

ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

นางเอี่ยมพร อินทร

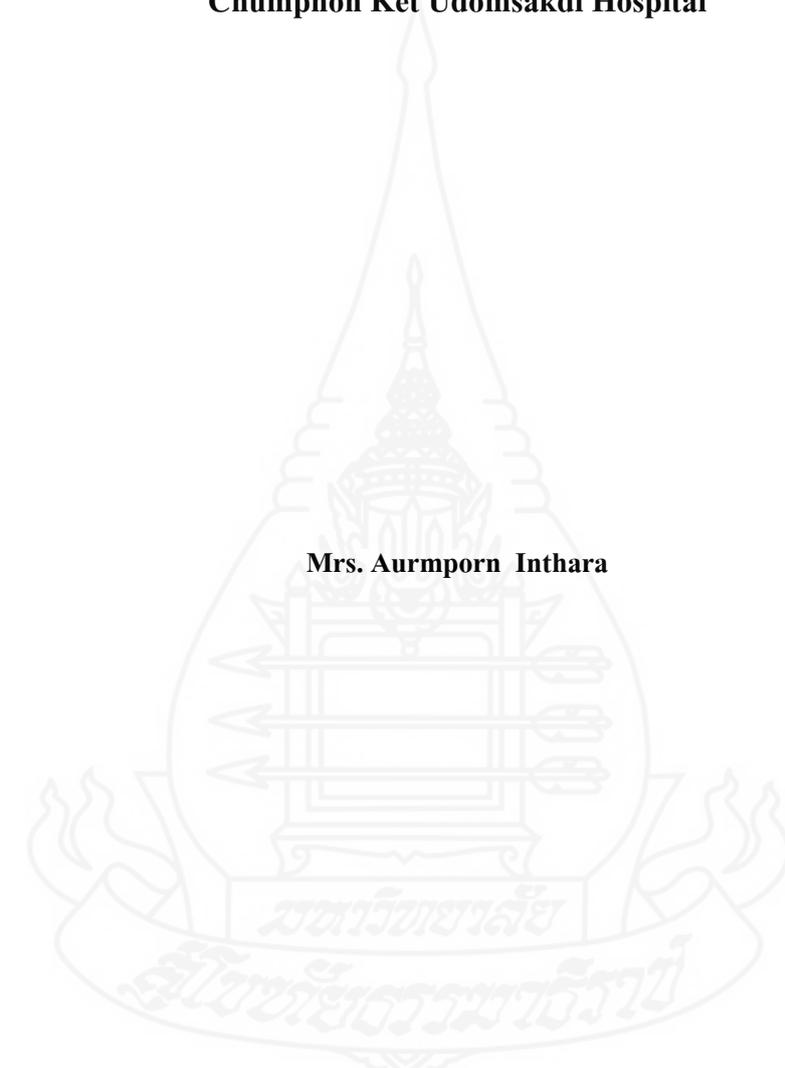


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

**Problems, Causes, and Resolutions of Nursing Records at
Chumphon Ket Udomsakdi Hospital**

Mrs. Aurnporn Inthara



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

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2015

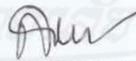
หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนพระนครศรีอยุธยา
ชื่อและนามสกุล	นางเอี่ยมพร อินทร์
แขนงวิชา	การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


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


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุทธิพร มูลศาสตร์)


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

ชื่อการศึกษา **คั่นคว้ออิสระ** ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ผู้ศึกษา นางเอี่ยมพร อินทร **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข

ปีการศึกษา 2558

บทคัดย่อ

การศึกษาคั่นคว้ออิสระครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1) ปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 2) สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ และ 3) แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ 1) กลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 2) กลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มเรื่องปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการจำแนกชนิดข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มี 4 ด้าน ได้แก่ (1) แบบฟอร์มมีมากเกินไป ไม่ชัดเจน และซ้ำซ้อน (2) เนื้อหาการบันทึกไม่ครอบคลุม ไม่มีสาระสำคัญ และไม่ต่อเนื่อง (3) วิธีการบันทึกไม่เป็นไปในแนวเดียวกันกับการปฏิบัติบันทึกโดยไม่ได้เก็บข้อมูล และอ่านไม่ออก และ (4) ข้อมูลที่บันทึกไม่ถูกนำไปใช้ 2) สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ มี 3 ประการ ได้แก่ (1) สาเหตุจากระบบงาน ได้แก่ ภาระงานมาก และระบบงานไม่เอื้อต่อการบันทึก (2) สาเหตุจากผู้บันทึก โดยผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรคและการบันทึก มีประสบการณ์การทำงานน้อย และมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึก และ (3) สาเหตุจากการบริหารงาน โดยมีกรณีเหตุการณ์บันทึกไม่สม่ำเสมอ และการตรวจสอบการบันทึกไม่มีประสิทธิภาพ และ 3) แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ มี 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปรับปรุงรูปแบบการบันทึก (2) ปรับปรุงระบบงาน (3) พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้บันทึก และ (4) ปรับปรุงกรณีเหตุการณ์บันทึก

คำสำคัญ: การบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

Independent Study title: Problems, Causes, and Resolutions of Nursing Records at
Chumphon Ket Udomsakdi Hospital

Researcher: Mrs. Aurmporn Inthara; **Degree:** Master of Science (Nursing Administration)

Independent Study adviser: Dr. Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor

Academic Year: 2015

Abstract

The purposes of this qualitative research were: 1) to analyze nursing documentation problems at Chumphon Khet Udomsakdi hospital, 2) to investigate causes of nursing documentation problems, and 3) to explore guidelines to improve nursing documentation problems.

The samples were divided into 2 groups: 1) eight head nurses and 2) eight professional nurses. They were selected by purposive sampling. A study tool comprised a focus group discussion guideline which was verified by 3 experts. Quantitative data were analyzed by frequency; while, qualitative data were done by typological analysis.

The results of this study were as follows. 1) Nursing documentation problems at Chumphon Khet Udomsakdi hospital were categorized into 4 parts including (1) forms: massive, unclear, and repetitive; (2) recorded data: incomplete, nonsense, and discontinuous; (3) charting procedures: irrelevant to charting performance, charting without actual gathering data, and illegible; and (4) documented data was not useful. 2) Causes of the documentation problems comprised 3 items: (1) work overload and job systems did not facilitated charting; (2) nurses had insufficiency knowledge of both disease and charting, inadequate job experience, and negative attitude toward documenting performance; and (3) supervision was irregular, and auditing was inefficient. 3) Guidelines to improve nursing documentation consisted of 4 types: 1) improving charting procedures, 2) refining job systems; 3) enhancing nurses' charting knowledge, skills, and attitudes; and (4) modifying supervision on charting performance.

Keyword: Nursing documentation, Chumphon Khet Udomsakdi hospital

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาให้ความช่วยเหลือของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งคอยให้คำแนะนำ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ทุกขั้นตอนการจัดทำการศึกษา ค้นคว้าอิสระจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ประธานกรรมการ ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง รองคณบดีฝ่ายบริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คุณปิยะนุช ประทีปทัศน์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ ที่กรุณาเป็นคณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่กรุณาให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่กรุณา สละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้ เป็นอันมาก

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ติดตลอดการศึกษา

เอี่ยมพร อินตระ

กุมภาพันธ์ 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
กรอบแนวคิดการศึกษา	4
ขอบเขตการศึกษา	4
สมมติฐานการศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
การบันทึกทางการแพทย์	7
ปัญหาและสาเหตุของการบันทึกทางการแพทย์	19
โรงพยาบาลชุมชนพระเชตรอุดมศักดิ์	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	36
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	40
ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41
ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม	42
ตอนที่ 2 ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนพระเชตรอุดมศักดิ์	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 3 สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ชุมพร เขตอุดมศักดิ์.....	48
ตอนที่ 4 แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ชุมพร เขตอุดมศักดิ์.....	51
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	53
สรุปการวิจัย	53
อภิปรายผล	56
ข้อเสนอแนะ	61
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก	69
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	70
ข หนังสือจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	72
ค แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย	74
ง หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล	76
จ แนวทางการสนทนากลุ่ม	82
ฉ คำดัชนีความสอดคล้องของแนวทางการสนทนากลุ่ม	91
ช ตารางสรุปการสนทนากลุ่ม	98
ประวัติผู้ศึกษา	112

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำแนกตามหน่วยงาน	35
ตารางที่ 4.1 จำนวน ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน.....	42



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกทางการแพทย์เป็นกิจกรรมสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบ ความน่าเชื่อถือต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แสดงถึงความอิสระทางวิชาชีพ พยาบาล เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษา การปฏิบัติพยาบาล และติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (อารี ชิวเกษมสุข, 2551) เป็นข้อมูลสำคัญในการประกันคุณภาพทางการแพทย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล กำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อการศึกษาและการวิจัย เป็นเอกสารอ้างอิงเกี่ยวกับประวัติการให้บริการทางการแพทย์ (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2552) รวมถึงเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพของการบริการพยาบาล แสดงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และเป็นหลักฐานสำคัญทางด้านกฎหมาย (พรศิริ พันธสี, 2554) นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผล ช่วยให้มีการติดตามแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นข้อมูลสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล และยังใช้เป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ (จันทร์ทิรา เจียรณชัย, 2554) จะเห็นว่า การบันทึกทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามแม้การบันทึกทางการแพทย์จะมีความสำคัญดังกล่าว แต่ในความเป็นจริงการบันทึกทางการแพทย์ยังมีประเด็นปัญหาหลายประการ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์หลายประการ เช่น ขาดความต่อเนื่องในการเขียนบันทึกการพยาบาล มีการปฏิบัติแต่ไม่ได้จดบันทึก (Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010) สื่อความหมายไม่ชัดเจนเป็นเหตุให้ความผิดเมื่อนำไปใช้ทางกฎหมาย เนื่องจากการใช้คำที่ไม่เหมาะสมในการจดบันทึก (Blair & Smith, 2012) การบันทึกทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่อง (อาภรณ์ ทองทิพย์, 2550; พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551; สุพร ดนัยคุชฎีกุ, 2552; อุดมพร คำล้ำเลิศ, 2555) รวมทั้งไม่สะท้อนการพยาบาลแบบองค์รวม การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์

และจิตวิญญาณ รวมถึงข้อมูลสำคัญบางส่วนหายไป (บัญญัติ ผ่านจิงหาร และคณะ, 2554) แบบฟอร์มยุ่งยากซับซ้อน ไม่เหมาะสม และไม่เอื้อต่อการบันทึก (อาภรณ์ ทองทิพย์, 2550; พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551; อุดมพร คำล้ำเลิศ, 2555) เขียนไม่เป็น ไม่อยากเขียน ไม่มีเวลาเขียน ลายมืออ่านไม่ออก (อาภรณ์ ทองทิพย์, 2550) จะเห็นว่า ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล สรุปปัญหาด้านการบันทึกทางการพยาบาลได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การบันทึกไม่สมบูรณ์ 2) การบันทึกไม่ต่อเนื่อง 3) แบบฟอร์มไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกทางการพยาบาล แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบงานขาดประสิทธิภาพ 2) ความรู้และทักษะของพยาบาลยังไม่เพียงพอ 3) ทักษะคติเชิงลบของพยาบาลต่อการบันทึก และ 4) ขาดการนิเทศการบันทึก (อารี ชิวเกษมสุข, 2548) สอดคล้องกับคำกล่าวของ เยาวเรศ คุณแก้ว (2551) ที่กล่าวว่า สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่มาจากพยาบาลขาดการฟื้นฟูความรู้ ขาดแรงจูงใจในการบันทึก เห็นว่าภาระงานมีจำนวนมาก สิ้นเปลืองเวลา ขาดทัศนคติที่ดี ไม่ใส่ใจในการบันทึก ไม่มีแนวทางหรือคู่มือการบันทึก ขาดการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่กล่าวมา ทั้งที่เป็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลโดยตรง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการบันทึกทางการพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา และปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเป็นประเด็นปัญหา ระดับชาติที่สำคัญประการหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล

การศึกษาปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่กล่าวมา พบว่า การวิจัยส่วนใหญ่เป็นการเชิงปริมาณ โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Interrelationship studies) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) และการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and development) (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551; สุพร ดนัยคุชฎีกุล, 2552; ฌิภา ทนงยิ่ง แสงกิตติไพบูลย์, 2554; บัญญัติ ผ่านจิงหาร และคณะ, 2554; อุดมพร คำล้ำเลิศ, 2555; จันทร์เมือง และรัตนภรณ์ อุปแก้ว, 2557) สำหรับการศึกษาปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณดังกล่าว มักจะเป็นการระบุปัญหาของการบันทึก แต่ขาดการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาที่นอกเหนือจากระบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งต้องใช้การวิจัยอีกรูปแบบหนึ่งในการศึกษา คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการวิจัยปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหามบันทึกทางการพยาบาล เช่นเดียวกับ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ซึ่งกำลังประสบปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลและต้องการข้อมูลเชิงลึก นอกเหนือจากการวิจัยเชิงสำรวจที่เคยทำมา เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เป็น โรงพยาบาลตติยภูมิมขนาด 509 เตียง มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมสาขาหลัก มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่องตามมาตรฐานวิชาชีพโดยใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล ปัญหาบันทึกทางการพยาบาล จากรายงานการประชุมผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลประจำปี (คณะกรรมการ วิชาการ, 2555) พบว่า บางหน่วยงานมีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 80 แม้ว่าจะมีการปรับปรุงแบบฟอร์ม บันทึกแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลได้ และที่ผ่านมามีฝ่ายการ พยาบาลของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้มีการศึกษาปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวเลขแสดงถึงปัญหาได้ระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิง คุณภาพที่เป็นข้อมูลเชิงลึกในด้านสาเหตุ และแนวทางพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลเป็นระบบและเชิงลึกมากขึ้น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพอย่างมาก แต่ก็ยังประสบปัญหาบันทึกทางการพยาบาลหลายประการ และการศึกษา วิจัยที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นั้นเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาลเชิงลึกจำนวนไม่มากนัก ทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการบันทึกทางการ พยาบาลยังไม่ครอบคลุม ไม่ลุ่มลึกหรือชัดเจนเท่าที่ควร เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดม ศักดิ์ ซึ่งปัจจุบันก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล เท่าที่ควร และที่ผ่านมามีการติดตามปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เชิงลึก สำหรับการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบริการพยาบาลที่ดีและการ ประกันคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 2.1 เพื่อศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- 2.2 เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตร อุดมศักดิ์
- 2.3 เพื่อศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาล ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

3. กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวทางสนทนมาจากแบบสอบถามและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินปัญหาและสาเหตุของบันทึกทางการแพทย์พัฒนาจากผลการวิจัยของ อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakaseamsook, 2005) ซึ่งพบปัญหาและสาเหตุบันทึกทางการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ประการ ได้แก่ 1) ด้านปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ 3 ด้าน ประกอบด้วย (1) การบันทึกขาดความต่อเนื่อง (2) การบันทึกไม่สมบูรณ์ และ (3) การบันทึกไม่เหมาะสม 2) ด้านปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย (1) ข้อจำกัดด้านความสามารถของพยาบาล ขาดแรงจูงใจ และความมั่นใจในการบันทึก (2) กิจกรรมการพยาบาลขาดประสิทธิภาพ (3) การตรวจสอบการบันทึก การควบคุมดูแล และการพัฒนาไม่เพียงพอ สำหรับส่วนที่ 2 เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหบันทึกทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดที่มาจากบทความของ อารี ชิวเกษมสุข (2548) เรื่อง การพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งได้แบ่งแนวทางการแก้ไขปัญหบันทึกทางการแพทย์ ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระบบบันทึกทางการแพทย์ 2) ด้านระบบบริการพยาบาล 3) ด้านผู้บันทึกหรือพยาบาล และ 4) ด้านระบบนิเทศงานและการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ เนื่องจากผลการวิจัยและแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทของการศึกษาปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ในประเทศไทย และในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและครอบคลุมพื้นที่มากขึ้นต่อไป

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2557 กำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 392 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ กลุ่มละ 8 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ยินดีเข้าร่วมการ

สนทนากลุ่ม (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลอย่างน้อย 5 ปี (3) เคยผ่านการอบรมการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง

4.2 ตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ข้อความทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพยาบาล โดยบันทึกภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

5.2 ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง อุปสรรคที่ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วน และไม่ถูกต้อง

5.3 สาเหตุของปัญหการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง สิ่งที่เป็นเหตุทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วน และไม่ถูกต้อง

5.4 แนวทางแก้ไขปัญหการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง วิธีการที่นำไปสู่การปรับปรุง และ/หรือ เปลี่ยนแปลงการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลของการพยาบาลสมบูรณ์ ครบถ้วน และถูกต้อง

5.5 โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ขนาดใหญ่มีขีดความสามารถระดับสูง (Standard-level Hospital) มีจำนวน 509 เตียง ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาหลักโดยครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพและมีศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก ร่วมกับ โครงการผลิตแพทย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตั้งแต่ปี 2556

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 โรงพยาบาลชุมชนพระเชตรอุดมศักดิ์ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

6.2 โรงพยาบาลชุมชนพระเชตรอุดมศักดิ์ได้แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งสามารถนำไปพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

6.3 โรงพยาบาลชุมชนพระเชตรอุดมศักดิ์สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

6.4 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงและผู้สนใจต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมดังนี้

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- 1.1 ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 1.2 วัตถุประสงค์และหลักการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 1.3 กระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 1.4 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 1.5 ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพและไม่มีคุณภาพ

2. ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- 2.1 ปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 2.2 สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 2.3 แนวทางการแก้ไขปัญหของระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 2.4 แนวทางการแก้ไขสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3. โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

- 3.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- 3.2 โครงสร้างการบริหารทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- 3.3 ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 งานวิจัยในประเทศ
- 4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. การบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นหัวใจสำคัญในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) อันประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินผู้รับบริการ (Health assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ซึ่งทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ต้องมีการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานตามกฎหมาย (วรรณิ ตปนิยากร และคณะ, 2552) อีกทั้งข้อมูลที่ได้ยังนำมาใช้ในการกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาล การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล การศึกษาวิจัย และเพื่อเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการทางการพยาบาล (ประคิน สุจฉายา และคณะ, 2549)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้รวบรวมความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล วัตถุประสงค์และหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล และลักษณะการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและไม่มีคุณภาพไว้ ตามลำดับดังนี้

1.1 ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Nursing Record” ในงานวิจัยภาษาไทย แต่ในงานวิจัยภาษาอังกฤษมักใช้คำว่า “Nursing Documentation” ซึ่งทั้ง 2 คำนี้มีความหมายเหมือนกัน คือ หมายถึง รายงานที่บันทึกไว้เป็นหลักฐาน เพื่อแสดงถึงการปฏิบัติงานของพยาบาล และบันทึกโดยพยาบาล ใช้อ้างอิงการปฏิบัติพยาบาล (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2540) มีผู้ให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลไว้แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น

ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) ได้ให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลว่า หมายถึง ข้อความทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ ได้แก่ อาการ ความคิด ความรู้สึก การกระทำ ทั้งคำพูด ท่าทาง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพยาบาล ทั้งโดยทางตรง ได้แก่ การตรวจร่างกาย การซักประวัติ การบรรเทาอาการ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ฯลฯ และโดยทางอ้อม ได้แก่ การประสานงาน การสื่อสาร การส่งต่อ รวมถึงการจัดการให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างดี

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2552) ให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลว่า หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงการพยาบาล (Nursing activities) ทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยทั้งโดย

ทางตรง และโดยทางอ้อม ใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ถ้าใช้ได้ถูกต้องจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย เป็นตัวบ่งชี้การปฏิบัติงานของพยาบาลถือเป็นพื้นฐานของผลงาน หอผู้ป่วย งานการพยาบาล ฝ่าย การพยาบาล และทีมการดูแลด้านคลินิก

จันทร์ทิตรา เจียรณชัย (2554) ที่กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การ เขียนบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงข้อมูลภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้รับบริการ กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลทั้งการรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟู ภาวะสุขภาพ โดยมีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของ พยาบาล และแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ

สรุป การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ข้อความทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับ ผู้ป่วยทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพยาบาล โดยบันทึกภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของ ผู้ป่วย กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการพยาบาล

สำหรับความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล ได้มีนักวิชาการหลายท่าน กล่าวถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล พอสรุปได้ดังนี้ 1) เป็นเครื่องมือสื่อสาร ระหว่างบุคลากรในทีมพยาบาล รวมถึงทีมสุขภาพอนามัย 2) เป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อใช้ การวางแผนการดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3) เป็นหลักฐานที่แสดงถึงความ เป็นจริงตลอดเวลาเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล 4) เป็นข้อมูลการตรวจสอบการปฏิบัติพยาบาล 5) เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพ 6) เป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการ พยาบาลและ โรงพยาบาล 8) เป็นหลักฐานทางกฎหมาย 9) เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย (ยุวดี เกต สัมพันธ์, 2552; จันทร์ทิตรา เจียรณชัย, 2554; พรศิริ พันธสี, 2554)

1.2 วัตถุประสงค์และหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล จากการศึกษาค้นคว้ามี วัตถุประสงค์และหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1.2.1 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล มีหลากหลายวัตถุประสงค์ (อารี ชิวเกษมสุข, 2551; วรณิ ตปนียากร และคณะ, 2552; จันทร์ทิตรา เจียรณชัย, 2554) พอสรุปได้ ดังนี้

- 1) เพื่อบันทึกอาการของผู้รับบริการ และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
- 2) เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ
- 3) เพื่อเป็นหลักฐานทางการรักษาพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทาง

กฎหมาย

- 4) เพื่อสื่อสารการให้บริการทางการแพทย์ในทีมพยาบาล และระหว่างทีม
สุขภาพ
- 5) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล และการประกัน
คุณภาพการพยาบาล
- 6) เพื่อใช้ประกอบการศึกษา การค้นคว้าและวิจัย
- 7) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของ
บุคลากรพยาบาล
- 8) เพื่อให้แยกแยะความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากสมาชิกอื่น ๆ ใน
ทีมสุขภาพได้
- 9) เพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับการคัดแยกกลุ่มผู้รับบริการ
- 10) เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินทดแทนกรณีการประกัน

1.2.2 หลักการของการบันทึกทางการแพทย์ เทย์เลอร์ ลิลลิส และลีโมน (Taylor, Lillis & LeMone, 1997) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับหลักการของการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

1) ด้านเนื้อหา การบันทึกจะต้องยึดหลักการเขียนเนื้อหาให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน กระชับ โดยต้องบันทึกข้อมูลที่แม่นยำ ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นความจริง มีความถูกต้องตามกฎหมาย สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลและนโยบายของสถาบัน เลี่ยงการเขียน เลียนแบบ หรือเขียนคำศัพท์ที่ไม่เป็นทางการ บันทึกข้อมูลตามลำดับก่อน-หลังตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยมีรายละเอียดสอดคล้องกับหลักการบันทึกทางการแพทย์ที่สำคัญ 4 ประการ (กองการพยาบาล, 2539; สุริย์ ธรรมิกบวร, 2540; อารมณ์ ทองทิพย์, 2550; เขวเรศ คุณแก้ว, 2551) ดังนี้

