่ำสูงเนิน (2552) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลปัทมรังษี ทำให้งานและการบันทึกมีคุณภาพมากขึ้น

2.1.2 ด้านความครอบคลุมของแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแบบเดิม ส่วนใหญ่เป็นแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลไม่เป็นเชิงโครงสร้าง ขาดแบบบันทึกที่เอื้อต่อการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล วิธีการบันทึกส่วนใหญ่เป็นแบบบรรยาย ส่วนแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง มีแนวทางการบันทึกและทำเป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) มีการพัฒนารูปแบบแบบบันทึกตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาล มีการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่องครอบคลุมกระบวนการพยาบาล จัดทำแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งมีความสะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อการบันทึก ส่งเสริมการบันทึกให้ครบตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลบันทึกอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้ตามอาการของผู้ป่วยซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ (อารี ชิวเกษมสุข 2534; Cheevakasemsook 2005)

2) มีการพัฒนาวิธีการบันทึก โดยกำหนดการใช้รูปแบบ APIE (Assessment Problem Intervention Evaluation system) ร่วมกับรูปแบบแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record: PROM) ในการบันทึกโดยเฉพาะแบบบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของแผนการพยาบาลที่จัดเป็นมาตรฐานที่เอื้อต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนบรรยายเพิ่มเติมลงในช่องว่าง ช่วยให้นักบันทึกได้เร็วและต่อเนื่อง แต่ผลการศึกษาคั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความครบถ้วนของการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย โดย

ผู้วิจัยให้เหตุผลว่า ในช่วงเวลาที่ใช้แบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่พยาบาลยังปฏิบัติการพยาบาลและทำการบันทึกทางการพยาบาลด้วยวิธีการเหมือนเดิม

2.1.3 ด้านความซ้ำซ้อนของแบบบันทึกทางการพยาบาล

1) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนบรรยายเพิ่มเติมลงในช่องว่าง ช่วยให้บันทึกได้อย่างสะดวก มีข้อความเฉพาะเจาะจง จัดเป็นหมวดหมู่ลดความซ้ำซ้อน

2) มีแนวทางการบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน ส่งผลให้บันทึกตามกรอบที่กำหนดไว้ตามกระบวนการพยาบาล เอื้อต่อการลงข้อมูลลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล

2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นแบบแผน ส่งผลให้ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมก่อนการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่อยู่ในระดับมากที่สุด (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6) อธิบายตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลได้ ดังต่อไปนี้

2.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแบบเดิม ไม่ได้ระบุการลงข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพใช้วิธีการเขียนแบบบรรยายเหตุการณ์ (Narrative charting) แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลไม่เป็นเชิงโครงสร้าง ขาดแบบบันทึกที่เอื้อต่อการเขียนข้อมูลการประเมินสุขภาพ แต่แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ได้มีการระบุช่องว่างการเขียนการประเมินภาวะสุขภาพ จัดทำเป็นโครงสร้างการประเมินที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ทำให้ได้ข้อมูลและรายละเอียดที่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล มีรูปแบบที่ง่าย สะดวก และรวดเร็วต่อการบันทึกโดยการใช้ check list และการเติมข้อความในช่องว่างถ้ามีข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมาใหม่จะช่วยลดระยะเวลาและขั้นตอน ลดความซ้ำซ้อน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจในเรื่องของ ความสะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อการบันทึก

2.2.2 การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแบบเดิม ไม่ได้ระบุการลงข้อมูลเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นเชิงโครงสร้าง ใช้วิธีการเขียนแบบบรรยายเหตุการณ์ (Narrative charting) ทำให้ต้องเสียเวลาในการบันทึกนานขึ้น ไม่เป็นแนวทางหรือมาตรฐานในการบันทึกที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ต่างคนต่างเขียนมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับผู้บันทึก ขาดแบบบันทึกที่เอื้อต่อการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ได้มีการระบุการเขียนการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นเชิงโครงสร้างมีแบบอย่างที่เป็นมาตรฐานตามกระบวนการ-พยาบาล รูปแบบที่ใช้เป็นรูปแบบ APIE (Assessment Problem Intervention Evaluation system) ร่วมกับรูปแบบแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record: PROM) ในการบันทึกโดยเฉพาะแบบบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของ การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีการพัฒนาขึ้นและประยุกต์จากแบบบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพมีมาตรฐาน เอื้อต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนบรรยายเพิ่มเติมลงในช่องว่าง ช่วยให้บันทึกได้เร็วและต่อเนื่อง ซึ่งแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมาใหม่จะช่วยลดระยะเวลาในการเขียน มีโครงสร้างชัดเจน มีการเขียนข้อวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน ง่ายต่อการบันทึก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจในเรื่องของ ความสะดวก รวดเร็ว ง่ายต่อการบันทึก และมีแนวทางการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐานเหมาะสมกับและครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย

2.2.3 การวางแผนการพยาบาล

แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแบบเดิม ไม่ได้ระบุการลงข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลที่เป็นเชิงโครงสร้าง ใช้วิธีการเขียนแบบบรรยายเหตุการณ์ (Narrative charting) ทำให้ต้องเสียเวลาในการบันทึกนานขึ้น ไม่เป็นแนวทางหรือมาตรฐานในการบันทึกที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ต่างคนต่างเขียนมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับผู้บันทึก ขาดแบบบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกการวางแผนทางการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ได้มีพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นเชิง

โครงสร้างมีแบบอย่างที่เป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล รูปแบบที่ใช้เป็นรูปแบบ APIE (Assessment Problem Intervention Evaluation system) ร่วมกับรูปแบบแบบบันทึกทางการแพทย์แบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record: PROM) ในการบันทึกโดยเฉพาะแบบบันทึกทางการแพทย์ในส่วนของแผนการพยาบาลที่จัดเป็นมาตรฐานที่เอื้อต่อการบันทึก พยาบาลสามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ กำหนดเกณฑ์การประเมินผลทำให้บันทึกได้สะดวก และรวดเร็ว ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล นอกจากนั้นแบบบันทึกยังช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติได้สะดวก และรวดเร็วขึ้น รวมทั้งยังครอบคลุมบทบาทของพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แบบบันทึกแผนการพยาบาลทุกคนเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิม

2.2.4 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล

ในส่วนของกรปฏิบัติตามแผนการพยาบาลแบบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแบบเดิม ใช้วิธีการเขียนแบบบรรยายเหตุการณ์ (Narrative charting) แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ไม่เป็นเชิงโครงสร้าง ขาดแบบบันทึกที่เอื้อต่อการเขียนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล แต่แบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ได้มีการระบุช่องว่างการเขียนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล จัดทำเป็นโครงสร้างการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องได้รับให้ได้ข้อมูลและรายละเอียดที่ครบถ้วนตามสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย มีรูปแบบที่ง่าย สะดวก และรวดเร็วต่อการบันทึก ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แบบบันทึกแผนการพยาบาลทุกคนเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิม

2.2.5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในแบบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแบบเดิม ใช้วิธีการเขียนแบบบรรยายเหตุการณ์ (Narrative charting) ส่วนแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ การเขียนการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แบบโครงสร้างควบคู่กับการมีช่องว่างใส่ข้อมูลเพิ่มเติม

บันทึกตามประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้ง่ายต่อการลงข้อมูล สะดวกและลดระยะเวลาในการบันทึกทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจมากกว่าแบบบันทึกแบบเดิม

จากการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามบริบทของปัญหาที่พบจริง และพยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยมีการสนทนากลุ่มทุกคนได้ออกความคิดเห็น มีการระดมสมองระดมความคิดทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลหาประเด็นปัญหา แนวทางการแก้ไขปรับปรุงให้แบบบันทึกทางการพยาบาลเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน นำแนวทราความรู้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งกระตุ้นให้พยาบาลทุกคนเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจ ไม่เกิดการต่อต้าน เกิดความภาคภูมิใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ช่วยกันพัฒนาทำให้มุ่งมั่นตั้งใจปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ทำให้ได้แบบบันทึกที่พยาบาลพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Van et al.1995 อ้างใน พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล 2551) พบว่า มีการปรับปรุงคุณภาพการบริการของแผนกศัลยกรรมให้ดีขึ้น โดยนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ซึ่งได้มีการปรับปรุงร่วมกันเพื่อการปรับปรุงแบบฟอร์มของเอกสารในการพัฒนาคุณภาพบริการ การระดมสมองหรือให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างๆ เพื่อพัฒนางาน ส่งผลให้ทุกคนเต็มใจในรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ไปใช้จริงในการปฏิบัติงาน และทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่ง่ายต่อการบันทึกมากกว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม ดังนั้นพยาบาลผู้บันทึกควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อง่ายและสะดวกกับการนำแบบบันทึกทางการพยาบาลไปใช้จริง

3.1.2 จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลเดิม ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรมีความชัดเจนที่จะกำหนดและสนับสนุนด้านนโยบาย การนำแบบบันทึกทาง

การพยาบาลไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนา รวมทั้งกระตุ้นให้หน่วยงานอื่น ได้มีการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ตามบริบทของหน่วยงานนั้นๆ โดยมีพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนา ส่งผลให้สามารถพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนและพยาบาลในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ

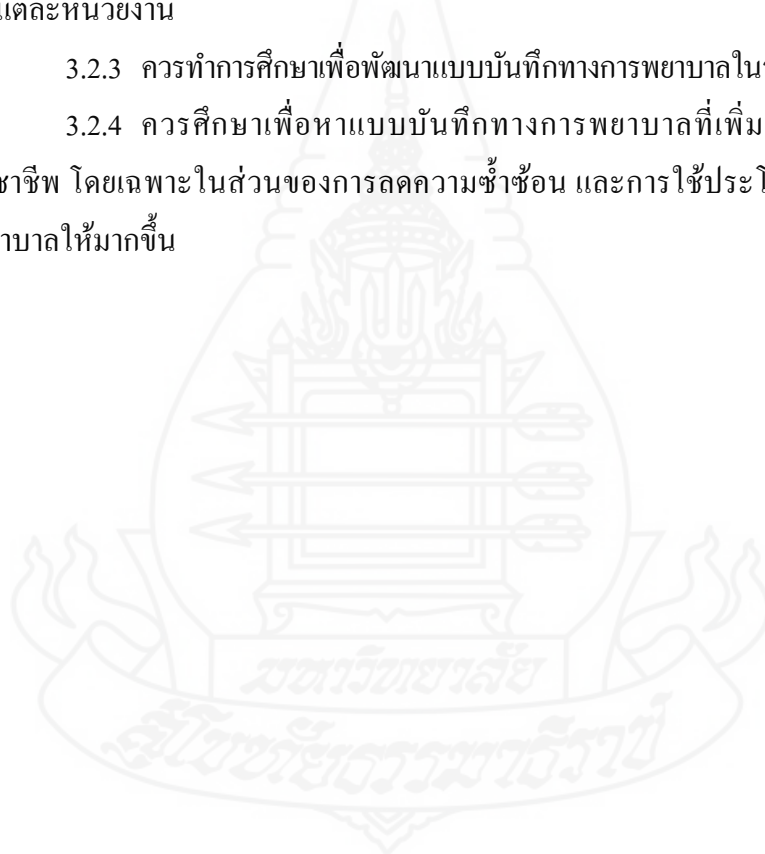
3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ควรมีการนิเทศติดตามคุณภาพแบบบันทึกทางการพยาบาล ควรมีการพัฒนาคู่มือและการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

3.2.2 ควรใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นต้นแบบในการศึกษาวิจัยสำหรับหอผู้ป่วยอื่นๆอาจทำการเปลี่ยนแปลงตัวแปรบางตัวในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

3.2.3 ควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลในระบบอิเล็กทรอนิกส์

3.2.4 ควรศึกษาเพื่อหาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในส่วนของ การลดความซ้ำซ้อน และการใช้ประโยชน์จากการบันทึกทางการพยาบาลให้มากขึ้น





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัลยา วาณิชย์บัญชา (2546) *การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* กรุงเทพมหานคร
ธรรมสาร
- เกษณี เอกสุวรรณ (2545) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร
โรงพยาบาลลำพูน” รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ไขแสง โพธิโกสุม (2539) “แนวทางการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล : แนวคิด
พื้นฐาน” *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 16, 3 (กรกฎาคม – กันยายน): 55-59
- จรรยา น้อยอ่าง (2543) “การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสนา”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- จิรา เตมจิตรอารีย์ (2529) “การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณภัทร ธนะพุดินาท (2549) “ผลของการใช้แบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพ
การบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- ณภัทร ธนะพุดินาท, นภาพร แก้วนิมิตชัย และยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2554) “ผลของการใช้แบบการ
บันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว” *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียววิชาการ* 14,
28 (มกราคม-มิถุนายน): 1-21
- ณัญญา มูลประหัต (2537) “ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่องาน ความเชื่ออำนาจในตนบรรยาการ
องค์การกับการมีส่วนร่วมในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลกระทรวงกลาโหม”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดวงตา วัฒนเสนา (2541) “การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์
ลำปางที่” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ดรรารัตน์ หงส์ทอง (2547) “ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เดือนใจ ภูสระแก้ว (2551) “รูปแบบการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานของพยาบาลตึกผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์” การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญจมา เตาเกล้า “บันทึกทางการแพทย์กับการประกันคุณภาพการพยาบาล” *วารสารสภาการพยาบาล* 2 (เมษายน – มิถุนายน): 1-11
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547) *การมีส่วนร่วม : หลักพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง* พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ สิริลักษณ์การพิมพ์
- นัทธมณ จินดาสมุทร (2553) “การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้คลอด โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
- นุสรรา สุขศิริ (2544) “ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลโรบางพยาบาลระยอง” วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร (2544) “คุณภาพบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน” *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 13, 2: 1-7
- _____ (2547) *ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย
- บุปผา กิจสหวงศ์ (2550) “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ปกณวิชัย พานรัตน์ และบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร “ปัจจัยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลเอกชน” *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 33, 1 (มกราคม-เมษายน): 29-42
ประคอง วรรณสุด (2538) *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ฉบับปรับปรุงแก้ไข*.