(1) ความถูกต้อง (Correct) ตามความเป็นจริงของผู้ป่วย เชื่อถือได้ตาม ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงของโรค และสภาพตามความเป็นจริงของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึกใช้ภาษาสื่อสาร ชัดเจน บันทึกข้อมูลที่ต้องสมบูรณ์ บันทึกพฤติกรรมของผู้รับบริการตามที่สังเกตได้ หรือเขียนตามถ้อยคำที่ผู้รับบริการบอก ไม่แปลความหมาย หลีกเลี่ยงการใช้คำพูด ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ละคนให้ความหมายแตกต่างกัน เลี่ยงการกล่าวโดยภาพรวม เช่น วันนี้ดูท่าทางไม่สบาย มีไข้ ควรใช้คำ อธิบายร่างกายเป็นตัวบ่งชี้ ลงชื่อ ผู้บันทึกพร้อมตำแหน่งใช้สีหมึกปากกาตามที่หน่วยงานกำหนด เขียนชื่อ และเลขประจำตัวของผู้รับบริการในแบบบันทึกทุกแผ่นบันทึกข้อมูลตามลำดับ การบันทึก ไม่ข้ามบรรทัด และขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่าง

(2) ความครบถ้วน (Complete) ครอบคลุมปัญหาด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยระบุปัญหา กิจกรรมการแก้ปัญหา และการตอบสนองความต้องการของ

ผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล มีรายละเอียดเพียงพอที่จะนำไปประกอบการตัดสินใจของพยาบาล เพื่อวางแผนในการรักษา ผู้รับบริการต่อไป บันทึกการตรวจเยี่ยมของแพทย์ และการปรึกษาฝ่ายอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อ ผู้รับบริการ บันทึกปัญหาที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาล และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการ และปรับปรุงปัญหาให้ทันสมัย

(3) ความชัดเจน (Clear) โดยบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ที่ชัดเจน อ่านง่าย ด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำใช้ไวยากรณ์และสะกดคำให้ถูกต้อง และใช้คำย่อและสัญลักษณ์ ที่เป็นคำย่อสากล หรือเป็นที่ยอมรับในหน่วยงาน เช่น pt = patient HF = heart failure หากต้องการ เปลี่ยนแปลงข้อความต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมและเขียนคำว่า “ผิด” เหนือ หรือข้างข้อความนั้น แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่งก่อนที่จะเขียนข้อความที่ถูกต้อง โดยไม่มีรอยลบ

(4) ความกระชับ (Concise) เป็นการบันทึกที่อ่านง่ายสั้น กระชับรัด ได้ ใจความ ตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และบ่งชี้ให้เห็น ความก้าวหน้าของการให้พยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2) ด้านเวลา ต้องลงเวลาตามที่เหตุการณ์เกิดจริง หรือเป็นเวลาที่เป็นปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลให้ผู้รับบริการ ไม่ใช่เวลาที่บันทึก และไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง ควรบันทึกตามเวลา และความถี่ที่กำหนดไว้ของหน่วยงาน เช่น การบันทึกการประเมินผู้รับบริการ แรกรับเสร็จภายใน 8 ชั่วโมง ซึ่งบางครั้งอาจมีการยืดหยุ่น หรือปรับเปลี่ยนเวลาตามการ เปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

สรุป หลักการบันทึกทางการพยาบาล ต้องมีความถูกต้อง แม่นยำ อ่านง่าย ชัดเจน เชื่อถือได้ สามารถบ่งบอกถึงอาการของผู้รับบริการ อาการแสดงของโรค ระบุปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ หรือสภาวะการเปลี่ยนแปลง ครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ บันทึกตามความเป็นจริง หลีกเลี่ยง ความคิดเห็นส่วนตัว ต้องมีการเขียน วัน เวลา ที่บันทึก พร้อมเซ็นชื่อและตำแหน่งผู้บันทึกให้ชัดเจน ในแต่ละแผ่นของรายงานต้องเขียน ชื่อ-สกุลของผู้รับบริการให้เรียบร้อย

1.3 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล มีสาระสำคัญ 4 ขั้นตอน (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2540 และจันทร์ทิรา เจริญชัย, 2554) ดังนี้

1.3.1 ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในความ รับผิดชอบ ถือเป็นความสำคัญของการให้พยาบาล เพราะถ้าสามารถประเมินได้ดี ถูกต้อง และ บันทึกไว้เป็นข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้ป่วยย่อมได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เพราะสามารถประเมินสภาพ ต่อเนื่องไปได้ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลมีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส
- 2) ประวัติทางการแพทย์ (Nursing History) ได้แก่ เวลาที่รับใหม่ การเดินทางมาถึงแผนก อาการ หรือปัญหาที่สำคัญ สุขภาพก่อนเจ็บป่วย ความรู้สึก และอาการที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาการแสดงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สัญญาณชีพ การดูแล การพยาบาล และปัญหาเร่งด่วนที่พบ
- 3) การตรวจร่างกาย (Examination) ทั้งจากการประเมินและการทดสอบ ซึ่งต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

1.3.2 ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ให้พิจารณาว่าต้องบันทึกอย่างไรจึงจะสั้น กระชับ พร้อมทั้งได้ข้อมูลเพียงพอต่อการพยาบาล ซึ่งถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญต้องอาศัยการศึกษา และฝึกฝนให้เกิดทักษะ โดยมีแนวทางในการวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังนี้

- 1) ข้อมูลนั้นเป็นจริงแน่นอนหรือไม่ ถ้าข้อมูลคลุมเครือไม่ชัดเจนหำมนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้บันทึกข้อมูลตามที่ได้เห็น
- 2) ข้อมูลที่ได้นั้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะใด เช่น เป็นปัญหาที่พบ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว
- 3) การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใด ให้พิจารณาตามความเหมาะสม ถ้าวิเคราะห์ได้ว่าการบันทึกข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ขณะให้การดูแล เช่น มีอาการเปลี่ยนแปลง อยู่ในภาวะวิกฤต หรือป่วยหนัก ควรพิจารณาบันทึกทันที เพื่อให้ได้รายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เต็มที่
- 4) การนำเสนอข้อมูล เพื่อการบันทึกทางการแพทย์ควรวิเคราะห์ถึงวิธีการนำเสนอว่ารูปแบบใดจะชัดเจน เหมาะสม สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด
- 5) สิ่งที่บันทึกมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และสามารถบันทึกลงแผ่นรายงานได้

1.3.3 ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการแพทย์ อัลฟาโร (Alfaro, 2006 อ้างถึงใน อารมณ์ ทองทิพย์, 2550) ให้แนวทางการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

- 1) บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาล
- 2) การบันทึกต้องเป็นไปตามขั้นตอนที่ให้การดูแลผู้ป่วย
- 3) เมื่อบันทึกแล้วให้คิดทบทวน เพื่อสะท้อนการดูแลโดยใช้คำถามว่า “ฉันลืมทำอะไรบางอย่าง จะทำอย่างไร เปรียบเทียบผู้ป่วยก่อนและหลังการบันทึกเป็นอย่างไร”
- 4) บันทึกสิ่งที่สำคัญที่แน่ใจว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว

- 5) บันทึกสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากมาตรฐานหรือที่ผิดปกติ
- 6) ให้เน้นการบันทึกเรียงเหตุการณ์ตามลำดับเวลา ก่อนหลัง โดยตอบคำถามต่อไปนี้อย่างไร ชี้แจง เกิดเมื่อไร เกิดอย่างไร และเกิดขึ้นที่ไหน
- 7) บันทึกประเด็นปัญหาที่สำคัญ หรือเหตุการณ์ที่ใช้ในการสื่อสารว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงในวันนี้
- 8) บันทึกสิ่งที่เป็จริงหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล
- 9) ไม่ใช้คำพูดคลุมเครือ
- 10) บันทึกข้อความสั้น กระชับ ไม่ต้องเขียนประโยคที่สมบูรณ์ อาจใช้คุณศัพท์คำย่อที่เป็นที่ยอมรับ
- 11) บันทึกชื่อ นามสกุล ผู้บันทึกหลังจากการบันทึกที่จบแล้ว
- 12) เมื่อลืมนบันทึกบางอย่าง ให้รีบบันทึกทันทีที่นึกออกต่อท้ายรายการแล้ว บอกว่าเกิดขึ้นเมื่อใด ต่อด้วยคำว่า “เพิ่มเติมภายหลัง” (late entry)

1.3.4 ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาล ต้องประเมินว่าการบันทึกตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ คือ บอกถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองจากผู้ป่วย และสิ่งที่สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

1.4 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ได้มีการพัฒนาปรับปรุงกันมาตลอด เพื่อให้มีประสิทธิภาพ และมีความสะดวกในการใช้งาน ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการให้บริการ โดยรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในแต่ละรูปแบบมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป (จันทร์ทิวา เจริญชัย, 2554; ดวงหทัย ศรีสุจริต, 2557) ดังนี้

1.4.1 การบันทึกแบบบรรยาย (Narrative record) เป็นรูปแบบที่นิยมใช้ เป็นการบันทึกตามสิ่งที่สังเกตไว้ อาจบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล และการตอบสนองของผู้รับบริการ มีข้อดี ข้อเสีย ดังนี้

1) **ข้อดี** คือ เป็นรูปแบบที่คุ้นเคย และเข้าใจง่าย สามารถใช้ร่วมกับ การบันทึกแบบฟอร์มอื่น ๆ ได้ การบันทึก ประกอบด้วย ปัญหา การดูแล และการตอบสนองของผู้รับบริการ และสามารถเขียนได้รวดเร็ว

2) **ข้อเสีย** คือ ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อย ๆ มักขาดการประเมินผล ขาดการวิเคราะห์สังเคราะห์ ไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาล ยกที่จะประเมิน

คุณภาพการพยาบาล ขาดความสม่ำเสมอในการกำหนดปัญหา เนื่องจากการกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะตนของพยาบาล ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีการพยาบาลที่ชัดเจน

1.4.2 การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) มีการระบุถึงปัญหา บอกถึงการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาและผลการปฏิบัติ ซึ่งในส่วนของกรบันทึกจะมีอยู่ 3 ส่วน คือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล มีข้อดี ข้อเสีย ดังนี้

1) **ข้อดี** บอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาได้ชัดเจน มีการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงความรู้ทางวิชาชีพ ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียว และมีความต่อเนื่อง เพราะทีมพยาบาลมองปัญหาในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินผลการทำงานชัดเจน ทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมทันเวลา สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล และกระตุ้นให้มีการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกโดยวิธีนี้น่าจะเป็นที่นิยมมากขึ้น ถ้าพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล

2) **ข้อเสีย** ขาดขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล การติดตามผล การปฏิบัติงาน เพื่อประเมินผลว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่ ไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย

1.4.3 การบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting report) เป็นการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติการที่มีจุดชี้เฉพาะ 3 ประการ คือ สิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ หรือพฤติกรรมขณะนั้น อาการเปลี่ยนแปลง หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และผลที่สำคัญของ การรักษา ซึ่งการบันทึกระบบชี้เฉพาะนี้มีจุดประสงค์เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก ทำให้ง่ายต่อการบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลเด็กทารก ทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล มีข้อดี และข้อเสีย ดังนี้

1) **ข้อดี** ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก บันทึกอย่างเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน ชี้ชัดในสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นปัญหา แต่เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ และง่ายต่อการสืบค้น

2) **ข้อเสีย** ขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้ หรือขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในกรณีติดตามผลการให้ยา

1.4.4 การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem oriented record) เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการเป็นหลัก ผู้ริเริ่มระบบนี้ คือ Dr.Lawrence Weed เมื่อปี ค.ศ.1987 ต่อมาได้มีการนำมาปรับใช้ในวงการพยาบาล มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้น จากการประเมินผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายรายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ ปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และนำมาเรียงลำดับความสำคัญ วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน รอได้ หรือแก้ไขแล้ว แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหา และการบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการ (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ โดยมีข้อดี และข้อเสีย ดังนี้

1) **ข้อดี** คือ ทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่าย และรวดเร็ว

2) **ข้อเสีย** คือ ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือ สนใจจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงจะได้รับการประโยชน์เต็มที่ ถ้าการดูแลผู้รับบริการแยกออกเป็น ส่วน ๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา

1.4.5 การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting)

ปัจจุบันมีการพัฒนาการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่น ๆ ทำให้มีการทำงานประสานกันระหว่างวิชาชีพ ช่วยให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัด คือ การวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการทุกคน แม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้รับบริการอยู่เสมอ

1.4.6 การบันทึกโดยใช้แนวทางการดูแลผู้รับบริการ (Clinical pathway, Care map charting) เป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการดูแลผู้รับบริการแบบ Case management เป็นการบันทึกแผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้รับบริการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล มีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น มีการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้รับบริการที่ได้มาตรฐาน โดยผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแล และสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน โดยมีแนวทางการเขียนบันทึกในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อรับผู้รับบริการใหม่ ก่อน และหลังผ่าตัด หรือตรวจพิเศษ และเขียนบันทึกเมื่อได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย การย้ายไปรักษาต่อหน่วยงานอื่น หรือเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน หรือถึงแก่กรรม

สรุปรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละแบบก็มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป ดังนั้นการเลือกใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการบันทึกที่มีคุณภาพ หรือไม่มีคุณภาพ จึงได้ศึกษาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังต่อไปนี้

1.5 ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพและไม่มีคุณภาพ

คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) คุณภาพเชิงกระบวนการ ประกอบด้วย กระบวนการคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงเปรียบเทียบ กรอบแนวคิดภายใต้ปรัชญาทางการแพทย์พยาบาล ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล มาตรฐานการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล 2) คุณภาพเชิงเทคนิค ประกอบด้วย ความสะอาดเรียบร้อยเป็นระเบียบ อ่านง่าย การแก้ไข มีลายเซ็นกำกับ ไม่ขีดฆ่า ขูดลบ เขียนครบถ้วนสมบูรณ์ รูปแบบง่ายต่อการเขียนและอ่าน (สุริย์ ธรรมภิภวร, 2540) ทำให้ได้มีผู้กำหนดลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ และลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่มีคุณภาพ ดังนี้

1.5.1 ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ มีผู้เสนอลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนี้

1) พอตเตอร์ และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 2005) กล่าวว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพต้องปฏิบัติ ดังนี้

- (1) บันทึกตามข้อเท็จจริง ไม่ต้องแปลความหมาย
- (2) บันทึกถูกต้องตามความเป็นจริง และเชื่อถือได้
- (3) บันทึกครบถ้วน มีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์
- (4) บันทึกสั้น กระชับ ได้ความหมายชัดเจน
- (5) ข้อมูลอันนี้ต้องสามารถบอกแหล่งที่มาและบริบทได้
- (6) บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตรงตามเวลา และบันทึกทันทีหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแล้วเสร็จ
- (7) บันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและระบบ เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และบันทึกตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- (8) สิ่งที่บันทึกควรเป็นเรื่องปกปิด ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาไม่สามารถเข้าถึงได้ ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นกรณีพิเศษ
- (9) บันทึกด้วยตัวหนังสือ หรือลายมือที่สวยงาม เรียบร้อย อ่านง่าย เพื่อให้เข้าใจตรงกัน

2) สชิลลิง และคณะ (Schilling et al, 2006) ได้กล่าวถึงการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความถูกต้องตามกฎหมาย ตรงกับความเป็นจริง สะท้อนให้เห็นถึงการให้บริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย

- (1) บันทึกวันและเวลาให้ตรงกับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นจริง
- (2) บันทึกให้เห็นสภาพตามความเป็นจริงของผู้รับบริการ ไม่แปลข้อมูล ไม่แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของพยาบาล
- (3) บันทึกให้ถูกต้องครบถ้วน ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน
- (4) ใช้คำที่ให้ความหมายชัดเจน กระชับรัดกุม ไม่ใช่ศัพท์แสลง หรือภาษาพูด
- (5) ลายมืออ่านง่าย ใช้หมึกชัดเจน ตัวสะกดถูกต้อง สะอาดเรียบร้อย
- (6) บันทึกทุกบรรทัด ไม่เว้นช่องว่าง
- (7) ควรสะท้อนให้เห็นถึงการให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ การประเมินปัญหาสุขภาพและปัญหาที่มีความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม และการประเมินผลการพยาบาล ที่ให้กับผู้รับบริการ

- (8) ควรบันทึกหลังจากการปฏิบัติการพยาบาล
- (9) ไม่ควรบันทึกทางการแพทย์แทนกัน
- (10) ควรใช้อักษรย่อ หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล
- (11) เมื่อบันทึกผิด ให้ขีดเส้นตรงเพียงเส้นเดียวทับข้อความที่เขียนผิด และลงชื่อกำกับ
- (12) การลงชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งของผู้บันทึกเมื่อสิ้นสุดการบันทึกทุกครั้ง
- (13) การบันทึกชื่อ-นามสกุลผู้รับบริการ อายุ เพศ HN หอผู้ป่วยเตียงผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกใบ

3) นวลขนิษฐา ลิขิตลือชา (2550) กล่าวว่า การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คือ

- (1) ต้องผ่านขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยง ครอบคลุมฐานความคิดในการปฏิบัติการพยาบาลที่องค์กรได้กำหนดปรัชญาภายใต้พระราชบัญญัติการพยาบาล
- (2) ต้องมีการคิดเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาล เพื่อตรวจสอบคุณภาพของงานและการบันทึก
- (3) กระบวนการบันทึกต้องสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล

4) จันทรทิรา เจียรณัย (2554) กล่าวว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ควรมีลักษณะ 4 C ประกอบด้วย

(1) ความถูกต้อง (Correct) ตามปัญหาที่เกิดขึ้น หรือตามความต้องการของผู้รับบริการตรงกับความเป็นจริง มีข้อมูลชัดเจน และบันทึกตามวันเวลาที่เกิดปัญหา สอดคล้องกับอาการแสดงของโรค ตามสภาพความเป็นจริง หลีกเลี่ยงความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก ใช้ภาษาสื่อสารชัดเจน ลงชื่อผู้บันทึกพร้อมตำแหน่ง ในกรณีเป็นนักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนได้แต่ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาล หรือพยาบาลประจำการเซ็นกำกับทุกครั้ง

(2) ความครบถ้วน (Complete) สมบูรณ์ และมีความต่อเนื่องของปัญหา หรือความต้องการของผู้รับบริการ ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ระบุกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ และควรเขียนยึดหลักตามกระบวนการพยาบาล

(3) ความชัดเจน (Clear) บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร หรือตัวเลขที่ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อ หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และไม่มีรอยลบหากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความ ต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

(4) ได้ใจความ (Concise) หมายถึง การบันทึกที่สั้น กระชับรัด อ่านแล้วได้ใจความ

1.5.2 ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่มีคุณภาพ ดังที่ สุริย์ ธรรมิกบวร (2540) และอารีย์ วิจารณ์ (2542) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ได้คุณภาพ ดังนี้

- 1) ทศนคติของพยาบาลต่อการบันทึกมองว่าน่าเบื่อจึงขาดความสนใจ
- 2) ระบบการบันทึกขาดรูปแบบที่ชัดเจน
- 3) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ขาดความรู้ ความสามารถในการบันทึก ขาดทักษะในการประยุกต์กระบวนการพยาบาล
- 4) ระบบบันทึกแบบฟอร์มเป็นปลายเปิดทำให้ ขาดคุณภาพ ประสิทธิภาพ
- 5) ทีมสุขภาพใช้ประโยชน์จากการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อย
- 6) พยาบาลไม่เห็นความสำคัญในบทบาทอิสระ
- 7) พยาบาลมีภาระงานมาก
- 8) นโยบายหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

สรุปได้ว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องมีความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ครบถ้วน และได้ใจความ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นแผนการดูแลรักษา

และคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการความเสี่ยง ใช้เป็นหลักฐานในการ ประกันคุณภาพของบริการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ และเป็นหลักฐาน ทางด้านกฎหมายได้ แต่จากการปฏิบัติงานทางการพยาบาลส่วนใหญ่มักพบการบันทึกทางการ พยาบาลที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งสืบเนื่องมาจากปัญหาและสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาล ดังจะ กล่าวต่อไปนี้

2. ปัญหาและสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาล

ปัจจุบันการบันทึกทางการพยาบาล ได้มีการพัฒนารูปแบบหลากหลายมากขึ้น และมี การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงประสบกับปัญหาบางประการที่ทำให้การบันทึกขาดคุณภาพ นำไปใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลที่พบส่วนใหญ่ คือ ไม่สมบูรณ์ ไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นปัจจุบัน บางครั้งมีการปฏิบัติแต่ไม่ได้บันทึก (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2548) จากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ดังนี้

2.1 ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล อารี ชิวเกษมสุข (2548) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

2.1.1 ด้านวิธีการบันทึก พบว่า การบันทึกไม่สมบูรณ์ ขาดความต่อเนื่อง มีวิธีการ หลากหลาย มีการบันทึกซ้ำซ้อน ใช้เวลานาน ไม่สะท้อนปริมาณงานของพยาบาล ที่ให้แก่ ผู้ใช้บริการ บันทึกการประเมินปัญหาของผู้รับบริการไม่ครบถ้วน มักบันทึกแต่ปัญหาทางร่างกาย แต่ไม่ได้บันทึกข้อมูลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการบันทึกตามประสบการณ์ของแต่ละ บุคคล บันทึกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ลำบากในการติดตามปัญหาของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง ไม่มีแผนการพยาบาล หรือเขียนแผนการพยาบาลไม่สม่ำเสมอ ทำให้การแก้ปัญหาไม่ได้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.1.2 ด้านแบบฟอร์ม พบว่า แบบฟอร์มไม่เหมาะสม ไม่เอื้อต่อการบันทึก ผู้ยก ซ้ำซ้อน ทำให้เสียเวลาในการบันทึก สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีย์ วิจารณ์ท์ และ กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิช (2542) พบว่า ระบบบันทึกในแบบฟอร์มที่เป็นแบบปลายเปิด ทำให้ขาดคุณภาพ ไม่ บันทึกข้อวินิจฉัย บันทึกแต่อาการและอาการแสดง ไม่มีแผนการพยาบาล ดวงหทัย ศรีสุจริต (2557) กล่าวถึงแบบฟอร์มว่ามีมากมาย หลากหลาย ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน โดยเฉพาะการบันทึกที่แยก แต่ละสาขาวิชาชีพทำให้ไม่เห็นภาพรวมของปัญหา

2.2 สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) ได้กล่าวถึง สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย ความไม่เป็น คิดไม่เป็น ทำไม่เป็น เขียน ไม่เป็น ความไม่ประสงค์ที่จะคิด ทำ เขียน และความไม่มีคน เวลา อุปกรณ์ พร้อมทั้งกำหนดแนว

ทางแก้ไขปัญหา โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงเรื่องความไม่เป็น คือ ต้องเป็นอะไรบ้าง และใครบ้างที่ต้องเป็น ความไม่ประสงค์ ใช้กลยุทธ์การบริหารด้วยแรงจูงใจทั้งภายนอกและภายใน ส่วนความไม่มีคน เวลา และอุปกรณ์ สามารถแก้ไขโดยการวิเคราะห์งาน กำหนดนโยบาย วางกำลังคนให้เหมาะสม บางครั้งต้องลดภาระงานที่ไม่ใช่งานพยาบาล จากการศึกษาของ อารี ชิวเกษมสุข (2548) พบสาเหตุของปัญหา 4 ด้าน ดังนี้

2.2.1 ระบบงานของพยาบาลยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานมาก ไม่มีเวลายันทึก เป็นงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับพยาบาลโดยตรงมาก เช่น การย้ายผู้รับบริการ การจัดการด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีภาระงานที่ไม่ใช่การพยาบาลโดยตรงมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีย์ วิจารณ์ันท์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์ (2542) ที่กล่าวว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบันทึกการพยาบาลขาดคุณภาพ คือ พยาบาลมีภาระงานต้องรับผิดชอบผู้รับบริการมาก โดยเฉพาะเวรป่วย-ดึก ไม่มีเวลายันทึก ไม่เห็นประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล และจากการศึกษาวิจัยของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) พบว่า ภาระงาน ความยุ่งยาก และความเร่งด่วนของงาน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากเกินไป จำนวนผู้รับบริการ อัตรากำลังที่มีอยู่ เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเขียนบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งวิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลขาดประสิทธิภาพ และใช้เวลามาก เช่น ใช้เวลาออกคำสั่งการรักษาแบบดั้งเดิม การบริหารยาก่อนให้ผู้รับบริการใช้เวลานาน

2.2.2 พยาบาลผู้บันทึกขาดความรู้และทักษะ เช่น ขาดทักษะในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลไม่ถูกต้องขาดความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรค ขาดความรู้ ทำให้ไม่มีเนื้อหาสำคัญขาดการระบุปัญหา หรือความต้องการของผู้รับบริการไม่ชัดเจน มักเขียนข้อมูลซ้ำจากเวรก่อน ๆ ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพขาดทักษะในการประยุกต์กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (อารีย์ วิจารณ์ันท์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2542) และจากการศึกษาวิจัยของ ทิพวรรณ โฉมใส (2550) พบว่า ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทักษะ ทศนคติ และค่านิยม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการบันทึกทางการพยาบาล ดวงหทัย ศรีสุจริต (2557) ยังกล่าวว่า องค์ความรู้ เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลยังมีจำกัด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีน้อย ทำให้การเขียนบันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม

2.2.3 ทศนคติเชิงลบของพยาบาลต่อการบันทึก เช่น พยาบาลคิดว่าการพยาบาลผู้รับบริการเป็นงานสำคัญ แต่การบันทึกไม่ใช่งานที่สำคัญ ไม่ใช่ภาระงานที่จำเป็น เป็นงานที่น่าเบื่อ แผนการพยาบาลเป็นภาระงานที่มากเกินไปจนความจำเป็น ไม่มั่นใจในการบันทึก จึงไม่กล้าบันทึก ทำให้

พยาบาลขาดความสนใจที่จะพัฒนาวิธีการบันทึก ไม่เห็นความสำคัญในบทบาทอิสระ (Independent nursing action) เช่น การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการประเมินสภาพจิตใจของผู้รับบริการ เป็นต้น ทำให้ได้ข้อมูลผู้รับบริการไม่ครบถ้วน และคิดว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นงานซับซ้อนและยุ่งยาก ขาดการสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล หรือ รวมทั้งนโยบายเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2540) ทั้งนี้เพื่อนร่วมงานและผู้บริหารยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ (พรชนก ชันชะรุ, 2545) ผู้บริหารจะต้องทำให้เห็นวาระบบการบันทึกทางการพยาบาลช่วยทำให้การทำงานของพยาบาลง่ายและสะดวกขึ้น เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้รับบริการ และเป็นการป้องกันปัญหาทางด้านกฎหมาย (เขาวเรศ คุณแก้ว, 2551) สำหรับ ดวงหทัย ศรีสุจิริต (2557) กล่าวว่า ผู้บันทึกมีความเบื่อหน่ายในการบันทึก เนื่องจากมีทัศนคติว่าการบันทึกเป็นเรื่องที่ยาก แม้จะรับรู้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำและไม่บันทึกสิ่งที่ทำโดยเฉพาะบทบาทอิสระทางการพยาบาล ขาดทักษะในการรวบรวมข้อมูล ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล ไม่ได้อ่าน หรือศึกษาบันทึกของผู้อื่น ทำให้ไม่มีทิศทางหรือแนวทางในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ต่อเนื่อง

2.2.4 การขาดการนิเทศการบันทึก โดยไม่มีการตรวจสอบการบันทึกอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เช่น ไม่มีนโยบายสนับสนุนการบันทึก ไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีคู่มือการบันทึก เป็นต้น การพัฒนาสมรรถนะการบันทึกของพยาบาล และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (วิพร เสนารักษ์, 2541) เกิดจากผู้นิเทศการบันทึกทางการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกยังมีไม่มากพอ ขาดสมรรถนะในการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่เป็นการวิจารณ์ที่ขาดคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข ทำให้ผู้บันทึกขาดกำลังใจและมีทัศนคติที่ดีในการขอคำปรึกษา (ดวงหทัย ศรีสุจิริต, 2557)

2.3 แนวทางการแก้ไขปัญหการบันทึกทางการพยาบาล อารี ชิวเกษมสุข (2556) ได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหการบันทึกทางการพยาบาลไว้ ดังนี้

2.3.1 จัดทำแบบบันทึกให้เหมาะสม เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการพยาบาล เพื่อแสดงให้เห็นคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาล นำไปสู่ทัศนคติที่ดี ซึ่งการปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มการบันทึกนั้นต้องง่ายต่อการปฏิบัติ ด้านรูปแบบของแบบฟอร์ม ควรออกแบบแบบฟอร์มให้เหมาะสมกับนโยบายการทำงานของหน่วยงาน เช่น มีแบบฟอร์มสำหรับการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการตามนโยบายการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

2.3.2 สร้างแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ให้สามารถสื่อสารให้ทราบถึงปัญหาของผู้รับบริการ ได้ชัดเจนตั้งแต่แรกเริ่ม และประเมินอย่างต่อเนื่องจนจำหน่าย แบบบันทึกข้อวินิจฉัยการ

พยาบาล แผนการพยาบาล มีการกำหนดแนวทาง แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาล และ การประเมินผลครบถ้วน สามารถนำมาปรับให้เหมาะสมกับการทำงาน

2.3.3 ลดหรือตัดแบบบันทึกที่ไม่จำเป็นและที่ซ้ำซ้อนลง โดยสะท้อนงานพยาบาลอย่างแท้จริง เช่น ตัดบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แล้วเพิ่มบันทึกกิจกรรมประจำวัน เพื่อแสดงข้อมูลกิจกรรมพยาบาลที่แท้จริงทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.3.4 สร้างมาตรฐานการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้เป็นไปในทางเดียวกัน สามารถนำไปเขียนได้ง่าย และรวดเร็ว โดยการระบุแนวทางไว้ในแบบบันทึก และระบุค่ามาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบไว้ด้วย เลือกใช้ระบบการบันทึกที่เพิ่มประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการทำงานของพยาบาล

2.4 แนวทางการแก้ไขสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบแนวทางแก้ไขสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

2.4.1 ลดกิจกรรมที่ไม่ใช่การพยาบาลให้น้อยลง เช่น ตัดการคัดยาออก ใช้แบบบันทึกการให้ยาแทน ไม่จัดยาล่วงหน้า แต่ให้จัดและแจกยาทันที เพื่อความสะดวก ประหยัดเวลา และแรงงาน การทำงานมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงลง (อารี ชิวเกษมสุข, 2556)

2.4.2 ดูแลการบันทึกทางการพยาบาลแบบองค์รวม ตามบทบาทและหลักการพยาบาล เพื่อให้การบริการคุ้มค่า และมีคุณภาพ (จิตรต์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

2.4.3 ลดความยุ่งยาก และความเร่งด่วนของงานพยาบาล รวมถึงการลดภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลลงบ้าง เพื่อให้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น (พานทิพย์ รมโพธิ์ตาล, 2551)

2.4.4 พัฒนาด้านความรู้ ความสามารถ และทักษะการบันทึกทางการพยาบาลให้มากขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐาน ในแต่ละองค์กร ควรพัฒนามาตรฐานการบันทึก และคู่มือการบันทึกการพยาบาล เพื่อให้สามารถติดตามเรียนรู้ และเข้าใจตรงกัน (สุรีย์ ชรรมิภว, 2540)

2.4.5 เพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจในการบันทึก โดยการอบรมให้ความรู้ ส่งเสริมความสำคัญของการบันทึก ตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ (เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์, 2553) สอดคล้องกับผลการศึกษาของจรัญญาณี ภูวสันติ (2548) พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ สูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา มีคุณภาพดีกว่าก่อนการพัฒนา

2.4.6 สร้างทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล ถ้าบุคคลยังมองไม่เห็นคุณค่าของบันทึกการพยาบาล ความตั้งใจ ความพยายามในการปฏิบัติจะลดน้อยลง นอกจากนี้ สุรีย์

ชรรมิกบวร (2540) กล่าวถึงประเด็นที่ควรพัฒนาประการแรก คือ การพัฒนาทัศนคติ ฝึกให้พยาบาล มีทักษะตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้วยตนเอง และให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิด ความตระหนักรู้ถึงปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ที่แท้จริง (อารี ชิวเกษมสุข, 2556)

2.4.7 จัดระบบการตรวจสอบและการนิเทศ เพื่อพัฒนาสมรรถนะการบันทึกของ พยาบาล และการตรวจสอบการบันทึกที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการนิเทศเพื่อให้คำปรึกษาและให้ ข้อมูลย้อนกลับ รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจและมั่นใจในการ บันทึกมากขึ้น (อารี ชิวเกษมสุข, 2556) ถ้าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการนิเทศอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ พยาบาลประจำการให้ความสำคัญและสนใจรับผิดชอบในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ มากยิ่งขึ้น จนสามารถใช้เป็นสื่อกลางในการรักษาพยาบาลในทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี (เกษราภรณ์ บรรณวงศศิลป์, 2553) รวมทั้งหากมีระบบการตรวจสอบการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้พยาบาล มีการพัฒนาการด้านทักษะในการบันทึกยิ่งขึ้น เกิดความมั่นใจมากขึ้นเช่นกัน

2.4.8 จัดการประชุมสัมมนาเพื่อระดมความคิดและแก้ไขปัญหที่เกิดจากการ บันทึกทางการพยาบาล โดยเฉพาะข้อควรระมัดระวังทางด้านกฎหมาย เชื่อว่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ พยาบาลเพิ่มพูนความรู้นำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประคอง อินสอน (2548) พบว่า ภายหลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการฝึกเขียนบันทึกทางการพยาบาล มีการบันทึกที่เป็น ระบบมากขึ้น มีความสะดวกในการเขียน เพราะมีแบบฟอร์มที่ชัดเจน ทำให้เห็นถึงการปฏิบัติงาน ของพยาบาล เพราะรูปแบบของการบันทึกแสดงให้เห็นปัญหาของผู้รับบริการ

2.4.9 ต้องมีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป็น นโยบาย ให้ความสำคัญต่อการบันทึกอย่างชัดเจน มีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารควรจัด โปรแกรมการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขปรับปรุง (รัตนา ยวงคำมา, 2548) จากนั้น พัฒนาความรู้ ด้วยการพัฒนามาตรฐานการบันทึก และคู่มือการบันทึกการพยาบาล เพื่อให้สามารถ ติดตามเรียนรู้ การพัฒนาความเข้าใจในการประกอบวิชาชีพของพยาบาล

2.4.10 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยพัฒนาให้สอดคล้องกับภาวะ ของโรค ลดการซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล

2.4.11 พัฒนาผู้นิเทศการบันทึกทางการพยาบาล โดยพัฒนาผู้นิเทศให้มีความ เข้าใจ และเชี่ยวชาญในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาได้ เช่น ต้อง เข้าใจประเด็นทางกฎหมายที่จะเกี่ยวข้องกับการบันทึก ตรวจสอบการลงนามให้ถูกต้อง การแก้ไข บันทึกที่เป็นเอกสารทางกฎหมาย

สรุปได้ว่า ปัญหาและสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาล ล้วนส่งผลกระทบต่อ ในทางลบต่อการบันทึกทางการพยาบาลในหลาย ๆ ด้าน ทั้งเสียเวลายบันทึก ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ซึ่งบางครั้งมีการปฏิบัติพยาบาลแต่ไม่ได้บันทึก อันมีสาเหตุจากภาระงานเยอะ พยาบาลผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรค และขาดประสบการณ์ในการบันทึกทางการพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการแก้ไขปัญหาและสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาล โดยการลดกิจกรรมที่ไม่ใช่การพยาบาล มีการดูแลการบันทึกทางการพยาบาลแบบองค์รวม ลดความยุ่งยากและความเร่งด่วนของงานพยาบาล พัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะการบันทึกทางการพยาบาลให้มากขึ้น เพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจในการบันทึก สร้างทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล จัดระบบการตรวจสอบและการนิเทศ จัดการประชุมสัมมนาเพื่อระดมความคิดและแก้ไขปัญหที่เกิดจากการบันทึกทางการพยาบาล ต้องมีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีการพัฒนารูปแบบ และพัฒนาผู้นิเทศการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3. โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ ขนาดใหญ่มีขีดความสามารถระดับสูง (Standard-level Hospital) มีจำนวน 509 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบในเขตอำเภอเมืองชุมพร ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชุมพร 1 แห่ง และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายการส่งต่อ เปิดให้บริการรักษาเฉพาะทาง จำแนกตามสาขา ดังนี้ อายุรศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์โรคเลือด ประสาทวิทยา ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ประสาทศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ รังสีวินิจฉัย จักษุวิทยา วิทยาศาสตร์ฟื้นฟู ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับที่มีความรุนแรงระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมิครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล, 2555) ดังต่อไปนี้

3.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

3.1.1 วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ บริการเป็นเลิศ เน้นเชิงรุก ประชาชนอุ่นใจ

3.1.2 พันธกิจของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

- 1) การบริการสุขภาพแก่ประชาชนด้วยความเป็นเลิศ
- 2) บริการเชิงรุกมุ่งสู่สุขภาพ
- 3) ผลิตนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกให้มีคุณภาพและคุณธรรม

4) การพัฒนาการบริหารจัดการให้มีความเป็นสากลและธรรมาภิบาล

3.2 โครงสร้างการบริหารทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

บริหารงานโดยผู้อำนวยการของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตำแหน่งสูงสุดของโรงพยาบาล รองลงมาเป็นรองผู้อำนวยการฝ่ายต่าง ๆ ได้แก่ ฝ่ายการแพทย์ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ด้านตติยภูมิ และศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษา

3.3 ระบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อเป็นแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลและการเขียนบันทึกทางการแพทย์ และเพื่อเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการบริหาร (กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2555) ได้กำหนดวิธีปฏิบัติ ดังนี้

3.3.1 ให้ทุกหน่วยงานใช้หลัก A-P-I-E ดังนี้

1) การประเมินปัญหาและความต้องการ (Assessment) ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และสื่อสารข้อมูลที่ประเมินได้ระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อตัดสินใจ ระบุนโยบายและความต้องการการพยาบาล หรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง

2) วางแผนการพยาบาล (Planning) ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหลังจากกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้ว จะกำหนดแผนการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation) ประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะ

3.3.2 ให้เขียนบันทึกทางการแพทย์โดยใช้หลัก P-I-E ได้แก่ ปัญหาของผู้ป่วย (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล / กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention) และการประเมินผลหลังให้การพยาบาล (Evaluation) ครอบคลุมองค์รวม รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

1) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือปัญหาและความต้องการการพยาบาล ที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณ

3) แผนการพยาบาลต้องสอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการด้านครอบครัว

4) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.3.3 เขียนบันทึกทางการพยาบาล ติดต่อกันทุกวันทุกเวร ยกเว้นกรณีที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ให้ยึดหลักการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1) ผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยประเภท 5, 4 บันทึกอาการทุกช่วงเวลาที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีการทำหัตถการ

2) ผู้ป่วยประเภท 3 ให้เขียนบันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงทุกเวร

3) ผู้ป่วยประเภท 2, 1 เขียนบันทึกอาการวันละ 1 ครั้ง ยกเว้นมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ตกเตียง ลื่นล้ม

3.3.4 บันทึกด้วยความเป็นจริง สั้น กระชับ ได้ใจความ โดยประกอบด้วยหลักการ ดังนี้

1) บันทึกตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยเขียนปัญหา / ความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน

2) ไม่บันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง ห้ามเขียนล่วงหน้า

3) บันทึกเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากหอผู้ป่วย หรือเมื่อย้ายไปที่อื่น

4) บันทึกต้องอ่านง่าย ไม่แปลความหมาย เขียนด้วยหมึกสีดำ หรือสีน้ำเงิน

5) บันทึกตามลำดับปฏิทินและเรียงตามลำดับบรรทัด หากเขียนไม่จบบรรทัด ให้ขีดเส้นเพื่อป้องกันการเติมย้อนหลัง

3.3.5 บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญ ควรปฏิบัติดังนี้

1) บันทึกตามลำดับไม่มีการละข้อความ หรือขีดลบ ขูดฆ่า กรณีเขียนผิดให้ใช้ปากกาขีดคร่อมข้อความแล้วเซ็นชื่อกำกับ ไม่เว้นบรรทัด

2) เขียนชื่อ-นามสกุล และ HN ในแบบบันทึกทุกใบ ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลเท่านั้น

3) เขียนชื่อจริงและตำแหน่งของผู้เขียน กำกับทุกครั้ง ทุกช่วงเวลาเขียนห้ามใช้ลายเซ็น หรือให้ผู้อื่นเขียนแทน

3.3.6 การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล ควรปฏิบัติดังนี้

1) หัวหน้าหอผู้ป่วย / หน่วยงาน สุ่มตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล วันละ

2) ตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของ
หน่วยงานปีละ 1 ครั้ง

3) ตรวจสอบโดยคณะกรรมการกลาง ปีละ 1 ครั้ง

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กำหนดให้ทุกหน่วยงานใช้การบันทึก
ทางการแพทย์แบบ A-P-I-E โดยเน้นถึงปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย
การประเมินผลหลังให้การพยาบาล รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู
สภาพ ทั้งนี้ต้องบันทึกด้วยความเป็นจริง สั้น กระชับ ได้ใจความ และต้องจัดให้มีการตรวจสอบ
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการพัฒนา
อย่างมีประสิทธิภาพจึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล มีทั้งงานวิจัยต่างประเทศ และงานวิจัยในประเทศ ดังสรุปที่สำคัญดังนี้

4.1 งานวิจัยต่างประเทศ ที่สำคัญมีดังนี้

อินฟอร์ และสเมดบี (Ehnfor & Smedby, 1993) ได้ศึกษาการบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลประเทศสวีเดน พบว่า 2 ใน 3 ของการบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลไม่มีการวางแผนการพยาบาล 1 ใน 3 ของการบันทึกไม่มีการประเมินแรกรับ และไม่มี
ผลลัพธ์ของการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 90 ไม่มีการวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์
หรือเป้าหมายการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

กัน และการ์ดอล์ฟ (Gun & Gardulf, 1995) ได้ศึกษาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน
เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงสต็อกโฮม ประเทศสวีเดน พบว่า ส่วนมากมีการบันทึกทาง
การพยาบาลไม่ถูกต้อง และไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะการกำหนดเป้าหมาย
การพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

ทรอนควิสท์ การ์ดอล์ฟ และสเตรนเดอร์ (Tomkvist Gardulf & Strender, 1997)
ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีต่อบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใน
สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในสต็อกโฮม พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ
เรื่องของเวลา และความรู้ของพยาบาลผู้บันทึก

ดี มารินิส และคณะ (Marinis at al, 2010) ได้ศึกษาการประเมินความสอดคล้อง
ระหว่างการดูแลให้กับผู้ป่วย และที่เอกสาร โดยการเปรียบเทียบการสังเกตการดูแลที่มีผลการ

พยาบาลและ การอธิบายที่ได้รับรายงานการแทรกแซงและที่ถูกรวมซ้ำ โดยการสัมภาษณ์และ ตรวจสอบเวชระเบียน ผลที่พบคือ ร้อยละ 40 ของกิจกรรมการพยาบาลที่สังเกตได้รวมอยู่ในบันทึก การพยาบาล แสดงให้เห็นว่า พยาบาลดำเนินกิจกรรมมากกว่าที่พวกเขาจดบันทึก ความสอดคล้อง ระหว่างการบันทึกและการสังเกตของกิจกรรมการประเมินเป็นร้อยละ 38

จอห์นสัน เจฟเฟอร์ และเลงคอน (Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010) ได้ศึกษา เอกสารทางการแพทย์โดยใช้ประเด็นการตรวจสอบสำคัญ 7 ประการ คือ 1) การบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลควรให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) การบันทึกทางการแพทย์ต้องมีการทำงานจริงของพยาบาล รวมทั้งการศึกษาและการสนับสนุนทางจิตสังคม 3) การจดบันทึกทางการแพทย์ถูกเขียนไปยัง สะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจทางการแพทย์ 4) การจดบันทึกทางการแพทย์ต้องเรียงลำดับ ความสำคัญ 5) การจดบันทึกทางการแพทย์ควรเขียนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนหลัง 6) การจด บันทึกทางการแพทย์ควรบันทึกความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการพยาบาลดีขึ้นหรือ แย่ลง 7) การจดบันทึกทางการแพทย์ควรจะตอบสนองความต้องการทางกฎหมาย จากการ ตรวจสอบพบว่า ขาดความต่อเนื่องในการเขียนบันทึกการพยาบาลในทีมผู้ดูแลสุขภาพในแต่ละ ช่วงเวลา และขาดข้อมูลที่ปฏิบัติงานจริงแต่ไม่ได้ทำการจดบันทึกร้อยละ 37

แบลร์ และสมิธ (Blair & Smith, 2012) ได้ศึกษาการวิเคราะห์คุณภาพของเอกสาร พยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่การบันทึกเอกสาร ของพยาบาลมักจะไม่ได้แสดงความคิดที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจทางคลินิกในขณะที่ให้หลักฐานที่ เป็นลายลักษณ์อักษรของความคืบหน้าของผู้ป่วย จากผลการศึกษาพบว่า การบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลที่สื่อความหมายไม่ชัดเจนเป็นเหตุให้มีความผิดเมื่อใช้ทางกฎหมาย เนื่องจากการใช้คำที่ไม่ เหมาะสมในการจดบันทึก ร้อยละ 67

คอลลินส์ และคณะ (Collins et al, 2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบันทึก ทางพยาบาลกับการตายของผู้ป่วย ที่ศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่งเป็นเวลา 15 เดือนเพื่อประเมินการ ตายกับความถี่ของการวัดสัญญาณชีพ พบว่า ความเชื่อมโยงบันทึกทางการแพทย์ สามารถนำมาใช้ ในการทำนายการตายของผู้ป่วย และเน้นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ที่ต้องบันทึก ตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยมุ่งเน้นความสำคัญในการจดบันทึกทางการแพทย์ตามลำดับ ความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง พบว่ายังมีการทบทวนและบันทึกสัญญาณชีพมากขึ้น ก็จะมี ความสัมพันธ์กับการพบ โอกาสที่จะพบภาวะหัวใจหยุดเต้นมากขึ้น

4.2 งานวิจัยในประเทศ ที่สำคัญมีดังนี้

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakaseamsook, 2005) ได้ศึกษาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและสาเหตุบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบ่งเป็น 2 ประการ ได้แก่ 1) ด้านปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ 3 ด้าน ประกอบด้วย (1) การบันทึกขาดความต่อเนื่อง (2) การบันทึกไม่สมบูรณ์ และ (3) การบันทึกไม่เหมาะสม 2) ด้านปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกทางการแพทย์ 3 ประการ ประกอบด้วย (1) ความสามารถของพยาบาลพยาบาลขาดแรงจูงใจ และความมั่นใจในการบันทึก (2) กิจกรรมการพยาบาลขาดประสิทธิภาพ (3) การตรวจสอบการบันทึก การควบคุมดูแล และการพัฒนาไม่เพียงพอ โดยให้ข้อเสนอแนะว่าการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์จำเป็นต้องพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านพยาบาลผู้บันทึก ระบบการพยาบาล ระบบการนิเทศ และการตรวจสอบด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคน

พวงเพชร สุริยะพรหม และสุขุมล ค้อยแก้ว (2549) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลน่าน เนื่องจากพบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลน่าน ได้แก่ การบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ และไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา เกิดการบันทึกซ้ำ ๆ ในแต่ละช่วงเวลาการปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ปฏิบัติไม่สามารถแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ในการบันทึก พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ รูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งได้กำหนดขึ้น คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นจากระดับไม่ดีเลยมาอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เลือกใช้อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ให้ข้อเสนอแนะว่า การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นระบบ เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น มีนโยบาย คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าการกำหนดรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่ชัดเจนช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ได้

อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) ได้วิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง อ่านลายมือไม่ออก บันทึกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ แบบฟอร์มไม่เอื้อให้บันทึกได้ครบตามกระบวนการพยาบาล มีภาระงานมากจึงไม่สามารถบันทึกได้ครอบคลุมองค์รวม ขาดการฟื้นฟูความรู้และทักษะการบันทึกทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ไม่ต่อเนื่อง ภายใต้อำนาจที่ผู้บริหารทางการแพทย์เป็นผู้แนะนำ หรือกำหนดแนวทางวิธีการบันทึก และทีมการพยาบาลเป็นผู้รับนโยบาย แล้วนำไปปฏิบัติ โดยขาดการมีส่วนร่วมของทีมงาน นอกจากนี้การบันทึกทางการแพทย์ยังไม่คำนึงถึงความเสี่ยงด้านคลินิกเฉพาะ โรคของผู้ป่วย

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย เนื่องจากพบปัญหาวิธีการบันทึกไม่ครบถ้วน ขาดความต่อเนื่อง มีวิธีการหลากหลาย ส่วนแบบฟอร์มปัญหาที่พบคือ มีความยุ่งยากซับซ้อนทำให้เสียเวลาในการบันทึก จึงดำเนินการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย วิธีการบันทึก แบบบันทึก และคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีนโยบายสนับสนุนให้มีการนำระบบบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นต้นแบบมาพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ จัดให้มีการอบรมเพิ่มเติมเฉพาะเรื่องเพื่อให้พยาบาลมีทักษะมากขึ้น จัดให้มีคู่มือหรือแนวทางในการใช้คำย่อที่เป็นสากล และควรจัดให้มีการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาทักษะในการบันทึกให้กับพยาบาล

ชญญา มณีวรรณ และคณะ (2552) ศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้การจัดการความรู้กระบวนการพยาบาล หน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านเขว้า อำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ พบว่าการบันทึกทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ไม่ได้ลงบันทึกครบตามที่ปฏิบัติ การบันทึกไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีทัศนคติไม่ดี ใช้เวลาในการบันทึกมาก แบบฟอร์มไม่สะดวก และขาดการพูดคุยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้ป่วยในมีความรู้ ทัศนคติ คุณภาพการบันทึกเพิ่มขึ้น มีรูปแบบการบันทึกชัดเจน ลดภาระงานในการจดบันทึกทางการแพทย์ โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ให้กับทุกคนในหน่วยงาน เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

สุพร คนัยคุชฎีกุล (2552) วิจัยเรื่องการพัฒนาบันทึกการพยาบาล โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการบันทึกทางการแพทย์และกลยุทธ์การพัฒนาบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า การนำองค์ความรู้ทางกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการเขียนบันทึกการพยาบาลเขียนได้ไม่ครบถ้วน พยาบาลมีภาระงานอื่นจำนวนมากที่ไม่ใช่ภาระงานพยาบาลโดยตรง ทำให้ไม่สามารถเขียนบันทึกการพยาบาลได้ครบถ้วน ผลการวิจัย มีการนำเสนอ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) สถานการณ์ของบันทึกการพยาบาล ประกอบด้วย (1) การนำองค์ความรู้ทางกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการเขียนบันทึกการพยาบาลเขียนได้ไม่ครบถ้วน (2) พยาบาลมีภาระงานอื่นจำนวนมากที่ไม่ใช่ภาระงานพยาบาลโดยตรง ทำให้ไม่สามารถเขียนบันทึกการพยาบาลได้ครบถ้วน 2) กลยุทธ์การพัฒนาการเขียนบันทึกการพยาบาลให้มีคุณภาพ ประกอบด้วย (1) การสอนการใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับการเขียนบันทึกการพยาบาล (2) การใช้ระบบพี่เลี้ยง (3) การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค (4) การปรับระบบการมอบหมายงาน (5) การเจรจาต่อรอง (6) การประสานความร่วมมือ โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนายุทธวิธี

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่องให้ครบทุกหอผู้ป่วย และเผยแพร่สู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินภาระงานพยาบาลและประเมินค่าใช้จ่ายทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ในอนาคต

ฉีกา แสงกิตติไพบูลย์ (2554) ศึกษาเรื่อง ปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมพบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก และ 2) ด้านประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3) ด้านระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า แบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ไม่มีความสะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ใหม่ มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมากและขาดความรู้และทักษะในการบันทึก โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลในการบันทึกให้สามารถบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก และบันทึกต่อเนื่องมากขึ้น ควรมีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแก่พยาบาลผู้บันทึก ควรพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้บันทึก

บัญญัติ ผ่านจันทร และคณะ (2554) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็ง อุตรธานี พบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่สะท้อนการพยาบาลแบบองค์รวม การประเมินด้านกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงข้อมูลสำคัญบางส่วนหายไป และเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการลงข้อมูลไม่ครบถ้วน พบว่า 1) ใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ตรงกับปัญหาผู้ป่วย 2) เจ้าหน้าที่บางส่วนขาดการเชื่อมต่อการระหว่างกรนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 3) ขาดการประเมินผู้ป่วยก่อนการตั้งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เนื่องจากบางครั้งมีภาระงานมาก และบันทึกไม่เอื้ออำนวย 4) การนิเทศติดตามไม่ต่อเนื่อง โดยให้ข้อเสนอแนะว่า แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต้องสั้น กระชับ ได้ใจความที่สำคัญครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล และแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล จึงจะสะดวกต่อการใช้งาน สร้างความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ในการลงบันทึกให้มากขึ้น

อุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 3 ประการ คือ 1) วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง

2) แบบบันทึกไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีแบบฟอร์มที่มีการบันทึกซ้ำซ้อน 3) ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางการบันทึกและเป็นตัวอย่างการบันทึก โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาล ควรจัดให้มีการนิเทศให้คำปรึกษาและแนะนำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนักในการบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และอ่านง่าย

จันทร์เมือง ทนงยิ่ง และรัตนภรณ์ อุปกแก้ว (2557) ได้ศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี ปี พ.ศ.2557 พบปัญหาในการบันทึก เวชระเบียน คือ การบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ได้บันทึกการประเมินสุขภาพแรกรับ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ ครบถ้วนถูกต้อง และนำปัญหาที่พบในการบันทึกทางการพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยนำการบันทึกที่พบว่าไม่มีกรบันทึกมาแก้ไขก่อน

ธนสฤษฏ์ โชติกอภา (2557) ได้พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลายข้อ ได้แก่ 1) การบันทึกอาการแรกรับของพยาบาล ไม่แสดงให้เห็นถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในขณะนั้น 2) การบันทึกการให้ยาสารน้ำ และการให้เลือด มีการลงลายมือชื่อกำกับการให้ยา สารน้ำ และเลือดไม่ครบทุกครั้ง 3) ไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับการตรวจสอบการให้ยา 4) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ไม่มีการอธิบายให้ทราบได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ 5) ขาดการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล 6) การลงลายมือชื่อไม่ชัดเจน ไม่สามารถอ่านได้ว่าผู้ใดเป็นผู้ทำการบันทึก ขาดการบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ 7) ไม่มีการบันทึกการวางแผนการจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้มีแบบบันทึกปัญหา และแผนการพยาบาลเฉพาะ โรค แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล และแบบประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ และจัดให้มีคู่มือบันทึกทางการพยาบาล ทำให้มีคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงขึ้น

วิทวดี สุวรรณสรวล (2557) ได้พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในด้านการประเมินมีการลงบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมตามโรคของผู้ป่วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในระยะแรกรับไม่ถูกต้อง ไม่พบการประเมินปัญหาเพื่อเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วย ในด้านการวางแผนและปฏิบัติการ

พยาบาล พบว่า การบันทึกปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุมครบถ้วน ไม่มีการปรับเปลี่ยนแผน
 ทางพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การ
 บันทึกไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ขาดการประเมินผล อีกทั้งยังพบว่า ลายมืออ่านยาก การลง
 ลายมือชื่อไม่สามารถอ่านได้ การตรวจสอบแผนการรักษาด้วยยาไม่ครบถ้วน โดยให้ข้อเสนอแนะ
 ว่า ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การบันทึกมี
 ความถูกต้องและครบถ้วน ควรมีการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
 และสม่ำเสมอ ควรมีการจัดตั้งทีมพัฒนาแบบบันทึกในระยะจำหน่าย มีการติดตามผลการใช้แบบ
 บันทึกที่ได้พัฒนาขึ้น และควรกระตุ้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
 อย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล มีความสำคัญต่อทุกขั้นตอนของกระบวนการ
 พยาบาล ตั้งแต่การประเมินแรกรับ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ
 พยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม การบันทึกทางการพยาบาล มีปัญหา
 สำคัญ 2 ด้าน คือ ด้านวิธีการบันทึก และด้านแบบฟอร์ม นอกจากนี้ยังพบสาเหตุของปัญหาของการ
 บันทึกทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ ระบบงานพยาบาลขาดประสิทธิภาพ ขาดความรู้และทักษะของผู้
 บันทึก ทักษะคติทางลบต่อการบันทึก ขาดการนิเทศการบันทึก ทั้งนี้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 กับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็น การวิจัยเชิง
 ปริมาณ แสดงถึงข้อมูลทางปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลได้ระดับหนึ่ง ซึ่งยังขาดข้อมูลเชิงลึก
 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง
 แก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป สำหรับวิธีการดำเนินการวิจัยเชิง
 คุณภาพครั้งนี้ มีรายละเอียดดังแสดงในบทที่ 3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรในการศึกษานี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 392 คน

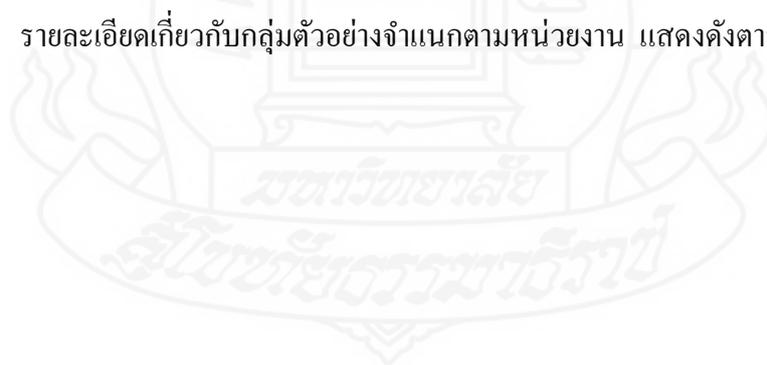
1.2 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งได้จากการคัดเลือก คือ 1) กลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 2) กลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ กลุ่มละ 8 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1.2.1 ยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์ อย่างน้อย 5 ปี

1.2.3 เคยผ่านการอบรมการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง

รายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน แสดงดังตารางที่ 3.1



ตารางที่ 3.1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำแนกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย (n = 8) จำนวน	พยาบาลปฏิบัติการ (n = 8) จำนวน
1. ศัลยกรรม	1	-
1.1 ผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทางศัลยกรรม	1	-
1.2 ศัลยกรรมกระดูกชาย	1	1
1.3 ศัลยกรรมกระดูกหญิง	-	1
1.4 ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	1	-
1.5 ศัลยกรรมชาย	1	1
2. อายุรกรรม	1	1
2.1 อายุรกรรมชาย	1	1
2.2 ผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทางอายุรกรรม	1	1
3. หน่วยงานอื่น ๆ		
3.1 อภิบาลทารกแรกเกิด	-	1
3.2 ผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ	-	1
3.3 ฝ่ายการพยาบาล	1	-
3.4 สูตินรีเวชกรรม	1	-
3.5 ผู้ป่วยวิกฤต	-	1

จากตารางที่ 3.1 พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนาที่เป็นกลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานในหน่วยงานฝ่ายการพยาบาล สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทางศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมชาย อายุรกรรมชาย และผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทางอายุรกรรม หอผู้ป่วยละ 1 คน

ผู้เข้าร่วมสนทนาที่เป็นกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ ปฏิบัติงานในหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมชาย อายุรกรรมชาย อภิบาลทารกแรกเกิด ศัลยกรรมกระดูกหญิง ผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ ผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทางอายุรกรรม หอผู้ป่วยละ 1 คน

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษากับมนุษย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้ศึกษาจึงดำเนินการด้านจริยธรรม ดังนี้

2.1 ทำบันทึกเพื่อพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ พร้อมเสนอ โครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (ภาคผนวก ข) ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

2.2 เมื่อได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ศึกษาจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้งของการสนทนา ด้วยการลงลายมือชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือขอความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าอิสระ (ภาคผนวก ค) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการสนทนาและการตอบแบบสอบถามได้

2.3 รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนา ข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้ และไม่เสนอข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัวบุคคลได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มเรื่อง ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ มีวิธีการพัฒนา ดังนี้

3.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีขั้นตอนในการสร้างแนวทางการสนทนา ดังนี้

3.1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหามบันทึกทางการพยาบาล จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการศึกษาบริบทของปัญหา และสาเหตุการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์

3.1.2 ร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม ตามผลการวิจัยของ อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakaseamsook, 2005) เป็นแนวทางในการสร้างคำถาม 3 ข้อ ดังนี้

1) โรงพยาบาลชุมชนพระเชตุพนศรัทธาศึกค์มีปัญหานั้นที่กทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร?

2) ปัญหานั้นที่กทางการพยาบาลดังกล่าว เนื่องจากสาเหตุใดบ้าง?

3) มีแนวคิดในการแก้ไขปัญหานั้นที่กทางการพยาบาลอย่างไรบ้าง?

สำหรับแนวคำตอบของแต่ละคำถาม ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แนวทางการสนทนากลุ่ม ดังนี้

3.2.1 นำร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาชั้นกว่าอิสระ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของคำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และ การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.2.2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นนักวิชาการ และเป็นผู้บริหารด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำ การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของประเด็น สนทนา ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมและความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยใช้ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินพิจารณา ลง ความเห็น และให้คะแนนรายข้อคำถาม (นิรัตน์ อิมามิ, 2549) ดังนี้

- +1 เมื่อข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับเนื้อหา
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับเนื้อหา
- 1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร (Index of item objective congruence : IOC) จากสูตร

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

- เมื่อ $\sum R$ คือ ผลรวมคะแนนทั้งหมดจากผู้ทรงคุณวุฒิ
- N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ถ้าดัชนีความสอดคล้องมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 0.50 แสดงว่าข้อคำถาม หรือ ประเด็นคำถามมีความตรงตามเนื้อหา หากข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.50 ควร พิจารณาปรับปรุงแก้ไข หรือตัดทิ้ง

สำหรับแนวทางการสนทนากลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC.) ระหว่าง 0 - 0.67 ผู้ศึกษาจึงพิจารณาตัดคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0 จำนวน 2 ข้อ ออกจากแนวคำถาม

3.2.3 ปรับปรุงแนวทางการสนทนากลุ่ม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิজনสมบูรณ

4. ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษามีขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 เสนอหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมพรเขตร อุดมศักดิ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธี การศึกษาและระยะเวลาในการศึกษา

4.2 ติดต่oprasetanกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล โดยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ และ วิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นัดหมายผู้ร่วมสนทนากลุ่มเป็นการ ล่วงหน้า โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการศึกษา

4.4 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2557 มีขั้นตอนดังนี้

4.4.1 ขั้นเตรียมการ

1) ฝึกการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษา เตรียมเนื้อหาโดยทำความเข้าใจ กับผู้ช่วยวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ให้ชัดเจน

2) เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เครื่อง บันทึกลเสียง กระดาษ ปากกา อาหารว่าง หรือของสมนาคุณ

3) เตรียมสถานที่ โดยขออนุญาตใช้ห้องประชุม โรงพยาบาลชุมพรเขตร อุดมศักดิ์

4) เตรียมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยทำจดหมายเชิญเข้าร่วมสนทนากลุ่ม พร้อมระบุวันเวลา และวัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่มอย่างชัดเจน และ โทรศัพท์แจ้งผู้เข้าร่วม สนทนากลุ่มทุกคนอีกครั้งก่อนถึงวันสนทนากลุ่ม 1 วัน

4.4.2 ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยมีการรับประทานอาหารว่าง เครื่องดื่ม พุดคุยในเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสร้างบรรยากาศในการสนทนา เมื่อผู้ร่วมสนทนากลุ่มมาพร้อมกันทุกคนแล้วจึงดำเนินการสนทนากลุ่ม ตามลำดับดังนี้

- 1) เริ่มสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาเริ่มด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และผู้ช่วยการสนทนากลุ่ม ชี้แจงเป้าหมายของการสนทนากลุ่ม และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคน
- 2) ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา และบอกข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้อาจใช้เพื่อการศึกษาโดยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ
- 3) บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยการสนทนากลุ่ม และผู้ร่วมสนทนา
- 4) ให้ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตนเองต่อกลุ่ม
- 5) ใช้คำถามนำก่อนเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ
- 6) เชื่อมโยงการสนทนาด้วยคำถามต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ พร้อมกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มสังเกตปฏิกิริยาผู้ร่วมสนทนา รับฟัง ซักถามเพื่อความกระจ่าง
- 7) เมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดแล้ว นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม
- 8) กล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่มที่นำไปสู่การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล มอบของสมนาคุณและปิดการสนทนากลุ่ม

4.4.3 รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกข้อมูลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการคำนวณค่าความถี่ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) (ศิริพร จิรวีรัตน์, 2551) ตามลำดับ ดังนี้

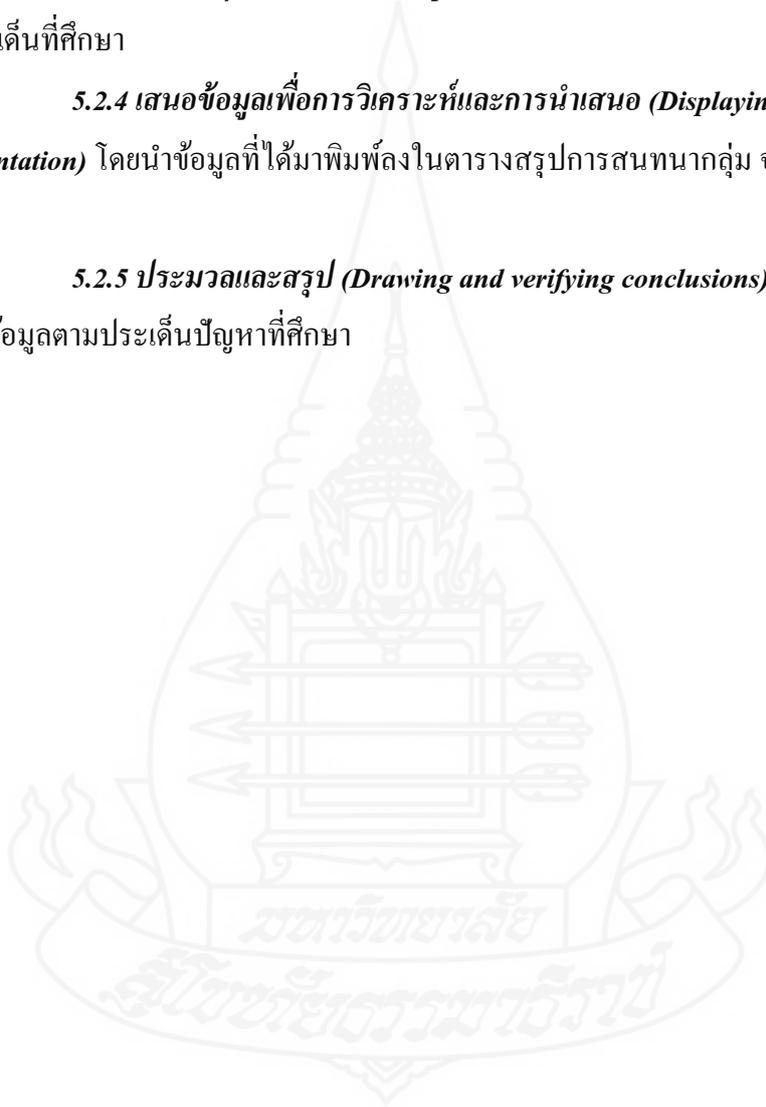
5.2.1 จัดเตรียมข้อมูล (Data management) โดยการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอย่างละเอียด

5.2.2 จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) โดยการเลือกถ้อยคำ หรือประโยคจากการถอดเทปมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล หรือดัชนีตามประเด็นที่ศึกษา

5.2.3 ทำข้อสรุปและตัดทอนข้อมูล (Memo data reduction) โดยการเขียนข้อสรุปแต่ละประเด็นที่ศึกษา

5.2.4 เสนอข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และการนำเสนอ (Displaying data for analysis and presentation) โดยนำข้อมูลที่ได้อ้อมพิมพ์ลงในตารางสรุปการสนทนากลุ่ม จำแนกตามประเด็นที่ศึกษา

5.2.5 ประมวลและสรุป (Drawing and verifying conclusions) โดยการจัดกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นปัญหาที่ศึกษา



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

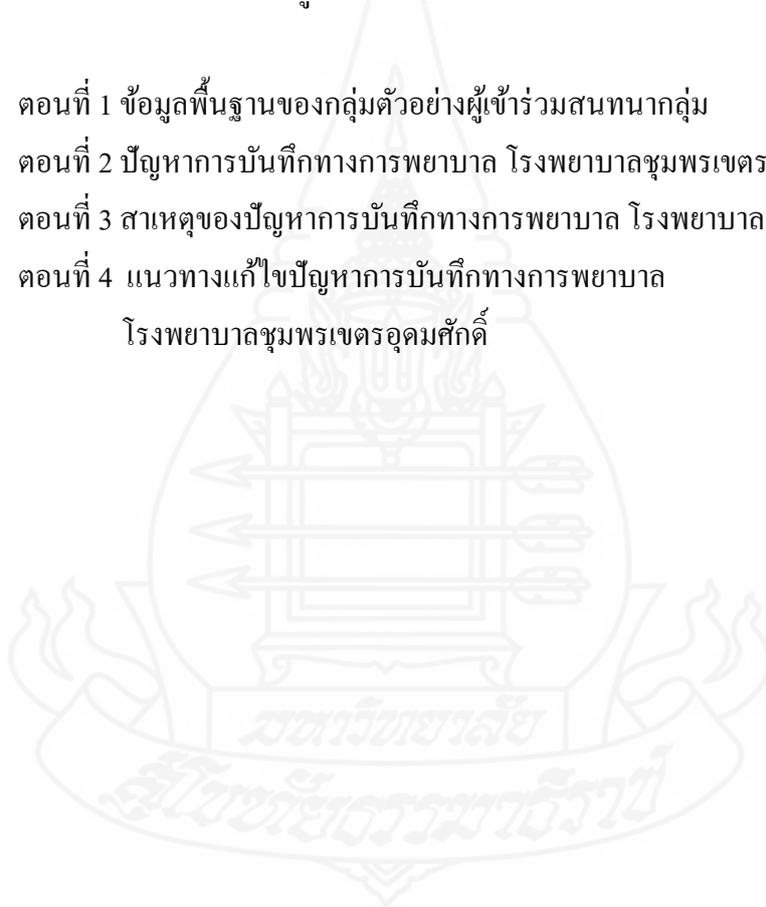
ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ตอนที่ 2 ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ตอนที่ 3 สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ตอนที่ 4 แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์



ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

เป็นการนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการของ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย (n = 8) จำนวน	พยาบาลปฏิบัติการ (n = 8) จำนวน
1. อายุ		
1.1 น้อยกว่า 36 ปี	-	1
1.2 36 - 40 ปี	-	4
1.3 41 - 46 ปี	-	1
1.4 46 - 50 ปี	4	1
1.4 มากกว่า 50 ปี	4	1
2. อายุงาน		
2.1 น้อยกว่า 16 ปี	-	4
2.2 16 - 20 ปี	-	2
2.3 21 - 25 ปี	2	-
2.4 26 - 30 ปี	4	2
2.5 มากกว่า 30 ปี	2	-
3. ระดับการศึกษา		
3.1ปริญญาตรี	4	7
3.2 ปริญญาโท	4	1

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เข้าร่วมสนทนาในกลุ่มของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46 - 50 ปี และมีอายุมากกว่า 50 ปี เท่ากัน (จำนวน 4 คน) ส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 26 - 30 ปี (จำนวน 4 คน) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโทเท่ากัน (จำนวน 4 คน) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เข้าร่วมสนทนาในกลุ่มของพยาบาลปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 - 40 ปี (จำนวน 4 คน) มีอายุน้อยกว่า 16 ปี (จำนวน 4 คน) และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (จำนวน 7 คน)



ตอนที่ 2 ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล รพช.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์

การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล รพช.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ได้จากการสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามว่า “โรงพยาบาลของเรามีปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ทางด้านใดบ้าง” สามารถจำแนกปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านแบบฟอร์ม ปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก ปัญหาด้านวิธีการบันทึก และปัญหาด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้ มีรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 ปัญหาด้านแบบฟอร์ม

จากการสนทนากลุ่ม สามารถรวบรวมปัญหาด้านแบบฟอร์ม แบ่งเป็น 2 ประการ ได้แก่ แบบฟอร์มมีมากเกินไป และแบบฟอร์มการบันทึกซ้ำซ้อน มีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

2.1.1 แบบฟอร์มมีมากเกินไป และไม่ชัดเจน

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าเป็นเนื่องจากมีแบบฟอร์มการบันทึกที่หลากหลาย ได้แก่ แบบฟอร์ม Kardex 11 แบบแผนของกอร์ดอน หรือบางหน่วยงานมีการสร้างแบบฟอร์มขึ้นมาเอง เพื่อความสะดวกในการบันทึก ส่งผลให้ผู้บันทึกเกิดความสับสน ทำให้เสียเวลาในการบันทึก ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“แบบฟอร์มบางครั้งมันเยอะเกินไป” (N1-01)

“ในโรงพยาบาลเรามีแบบฟอร์มหลากหลาย ใครอยากออกอะไรก็ออก ไม่มีแบบฟอร์มชัดเจน ตัวอย่าง SIMI ICU ควรเหมือนกัน (N2-05, N2-06)

“รูปแบบ แบบฟอร์มน่าจะมีการแบ่งช่องการบันทึกให้ชัดเจน” (N2-05)

2.1.2 แบบฟอร์มการบันทึกซ้ำซ้อน

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าเป็นในการปฏิบัติงานมีการบันทึกทางการแพทย์ซ้ำซ้อนกัน 3 แห่ง ได้แก่ 1) Kardex 2) 11แบบแผนของกอร์ดอน และ 3) การประเมินแรกรับ ดังตัวอย่าง คำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“รูปแบบการประเมินซ้ำซ้อน” (N2-02, N1-04)

“เขียนซ้ำซ้อน ใน Kardex 11 แบบแผน แกรกรับ” (N1-02, N1-03)

“Kardex ซ้ำกับประเมินแรกรับ กับ 11 แบบแผนของกอร์ดอน” (N2-02, N2-03, N2-04, N2-05)

2.2 ปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก

จากการสนทนากลุ่ม สามารถรวบรวมปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก แบ่งเป็น 6 ประการ ได้แก่ การบันทึกไม่ครอบคลุม การบันทึกไม่แสดงข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย การ

บันทึกขาดความต่อเนื่องและไม่เป็นปัจจุบัน การบันทึกบางครั้งไม่มีสาระสำคัญ การไม่ลงเวลาในการบันทึกและปฏิบัติแต่ไม่บันทึก และการซักประวัติโดยไม่สอบถามโรค มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การบันทึกไม่ครอบคลุม

กลุ่มสันทนามีความเห็นว่าการบันทึกไม่มีการประเมินความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วย มีการประเมินเฉพาะด้านร่างกาย บางครั้งการประเมินด้านร่างกายก็ไม่ครบถ้วน ขาดการประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“การประเมินไม่ครอบคลุม” (N1-06)

“ขาดการประเมินการตรวจร่างกาย” (N1-04)

“ไม่มีการประเมินด้านจิตใจ และสังคม” (N2-02, N2-03, N2-05)

2.2.2 การบันทึกไม่แสดงข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย

กลุ่มสันทนามีความเห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลมีแต่การเขียนเฉพาะสัญญาณชีพ (Vital signs : V/S) ของผู้ป่วย ทำให้ไม่เห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“มองไม่เห็นความก้าวหน้าของการ progress ของคนไข้” (N1-02)

“บางคนเขียนแล้วไม่แสดงอาการของผู้ป่วยเลย” (N2-06)

“เขียนเฉพาะสัญญาณชีพของคนไข้ มองไม่ชัด” (N2-06)

2.2.3 การบันทึกขาดความต่อเนื่องและไม่เป็นปัจจุบัน

กลุ่มสันทนามีความเห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลได้ข้อมูลการบันทึกไม่เป็นปัจจุบัน ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“บางครั้งไม่เป็นปัจจุบัน” (N1-06)

“การเขียนบันทึกขาดความต่อเนื่อง” (N2-06)

“ขาดความต่อเนื่องของการบันทึก” (N2-02, N2-03, N2-05)

2.2.4 การบันทึกบางครั้งไม่มีสาระสำคัญ

กลุ่มสันทนามีความเห็นว่าการเขียนบันทึกแบบร่ายยาวโดยไม่มีสาระสำคัญ ไม่มีประโยชน์ในกระบวนการพยาบาล ทำให้ไม่มีคนสนใจ ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

“เขียนแบบร่ายยาว หาประเด็น สาระสำคัญไม่ได้” (N1-02)

2.2.5 การไม่ลงเวลาในการบันทึกและปฏิบัติแต่ไม่บันทึก

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลบางครั้งไม่ได้บันทึกเวลา และบางครั้งมีการปฏิบัติทางการแพทย์กับผู้ป่วย แต่ไม่ได้บันทึกดังกล่าวของพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“บางครั้งทำ แต่ไม่มาเขียน” (N1-05)

“ICU ไม่เขียนเวลาใน Nurse note แต่เขียนใน Flow Chart แต่เวลาเขียน Nurse note ไม่ได้นำไปเขียนไว้ใน Flow Chart” (N2-07)

2.2.6 การซักประวัติโดยไม่สอบถามโรค

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการซักประวัติไม่มีการค้นหาข้อมูล ทำให้ไม่ได้ข้อมูลของโรคเชิงลึก ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ซักประวัติได้ส่วนหนึ่ง” (N1-04)

“ไม่ซักลึก ไม่ค้นหาข้อมูล” (N1-05)

“การซักไม่ Focus ที่โรค” (N1-01)

2.3 ปัญหาด้านวิธีการบันทึก

จากการสนทนากลุ่ม สามารถรวบรวมปัญหาด้านวิธีการบันทึก แบ่งเป็น 3 ประการ ได้แก่ การบันทึกไม่เป็นแนวเดียวกับการปฏิบัติ การบันทึกโดยไม่ได้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และลายมืออ่านไม่ออก มีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

2.3.1 การบันทึกไม่เป็นไปในแนวเดียวกับการปฏิบัติ

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการเขียนบันทึกกับการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“บางครั้งเขียนคนละทิศคนละทางกับการปฏิบัติ” (N1-02)

“คนทำกับคนเขียนเป็นคนละคนกัน” (N2-05, N2-06)

2.3.2 การบันทึกโดยไม่ได้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการบันทึกตามเพื่อนโดยไม่ได้มีการประเมินด้วยตัวเอง การบันทึกโดยไม่ได้ดูผู้ป่วย ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับอาการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ส่งผลต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

“บางครั้งลอกมาจาก OPD Card” (N1-02)

“เขียนแบบของเพื่อน ไม่ประเมินด้วยตนเอง” (N1-01, N1-08)

“นั่งเขียน Nurse note ขณะขึ้นเวร ไม่ได้ไปเดินดูผู้ป่วยจริง ๆ ทำให้ไม่ได้ข้อมูลความจริง” (N1-03)

2.3.3 ลายมืออ่านไม่ออก

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการที่ผู้บันทึกกริบบเขียนจนทำให้ลายมืออ่านไม่ออก เป็นผลทำให้ผู้อ่านไม่ได้ข้อมูลตามที่ผู้บันทึกต้องการจะสื่อสาร ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ลายมืออ่านไม่ออก” (N2-06)

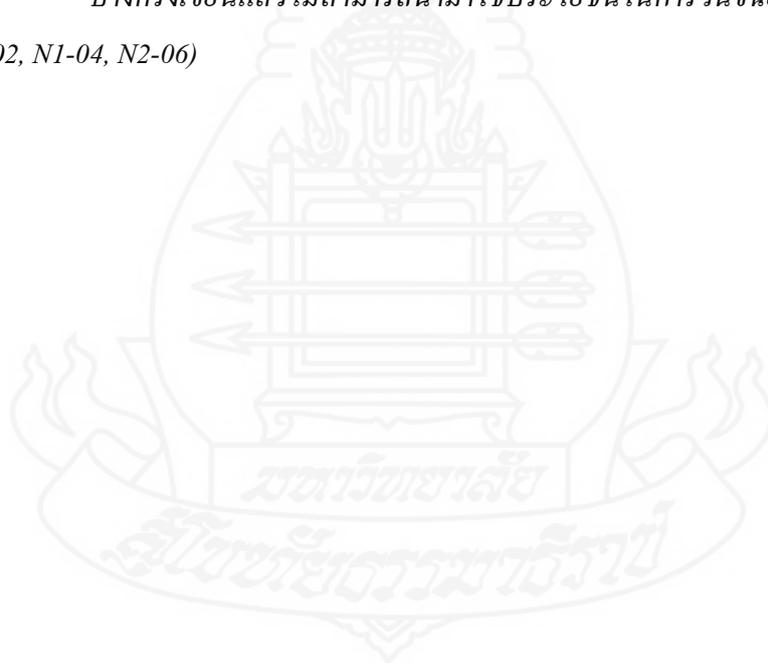
2.4 ปัญหาด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้

จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นต่อปัญหาด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้ว่า เนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมและบันทึกไว้ไม่ได้มีการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล จึงไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ไม่มีการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้” (N1-01)

“Set ไม่ครอบคลุม Planning ไม่ได้ Implement ก็ไม่ได้” (N1-02, N1-04)

“บางครั้งเขียนแล้วไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ได้” (N1-02, N1-04, N2-06)



ตอนที่ 3 สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ชุมพร เขต รุดมศักดิ์

จากการสนทนากลุ่มในหัวข้อปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล สามารถรวบรวมเป็นสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ชุมพร เขต รุดมศักดิ์ แบ่งเป็น 3 ประการ ได้แก่ สาเหตุจากระบบงาน สาเหตุจากผู้บันทึก และสาเหตุจากการบริหารงาน ดังนี้

3.1 สาเหตุจากระบบงาน

จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่าปัญหาการบันทึกทางการแพทย์มีสาเหตุมาจากระบบงาน ได้แก่ ภาระงานมาก มีผู้ป่วยมาก งานมาก เพราะต้องดูแลคนไข้ก่อนบันทึก โดยเฉพาะคนไข้วิกฤต ระบบงานประจำไม่เอื้อต่อการบันทึก และการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์ มีการใช้แฟ้มของผู้ป่วย ทำให้เขียนบันทึกไม่ทัน มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ภาระงานมาก

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่า เมื่อมีภาระงานมาก มีจำนวนผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เขียนบันทึกไม่ทัน ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“เนื่องจากภาระงานของหัวหน้ามีมาก ต้องเป็นผู้ปฏิบัติด้วย 80% ของเวลาทำงาน” (N1-03, N1-04, N1-06)

“การเขียน Nurse note มีมาก ๆ 1 คน 15 เคียงเขียนไม่ไหว” (N2-05)

“ถ้าอยู่ในช่วงยุ่ง ๆ วิกฤต เราจะเน้นคนไข้ก่อน ทำให้เขียน Nurse note ไม่ทัน” (N2-07)

3.1.2 ระบบการทำงานที่เป็นงานประจำ (Routine) ไม่เอื้อต่อการบันทึก

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่า บางครั้งหัวหน้าเวรผู้รับผิดชอบเป็นผู้บันทึกข้อมูล ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง จึงขาดข้อมูลของผู้ป่วยบางประการและทำให้บันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม เนื่องจากมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมากผู้บันทึกไม่ได้ลงไปดูผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากมีงานประจำในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก ดังคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

“ระบบการมอบหมายงานเป็น Routine จะไม่ลงถึงตัวผู้ป่วย” (N1-01)

3.1.3 ระบบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่า การตรวจเยี่ยมของแพทย์บางครั้งทำให้พยาบาลไม่สามารถใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วย ซึ่งมีแบบฟอร์มเอกสารที่ต้องบันทึก ทำให้พยาบาลขาดการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้นไป ดังคำกล่าวของพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“การ rounds ของ แพทย์ มา rounds บ่าย 2 เมื่อเราต้องการใช้ Chart ทำให้เราไม่ได้เขียนบันทึก” (N2-05)

“ICU rounds เที่ยง ต้องไปทำอย่างอื่นทำให้เขียนไม่ครบถ้วน” (N2-07)

“การตาม Rounds ของแพทย์ มีผลกับการเขียน Nurse note ปัจจุบันตาม Rounds คนเดียว ถ้าทุกคนได้ตาม Rounds Case ของตนเองจะทำให้เขียนได้ครอบคลุมมากขึ้น” (N2-06)

3.2 สาเหตุจากผู้บันทึก

จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่าเมื่อพยาบาลผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรค และเรื่องการบันทึก ขาดทักษะทางการพยาบาลและมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ตลอดจนพยาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล จะมีผลต่อคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล มีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

3.2.1 ผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรคและการบันทึก

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่า พยาบาลผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรค และการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้ไม่มีข้อมูลในการเขียนบันทึก ซึ่งบางครั้งมีข้อมูลแล้วแต่ไม่รู้จะเขียนอย่างไรที่จะสื่อสาร หรือแสดงอาการของผู้ป่วยให้คนอ่านเข้าใจได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“แบบฟอร์มไม่เกี่ยว ถ้าคนมีความรู้ แบบฟอร์มแบบไหนก็ไม่นำมามีปัญหา”

(N1-02, N1-03)

“ถ้ามีความรู้ ก็จะสามารถนำมาเขียนได้มาก” (N1-03)

“ขาดความรู้ การประเมิน/ด้าน โรค” (N2-08)

3.2.2 ผู้บันทึกขาดทักษะทางการพยาบาลและมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่า หากพยาบาลผู้บันทึกขาดทักษะทางการพยาบาล และขาดประสบการณ์ในการทำงานจะทำให้บันทึกข้อมูลได้น้อย ดังตัวอย่างคำกล่าวของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ทักษะทางการพยาบาลของน้องมีน้อย ทำให้นำมาเขียนได้น้อย” (N1-03)

“ประสบการณ์ มีผลต่อการบันทึก” (N2-02)

“ถ้าน้องมีประสบการณ์เป็น Incharge จะสามารถดู case ได้ดีกว่า” (N2-02)

3.2.3 ผู้บันทึกมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่า พยาบาลผู้บันทึกส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล โดยมีความคิดว่าพยาบาลไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการบันทึกทางการ

พยาบาล บางครั้งมีความคิดว่าเขียนไปก็ไม่มีประโยชน์ ไม่มีใครนำไปใช้ในการรักษาพยาบาล จึงมีความคิดว่าเขียนอย่างไรก็ได้ขอให้ได้เขียน และยังคงมองว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นการเพิ่มภาระงาน ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ไม่ค่อยให้ความสำคัญ บางคนไม่เอาใจใส่ แค่ขอให้ได้เขียน” (N1-02)

“คิดว่าเขียนไปไม่มีประโยชน์เลย เพราะไม่มีใครนำมาใช้ประโยชน์ในการรักษา”(N1-07)

“Nurse note เป็นการเพิ่มงาน” (N1-03, N1-04, N1-05)

3.3 สาเหตุจากการบริหารงาน

จากการสนทนากลุ่ม สรุปได้ว่า สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการบริหารงาน 2 ประการ ได้แก่ การนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลไม่สม่ำเสมอ และการตรวจสอบการบันทึกที่ขาดประสิทธิภาพ มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 การนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลไม่สม่ำเสมอ

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการนิเทศมีความสำคัญต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล คือ การนิเทศไม่สม่ำเสมอ หรือบางครั้งไม่มีเวลาในการนิเทศ ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ถ้าขาดการนิเทศ ก็จะไม่สามารถบันทึกได้ชัดเจน” (N1-03)

“การนิเทศมีผลต่อการเขียน Nurse note” (N2-01, N2-05)

“หัวหน้าต้องนิเทศให้สม่ำเสมอ” (N2-05)

3.3.2 การตรวจสอบการบันทึกไม่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการตรวจสอบการบันทึกไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยพยาบาลแม้จะมีการตรวจสอบการบันทึกอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่มีหัวหน้าหอผู้ป่วยตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้ไม่สามารถรับรู้ปัญหาที่แท้จริงได้ ส่งผลต่อการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“มีการตรวจสอบปีละ 2 ครั้ง” (N1-01)

“หัวหน้าตรวจวันละ 3 Chart” (N1-02)

“หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ได้ดูหน้างาน ทำให้ไม่ทราบปัญหาเท่าที่ควร ว่าน้องทำแบบไหน ถ้าหัวหน้าลงไปประเมินจริง ๆ จะมีประโยชน์มากกว่า ดูเองจะเห็นปัญหาที่ถูกต้อง

ชัดเจนได้ประโยชน์มากกว่า การตรวจด้วย *Close Chart* คนตรวจมานั่ง *Imagine* “ไม่สื่อความหมาย” (NI-01)

ตอนที่ 4 แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ปรับปรุงระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้บันทึก และปรับปรุงการบริหารงาน มีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

4.1 ปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์

กลุ่มสนทนามีความเห็น ว่า ควรลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก ควรมีการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกและแบบฟอร์มให้ชัดเจนและเป็นไปในแนวเดียวกัน รวมถึงจัดให้มีแบบฟอร์มและแนวทางเฉพาะโรค และควรมีการยกตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ใช้ *APIE* ก็ได้ แต่ต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของพยาบาล” (NI-01, NI-02)

“ปรับรูปแบบให้ชัดเจน เขียนชัดเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีแบบฟอร์มเฉพาะโรค เช่น *OPD* จะได้เขียนในแนวเดียวกัน ควรมี *Guidline* เฉพาะโรค” (N2-08)

“เสนอให้มีรูปแบบการเขียนการบันทึกทางการแพทย์ที่ตีมาเป็นแนวทาง ต้องยกตัวอย่างจาก *Treatment* จริง” (NI-08)

4.2 ปรับปรุงระบบงาน

กลุ่มสนทนามีความเห็น ว่า ควรลดภาระงานที่ไม่ใช่งานพยาบาล และแบ่งการทำงานเป็นทีมจะทำให้เขียนบันทึกได้ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“การลดกิจกรรมที่ไม่ใช่งานของพยาบาลออกไป เช่น งานลงคำรักษาพยาบาล น่าจะทำให้เขียน *Nurse note* ได้ดีขึ้น” (NI-03)

“แบ่งทีมมากขึ้น จะเขียนดีขึ้น ใครว่าง ใครเขียน” (N2-05)

4.3 พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้บันทึก

กลุ่มสนทนามีความเห็น ว่า ควรมีการพัฒนาผู้บันทึกให้มีความรู้เรื่องโรค และฝึกทักษะการเขียนบันทึก และควรสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้พยาบาล

ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“ต้องพัฒนาความรู้ของน้อง น้องต้องมีความรู้จริง ๆ, เพิ่มความรู้ Nurse note” (N1-02)

“เพิ่มความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเขียนบันทึก การประเมินผู้ป่วย โรค” (N2-02)

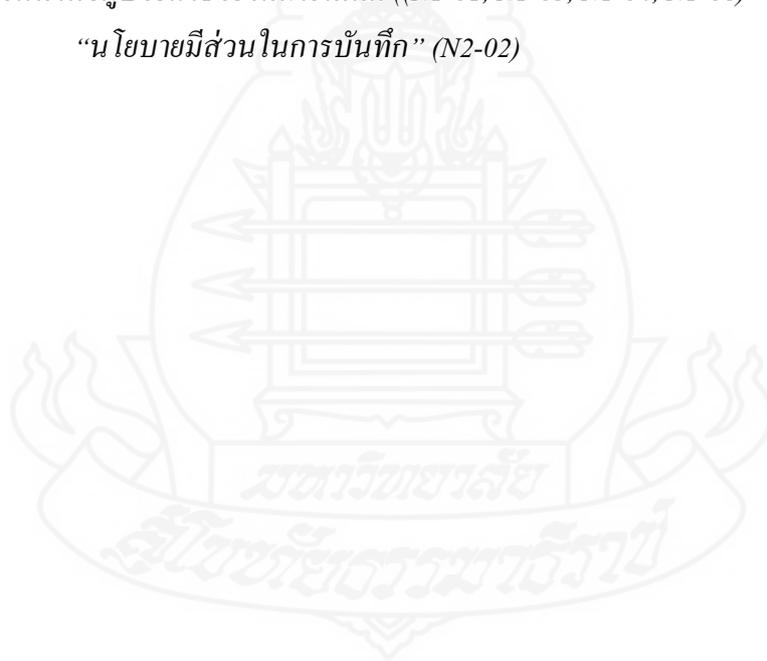
“เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ถ้าตระหนัก ใช้แบบไหนก็ได้” (N1-02, N1-03)

4.4 ปรับปรุงการนิเทศงานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มสนทนามีความเห็นว่าการจัดการนิเทศงานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มากขึ้นและทั่วถึง ควรมีการนิเทศข้ามสายงาน โดยผู้นิเทศควรเป็นผู้มีความรู้ และสามารถให้คำแนะนำได้ รวมทั้งมีการกำหนดนโยบายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ ดังนี้

“เน้นการนิเทศให้มากขึ้น หัวหน้ากระตุ้นนิเทศ น่าจะมีผู้นิเทศอื่น นอกจากพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมาช่วยในการนิเทศ (N1-01, N1-03, N1-04, N1-08)

“นโยบายมีส่วนร่วมในการบันทึก” (N2-02)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถรายงานสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.1.1 เพื่อศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

1.1.2 เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

1.1.3 เพื่อศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 392 คน กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม จากการคัดเลือก 1) กลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 2) กลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ กลุ่มละ 8 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาล อย่างน้อย 5 ปี (3) เคยผ่านการอบรมการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มเรื่องปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นนักวิชาการ และเป็นผู้บริหารด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความสอดคล้องของประเด็นสนทนา ความถูกต้องตามขอบเขตของเนื้อหา และความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยใช้ดัชนีความ