กรุงเทพมหานคร ศูนย์หนังสือศรีสง่า

ปรารธนา มุ่งมุล (2529) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวช”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

พรศิริ พันธสี และรัชณี นามจันทร์ “การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล”
วารสารสภาการพยาบาล 21, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 80-93

พรศิริ พันธสี, รัชณี นามจันทร์ และอรพินท์ สีขาว (2548) *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการ
พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล
หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*

พวงเพชร สุริยะพรหม และสุชมาล ค้อยแก้ว “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่ม
การพยาบาล โรงพยาบาลน่าน” *วารสารกองการพยาบาล* 37, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 1-7

พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) *การบันทึกการพยาบาลอนุกรรมการบริหาร
การพยาบาลลำดับที่ 4 พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร ภาควิชาพลศึกษาจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย*

พัชรินทร์ ชุนชัง (2550) “การวิจัยและพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล ของผู้ป่วยโรคเรื้อนสถาบัน
ราชประชาสมาสัย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พินิจ ปรีชานนท์ และนवलลอ ศรีโพธิ์ทอง (2537) “ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลในห้อง
ผ่าตัดต่อความพึงพอใจบริการการพยาบาลของผู้ป่วย” *รามารับดีเวชสาร* 17(กรกฎาคม -
กันยายน): 277-282

- เฟื่องทอง มธุรชน (2546) “ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ภัทรา เตือกพันธ์ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับสุขภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลประจำหน่วย งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ยุวดี ฤาชา และปาริชาติ กุ๊ซ (2549) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณในการทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 7 หน้า 7-9 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- รัชณี อยู่ศิริ (2551) *การบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร พิทักษ์การพิมพ์*
- รัตนะ บัวสนธ์ (2552) *การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา กรุงเทพมหานคร คาสัมย์*
- รัตนา ทองสวัสดิ์ (2541) *วิชาชีพการพยาบาลประเด็นและแนวโน้ม พิมพ์ครั้งที่ 5* เชียงใหม่ โรงพิมพ์ธนบรรณ
- รัตนา ขวงคำมา (2548) “การพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์” วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- รุจโรจน์ แก้วอุไร (2546) *การวิจัยและพัฒนา(Research and Development) ม.ป.ท. ม.ป.ป.*
- ฤดี ฉ่ำสูงเนิน (2552) “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลปึกธงชัย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ลัดดาวัลย์ แดงเถิน (2550) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วรจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2537) “พยาบาลกับการพัฒนานบันทึกการพยาบาล” *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์* 14 (มกราคม – มีนาคม): 48-61

- วรรณิ โสมประยูร (2546) “การวิจัยและพัฒนาทางด้านการศึกษา” *วารสารวิชาการ* 6, 6 (2546)
: 12-14
- วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล (2549) “สถิติไม่อิงพารามิเตอร์” ใน *เอกสารประมวลสาระชุดวิชา การวิจัย
ทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 5 หน้า 4-17 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) “การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาล พญาไท 1” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขาวิชาเอก การบริหาร โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ศศิธร วีรเวทวัฒน์ (2547) “ผลของการมีส่วนร่วมใน การสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาล แผนกสูติต่อ
ความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- สิวพร หว่างสิงห์ (2545) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการพัฒนาเพื่อการ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลไทยนครินทร์” *วิทยานิพนธ์หลักสูตร
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
บูรพา*
- สภาการพยาบาล (2540) *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไข
เพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540*
กรุงเทพมหานคร เดอะ เบสท์ กราฟฟิค แอนด์ ปรินท์
- สภาการพยาบาล (2544) “มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์” ใน *ประกาศสภาการ
พยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544* ใน ราชกิจจานุเบกษา
ณ วันที่ 24 เมษายน 2544 หน้า 3-4
- สภาการพยาบาล (2556) *เอกสารประกอบการสัมมนาการพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจเยี่ยมประจำปี 2556*
เรื่อง การตรวจเยี่ยมรับรองคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จัดโดย สภาการ
พยาบาล วันที่ 21-23 กุมภาพันธ์ 2556
- สมจิต หนูเจริญกุล (2543) *การพยาบาลศาสตร์ของการปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร วิ.เจ.พรินติ้ง
- สมยศ นาวิการ (2545) *การบริหารแบบมีส่วนร่วม* กรุงเทพมหานคร บรรณกิจ

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2553) *แนวทางการบันทึกและการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)* กรุงเทพมหานคร ชูเนี่ยน อุลตราไวโอเร็ด
- สุขรัตน์ มูลสาคร (2551) “การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ระบบต้นทุนกิจกรรม โรงพยาบาลตำรวจ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สุพิณญา ทองจันทร์ (2551) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการจัดการด้านการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน เขต 1” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สุมิตรา มิ่งมิตร (2554) “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สุวิมล ว่องวานิช (2545) *เคล็ดลับการทำวิจัยในชั้นเรียน* พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อักษรไทย
- เสาวนีย์ เนาวพานิช (2552) *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary intervention)* ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- เสาวลักษณ์ สุกใส (2542) “การมีส่วนร่วมของพยาบาล ในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์” รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- หทัยนุช ภู่งิ่ง (2551) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- องอาจ นัยวัฒน์ (2554) *การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- อารี ชิวเกษมสุข (2534) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึกทางการ
พยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา” วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะศาสตร จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
- _____. (2548) *การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพ ภาค*
วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- _____. (2551) *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ* นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- _____. (2556) *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการ*
พยาบาลที่มุ่งเน้นการใช้กระบวนการพยาบาล รงพยาบาลลำลูกกา จัดโดย สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช วันที่ 20-21 มิถุนายน 2556
- อุบล เกสาสายพันธุ์ (2523) “ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่มี
คุณภาพ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะศาสตร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Atkinson, L. D., and others. (1983). *Understanding the nursing process*. New York : McMillan.
- Atwood, J., and others. (1974). “A system for communication” *Nursing Clinical of North America*.
9: 231-232.
- Barbiaz, J. E., and others. (1981). “Nursing document: A format not a form” *Journal of Nursing*
Administration 11: 22-26.
- Blatter, B. Holistic. (1981). *nursing*. New Jersey: Prentice – Hall.
- Borchers, E. L. (1995). *Improving nursing documentation for private-duty home health care*. (2nd ed).
Philadelphia: Lippicott.

- Bower, F. L. (1982). *The process of planning nursing care nursing practice models*. (3rd ed). Saint Louis: C.V. Mosby.
- Campbell, C. (1991). "Improving Staff nurse participation" *Nursing Administration Quarterly*. 16, 1 : 56-60.
- Carina et al. (2006). "Nursing assessment documentation and care of hip fracture patient's skin" *Journal of Orthopaedic*. 11:4-14. Retrieved October 15,2013, from <http://www.elsevierhealth.com>
- Cheevakasemsook , Aree. (2005). "Facilitating Change: The Development of an Effective Nursing Documentation System in a Medical-surgical Ward in Thailand." A thesis Submitted Total Falfillment of The Requirements For the Degree Doctor of Philosophy. Charles Sturt University. NSW Australia.
- Eggland, T. E. (1980). "Charting: How and why to document your care daily and fully" *Nurse Management* 80: 39-43.
- Fischbach, F. T. (1991). *Documenting care: Communication the nursing process and documentation standard*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Gordon, M. (1987). *Nursing diagnosis: Process and application*. New York: McGraw Hill.
- Gordon, R. J. (1991). *A diagnostic approach to organization behavior*. Needham, MA: Allyn and Bacon.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Synderman, B.B. (1959). *The motivation to work*. (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Iyer, P. W., and Camp, N. H. (1995). *Nursing documentation: A nursing process approach*. (2nd ed.) St. Louis: C.V. Mosby.
- Iyer, P.W.Taptich, B.J., Bernocchi-Losey,D. (1995). *Nursing Process and Nursing Diagnosis*: 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. (2010) "A meta-study of the essentials of quality nursing documentation" *Int J Nurs Pract.* , 16 : 112-124.
- John M. Cohen and Norman T. Uphoff (1980) "Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity". *World Development*. 8, 3 (March) : 213–235.

- Kozier, B., E. C., and Blasis, K. (1995). *Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice*. (5th ed.). California: Addison-Wesley.
- Lawrence, L. W. (1971). *Medical records, medical education, and patient care*. New York: Year Book Medical Publishers.
- Likert, R. C., (1967). *The human organization*. New York: MC Graw Hall.
- Martha Raile Alligood. (1986) *Nursing Theorists and Their Work*. USA: MOSBY Elsevier.
- Mason GM and Attree M. (1997). "The relationship between research and the nursing process in clinical practice". *J Adv Nurs.* , 26 : 1045-1049.
- Mason, E. J. (1984). *How to write meaningful nursing standard*. (2nd ed.).New York: John Wiley & Sons.
- Mesmer, R. J. (1997). "Patient-focused perioperative documentation: An outcome management approach" *Nursing Management*. 6: 223-232.
- Miller, P. and Pastorino, C., (1990). "Daily nursing documentation can be quick and through." *Nursing Management*. 21: 47-49.
- Muchinsky, P. M. (1993). *Psychology applied to work*. Homewood Illinois: The Dorsey Press.
- Patricia W. Hickey. (1990). *Nursing Process Handbook*. USA: The C. V. Mosby Company.
- Sashkin, M. (1984). *Participative manangement is an ethical imperative*. Organization Dynamics. (Spring): 5-22.
- Schaeller, T.,and Godwin, C. (1983). *Writing skills for nurses a practical text/work book*. Rockville: An Aspen.
- Stanfield, V. (1987). "Peroperative documentation." *AORN Journal*. 46: 699 – 704.
- Susan, L. (1985). "Focus charting: Streaming documentation." *Nursing Management*. 8: 23-32.
- Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsson S. (2009) "Advancing Nursing Documentation--an Intervention Study using Patients with Leg Ulcer as an Example." *Int J Med Inform*. 78: 605-617.
- Van, B. C. and others. (1995). "Improving quality of patient care service for out patient." *Nursing Clinic of North America*. 30: 23-30.

Wheeland, R.M. (1993). "Focus charting in a psychiatric facility." *Journal of Psychosocial Nursing*.

31: 15-19.

Williams and Wilkins. (2002). *Charting Made Incredibly Easy*. The United States of America:

Judith A. Schiling McCann, RN, MSN.





ภาคผนวก

สภามหาวิทยาลัย

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภาวิทย์ เพียรวิจิตร | <p>อาจารย์แพทย์ภาควิชาอายุรกรรม
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
แพทย์เฉพาะทาง หน่วยโรคหัวใจ
โรงพยาบาลรามธิบดี</p> |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข | <p>อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
และอาจารย์ประจำบัณฑิตศึกษา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช</p> |
| 3. คุณบุปผา กิจสรวงศ์ | <p>หัวหน้าหน่วยพัฒนาคุณภาพและ
การศึกษาต่อเนื่อง
ที่ปริกษาศูนย์โรคหัวใจและห้องปฏิบัติการ
สวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
(พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลโรคหัวใจ
และหลอดเลือด)</p> |
| 4. คุณรุ่งฤทัย สุขสมัย | <p>พยาบาลหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจและ
ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
(พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลโรคหัวใจ
และหลอดเลือด)</p> |
| 5. คุณวัชรินทร์ สืบจากสิงห์ | <p>พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลเฉพาะทาง
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต) หน่วยโรคหัวใจ
และห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ
โรงพยาบาลรามธิบดี</p> |



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ ศธ 0522.26/ว 1086

วันที่ 2 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข

ด้วย นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าอิสระให้กับนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ 0522.26/ว 1086

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด

อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

2 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภาวิทย์ เพียรวิจิตร

ด้วย นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระให้กับนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-5341-341 (นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์)

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 45/2556

ชื่อโครงการวิจัย

ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในท้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ
โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

เลขที่โครงการ/รหัส

ID 2545100683

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

นางสาว สุวิมล โพธิ์สวัสดิ์

ที่ทำงาน

โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.ชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 15 ตุลาคม 2556



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล
หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ



ที่ ศร 0522.26/ว 1088

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด

อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๑ สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุญาตให้ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิชัยยุทธ

ด้วย นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ขออนุญาตให้ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-5341-341 (นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลวิชัยยุทธ



ที่ ศธ 0522.26/ว 1084

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

2 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิชัยยุทธ

ด้วย นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089-5341-341 (นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลวิชัยยุทธ

วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ.2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวสุวิมล โภธิ์สวัสดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือทางการวิจัยของท่าน คือ แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือ เพื่อใช้ในการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยจะนำไปศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ จำนวน 10 ราย ทั้งนี้ เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น จะขออนุญาตลงนามท่านในกิตติกรรมประกาศของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้และจะจัดส่งผลงานที่สำเร็จแล้วมา 1 เล่มด้วย หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อได้ตามที่อยู่ข้างล่าง

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้าอิสระ จักเป็นพระคุณยิ่ง

อ.สุวิมล โภธิ์สวัสดิ์

อารี ชิวเกษมสุข
(พ.ศ. น. อารี ชิวเกษมสุข)

ด้วยความเคารพอย่างสูง

(..... โภธิ์สวัสดิ์)

นางสาวสุวิมล โภธิ์สวัสดิ์

ที่อยู่ของ นางสาวสุวิมล โภธิ์สวัสดิ์

โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ศูนย์โรคหัวใจ

เลขที่ 114/4 ถนนเศรษฐศิริ เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 Tel.02-2657777 ต่อ 30513-4

E-mail : yeans_suwi@hotmail.com Tel.089-5341-341



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูล
และอนุมัติให้ใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ที่ รพ318/2556

18 ตุลาคม 2556

เรื่อง อนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ตามจดหมายที่ ศธ 0522.26/ว 1087 ลงวันที่ 2 สิงหาคม 2556 ด้วยนางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการ บริหารพยาบาลสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ผลการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ซึ่งอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และมีความประสงค์จะให้นักศึกษาดังกล่าวทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธนั้น ทางโรงพยาบาลอนุมัติให้ทำการศึกษาได้ตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์กำธร เป่าสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

/sl



โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
VICHAIYUT HOSPITAL



ที่ รพ317/2556

18 ตุลาคม 2556

เรื่อง อนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ตามจดหมายที่ ศธ 0522.26/ว 1087 ลงวันที่ 2 สิงหาคม 2556 ด้วยนางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการ บริหารพยาบาลสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ผลการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ซึ่งอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และมีความประสงค์จะให้นักศึกษาดังกล่าวเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธนั้น ทางโรงพยาบาลไม่ขัดข้อง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

/sl



โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
VICHAIYUT HOSPITAL

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา



แบบสอบถามเลขที่ □□

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม (พยาบาลวิชาชีพ)

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาว สุวิมล โพธิ์สวัสดิ์ กำลังดำเนินการศึกษาเพื่อเสนอเป็นส่วนหนึ่งของชุดวิชาการศึกษากันกัว้อิสระ เรื่อง “ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษากันกัว้อิสระ ซึ่งในการศึกษากันกัว้อิสระดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่านในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง ทั้งนี้คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในด้านการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป โดยดิฉันขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับและการวิเคราะห์ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมซึ่งไม่เกิดผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและ ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วนเพื่อการศึกษากันกัว้อิสระ ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

(นางสาว สุวิมล โพธิ์สวัสดิ์)

นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รายละเอียดแบบสอบถาม

เรื่อง ผลของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

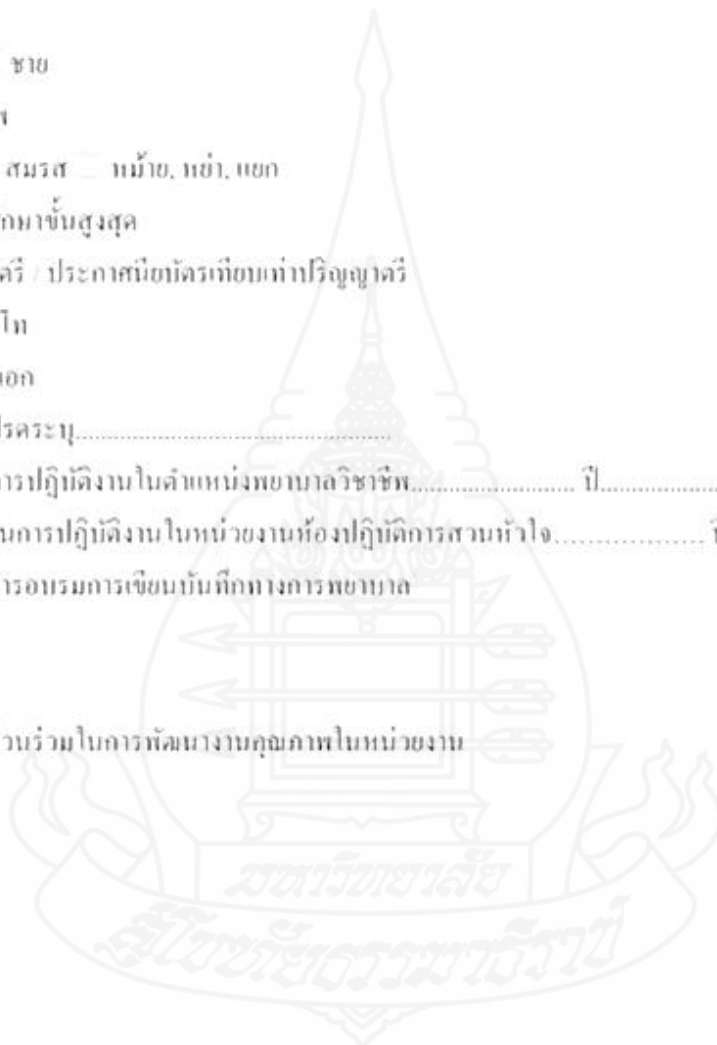
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้

แนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ
 หญิง ชาย
3. สถานสภาพ
 โสด สมรส หม้าย, หย่า, แยก
4. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา
 ปริญญาตรี / ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี
 ปริญญาโท
 ปริญญาเอก
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ..... ปี.....เดือน
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ..... ปี.....เดือน
7. การได้รับการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
 เลข
 ไม่เคย
8. ท่านเคยมีส่วนร่วมในการพัฒนางานคุณภาพในหน่วยงาน
 เลข
 ไม่เคย



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด
กระบวนการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการมี
ส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ จำนวน 6 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน
ช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านตามลำดับจากเห็นด้วยมากที่สุดไปจนถึงเห็นด้วย
น้อยที่สุด โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด (81-100%)
- 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก (61-80%)
- 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง (41-60%)
- 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย (21-40%)
- 1 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด (1-20%)

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับคะแนนความพึงพอใจ					ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
ก.	การบันทึกคำถามกระบวนการพยาบาล						
1	การประเมินภาวะสุขภาพ						
1.1	แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพเมื่อระลอกและเช็ดที่ ครบถ้วนเหมาะสม						..... .....
1.2	แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพง่ายต่อการบันทึก						..... .....
1.3	แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพสะดวกและรวดเร็ว ต่อการบันทึก						..... .....
2	การตั้งข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล						
2.1	แบบบันทึกข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลครอบคลุม ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย						..... .....

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับคะแนนความพึงพอใจ					ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
2.2	แบบบันทึกข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ง่าย						..... .....
2.3	แบบบันทึกข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลช่วยให้พยาบาลบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว						..... .....
3	การวางแผนการพยาบาล						
3.1	แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้สะดวกและรวดเร็ว						..... .....
3.2	แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว						..... .....
3.3	แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน						..... .....
3.4	แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินผลได้ง่ายและสะดวก						..... .....
3.5	แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินผลได้ครอบคลุม						..... .....
3.6	แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติได้สะดวกและรวดเร็ว						..... .....

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับคะแนนความพึงพอใจ					ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
3.7	แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						..... ..... ..... .....
4	การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล						
4.1	แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ง่าย						..... ..... .....
4.2	แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว						..... ..... .....
5	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล						
5.1	แบบบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลมีรายละเอียดครบถ้วนเหมาะสม						..... .....
5.2	แบบบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่าย						..... .....
5.3	แบบบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว						..... ..... .....

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับคะแนนความพึงพอใจ					ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
ข.	ประโยชน์ของแบบบันทึก						
6	รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยรวม						
6.1	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในทีมการพยาบาลได้ชัดเจน						..... ..... .....
6.2	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างทีมสหสาขาได้ชัดเจน						..... ..... .....
6.3	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล						..... .....
6.4	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน						..... .....
6.5	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกได้อย่างดี						..... .....
6.6	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำกลับมาทบทวนได้ง่าย						..... .....
6.7	แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างต่อเนื่อง						..... ..... .....

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน

ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ
การพัฒนาคุณภาพการบริการในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ โรงพยาบาลวิชัยยุทธต่อไป...

ภาคผนวก จ

แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนพัฒนา



HN: _____
 AN: _____
 Room: _____

Cardiac Catheterization Nursing Record Form

Name _____ Age _____ ปี Sex _____ Interventionist _____
 Date of Procedure ____/____/____ Time _____ Type of procedure Elective Urgent Emergency

Procedure

<input type="checkbox"/> CAG	<input type="checkbox"/> PPI	<input type="checkbox"/> Peripheral angiogram	<input type="checkbox"/> Peripheral angioplasty
<input type="checkbox"/> PCI	<input type="checkbox"/> EPS & RF - Ablation	<input type="checkbox"/> Renal	<input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Lower extremities
<input type="checkbox"/> Rt. / Lt. heart cath		<input type="checkbox"/> Carotid	<input type="checkbox"/> Carotid <input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Subclavian	<input type="checkbox"/> Subclavian

Lab Preparation

<input type="checkbox"/> Mac-Lab	<input type="checkbox"/> Crash Cart	<input type="checkbox"/> Air compressor pipeline	<input type="checkbox"/> Infusion pump	<input type="checkbox"/> Radionics
<input type="checkbox"/> Defibrillator	<input type="checkbox"/> Pacemaker back up	<input type="checkbox"/> X-ray	<input type="checkbox"/> Hemochron	<input type="checkbox"/> Stimulator Workstation
<input type="checkbox"/> IABP	<input type="checkbox"/> Oxygen / Suction	<input type="checkbox"/> Injector	<input type="checkbox"/> EPS Workstation	

ตัวชี้วัด 1 การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการ

Physical Assessment		Document Assessment
Consciousness <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Drowsy <input type="checkbox"/> Unconscious	Respiration <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> O2 pm <input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> Obtain Informed Consent
Body Weight _____ kg / Height _____ cm	<input type="checkbox"/> NPO after 4-6 hr.	<input type="checkbox"/> Lab Result BUN _____ mg/dl Cr _____ mg/dl Date ____/____/____ Anti HIV _____ HBsAg _____ (Within 3 months) Hct. _____ % Platelet _____ PT _____ INR _____ PTT _____ K _____ Other _____
Allergy history <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____		<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Chest X-ray <input type="checkbox"/> Echo EF = _____ %
Pre med : <input type="checkbox"/> Prilion 1 amp. IV, push <input type="checkbox"/> _____		Psychological Assessment
มีประวัติเคยได้รับยาต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> Insulin		การรับรู้และเข้าใจขั้นตอนการทำการหัตถการของผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ _____
<input type="checkbox"/> Clopidogrel _____ tabs Since Date ____/____/____		ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย
<input type="checkbox"/> LMW Heparin _____ ฝู Date ____/____/____		Teaching <input type="checkbox"/> Coughing <input type="checkbox"/> Chest pain <input type="checkbox"/> Selfcare post Cath wound <input type="checkbox"/> Selfcare post Cath medicine
Pulse :Rt. Femoral <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> weakly / Lt. Femoral <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> weakly Rt. Pedal <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> weakly / Lt. Pedal <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> weakly Other _____ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> weakly		สรุปประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> High Risk <input type="checkbox"/> Special Precaution Signature _____ RN
IV line <input type="checkbox"/> Heparin locked <input type="checkbox"/> _____ rate _____ ml/hr (_____ ml) <input type="checkbox"/> _____ rate _____ ml/hr (_____ ml)		
<input type="checkbox"/> Urination <input type="checkbox"/> Voided before go to cath lab <input type="checkbox"/> Foley's cath No. _____ (Residual urine _____ ml)		

ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยขณะทำหัตถการ

Start Time at _____ น.				
Personals : Interventionist _____		Assistant _____		Scrub 1 _____
Circulating _____		Recording _____		Scrub 2 _____
Punctured Site	<input type="checkbox"/> Femoral	<input type="checkbox"/> Artery	<input type="checkbox"/> Venous	<input type="checkbox"/> Right
	<input type="checkbox"/> Radial	<input type="checkbox"/> Artery	<input type="checkbox"/> Venous	<input type="checkbox"/> Left
	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Artery	<input type="checkbox"/> Venous	<input type="checkbox"/> Left
Total medication in Cath Lab				
<input type="checkbox"/> Clopidogrel _____ tabs PO.				
<input type="checkbox"/> ASA gr. V _____ tabs PO.				
<input type="checkbox"/> Heparin _____ unit IV.				
<input type="checkbox"/> NTG _____ mcg IC.				
<input type="checkbox"/> Eptifibatide _____ mg IV Bolus x 2 , IV drip _____ ml/hr (Integrilin ®)				
<input type="checkbox"/> Abeiximab _____ mg IV Bolus , IV drip _____ ml/hr (Reopro ®)				
<input type="checkbox"/> _____				
Contrast Medium <input type="checkbox"/> Ultravist ® Volume _____ ml <input type="checkbox"/> Other _____ Volume _____ ml				

ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยภายหลังการตรวจสวนหัวใจ

End of Procedure at _____ น.		Total time _____ hr
Complication in Lab. <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Bleeding <input type="checkbox"/> Major/ Sustained arrhythmia <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> Other _____		Transfer ออกจาก Cath Lab เวลา _____ น. <input type="checkbox"/> แพทย์ประจำตัว <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Consciousness <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Drowsy <input type="checkbox"/> Unconscious		Nurse Note : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Respiration <input type="checkbox"/> Room air <input type="checkbox"/> On O2 cannula _____ LPM (prn) <input type="checkbox"/> ET tube		
<input type="checkbox"/> IABP		
<input type="checkbox"/> Temporary Pacemaker : Rate _____ ppm, Output _____ mV, Sensitivity _____ mA		
Sheath Vascular Access ที่เหลือในตัวผู้ป่วย : จำนวน _____ Site _____ Plan Off เวลา _____ น. โดย _____		
พยาบาลผู้รับเวรทางโทรศัพท์ _____		Cath Lab RN

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนา



Pre - Cardiac Catheterization Nursing Record

Name.....Age.....Sex.....HN.....Room.....

Date.....Time.....Diagnosis.....

 CAG ± PCI PPI PTA ± PTI EPs ± RFA

Cardiac Catheterization Nursing Record

Assessment

General Appearance.....

Vital Signs T =C.....BP =/.....mmHg.....RR =bpm.....O₂ Sat =%

PR =bpm.(.....)

Check Pulse Femoral Right: 2+ 1+ WeaklyLeft: 2+ 1+ Weakly Pedal Right: 2+ 1+ WeaklyLeft: 2+ 1+ Weakly

Allen's Test.....

Pain Score: Chest pain (0 -10).....Back pain (0 -10).....Other (0-10).....

Nursing Diagnosis

- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการทำหัตถการ เนื่องจาก.....
- ผู้ป่วยมีความกลัวการทำหัตถการ เนื่องจาก.....
- ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและขณะทำหัตถการ เนื่องจาก.....
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เนื่องจาก.....
-

Nursing Intervention

- กล่าวแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เมื่อเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ
- แนะนำสถานที่ทำหัตถการ
- อธิบายขั้นตอนในการทำหัตถการ
- สอบถามประวัติการแพ้ยา,อาหารทะเล,สารที่บ่งชี้, ประวัติเลือดออกง่าย,การใช้ยา Antiplatelet และอื่นๆ
- ติดตามประเมินผล CXR, EKG, EST, Echo
- ติดตาม/ประเมินผล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, BUN, Cr, Electrolyte,Troponin,Anli HIV และอื่นๆ
- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ, O₂ sat, Pain score เมื่อเยี่ยมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ
- ประเมินและบันทึกบันทึกลักษณะชีพจร Dorsalis pedis , Posterior tibial หรือ Radial เปรียบเทียบข้างซ้าย/ขวา,capillary refill
- ประเมิน Allen's Test (กรณี Transradial artery approach)
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติก่อนทำหัตถการตรงเมื่อมีข้อสงสัย
- ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมก่อนทำหัตถการ

Cardiac Catheterization Nursing Record	
<u>Nursing Intervention</u>	
<input type="checkbox"/>	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ลดอาการกลัว เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์
<input type="checkbox"/>	ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมก่อนทำหัตถการ
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<u>Evaluation</u>	
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแสดงถึงความวิตกกังวลที่ลดลง
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมในการตรวจรักษา
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการทำหัตถการเพิ่มขึ้น และสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
ผู้บันทึก RN ศูนย์โรคหัวใจ	

พยาบาลเมื่อก่อนทำหัตถการ 1 วัน

* เอกสารนี้เกี่ยวข้องกับ Nursing Care Report (VCH-NS-F-003) เรียงตามลำดับวันที่ *