สอดคล้องระหว่างข้อความและเนื้อหา (นิรัตน์ อิมามิ, 2543) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0 - 0.67 ผู้ศึกษาจึงพิจารณาตัดคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0 จากนั้นปรับปรุงแนวทางสนทนากลุ่มตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิজনสมบูรณ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเสนอหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อประสานกับ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นัดหมายผู้ร่วมสนทนากลุ่มเป็นการล่วงหน้า โดยอธิบายให้ทราบถึง วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการศึกษา จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนมีนาคม- พฤษภาคม 2557 ตามขั้นตอนดังนี้

1) ขึ้นเตรียมการ โดย (1) การฝึกการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษา เตรียมเนื้อหา และทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ให้ชัดเจน (2) เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม (3) เตรียมสถานที่ และ (4) เตรียมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

2) ดำเนินการสนทนากลุ่ม ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง โดยมีการรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม พுகุญในเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลก่อน จากนั้นจึงเริ่มสนทนากลุ่ม ด้วยการ (1) กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และผู้ช่วยการสนทนากลุ่ม ชี้แจง เป้าหมายของการสนทนากลุ่ม และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคน (2) ขออนุญาต บันทึกเสียงการสนทนา และบอกข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้อาจใช้เพื่อการศึกษาโดยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ (3) บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยการสนทนากลุ่ม และผู้ร่วมสนทนา (4) ให้ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตนเองต่อกลุ่ม (5) ใช้คำถามนำก่อนเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ (6) เชื่อมโยงการสนทนาด้วยคำถามต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ พร้อมกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม สังเกตปฏิกิริยาผู้ร่วมสนทนา รับฟัง ซักถามเพื่อความกระจ่าง (7) เมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดแล้ว นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (8) กล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่มที่นำไปสู่การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล มอบของสมนาคุณและปิดการสนทนากลุ่ม

3) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกข้อมูลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการคำนวณค่าความถี่ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

1.3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) (รัตนะ บัวสนธิ์, 2551) ตามลำดับ ดังนี้ 1) จัดเตรียมข้อมูล 2) จัดหมวดหมู่ข้อมูล 3) ทำข้อสรุปและตัดทอนข้อมูล 4) เสนอข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และการนำเสนอ และ 5) ประมวลและสรุป

1.4 ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปเป็นผลการวิจัย ดังนี้

1.4.1 ข้อมูลพื้นฐาน พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนาในกลุ่มของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46 - 50 ปี และมีอายุมากกว่า 50 ปี เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 26 - 30 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโทเท่ากัน

ผู้เข้าร่วมสนทนาในกลุ่มของพยาบาลปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 - 40 ปี มีอายุงานน้อยกว่า 16 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

1.4.2 ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านแบบฟอร์ม ปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก ปัญหาด้านวิธีการบันทึก และ ปัญหาด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้ ดังนี้

- 1) **ปัญหาด้านแบบฟอร์ม** แบ่งเป็น 2 ประการ ได้แก่ แบบฟอร์มมีมากเกินไป ไม่ชัดเจน และแบบฟอร์มการบันทึกซ้ำซ้อน
- 2) **ปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก** แบ่งเป็น 6 ประการ ได้แก่ การบันทึกไม่ครอบคลุม การบันทึกไม่มีแสดงข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย การบันทึกขาดความต่อเนื่องและไม่เป็นปัจจุบัน การบันทึกบางครั้งไม่มีสาระสำคัญ การไม่ลงเวลาในการบันทึกและปฏิบัติแต่ไม่บันทึก และการซักประวัติโดยไม่สอบถามโรค
- 3) **ปัญหาด้านวิธีการบันทึก** แบ่งเป็น 3 ประการ ได้แก่ การบันทึกไม่เป็นแนวเดียวกับการปฏิบัติ การบันทึกโดยไม่ได้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และลายมืออ่านไม่ออก
- 4) **ปัญหาด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้** พบว่า ข้อมูลที่รวบรวมและบันทึกไว้ไม่มีการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล จึงทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ได้

1.4.3 สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มี 3 ประการ ดังนี้

- 1) **สาเหตุจากระบบงาน** ได้แก่ ภาระงานมาก มีผู้ป่วยมาก งานมาก ทำให้เขียนไม่ทัน เพราะต้องดูแลผู้ป่วยก่อนบันทึก โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต ระบบงานประจำไม่เอื้อต่อการบันทึก และการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์

2) สาเหตุจากผู้บันทึก ได้แก่ ผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรค และเรื่องการบันทึก ขาดทักษะทางการแพทย์และมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ตลอดจนพยาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการแพทย์

3) สาเหตุจากการบริหารงาน ได้แก่ การนิเทศการบันทึกทางการแพทย์ไม่สม่ำเสมอ และการตรวจสอบการบันทึกที่ขาดประสิทธิภาพ

1.4.4 แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มี 4 ประการ ดังนี้

- 1) ปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์
- 2) ปรับปรุงระบบงาน
- 3) พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้บันทึก
- 4) ปรับปรุงการนิเทศงานการบันทึกทางการแพทย์

2. อภิปรายผล

ผลการวิจัย มีประเด็นสำคัญที่ได้จากผลการวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัญหาการบันทึก สาเหตุของการบันทึก และแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ สามารถอภิปรายผลตามลำดับได้ดังนี้

2.1 ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ผลการศึกษาพบว่า มีปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านแบบฟอร์ม ด้านเนื้อหาการบันทึก ด้านวิธีการบันทึก และด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้ สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับได้ดังนี้

2.1.1 ปัญหาด้านแบบฟอร์ม จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีปัญหาด้านแบบฟอร์ม สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) แบบฟอร์มมีมากเกินไป ไม่ชัดเจน และ 2) แบบฟอร์มการบันทึกซ้ำซ้อน เนื่องจากมีการออกแบบฟอร์มอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะการบันทึกแยกแต่ละสาขาวิชาชีพ ทำให้ไม่เห็นภาพรวมของปัญหา (ดวงหทัย ศรีสุจริต, 2557) มีข้อมูลสนับสนุนจากผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “รูปแบบการประเมินซ้ำซ้อน” (N2-02, N1-04) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) และอุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่า ปัญหาของแบบฟอร์มมีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ทำให้เสียเวลาในการบันทึก แบบบันทึกไม่เหมาะสม ทำให้บันทึกไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยของผู้ป่วยแบบของค์ร่วม และมีแบบฟอร์มที่มีการบันทึกซ้ำซ้อน

2.1.2 ปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก จากผลการศึกษา พบว่า มีปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก 6 ด้าน ได้แก่ 1) การบันทึกไม่ครอบคลุม 2) การบันทึกไม่มีแสดงข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย 3) การบันทึกขาดความต่อเนื่องและไม่เป็นปัจจุบัน 4) การบันทึกบางครั้งไม่มีสาระสำคัญ 5) การไม่ลงเวลาในการบันทึกและปฏิบัติแต่ไม่บันทึก และ 6) การชักประวัติโดยไม่สอบถามโรค เนื่องจากพยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งมีหน้าที่บันทึกข้อมูลมีภาระงานมาก ต้องรับผิดชอบหน้าที่อื่น ๆ ที่ไม่ใช่การพยาบาลจำนวนมาก นอกจากนี้พยาบาลหัวหน้าเวรผู้ทำการบันทึกขาดความรู้ ขาดทักษะทางการบันทึกทางการพยาบาล และมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “*ไม่มีการประเมินด้านจิตใจ และสังคม*” (N2-02, N2-03, N2-05) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ที่พบปัญหาวิธีการบันทึกไม่ครบถ้วน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กัน และการ์ดอล์ฟ (Gun & Gardulf, 1995) ที่พบว่า ส่วนมากมีการบันทึกทางการพยาบาลไม่ถูกต้อง และไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานที่กำหนด

2.1.3 ปัญหาด้านวิธีการบันทึก จากผลการศึกษา พบว่า มีปัญหาด้านวิธีการบันทึกแบ่งเป็น 3 ประการ ได้แก่ 1) การบันทึกไม่เป็นแนวเดียวกับการปฏิบัติ 2) การบันทึกโดยไม่ได้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และ 3) ลายมืออ่านไม่ออก เนื่องจากพยาบาลผู้บันทึกขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดทักษะในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล มีความรู้และประสบการณ์ในกระบวนการพยาบาลตามพยาธิสภาพของโรคไม่เพียงพอ ส่งผลให้ใช้เวลาในการบันทึกนาน ไม่สะท้อนปริมาณงาน การบันทึกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีแผนการพยาบาล ทำให้การแก้ปัญหาไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (อารี ชิวเกษมสุข, 2548) มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “*ไม่ซักถามลึก ไม่ค้นหาข้อมูล*” (N1-05) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ที่พบว่า ปัญหาวิธีการบันทึกไม่ครบถ้วน ขาดความต่อเนื่อง และมีวิธีการหลากหลาย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพร คนัยคุชฎีกุล (2552) ที่พบว่า มีการนำองค์ความรู้ทางกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อุดมพร คำล้ำเลิศ (2555) ที่พบว่า วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน

2.1.4 ปัญหาด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้ จากผลการศึกษา พบว่า มีปัญหาด้านการนำข้อมูลการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้ โดยไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่ได้นำไปวางแผน ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ เนื่องจาก 1) พยาบาลผู้บันทึกมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เนื้อหาที่บันทึกไม่ครอบคลุมไม่มีความก้าวหน้า ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่เป็นปัจจุบัน 2) พยาบาลผู้บันทึกกับผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่ใช่

คนเดียวกัน ทำให้ได้ข้อมูลอาจเบี่ยงเบนไปจากความจริง 3) พยาบาลผู้บันทึกมีความรู้ และ ประสบการณ์ของผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่เพียงพอต่อการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการแพทย์ การดำเนินการบันทึกทางการแพทย์ และการประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์ (จันทร์ทิรา เจียรณัย, 2554 และ สุรีย์ ชรรมิทวรว 2540) มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการ สทนทากลุ่มที่กล่าวว่า “บางครั้งเขียนแล้วไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้” (N1-02, N1-04, N2-06) ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนำข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

2.2 สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์

จากผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สาเหตุจากระบบงาน สาเหตุจากผู้บันทึก และสาเหตุจากการบริหารงาน สามารถ อภิปรายผลการศึกษาตามลำดับได้ดังนี้

2.2.1 สาเหตุจากระบบงาน

จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้บันทึกมีภาระงาน มากเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมาก หรือมีผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องดูแลผู้ป่วยก่อนการบันทึก นอกจากนี้ยังมี ภาระงานที่ไม่ใช่การพยาบาลโดยตรง เช่น การย้ายผู้รับบริการ การจัดการด้านเครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ภาระ งาน จำนวนคนไข้มีมาก เขียนไม่ทัน” (N2-04) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีย์ วิจารณ์ันท์ และ กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์ (2542) ที่กล่าวว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบันทึกการพยาบาลขาดคุณภาพ โดยพยาบาลมีภาระงานต้องรับผิดชอบผู้รับบริการมาก และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) ที่พบว่า ภาระงาน ความยุ่งยาก และความเร่งด่วนของงาน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่ งานพยาบาลมากเกินไป จำนวนผู้รับบริการ อัตราค่าจ้างที่เป็นอยู่ เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเขียน บันทึกทางการแพทย์ นอกจากนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพร ดนัยคุชฎีกุล (2552) และณิภา แสงกิตติไพบูลย์ (2554) ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์คือมีภาระ งานมากและมีภาระงานอื่นจำนวนมากที่ไม่ใช่ภาระงานพยาบาลโดยตรง ทำให้ไม่สามารถเขียน บันทึกการพยาบาลได้ครบถ้วน

นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบการทำงานที่เป็นงานประจำ (Routine) และระบบการ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์ ไม่เอื้อต่อการบันทึกเนื่องจากระบบการมอบหมายงานให้พยาบาล หัวหน้าเวรเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงและยังรับหน้าที่บริหารจัดการเรื่องอื่นๆจำนวนมากทำให้ บันทึกข้อมูลได้ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะที่ต้องใช้แฟ้มเก็บแบบฟอร์มบันทึกพร้อมๆกับช่วงที่แพทย์ มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจึงทำให้บันทึกไม่ครอบคลุม มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนา กลุ่มที่กล่าวว่า “คนที่ เป็น Incharge ต้องตรวจทุก Chart ต้องทำทุกอย่าง ทำให้ทำงานไม่ทัน” (N2-01,

N2-03, N2-06) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) อารีย์ วิจารณ์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วาณิช (2542) ที่พบว่า ภาระงาน ความยุ่งยาก และความเร่งด่วนของงาน พยาบาลมีภาระงานต้องรับผิดชอบผู้รับบริการมาก โดยเฉพาะเวรบ่าย-ดึก ไม่มีเวลายันทึก ไม่เห็นประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ จำนวนผู้รับบริการ อัตราค่าล้างที่เป็นอยู่ เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเขียนบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งวิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลขาดประสิทธิภาพ และใช้เวลามาก เช่น ใช้เวลาลอกคำสั่งการรักษาแบบดั้งเดิม การบริหารยาก่อนให้ผู้รับบริการใช้เวลานาน ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก

2.2.2 สาเหตุจากผู้บันทึก จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรคและเรื่องการบันทึก พยาบาลผู้บันทึกขาดทักษะทางการพยาบาลและประสบการณ์ในการทำงานน้อย และผู้บันทึกมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล เนื่องจาก 1) พยาบาลทำงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสใช้ความรู้ในการผู้ป่วยเรื่องโรค และทักษะการพยาบาล ไม่เต็มที่ 2) พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการบันทึกอย่างเพียงพอ มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ถ้ามีความรู้ ก็จะสามารนำมาเขียนได้มาก” (N1-03) สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ ทิพวรรณ โฉมใส (2550) ที่พบว่า ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทัศนคติ และค่านิยม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงหทัย ศรีสุจริต (2557) ที่กล่าวว่า องค์ความรู้ เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลยังมีจำกัด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีน้อย ทำให้การเขียนบันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม

พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล เนื่องจากเหตุผล 2 ประการ ได้แก่ 1) แบบฟอร์ม และวิธีการบันทึกที่ใช้อยู่มีจำนวนมาก ซ้ำซ้อนและไม่เอื้อต่อการบันทึกอย่างสะดวกและง่าย 2) การบันทึกที่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล ต้องใช้เวลาและสติปัญญา ความคิดวิเคราะห์ทำให้ต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก 3) บันทึกแล้วไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์ มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ไม่ค่อยให้ความสำคัญ บางคนไม่เอาใจใส่ แค่ขอให้ได้เขียน” (N1-02) สอดคล้องกับคำกล่าวของ ดวงหทัย ศรีสุจริต (2557) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้บันทึกมีความเบื่อหน่ายในการบันทึก เนื่องจากมีทัศนะว่าการบันทึกเป็นเรื่องที่ยาก แม้จะรู้ว่าบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำและไม่บันทึกสิ่งที่ทำ โดยเฉพาะบทบาทอิสระทางการพยาบาล ขาดทักษะในการรวบรวมข้อมูล ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล ไม่ได้อ่าน หรือศึกษาบันทึกของกันและกันหรือบันทึกของทีมสหสาขา ทำให้ไม่มีทิศทางหรือแนวทางในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ต่อเนื่อง

2.2.3 สาเหตุจากการบริหารงาน จากผลการศึกษา พบว่า การนิเทศงานการบันทึกทางการแพทย์ และการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ เนื่องจาก 1) โรงพยาบาลไม่มีนโยบายในการจัดการนิเทศงานการบันทึกทางการแพทย์ที่ชัดเจน 2) ผู้นิเทศมีจำนวนไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัย ดวงหทัย ศรีสุจริต (2557) ที่กล่าวว่าไว้ว่า ผู้นิเทศการบันทึกทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกยังมีไม่มากพอ ขาดสมรรถนะในการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่เป็นการวิจารณ์ที่ขาดคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข ทำให้ผู้บันทึกขาดกำลังใจและมีทัศนคติที่ไม่ดีในการขอคำปรึกษา 3) ผู้นิเทศมีภาระงานมาก โดยส่วนใหญ่ผู้นิเทศเป็นหัวหน้าตึก ซึ่งมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบมากอยู่แล้ว มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ได้ดูหน้างาน ทำให้ไม่ทราบปัญหาทำที่ควร ว่าน้องทำแบบไหน ถ้าหัวหน้าลงไปประเมินจริง ๆ จะมีประโยชน์มากกว่า คุณเองจะเห็นปัญหาที่ถูกต้องชัดเจนได้ประโยชน์มากกว่า การตรวจด้วย *closed chart* คนตรวจมานั่ง *imagine* ไม่สื่อความหมาย” (NI-01) สอดคล้องกับคำกล่าวของ วิพร เสนารักษ์ (2541) ที่กล่าวว่า การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2.3 แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์
จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขการบันทึกทางการแพทย์ 4 ประการ ได้แก่ ปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ปรับปรุงระบบงาน พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้บันทึก และปรับปรุงการนิเทศงานการบันทึกทางการแพทย์ เนื่องจากพยาบาลประสบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ ปัญหาในระบบงาน และปัญหาการบริหารงาน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่สอดคล้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหาการบันทึกที่กล่าวมาทั้งหมด และต้องการแก้ไขปรับปรุงทั้งปัญหาและสาเหตุเหล่านี้ มีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ปรับรูปแบบให้ชัดเจน เขียนชัดเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีแบบฟอร์มเฉพาะ โรค เช่น OPD จะได้เขียนในแนวเดียวกัน ควรมี *Guideline* เฉพาะ โรค” (N2-08) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของอารี ชิวเกษมสุข (2548) ที่กล่าวว่า ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ การพยาบาล และการบันทึกทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่า ปัญหาสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านแบบฟอร์ม ด้านเนื้อหาการบันทึก ด้านวิธีการบันทึก และด้านการนำข้อมูลจากการบันทึกไปใช้ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาล ควรจัดให้มีการปรับปรุง และพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์อย่างเป็นระบบทุกมิติ

3.1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่า สาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ สาเหตุจากระบบงาน สาเหตุจากผู้บันทึก และสาเหตุจากการบริหารงาน ดังนั้นผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้บันทึกได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

3.1.3 จากผลการศึกษาที่พบว่า แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญต่อการบันทึกทางการแพทย์ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนการใช้แนวทางดังกล่าวทั้ง 4 ด้าน ไปใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ปรับปรุงระบบงานให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้บันทึก และปรับปรุงการบริหารงาน เพื่อเอื้อให้พยาบาลมีการบันทึกอย่างมีคุณภาพมากขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัญหา สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในรูปแบบเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบปริมาณของปัญหา สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อไป

3.2.2 เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ 4 ประการ ได้แก่ ปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ปรับปรุงระบบงาน พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้บันทึก รวมถึงปรับปรุงการนิเทศงานการบันทึกทางการแพทย์ ดังนั้นจึงควรนำผลการศึกษาไปศึกษาและพัฒนาระบบต่าง ๆ ทั้ง 5 ประการดังกล่าว โดยดำเนินการวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2539). *เกณฑ์การตรวจสอบ
บันทึกทางการพยาบาล ในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล เล่ม 5*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: ธรรมศาสตร์.
- กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล. (2555). *แบบรายงานการประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรอง
คุณภาพต่อเนื่อง พ.ศ. 2555*. ชุมพร: กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพร
เขตรอุดมศักดิ์.
- เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์. (2553). *การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม-
ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ไขแสง โปธิโกสุม. (2540). *การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล บทความการวิจัย
ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่*. สงขลา.
- คณะกรรมการวิชาการ. (2555). *การใช้กระบวนการพยาบาลและการเขียนบันทึกทางการพยาบาล.
ชุมพร: โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์*.
- วรรณิ ตปนิยากร, งามนิศย์ รัตนานุกูล. (2552). *แปลความจาก Lynda Juall Carpeito-Moyet.
การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส.
- จริญญาณี ภูวสันติ. (2548). *การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนก
ผู้ป่วยใน และงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. (รายงานการศึกษา
ค้นคว้าแบบอิสระเชิงวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).*
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จันทร์ทิวา เจียรณชัย. (2554). *การบันทึกทางการพยาบาล. ใน เอกสารประกอบการสอน หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี*.
- จันทร์เมือง ทนงยิ่ง และรัตนภรณ์ อุปแก้ว. (2557). *การศึกษาคุณภาพการบันทึกทาง
การพยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี ปี พ.ศ. 2557
แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี. จังหวัดร้อยเอ็ด*.
- จำริญ มรฤทธิ. (2548). *วิเคราะห์เนื้อหาและคุณภาพบันทึกการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยนเรศวร,
พิษณุโลก.