CCr. No. 001-2556



วันที่เริ่ม ปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่การจะเกิดขึ้นผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>	<p>() มี () เสียต่อ</p> <p>2. ทวารเดือคออกเนื่องจากได้รับ ยาระบายที่มีผลต่อระบบทาง เดินอาหาร PCI</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแรงกดหลอดเลือดดำสาย sheath บริเวณ groin - มี sheath ตกไว้บริเวณ groin - ผู้ป่วยแสดงอาการวิตกกังวล - ค่า Cr = - FBS =mg% 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีเลือดออกจากรูเข็มที่ ทำหัตถการ PCI, สมอว, ระบบทางเดินอาหาร และ ระบบทางเดินปัสสาวะ - ไม่มีเกิด hematoma บริเวณ รอบแผล - สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ SBP = 90 – 140 mmHg, DBP = 60 – 90 mmHg, PR = 60 – 100 bpm, เปลี่ยนแปลงจากเดิมไม่เกิน 20 bpm, RR = 16 – 20 ครั้ง/ นาที (ดูจาก Baseline ผู้ป่วย ประจำสอน) - ผล Hct. และ Coagulogram อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2. ตรวจสอบบริเวณ Punctured site ว่ามี bleeding หรือ hematoma หรือไม่ ถ้ามีควรกดไว้ประมาณ 10-20 นาที จนกว่าเลือดจะหยุดและมีการตรวจ Hct. ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 3. แนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำหัตถการ..... 3.1 แนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา 3.2 แนะนำให้ผู้ป่วยไม่ขยับเขยื้อนที่มี sheath กางอยู่ แต่สามารถ เคลื่อนไหวขยับเขยื้อนส่วนอื่นๆได้ 3.3 หลีกเลี่ยง sheath ออก 6 ชั่วโมง สามารถเคลื่อนไหวขาได้ ตามปกติ 4. แนะนำให้ผู้ป่วยรีบบอกทันทีหากรู้สึกว่ามีบริเวณแผลเปื่อย ขณะเรื้อรังเลือดซึม 5. สังเกตอาการเลือดออกในกระเพาะ สังเกตจาก content ที่ ออกใน NG tube หรือผู้ป่วยอาเจียนว่ามี coffee ground หรือไม่ 6. ประเมินอาการเลือดออกในสมอง ใต้คอกัด คัดตาม Glasgow coma scale อาการปวดหัวอย่างรุนแรง อาเจียนพุ่ง ระดับ ความรู้สึกตัว 7. สังเกตอาการ Retroperitoneal bleeding ใต้คอกัด อาการปวด หลังบริเวณเอว สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกผิดปกติ 8. ประเมินและติดตามภาวะเลือดออกอย่างต่อเนื่อง 9..... 10..... 	<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>
<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>	<p>() มีโอกาส () เกิด</p> <p>3.ภาวะแทรกซ้อนหลังการฉีดสี</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bleeding <input type="checkbox"/> vasovagal reflex <input type="checkbox"/> การท้าวแขนข้อมือโดยแพทย์หรือ เนื่องจาก..... 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรก ซ้อนหลังการฉีดสี - ไม่มีเลือดออกจากรูเข็มที่ ทำ PCI สมอว ระบบ ทางเดินอาหาร และระบบ ทางเดินปัสสาวะ - ไม่มีเกิด hematoma บริเวณ รอบแผล - ไม่พบอาการ อารมณ์สับสนที่ เกิดจาก vasovagal reflex เช่น bradycardia, SBP ต่ำ กว่าปกติ 20 mmHg, ทาว เวียนศีรษะ หน้ามืด - ผล Creatinin อยู่ในเกณฑ์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2. ดูแลไม่ให้เลือดออกจากรูเข็ม Punctured site โดยตรวจสอบ บริเวณ Punctured site ว่ามี bleeding หรือ hematoma หรือไม่ ถ้ามีควรกดไว้ประมาณ 10-20 นาที จนกว่าเลือดจะ หยุดและมีการตรวจ Hct. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. แนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ไม่ขยับ เขยื้อนที่มี sheath กางอยู่ แต่สามารถเคลื่อนไหวขยับเขยื้อน ส่วนอื่นๆได้ 4. แนะนำให้ผู้ป่วยรีบบอกทันทีหากรู้สึกว่ามีบริเวณแผลเปื่อย ขณะเรื้อรังเลือดซึม 5. สังเกตอาการเลือดออกในกระเพาะ สังเกตจาก content ที่ ออกใน NG tube หรือผู้ป่วยอาเจียนว่ามี coffee ground หรือไม่ 	<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>

วันเริ่ม ปัญหา เวลา/ลงชื่อ	ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/ลงชื่อ
<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>	<p>() 5.ไม่สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายได้ตามปกติเนื่องจากมี อุปกรณ์จากการรักษา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน - มี Sheath คาไว้ที่ .....groin - ผู้ป่วย Complain ว่าไม่สุข สบายจากการที่ไม่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ - ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายไม่ เหมาะสม</p> <p>.....</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว ร่างกายได้โดยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน - ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคง ตัว ขยับตัวนอนราบ กระดิก เท้า ซันเข้าข้างที่ไม่ได้คา sheath ได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยไม่ Complainว่าไม่ สุขสบายจากการที่ไม่ สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ได้ตามปกติ</p>	<p>1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้องในเรื่องของ - การพลิกตะแคงตัว - การขยับตัวในแนวระนาบและการขยับกัน - การกระดิกปลายเท้าข้างที่คา Sheath ไว้ - การซันเข้าข้างที่ไม่ได้คา Sheath ไว้</p> <p>2. ช่วยเหลือกิจกรรมและจัด position อย่างเหมาะสม</p> <p>3. ช่วยพลิกตะแคงตัวแบบ rock and roll</p> <p>4. ดูแลสายอุปกรณ์ไม่ให้ดึงรั้งเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย</p> <p>5..... 6..... 7.....</p>	<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>
<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>	<p>() เกิด () อาจเกิด</p> <p>6.ภาวะการไหลของเลือดสู่ส่วน ปลายลดลงเนื่องจากยังมี Femoral artery sheath คาไว้ ที่ .....groin</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน - มี Sheath คาที่.....groin - Dorsalis pedis pulse กด ได้/..... - บริเวณปลายเท้าข้างที่คา sheath ไว้ เย็น ซีด หรือเขียว - มีอาการชาหรือปวดอย่าง รุนแรงบริเวณปลายเท้าข้างที่คา sheath ไว้</p> <p>.....</p>	<p>- เลือดสามารถไปเลี้ยงปลาย เท้าข้างที่คา sheath ไว้ได้ อย่างเพียงพอ - สามารถคลำ Dorsalis pedis pulse ได้ชัดเจน 2+/2+ หรือ เท่าเดิมก่อนทำหัตถการ - ไม่พบว่ามีบริเวณปลายเท้า ข้างที่คา sheath ไว้ เย็น ซีด หรือเขียว - ไม่พบอาการชาหรือปวด อย่างรุนแรงบริเวณปลายเท้า ข้างที่คา sheath ไว้</p>	<p>1. ประเมินติดตามและบันทึก ทุก 30 นาที ดังต่อไปนี้ - Dorsalis pedis pulse , posteria tibial - ลักษณะ อุณหภูมิ เย็น ซีด เขียว ของผิวหนังบริเวณปลายเท้า - ความรู้สึกขาปวดบริเวณปลายเท้า / capillary refill</p> <p>2. แนะนำให้ผู้ป่วยรีบบอกอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ดังต่อไปนี้ ได้แก่ อาการปวดขาบริเวณปลายเท้าอย่างรุนแรง</p> <p>3. แนะนำให้ผู้ป่วยรีบบอกทันทีหากรู้สึกว่ามีบริเวณแผลเปื่อย และหรือมีเลือดซึม</p> <p>4. Flush sheath ด้วย 0.9% NSS 500 cc. + Heparin 2,500 unit(Heparinized Saline) 3 cc/hr.เพื่อป้องกันการเกิด embolize ไปสู่ปลายเท้า</p> <p>5..... 6.....</p>	<p>...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....</p>