- จิตรศิริ ชันเงิน. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- จิตรมร์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). การบริหารจัดการโรงพยาบาลบนพื้นฐานของผลการปฏิบัติงาน. *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 3(1): 40-45.*
- ชญญา มณีวรรณ, สุทิสรา จินดามาศย์ และนงลักษณ์ กุลหินตั้ง. (2552). *ศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้การจัดการความรู้กระบวนการพยาบาล. หน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านเขว้า อำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ.*
- ชญญาภรณ์ น้ำค้าง. (2557). *สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค.*
- ณภัทร ชนะพุฒินาท, นภาพร แก้วนิมิตชัย, ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2554). ผลการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน. *วารสาร มจร. วิชาการ 14(28) (มกราคม-มิถุนายน): 1-21.*
- ณิภา แสงกิตติไพบูลย์. (2554). *การศึกษายุทธศาสตร์ของระบบบันทึกทางการพยาบาล ศูนย์มะเร็งรังสิตปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.*
- ดรรรัตน์ หงส์ทอง. (2547). *ผลการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติกรพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ*
- ดวงหทัย ศรีสุจริต. (2557). *การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation). ใน เอกสารประกอบการสอน ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.*
- ทักษิณีย์ ทองประทีป และเบ็ญจา เตากล้า. (2543). บันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพการพยาบาล. ใน *วารสารสภากาพยาบาล 15(2) (เม.ย.-มิ.ย.): 1-11.*
- ทิพวรรณ โฉมใส. (2550). *สมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลประจำการแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ*

- ชนสฤษฎ์ โชติกอภา. (2557). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่*. (การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิรัตน์ อิมามี. (2543). *เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุศึกษาและสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- บัญญัติ ผ่านจันหาร, อำไพ สารจันทร์, สุเมธา ขวัญส่ง, อรุณรัตน์ พรหมพุท, จิตลัดดา โพธิ์ผ่อง, สรัญญา บุญเสริม, ประภา ชูศิริตนาพันธ์, และอมรรัตน์ ศรีอำไพวารกรณ์. (2554). *พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน*. อุดรธานี: กลุ่มงานภารกิจบริการวิชาการ. ศูนย์มะเร็งอุดรธานี.
- ประคอง อินสอน. (2548). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประคิม สุจฉายา, วิจิตร ศรีสุพรรณ, โรจน์ จินตนาวัฒน์, กุลดา พงศ์สุวรรณ, และศรีมณานิยมค้าแหล่งทุน. (2549). *บันทึกทางการแพทย์และผดุงครรภ์ : แนวคิดวิธีบันทึก และการใช้ประโยชน์*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปรานี อธิพงษ์ และทีมงานห้องคลอด. (2557). *การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (บันทึกอย่างไรจึงจะได้ครบถ้วน)*. ศรีสะเกษ: งานห้องคลอด โรงพยาบาลปรังค์กู่.
- พรชนก ชันชะรุ. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การบันทึกการพยาบาลกับคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรศิริ พันธสี. (2554). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พานทิพย์ รัมโพธิ์ตาล. (2551). *การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2552). *บันทึกทางการแพทย์พยาบาล กระบวนการสำคัญทางวิชาชีพ*. ใน *เอกสารประกอบการสอน*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศิริราชพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวเรศ คุณแก้ว. (2551). *การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยี่น* จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- รัตน์ะ บัวสนธ์. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: คำสมัย.
- รัตนา ยวงคำมา. (2548). *การพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เรณู พุกมณี. (2552). *จากกระบวนการพยาบาลสู่การบันทึก ในเอกสารประกอบการอบรม บันทึก
ทางการพยาบาล สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่ง
ประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.
- วิพร เสนารักษ์. (2541). *การวินิจฉัยการพยาบาล*. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
และสัตยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิหวดี สุวรรณศรวล. (2557). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2548). *การบันทึกทางการพยาบาล: ความสำคัญ และปัญหา ใน เอกสารประกอบ
การสอน*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพร ดนัยคุชฎีกุล. (2552). *การพัฒนาบันทึกการพยาบาล โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสัตยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2540). *การบันทึกทางการพยาบาล : คุณภาพของการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: นิวเวฟพัฒนา.
- อาภรณ์ ทองทิพย์. (2550). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ
พยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2534). *การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึก โดยใช้รูปแบบการบันทึกทาง
การพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล กับรูปแบบที่มุ่งปัญหา*. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- _____. (2548). *การบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ*.
วารสารคุณภาพการพยาบาล. 3(2).
- _____. (2551). *กระบวนการพยาบาล และการประเมินสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ*
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- _____. (2556). *โครงการการนำข้อค้นพบจากการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งการใช้กระบวนการพยาบาลโรงพยาบาลลำลูกกา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อารีย์ วิจารณ์ท์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. (2542). การศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารกองการพยาบาล*. 26(2): 58-65.
- อุดมพร คำล้ำเลิศ. (2555). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- Blair, W., & Smith, B. (2012). *Nursing documentation: Frameworks and barriers*. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168.
- Cheevakasemsook, A. (2005). "Facilitating change: The development of an effective nursing documentation system in a medical surgical ward in Thailand". Faculty of Health Studies Charles Sturt University Wagga Wagga NEW Australia.
- Collins, S. A., et al. (2013). *Relationship between nursing documentation and patients' mortality*. *American Journal of Critical Care*, 22(4), 306-313.
- De la Cuesta, C. (1983). *The nurse process : from development to implementation*, *Journal of Advanced Nursing*, vol.8, pp. 361-371.
- De Marinis, M. G. et al. (2010). *'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital*, *Journal of Clinical Nursing*, vol.19, pp. 1544-1552.
- Ehnfor and Smedby. (1993). *Nursing care as Documented in patient records*, Scandinavian. *Journal of caring sciences*. 7, 4:209.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). *A meta-study of the essentials of quality nursing documentation*. *International journal of nursing practice*, 16(2), 112-124.
- Gun and Gardulf. (1995). "Nursing Documentation in Patient Records" *Inter Science*. 1:27-33. Retrieved February 14, 2010, from <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Perry, A.G. & Potter, P.A. (1990). *Basic Nursing: Essentials for practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Schilling McCann, A. Judith et al. (2006). **Documentation in Action**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Taylor, C., Lillis, C. & Lemone, P. (1997). *Fundamental of nursing The Art & Science of Nursing Care*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- Tornkvist, L. Gardulf, A. & Strender, LE. (1997). **The opinions of nursing documentation held by district nurses and by nurses at primary health care centers**. Abstract Online Retrieved July 21, 2006, from <http://gateway1.ovid.com/ovidwed.cgi>.
- Walus, Jacqueline-Wigle. (2003). *Fundamentals of Documentation*. Skill Master: Better Documentation. New York: Lippincott Williams & Wilkins AWOlter Kluwer.
- Williams & Wilkins. (2003). *Better Documentation*. The United States of America: Judith A. Schiling McCann, RN, MSN.
- De Marinis, M. G. et al. (2010). *'If it is not recorded, it has not been done!': consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital*, *Journal of Clinical Nursing*, vol.19, pp. 1544-1552.



ภาคผนวก





ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	ประธานกรรมการสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง	รองคณบดีฝ่ายบริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คุณปิยะนุช ประทีปทัศน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





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..... 83 / 2557

ชื่อโครงการวิจัย ปัญหาและสาเหตุการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแนวทางแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์
 พยาบาลของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2535100271

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางเอี่ยมพร อินทรระ

ที่ทำงาน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อ.เมือง จังหวัดชุมพร 86000

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม 
 (อาจารย์ ดร.ซีนิจิตร โพธิ์พิสุทธิ์)
 กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 
 (รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง 24 กุมภาพันธ์ 2557

ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย



**แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย
(Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง ปัญหาและสาเหตุการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแนวทางแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

วันที่ให้ความยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยจนเข้าใจแล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจตามความเป็นจริง

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ และผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยในรูปแบบของผลสรุป การวิจัยเท่านั้น หากมีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีความจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่มาจากข้าพเจ้าและจะทำให้เปลี่ยนแปลงผลการวิจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน

ภาคผนวก ง
หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ ศธ 0522.26/ว 1712

วันที่ 6 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

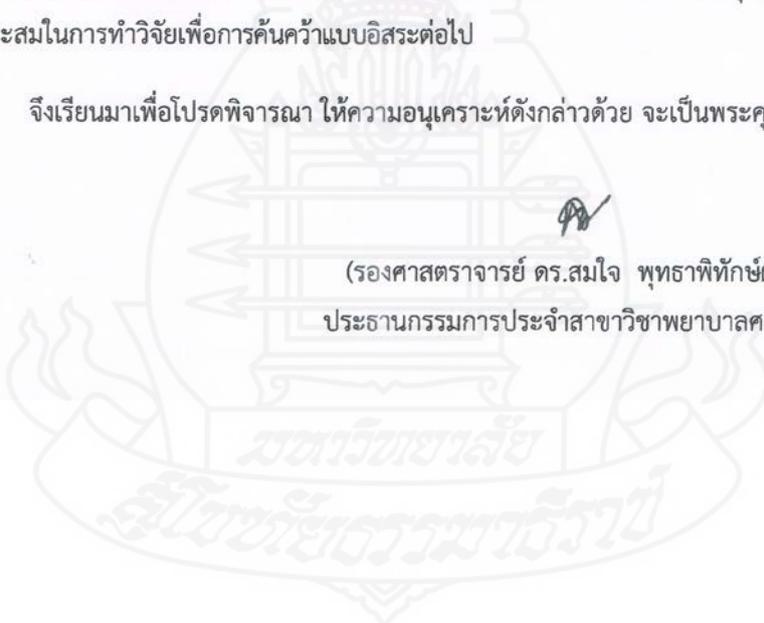
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

ด้วย นางเอี่ยมพร อินทรه นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ปัญหาและสาเหตุการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลเขตรอศุมศักดิ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือให้มีความเหมาะสมในการทำวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์





ที่ ศธ 0522.26/ว 1712

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

6 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ด้วย นางเอี่ยมพร อินทรه นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ปัญหาและสาเหตุการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลเขตอุดมศักดิ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่า รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือให้มีความเหมาะสมในการค้นคว้าแบบอิสระ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 083-1756506 นางเอี่ยมพร อินทรหะ

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ดร.นงนุช บุญยัง



ที่ ศธ 0522.26/ว 1712

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

6 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

ด้วย นางเอี่ยมพร อินทรธะ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ปัญหาและสาเหตุการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลเขตรอดุมศักดิ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือให้มีความเหมาะสมในการทำวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 083-1756506 นางเอี่ยมพร อินทรธะ



ที่ ศธ 0522.26/ว 1712

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

6 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ด้วย นางเอี่ยมพร อินทรระ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ปัญหาและสาเหตุการบันทึกทางการแพทย์ และแนวทางแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเขตรอุดมศักดิ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า คุณปิยนุช ประทีปทัศน์ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือให้มีความเหมาะสมในการทำวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 083-1756506 นางเอี่ยมพร อินทรระ

สำเนาเรียน คุณปิยนุช ประทีปทัศน์



ที่ ศธ 0522.26/ว 1712

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

6 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณปิยนุช ประทีปทัศน์

ด้วย นางเอี่ยมพร อินทรระ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง
“ปัญหาและสาเหตุการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลของ
โรงพยาบาลเขตรอดมศักดิ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
การศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือให้
ความเหมาะสมในการทำวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 083-1756506 นางเอี่ยมพร อินทรระ

ภาคผนวก จ
แนวทางการสนทนากลุ่ม



แนวทางการสนทนากลุ่ม
สารนิพนธ์เรื่องปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

การสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์มีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ

1. ปัญหาและสาเหตุของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลที่พบในการปฏิบัติงาน
2. แนวทางในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายใน

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมแนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline) โดยผู้วิจัยเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พบได้ใน โรงพยาบาลต่างๆ และแนวทางที่ได้นำมาแก้ไขปัญหาลำต้นจากงานวิจัยและตำรา โดยคำถามที่ใช้เป็นคำถามปลายเปิดและเจาะประเด็น ไปเรื่อยๆ แล้วนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเนื้อหา

1.2 ฝึกทักษะการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษา

1.3 เตรียมเนื้อหา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำความเข้าใจในประเด็นที่จะศึกษาให้

ชัดเจน

1.4 เตรียมอุปกรณ์ในการจัดสนทนากลุ่ม ได้แก่ สมุดบันทึก เทปบันทึกเสียง กระดานหรือบอร์ด ปากกาสำหรับบันทึกข้อมูล เตรียมของว่างและของสมนาคุณตามสมควรแก่กรณีเพื่อทดแทนการเสียเวลา

1.5 เตรียมสถานที่ โดยใช้ห้องประชุม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อควบคุมเสียงจากภายนอกและไม่สามารถสังเกตเห็นได้

1.6 เตรียมผู้ร่วมสนทนากลุ่ม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) ยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาล อย่างน้อย 5 ปี 3) เคยผ่านการอบรมการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และได้ผู้เข้าร่วมสนทนาออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.6.1 พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ปี หอผู้ป่วยละ 1 คน จำนวน 8 คน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ลำดับ	รหัส	อายุ	อายุงาน	ระดับการศึกษา	หน่วยงาน
1	N1-01	54	31	ปริญญาโท	ฝ่ายการพยาบาล
2	N1-02	52	29	ปริญญาโท	สตินิเวศกรรม
3	N1-03	52	31	ปริญญาตรี	ศัลยกรรมอุบัติเหตุ
4	N1-04	53	30	ปริญญาตรี	กึ่งวิกฤตศัลยกรรม
5	N1-05	48	28	ปริญญาตรี	ศัลยกรรมกระดูกชาย
6	N1-06	47	24	ปริญญาโท	ศัลยกรรมชาย
7	N1-07	48	24	ปริญญาตรี	อายุรกรรมชาย
8	N1-08	50	27	ปริญญาโท	กึ่งวิกฤตอายุรกรรม

หมายเหตุ : N1 คือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

N1-01 คือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย คนที่ 1

1.6.2 พยาบาลปฏิบัติการ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่เขียนบันทึกทางการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยละ 1 คน จำนวน 8 คน

ตารางที่ 2 พยาบาลปฏิบัติการที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ลำดับ	รหัส	อายุ	อายุงาน	ระดับการศึกษา	หน่วยงาน
1	N2-01	39	17	ปริญญาตรี	หออภิบาลทารกแรกเกิด
2	N2-02	47	27	ปริญญาตรี	ศัลยกรรมกระดูกชาย
3	N2-03	51	29	ปริญญาตรี	ศัลยกรรมกระดูกหญิง
4	N2-04	38	15	ปริญญาตรี	ศัลยกรรมชาย
5	N2-05	37	14	ปริญญาตรี	อายุรกรรมชาย
6	N2-06	43	20	ปริญญาโท	สงฆ์
7	N2-07	35	12	ปริญญาตรี	วิกฤต
8	N2-08	36	14	ปริญญาตรี	กึ่งวิกฤตอายุรกรรม

หมายเหตุ : N2 คือ พยาบาลปฏิบัติการ

N2-01 คือ พยาบาลปฏิบัติการ คนที่ 1

2. ดำเนินการสนทนากลุ่ม

การดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้เป็นผู้ดำเนินการในการสนทนากลุ่มเมื่อทุกคนมาพร้อมกัน รับประทานอาหารว่าง เครื่องดื่ม พูดคุยในเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างบรรยากาศ หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่มตามลำดับดังนี้

2.1 เริ่มสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เริ่มด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ชี้แจงเป้าหมายของการสนทนากลุ่ม และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคน

2.2 ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาบนเทปบันทึกเสียงและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้อาจจะใช้เพื่อการวิจัย โดยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

2.3 บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนา และผู้ร่วมสนทนา

2.4 ให้ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตนเองต่อกลุ่ม

2.5 ใช้คำถามนำก่อนเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ

2.6 เชื่อมโยงการสนทนาเข้าสู่แนวคำถามตามลำดับ โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปัญหา สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ พร้อมกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มสังเกตปฏิบัติการผู้ร่วมสนทนา รับฟัง ชักถามเพื่อความกระจ่างและบันทึกการสนทนา

2.7 กล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่มที่นำไปสู่การพัฒนาการบริหารทางการแพทย์ มอบของสมนาคุณและปิดการสนทนากลุ่ม

2.8 เมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์แล้ว นำไปสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

ลำดับ	แนวคำถาม	แนวคำตอบ
1.	<p>โรงพยาบาลของท่านมีปัญหาการบันทึกทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร?</p> <p>แนวคำตอบ</p> <p>1.1 ปัญหากระบวนการบันทึก แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ</p> <p>1.1.1 ด้านเนื้อหา</p> <p>1) ระบบการบันทึกขาดความสมบูรณ์ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกซ้ำซ้อนและใช้เวลานาน - ไม่สะท้อนปริมาณงานของพยาบาลที่ให้แก <p>ผู้ใช้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกการประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน - มักเขียนปัญหาทางร่างกายและไม่ได้บันทึกข้อมูล <p>ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบุปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยไม่ชัดเจน - มักเขียนข้อมูลซ้ำจากเวรก่อน ๆ เป็นต้น <p>2) ระบบการบันทึกขาดความต่อเนื่อง เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่บันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์แต่บันทึกเป็น <p>อาการและอาการแสดง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผนการพยาบาลหรือเขียนแผนการพยาบาลไม่ <p>สม่ำเสมอ ทำให้การแก้ปัญหาขาดทิศทางเดียวกัน เป็นต้น</p> <p>1.1.2 ด้านแบบฟอร์ม เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มไม่เอื้อต่อการบันทึก - มีบางแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนกัน - แบบฟอร์มเป็นแบบปลายเปิดทำให้บันทึกใช้เวลานาน <p>เป็นต้น</p>	

ลำดับ	แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	1.1.3 ด้านวิธีการบันทึก เช่น - บันทึกตามประสบการณ์ของแต่ละคน - บันทึกไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เป็นต้น	
	1.2 สาเหตุของปัญหาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 1.2.1 ภาระงานของพยาบาล เช่น - มีภาระงานมาก จนไม่มีเวลาบันทึก - มีภาระงานอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากจนไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น 1.2.2 ความรู้และทักษะด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังไม่เพียงพอ เช่น - ขาดทักษะในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล - ขาดทักษะในการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - วางแผนการพยาบาล ไม่ถูกต้อง - ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เป็นต้น 1.2.3 ทักษะคติทางลบต่อการบันทึก เช่น - มองว่าแผนการพยาบาลเป็นภาระงานที่มากเกินไป - เป็นงานที่น่าเบื่อ - คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ แต่การบันทึกไม่สำคัญ 1.2.4 ขาดการนิเทศและการตรวจสอบการบันทึก เช่น - ไม่มีระบบนิเทศอย่างต่อเนื่อง - ไม่มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น 1.2.5 อื่น ๆ เช่น - ไม่มีนโยบายสนับสนุนการบันทึกอย่างมีคุณภาพ - ไม่มีคู่มือการบันทึกที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน - ไม่มีอุปกรณ์ เป็นต้น	

ลำดับ	แนวคำถาม	แนวคำตอบ
2	<p>ท่านคิดว่าจะมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างไร?</p> <p>แนวคำตอบ</p> <p>2.1 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงรูปแบบบันทึก จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล - กำหนดแนวทางหรือมาตรฐานในการบันทึกลดหรือตัดแบบบันทึกที่ไม่จำเป็นและที่ซ้ำซ้อนลง <p>2.2 แก้ไขสาเหตุ</p> <p>2.2.1 ภาระงาน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เวลาให้คุ้มค่ามากขึ้น - ลดกิจกรรมที่ไม่ใช่การพยาบาลให้น้อยลง เช่น ตัดการคัดแยกออก ใช้แบบบันทึกการให้ยาแทน ไม่จัดยาล่วงหน้า แต่ให้จัดและแจกยาทันที เพื่อความสะดวก ประหยัดเวลาและแรงงาน การทำงานมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงลง <p>2.2.2 ความรู้และทักษะด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาด้านความรู้ความสามารถและทักษะของพยาบาลให้มากขึ้น - การฝึกอบรมการใช้กระบวนการพยาบาล ระบบบันทึกต่าง ๆ การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้พยาบาลได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถและทักษะที่ถูกต้อง 	

ลำดับ	แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	<p>2.2.3 ทศนคติต่อการบันทึก เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบันทึก - ฝึกให้พยาบาลมีทักษะตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้วยตนเอง และให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ปัญหาการบันทึกที่แท้จริง สร้างความเป็นเจ้าของ และสร้างทัศนคติที่ดีขึ้นกว่าเดิม <p>2.2.4 การนิเทศและการตรวจสอบการบันทึก เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบการตรวจสอบการนิเทศและการพัฒนาสมรรถนะการบันทึกของพยาบาล และการตรวจสอบการบันทึกที่มีประสิทธิภาพ - จัดการประชุมสัมมนาเพื่อระดมความคิดและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบันทึกทางการพยาบาล <p>2.2.5 อื่น ๆ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป็นนโยบาย ให้ความสำคัญต่อการบันทึกอย่างชัดเจน - จัดโปรแกรมการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขปรับปรุง 	

ภาคผนวก ฉ

ค่าดัชนีความสอดคล้องของแนวทางการสนทนากลุ่ม



ลำดับ	แนวคำถาม/แนวคำตอบ	ผู้ทรงคุณวุฒิ (คนที่)			ΣR	IOC.
		1	2	3		
	2) ระบบการบันทึกข้อความ ต่อเนื่อง เช่น - ไม่บันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลแต่บันทึกเป็นอาการและอาการแสดง - ไม่มีแผนการพยาบาลหรือ เขียนแผนการพยาบาลไม่สม่ำเสมอ ทำให้การ แก้ปัญหาขาดทิศทางเดียวกัน เป็นต้น	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
	1.1.2 ด้านแบบฟอร์ม เช่น - แบบฟอร์มไม่เอื้อต่อการบันทึก - มีบางแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ซ้ำซ้อนกัน - แบบฟอร์มเป็นแบบปลายเปิดทำ ให้บันทึกใช้เวลานาน เป็นต้น	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
		-1	1	0	0	0
	1.1.3 ด้านวิธีการบันทึก เช่น - บันทึกตามประสบการณ์ของแต่ละ คน - บันทึกไม่เป็นไปในแนวทาง เดียวกัน เป็นต้น	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
	1.2 สาเหตุของปัญหาบันทึกทางการ พยาบาล 1.2.1 ภาระงานของพยาบาล เช่น - มีภาระงานมากจนไม่มีเวลา บันทึก - มีภาระงานอื่นที่ไม่ใช่งาน พยาบาลมากจนไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น					
		1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67

ลำดับ	แนวคำถาม/แนวคำตอบ	ผู้ทรงคุณวุฒิ (คนที่)			ΣR	IOC.
		1	2	3		
	<p>1.2.2 ความรู้และทักษะด้านการบันทึก ทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดทักษะในการกำหนดข้อ วินิจฉัยการพยาบาล - ขาดทักษะในการประยุกต์ใช้ กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติและการ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - วางแผนการพยาบาลไม่ถูกต้อง - ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิ สภาพของโรค เป็นต้น 	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
	<p>1.2.3 ทักษะคติทางลบต่อการบันทึก เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มองว่าแผนการพยาบาลเป็น ภาระงานที่มากเกินไป - เป็นงานที่น่าเบื่อ - คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่ง สำคัญ แต่การบันทึกไม่สำคัญ 	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
	<p>1.2.4 ขาดการนิเทศและการตรวจสอบ การบันทึก เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีระบบนิเทศอย่างต่อเนื่อง - ไม่มีการตรวจสอบคุณภาพการ บันทึกอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น 	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67

ลำดับ	แนวคำถาม/แนวคำตอบ	ผู้ทรงคุณวุฒิ (คนที่)			ΣR	IOC.
		1	2	3		
	1.2.5 อื่น ๆ เช่น - ไม่มีนโยบายสนับสนุนการ บันทึกอย่างมีคุณภาพ - ไม่มีคู่มือการบันทึกที่เป็น มาตรฐานเดียวกัน - ไม่มีอุปกรณ์ เป็นต้น	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
		-1	1	0	0	0
2	ท่านคิดว่าจะมีมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา บันทึกทางการแพทย์อย่างไร? แนวคำตอบ 2.1 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล (วิธีการ แบบฟอร์ม คู่มือ....) เช่น - ปรับปรุงแบบบันทึกที่เป็นหลักฐาน จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ - กำหนดแนวทางหรือมาตรฐานในการ บันทึกลดหรือตัดแบบบันทึกที่ไม่จำเป็นและที่ ซ้ำซ้อนลง	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67
	2.2 แก้ไขสาเหตุ 2.2.1 ภาระงาน เช่น - พัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิ ภาพมากขึ้น ใช้เวลาให้คุ้มค่าน่ามากขึ้น - ลดกิจกรรมที่ไม่ใช่การพยาบาล ให้น้อยลง เช่น ตัดการ์ดยาออก ใช้แบบบันทึก การให้ยาแทน ไม่จัดยาล่วงหน้า แต่ให้จัดและ แจกยาทันที เพื่อความสะดวก ประหยัดเวลา และแรงงาน การทำงานมีประสิทธิภาพและลด ความเสี่ยงลง	1	1	0	2	0.67
		1	1	0	2	0.67

ลำดับ	แนวคำถาม/แนวคำตอบ	ผู้ทรงคุณวุฒิ (คนที่)			ΣR	IOC.
		1	2	3		
	<p>2.2.2 ความรู้และทักษะด้านการบันทึกทางการพยาบาล เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาด้านความรู้ความสามารถและทักษะของพยาบาลให้มากขึ้น - การฝึกอบรมการใช้กระบวนการพยาบาล ระบบบันทึกต่าง ๆ การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้พยาบาลได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถและทักษะที่ถูกต้อง 	1	1	0	2	0.67
	<ul style="list-style-type: none"> - การฝึกอบรมการใช้กระบวนการพยาบาล ระบบบันทึกต่าง ๆ การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้พยาบาลได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถและทักษะที่ถูกต้อง 	1	1	0	2	0.67
	<p>2.2.3 ทักษะต่อการบันทึก เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบันทึก - ฝึกให้พยาบาลมีทักษะตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้วยตนเอง และให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ปัญหาการบันทึกที่แท้จริง สร้างความเป็นเจ้าของและสร้างทัศนคติที่ดีขึ้นกว่าเดิม 	1	1	0	2	0.67
	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกให้พยาบาลมีทักษะตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้วยตนเอง และให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ปัญหาการบันทึกที่แท้จริง สร้างความเป็นเจ้าของและสร้างทัศนคติที่ดีขึ้นกว่าเดิม 	1	1	0	2	0.67
	<p>2.2.4 การนิเทศและการตรวจสอบการบันทึก เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบการตรวจสอบการนิเทศและการพัฒนาสมรรถนะการบันทึกของพยาบาลและการตรวจสอบการบันทึกที่มีประสิทธิภาพ - จัดการประชุมสัมมนาเพื่อระดมความคิดและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบันทึกทางการพยาบาล 	1	1	0	2	0.67
	<ul style="list-style-type: none"> - จัดการประชุมสัมมนาเพื่อระดมความคิดและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบันทึกทางการพยาบาล 	1	1	0	2	0.67

ลำดับ	แนวคำถาม/แนวคำตอบ	ผู้ทรงคุณวุฒิ (คนที่)			ΣR	IOC.
		1	2	3		
	2.2.5 อื่นๆ เช่น					
	- กำหนดเป็นนโยบาย ให้ ความสำคัญต่อการบันทึกอย่างชัดเจน	1	1	0	2	0.67
	- จัดโปรแกรมการตรวจสอบบันทึก ทางการแพทย์พยาบาลเพื่อแก้ไขปรับปรุง	1	1	0	2	0.67



ภาคผนวก ช
ตารางสรุปการสนทนากลุ่ม



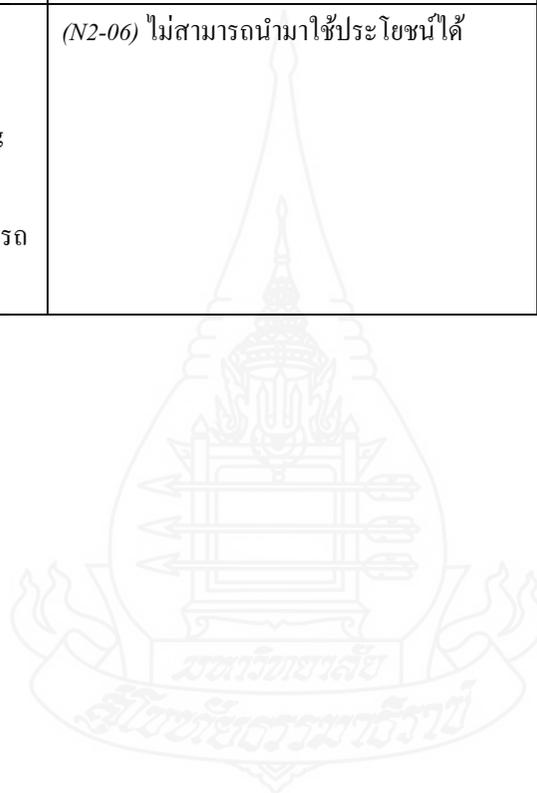
ตารางสรุปการสนทนากลุ่ม

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
1. โรงพยาบาลของเรามีปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านใดบ้าง	(N1-01) แบบฟอร์มบางครั้งมันเยอะเกินไป	(N2-05, N2-06) ในโรงพยาบาลเรามีแบบฟอร์มหลากหลาย ใครอยากออกอะไรก็ออก ไม่มีแบบฟอร์มชัดเจน (N2-05) รูปแบบ แบบฟอร์มน่าจะมีการแบ่งช่องการบันทึกให้ชัดเจน มี A-PIE (N2-07) ถ้าใช้คอมพิวเตอร์ เน้นการบรรยาย เขียนไม่ครอบคลุมแน่นอน เขียนแต่ปัญหาทางกาย	แบบฟอร์มมีมากเกินไปและไม่ชัดเจน	} ด้านแบบฟอร์ม
	(N1-04) รูปแบบการประเมินซ้ำซ้อน (N1-02, N1-03) ใน 11 แบบแผนของ Kardex แกร็บ Nurse note เขียนเหมือนกัน ซ้ำซ้อนควรปรับ (N1-02, N1-03) เขียนซ้ำซ้อน ใน Kardex 11 แบบแผน แกร็บ	(N2-02) มีการประเมินซ้ำ (N2-03, N2-04, N2-05) Kardex ซ้ำกับประเมินแกร็บ กับ 11 แบบแผนของกร์คอน ถ้ารวมเป็นจุดเดียวจะสะดวกขึ้น รับใหม่ต้องเขียนซ้ำกัน 3 แห่ง		

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
1. โรงพยาบาลของเรามีปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านใดบ้าง (ต่อ)	(N1-06) มีการประเมินไม่ครอบคลุม	(N2-02) การประเมินไม่ครอบคลุม ประเมินไม่ครบ (N2-05) การประเมินไม่ครอบคลุมโรค (N2-05, N2-06) ไม่ครอบคลุม	การบันทึกไม่ครอบคลุม	ด้านเนื้อหาการบันทึก
	(N1-06) ด้านร่างกายก็ไม่ครบถ้วน (N1-04) ขาดการประเมินการตรวจร่างกาย	(N2-03) ประเมินเฉพาะด้านร่างกาย ด้านอื่นไม่มี	การประเมินด้านร่างกายก็ไม่ครบถ้วน	
	(N1-05) ขาดความสมบูรณ์ของการประเมินที่ไม่ได้เลย คือ ด้านจิตใจ อารมณ์ (N1-06) ขาดด้านจิตใจ	(N2-02, N2-03, N2-05) ไม่มีการประเมินด้านจิตใจ และสังคม	ขาดการประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม	
	(N1-02) มองไม่เห็นความก้าวหน้าของการ Progress ของคนไข้	(N2-06) บางคนเขียนแล้วไม่แสดงอาการของผู้ป่วยเลย, (N2-06) เขียนเฉพาะ V/S ไข้ มองไม่ชัด	การบันทึกไม่แสดงข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย	
	(N1-06) บางครั้งไม่เป็นปัจจุบัน	(N2-05) การเขียนบันทึกขาดความต่อเนื่อง (N2-02, N2-03) ขาดความต่อเนื่องของการบันทึก	การบันทึกขาดความต่อเนื่องและไม่เป็นปัจจุบัน	
	(N1-02) เขียนแบบร่ายยาว หาประเด็นสาระสำคัญไม่ได้		บันทึกบางครั้งไม่มีสาระสำคัญ	
	(N1-05) บางครั้งทำ แต่ไม่มาเขียน	(N2-07) ICU ไม่เขียนเวลาใน Nurse note แต่เขียนใน Flow Chart	การไม่ลงเวลาการบันทึกและปฏิบัติแต่ไม่บันทึก	

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
1. โรงพยาบาลของเรามีปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านใดบ้าง (ต่อ)	(N1-04) ชักประวัติได้ส่วนหนึ่ง (N1-05) ไม่ซักลงลึก ไม่ค้นหาข้อมูล (N1-01) การซักไม่ Focus ที่โรค		การซักประวัติโดยไม่สอบถามโรค	ด้านเนื้อหาการบันทึก (ต่อ)
	(N1-02) บางครั้งเขียนคนละทิศคนละทางกับการปฏิบัติ	(N2-05, N2-06) คนทำกับคนเขียนเป็นคนละคนกัน	การบันทึกไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกับการปฏิบัติ	
	(N1-05) ก่อนเขียนเขาตั้งประเด็นแล้ว เช่น กินได้ นอนหลับ			ด้านวิธีการบันทึก
	(N1-02) บางครั้งลอกมาจาก OPD Card (N1-03, N1-05) เขียนแบบลอกยาว ไม่มีการทบทวน, (N1-01, N1-08) เขียนแบบของเพื่อน ไม่ประเมินด้วยตนเอง		การบันทึกข้อมูลโดยไม่ได้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง	
	(N1-03) นั่งเขียน Nurse note ขณะขึ้นเวร ไม่ได้ไปเดินดูผู้ป่วยจริง ๆ ทำให้ไม่ได้ข้อมูลความจริง			
		(N2-06) ลายมืออ่านไม่ออก	ลายมืออ่านไม่ออก	

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
1. โรงพยาบาลของ เรามีปัญหาการ บันทึกทางการ พยาบาลด้านใดบ้าง (ต่อ)	(N1-01) ไม่มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ที่ได้		ไม่มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล	} ด้านการนำข้อมูลจาก การบันทึกไปใช้
	(N1-03) ไม่วางแผน (N1-02) ไม่ดึงนำไปใช้ (N1-02, N1-04 Set ไม่ครอบคลุม Planning ไม่ได้ Implement ก็ไม่ได้ (N1-02, N1-04) บางครั้งเขียนแล้วไม่สามารถ นำมาใช้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลได้	(N2-06) "ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้"	ไม่สามารถใช้ประโยชน์ใน การวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้	



ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
2. สาเหตุของปัญหา การบันทึกทางการ พยาบาล	<p>(N1-03) น่าจะเป็นด้านภาระงาน</p> <p>(N1-04, N1-06) ความรู้มี อาจด้วยภาระงาน ทำให้ทำงานไม่ทัน, (N1-04) ในหอสามัญ คนไข้มากทำให้ดูไม่ทัน เขียนไม่ทัน</p> <p>(N1-03, N1-04, N1-06) เนื่องจากภาระงาน ของหัวหน้ามีมาก ต้องเป็นผู้ปฏิบัติด้วย 80% ของเวลาทำงาน</p>	<p>(N2-04) ภาระงาน จำนวนคนไข้มีมาก เขียนไม่ทัน</p> <p>(N2-05) เวรบายดึก Focus เฉพาะเมื่อมีปัญหา เวรเช้าต้องเขียนทุก Chart ภาระงานมาก รับใหม่เยอะ ทำให้ loss ไปบ้าง มีลิมิประเมินบ้าง</p> <p>(N2-05) การเขียน Nurse note มีมาก ๆ 1 คน 15 เตียง เขียนไม่ไหว ไม่ครอบคลุม</p> <p>(N2-06) น้อยเตียงเขียนได้ดี มากเตียงเขียนไม่ไหว</p>	ภาระงานมาก	สาเหตุจากระบบงาน
		<p>(N2-05) เนื่องจากเรา Focus ที่คนไข้ก่อน Nurse note เป็นความสำคัญอันดับสุดท้าย ทราบว่าเป็นหลักฐานทางกฎหมาย แต่ก็ทำไม่ได้ ทำไม่ทัน</p> <p>(N2-07) ถ้าอยู่ในช่วงยุ่ง ๆ วิกฤต เราจะเน้นคนไข้ก่อน ทำให้เขียน Nurse note ไม่ทัน</p>	ต้องดูแลคนไข้ก่อนบันทึก โดยเฉพาะคนไข้วิกฤต	

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
2. สาเหตุของปัญหา การบันทึกทางการ พยาบาล (ต่อ)	(N1-01) ระบบการมอบหมายงาน เป็น Routine จะไม่ลงถึงตัวผู้ป่วย		ระบบงานประจำ (Routine) ไม่เอื้อต่อ การบันทึก	สาเหตุจากระบบงาน (ต่อ)
		(N2-05) การจัดการของแพทย์ การ rounds ของ แพทย์ มา rounds บ่าย 2 เมื่อเราต้องการใช้ Chart ทำให้เราไม่ได้เขียนบันทึก (N2-07) ICU rounds ที่ยุ่ง ต้องไปทำอย่างอื่น ทำให้เขียนไม่ครบถ้วน (N2-06) การตาม Rounds ของแพทย์ มีผลกับ การเขียน Nurse note ปัจจุบันตาม Rounds คน เดียว ถ้าทุกคนได้ตาม Rounds Case ของ ตนเองจะทำให้เขียนได้ครอบคลุมมากขึ้น	การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของ แพทย์	



ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
2. สาเหตุของปัญหา การบันทึกทางการ พยาบาล (ต่อ)	(N1-02, N1-03) แบบฟอร์มไม่เกี่ยวข้อง ถ้าคนมีความรู้ แบบฟอร์มแบบไหนก็ไม่นำมามีปัญหา (N1-03) ถ้ามีความรู้ ก็จะสามารถนำมาเขียนได้มาก (N1-02, N1-03) ถ้ามีความรู้ใช้แบบไหนก็ได้	(N2-01) ความรู้ (N2-06) ความรู้เรื่องโรค (N2-08) ขาดความรู้ การประเมิน/ด้านโรค (N2-05) ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์	ผู้บันทึกขาดความรู้เรื่องโรคและเรื่องการบันทึก	สาเหตุจากผู้บันทึก
	(N1-03) ทักษะทางการพยาบาลของน้องมีน้อย ทำให้นำมาเขียนได้น้อย	(N2-01) ทักษะการ assess คนไข้ที่จะดึงมาเขียนของเจ้าหน้าที่		
		(N2-05) น้องที่มีประสบการณ์น้อย จะทำงานไม่ได้ (N2-02) ประสบการณ์ มีผลต่อการบันทึก (N2-02) ถ้าน้องมีประสบการณ์ Incharge จะสามารถดู case ได้ดีกว่า		

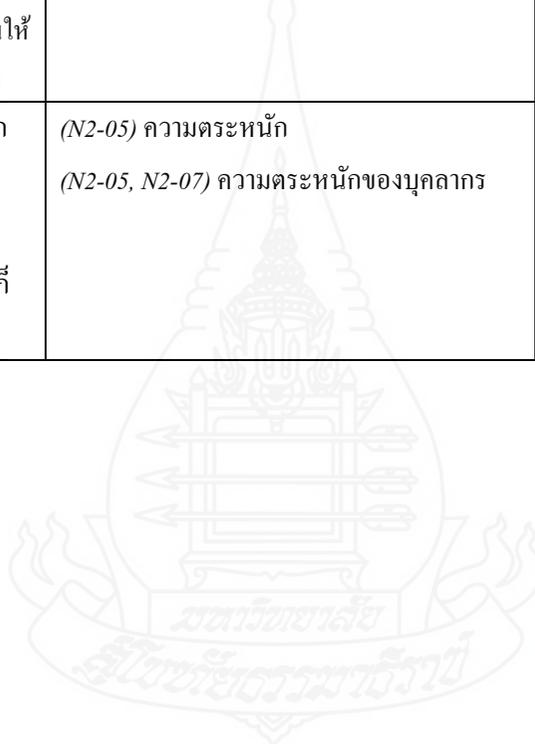
ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
2. สาเหตุของปัญหา การบันทึกทางการ พยาบาล (ต่อ)	(N1-02, N1-04) นื่องเห็นความสำคัญของการบันทึกน้อย, (N1-02) ไม่ค่อยให้ความสำคัญ บางคนไม่เอาใจใส่, (N1-04) ทักษะคึกของนื่อง (N1-04) การให้ความสำคัญ ทำให้ความสำคัญ		ผู้บันทึกมีทัศนคติเชิงลบต่อ การบันทึกทางการพยาบาล	สาเหตุจากผู้บันทึก (ต่อ)
	(N1-07) คิดว่าเขียนไปไม่มีประโยชน์เลย เพราะไม่มีใครนำมาใช้ประโยชน์ในการรักษา (N1-01, N1-02) ไม่มีใครดู ไม่มีใครอ่าน			
	(N1-01) เขียนยังไม่ถึงใจก็ได้ (N1-02) ขอให้ได้เขียน	(N2-05) บางคนเขียนไม่สมบูรณ์ บางคนเขียนเพื่อว่าให้ได้เขียน ไม่เขียนให้มีคุณภาพ (N2-01) การทำงานของนื่องบางคน ทำให้ผ่านไปเวรหนึ่ง ๆ อย่างเดียว		
	(N1-03, N1-04) Nurse note เป็นการเพิ่มงาน (N1-05) มองเป็นการระงูยยาก			

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
2. สาเหตุของปัญหา การบันทึกทางการ พยาบาล (ต่อ)	(N1-03) ถ้าขาดการนิเทศ ก็จะไม่สามารถบันทึก ได้ชัดเจน, (N1-02, N1-04) การนิเทศต้องจริงจัง มากขึ้น, (N1-01) การนิเทศของโรงพยาบาล ยัง ไม่สามารถนิเทศทางคลินิกได้ (N1-03, N1-04, N1-06) ไม่มีเวลาในการนิเทศ	(N2-01, N2-05) การนิเทศมีผลต่อการเขียน Nurse note (N2-05) หัวหน้าต้องนิเทศให้สม่ำเสมอ (N2-02) การนิเทศของหัวหน้าทำใน Case ของ วิกฤต CI	การนิเทศการบันทึก ทางการพยาบาลไม่ สม่ำเสมอ	สาเหตุจากการบริหารงาน
	(N1-01) มีการตรวจสอบปีละ 2 ครั้ง (N1-02) หัวหน้าตรวจวันละ 3 Chart (N1-01) ขาดความเข้มข้น (N1-01) ไม่ได้ดูหน้างาน ทำให้ไม่ทราบปัญหา เท่าที่ควร ว่าน้องทำแบบไหน ถ้าหัวหน้าลงไป ประเมินจริง ๆ จะมีประโยชน์มากกว่า ดูเองจะ เห็นปัญหาที่ถูกต้องชัดเจนได้ประโยชน์มากกว่า การตรวจด้วย Close Chart คนตรวจมานั่ง Imagine ไม่สื่อความหมาย		การตรวจสอบการบันทึกไม่ มีประสิทธิภาพ	

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
3. แนวทางแก้ไข ปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาล	(N1-02) ปรับแบบฟอร์ม (N1-01, N1-02) ใช้ A PIE ก็ได้ แต่ต้อง สอดคล้องกับแผนการรักษาของพยาบาล (N1-08) เน้นรูปแบบจะทำให้น้องเขียนได้ดีขึ้น	(N2-05) ปรับรูปแบบ (N2-08) ปรับรูปแบบให้ชัดเจน เขียนชัดเป็น รูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล	ปรับแบบฟอร์มให้ชัดเจน และเป็นรูปแบบเดียวกัน	การปรับปรุงรูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล
		(N2-08) มีแบบฟอร์มเฉพาะโรค จะได้เขียนใน แนวเดียวกัน ควรมี Guideline เฉพาะ โรค	จัดให้มีแบบฟอร์ม/ Guideline เฉพาะ โรค	
		(N2-01) New born ต้องแยกแบบฟอร์มเฉพาะ เอา ของผู้ใหญ่มาใช้ไม่ครอบคลุม	ควรแยกแบบฟอร์มของ New born	
	(N1-02, N1-03) ถ้าเราสามารถลดความ ซ้ำซ้อนของการบันทึกน่าจะช่วยให้ บันทึกได้ดีขึ้น (N1-04) ให้การบันทึกแรกรับไป Mix. ใน ส่วนของ Kardex น่าจะดี		ลดการซ้ำซ้อนของการ บันทึกทางการพยาบาล	

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
3. แนวทางแก้ไข ปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาล (ต่อ)	(N1-03) การลดกิจกรรมที่ไม่ใช่งานของพยาบาล ออกไป เช่น งานลงคำรักษาพยาบาล น่าจะทำให้ เขียน Nurse note ได้ดีขึ้น	(N2-07) ภาระงานของน้องมากต้องเขียน Nurse note อีกทำให้น้องท้อ ความรู้ งานมาก ไม่ ต้องการหาความรู้เพิ่มแล้ว อยากนอนอย่างเดียว ขึ้นเวรมาก ลงดี 1, 2 ต่อด้วยเวรเช้าไม่ไหว	ลดภาระงานที่ไม่ใช่งาน พยาบาล	ปรับปรุงระบบงาน
	(N1-01) ต้องมีการแบ่งกันเขียน Nurse Note	(N2-05) แบ่งทีมมากขึ้น จะเขียนดีขึ้น ใครว่าง ใครเขียน (N2-06) นโยบายใครทำจำหน่าย ให้ตรวจ Chart ไปด้วย จะได้ว่าเขียนอย่างไร	แบ่งการทำงานเป็นทีมจะทำ ให้เขียนบันทึกได้ดีขึ้น	
		(N2-06) ทำ Routine มากไป	ลดงาน Routine	
	(N1-01) ถ้าเป็นคนไข้หนักต้องบันทึกเป็นราย Case	(N2-05, N2-07) Case ที่มีความเสี่ยงสูง จะเขียนได้ ดี เพื่อป้องกันตนเอง (N2-07) ใน Case วิกฤตต้องเขียนอย่างละเอียด	คนไข้วิกฤตต้องเขียนอย่าง ละเอียด	

ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
3. แนวทางแก้ไข ปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาล (ต่อ)	(N1-02) ต้องพัฒนาความรู้ของน้อง น้องต้องมี ความรู้จริงๆ, เพิ่มความรู้ Nurse note (N1-02, N1-03, N1-04) นึกถึงนักศึกษาฝึกงานให้ เขียนในกระดาษคู่ก่อน ถ้าไม่ OK ไม่ให้เขียน	(N2-02) เพิ่มความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเขียน บันทึก การประเมินผู้ป่วย โรค	เพิ่มความรู้เรื่องโรค และฝึก ทักษะการเขียนบันทึก	พัฒนาความรู้ ทักษะ และ ทัศนคติของผู้บันทึก
	(N1-07) ต้องสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบันทึก (N1-02) เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญ ของการบันทึกทางการพยาบาล (N1-02, N1-03) ถ้าตระหนัก ใช้แบบไหนก็ได้	(N2-05) ความตระหนัก (N2-05, N2-07) ความตระหนักของบุคลากร	สร้างทัศนคติที่ดีต่อการ บันทึก	



ประเด็นสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก		ประเด็นสำคัญ/ดัชนี	ประเภทประเด็นสำคัญ/ ดัชนี
	หัวหน้าพยาบาล	พยาบาลปฏิบัติการ		
3. แนวทางแก้ไข ปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาล (ต่อ)	(N1-08) ต้องเน้นการนิเทศให้มากขึ้น ตรงคน (N1-04) หัวหน้ากระตุ้นนิเทศ	(N2-05) ปรับการนิเทศอย่างทั่วถึง ให้ฝ่ายการไป กระตุ้น (N2-05) ผู้นิเทศ นิเทศการเขียนให้คนที่เขียน ไม่ดีก่อน	เน้นการนิเทศให้มากขึ้นและ ทั่วถึง	ปรับปรุงการการนิเทศงาน การบันทึกทางการพยาบาล
	(N1-03, N1-04) น่าจะมีผู้นิเทศอื่น นอกจาก หัวหน้าพยาบาลมาช่วยในการนิเทศ	(N2-01) ควรมีการนิเทศข้ามสายงาน ผู้นิเทศ ควรมีความรู้ สามารถให้คำแนะนำได้ วิจัย เราได้ (N2-07) ผู้นิเทศภายใน ทำงานทุกวัน ความ เกรงใจน้อย ควรให้มีผู้นิเทศภายนอก	ควรมีการนิเทศข้ามสายงาน	
	(N1-01) มีนโยบายชัดเจน (N1-07) ต้องเป็นนโยบายชัดเจน	(N2-02) นโยบายมีส่วนในการบันทึก	กำหนดนโยบายการบันทึก ทางการพยาบาล	
	(N1-04) ควรยกตัวอย่างการเขียนการบันทึก พยาบาลที่มีผลต่อการร้องเรียน		ยกตัวอย่างการบันทึกที่มี การร้องเรียน	
	(N1-03) ขณะประชุม ward ควรมีการพูดเรื่อง การบันทึก และยกตัวอย่างการเขียนที่ดี (N1-08) เสนอให้มีรูปแบบการเขียนการ บันทึกทางการพยาบาลที่ดีมาเป็นแนวทาง ต้องยกตัวอย่างจาก Treatment จริง	(N2-06) ไม่มี Problem hist. ของพยาบาลใน การช่วย Guide	เสนอแนวทางการบันทึก และยกตัวอย่างการบันทึก	

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางเอี่ยมพร อินทรระ
วัน เดือน ปีเกิด	28 กรกฎาคม 2511
สถานที่เกิด	อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา พ.ศ. 2533
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