วันเริ่ม ปัญหา เวลา/สวชื่อ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่การจะเกิดขึ้นผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา เวลา/สวชื่อ
<p>...../...../..... เวลา.....น. สวชื่อ.....</p>	<p>() 7. อาจเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน <input type="checkbox"/> หัวใจล้มเหลว ชนิด..... <input type="checkbox"/> ความล้มเหลว <input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อหลอดเลือดหัวใจ รบกวนได้ง่าย เนื่องจาก..... ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติได้ - EKG - VS BP =mmHg. PR =bpm. RR =ครั้ง/นาที - Lab Hct. =% INR = K = Mg = - มี Sheath อยู่ที่.....groin - ผู้ป่วยได้รับยา.....</p>	<p>- ตามแนวประคับประคองการ ตรวจข้อที่ผิดปกติได้อย่าง รวดเร็ว - จำนวนชนิดของหัวใจที่ เกิดภาวะที่จะทำให้อุบัติภาวะ ถูกกั้นต่อหัวใจได้ เช่น short run VT, VT, VF - สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ SBP 90 - 140 mmHg, DBP = 60 - 90 mmHg, PR = 60 - 100 bpm, เปลี่ยนแปลงจากเดิมไม่เกิน 20 bpm, RR = 16 - 20 ครั้ง/ นาที (ดูจาก Baseline ผู้ป่วย ใกล้เคียง) - ระดับความวิตกกังวลไม่ เปลี่ยนแปลง เช่น จีวร อับสน - ไม่มีเลือดออกจากร่าง กาย</p>	<p>1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีเพื่อประเมิน การเปลี่ยนแปลงที่มีมากกว่าค่าภาวะแทรกซ้อน เช่น ความ ดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลว 2. ประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงที่อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไอสั้น หน้ามืดหรืออ่อนเพลีย ลมหายใจเร็ว กลืนได้ อาจเจ็บ 3. ประเมินและติดตามภาวะเลือดออกจากร่างกายส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด 4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยให้แจ้งพยาบาลตามที่มีอาการหรือภาวะ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้แก่ หน้ามืดหรืออ่อนเพลีย ไอสั้น กลืนได้ยาก มีเลือดออกจากร่างกาย 5. เฝ้าระวังสัญญาณชีพให้พร้อมใช้ได้ทันที 6. ปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา..... ที่ก่อนให้ยาให้และขณะให้ ประเมินอาการข้างเคียง 7..... 8.....</p>	<p>...../...../..... เวลา.....น. สวชื่อ.....</p>
<p>...../...../..... เวลา.....น. สวชื่อ.....</p>	<p>() 8. ผู้ป่วยหรือความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจและการ ปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมกับโรค หลอดเลือดหัวใจที่องศา..... ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบอกว่าเป็นโรคหัวใจ (แต่ไม่ทราบว่าเป็นโรคหัวใจ ชนิดใด) - ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธี รับประทานยา - ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบว่า รับประทานอาหารชนิดใดได้บ้าง - ผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับกิจกรรม ที่ทำให้โรคกำเริบ</p>	<p>- ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดหัวใจและการ ปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ - ผู้ป่วยสามารถบอกอาการ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจได้อย่างถูกต้อง การ รับประทานยา การ รับประทานอาหาร กิจกรรม ที่ทำได้และกิจกรรมที่ควร หลีกเลี่ยง</p>	<p>1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจก่อน และหลังให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การประเมินของโรค เบื้องต้น เช่น อาการ วิธีการรับประทานยา 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำได้และการดูแลสุขภาพ ของผู้ที่ตรวจเลือด เช่น พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติและการ หลีกเลี่ยง เช่น ระวังการหกล้ม 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสังเกตอาการผิดปกติและการมา ตามนัด 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในข้อสงสัยเพิ่มเติม 5.....</p>	<p>...../...../..... เวลา.....น. สวชื่อ.....</p>

Post - Cardiac Catheterization Nursing Record

Name..... Age..... Sex..... HN..... Room.....

Date..... Time..... Diagnosis.....

CAG PCI PPI PTA PTI EPs RFA

Cardiac Catheterization Nursing Record

Assessment

General Appearance.....

Vital SignsT =C.....BP =/.....mmHg...RR = bpm...O₂ Sat =%

.....PR =bpm.(.....)

Check Pulse Femoral Right: 2+ 1+ Weakly

Left: 2+ 1+ Weakly

Pedal Right: 2+ 1+ Weakly

Left: 2+ 1+ Weakly

Pain Score: Chest pain (0 -10).....Back pain (0 -10).....Other (0-10).....

Access Site.....

Nursing Diagnosis

ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการทำหัตถการ เนื่องจาก.....

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำหัตถการ เนื่องจาก.....

.....

Nursing Intervention

กล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ

ประเมินและบันทึกระบบไหลเวียนโดยวัดสัญญาณชีพ, O₂ sat

ประเมินอาการเจ็บหน้าอก

ติดตามผล EKG 12 leads

ประเมินอาการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดยบันทึก ลักษณะชีพจร Dorsalis pedis , Posterior tibial หรือ Radial เปรียบเทียบข้างซ้ายและขวา และcapillary refill

ติดตามและประเมินผล CXR, EKG

ติดตามและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Troponin, Anti HIV และอื่นๆ ภายหลังทำหัตถการ

ประเมินและบันทึก Access Site

อธิบายและให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ

อธิบายการรับประทานยา การรับประทานอาหาร

เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

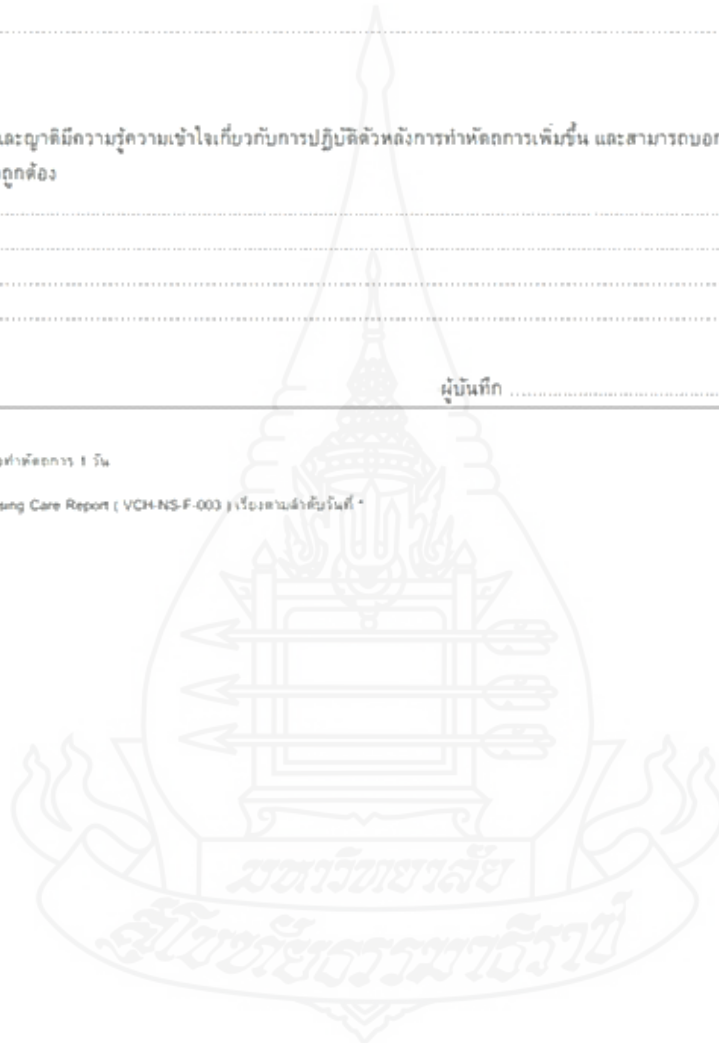
อธิบายและให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ Pacemaker เช่น แจ้งให้แพทย์อื่นที่ท่านไปพบ ว่า ท่านมีเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรและกรุณาพกบัตรประจำตัวผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจติดตัวตลอด โดยเฉพาะเวลาเดินทาง เป็นต้น

Cardiac Catheterization Nursing Record	
<input type="checkbox"/>	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
Evaluation	
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการทำหัตถการเพิ่มขึ้น และสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
	ผู้บันทึก RN ศูนย์โรคหัวใจ

CCL No 002-2566

พยาบาลชั้นผู้ป่ว้บเคหฉงทำหัตถการ 1 วัน

* เอกสารนี้เก็บใ้กับ Nursing Care Report (VCH-NS-F-003) เรืองตามฉำฉงวันฉง *



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวสุวิมล โพธิ์สวัสดิ์
วัน เดือน ปีเกิด	7 กุมภาพันธ์ 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดลพบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ.2546 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2554 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ.2548
สถานที่ทำงาน	ศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ 114/4 ถนนเศรษฐศิริ สามเสน พญาไท จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400
ตำแหน่ง	ผู้ช่วยหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ

