

การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



นาวาอากาศเอกหญิงเพ็ญศรี เอี่ยมศรี

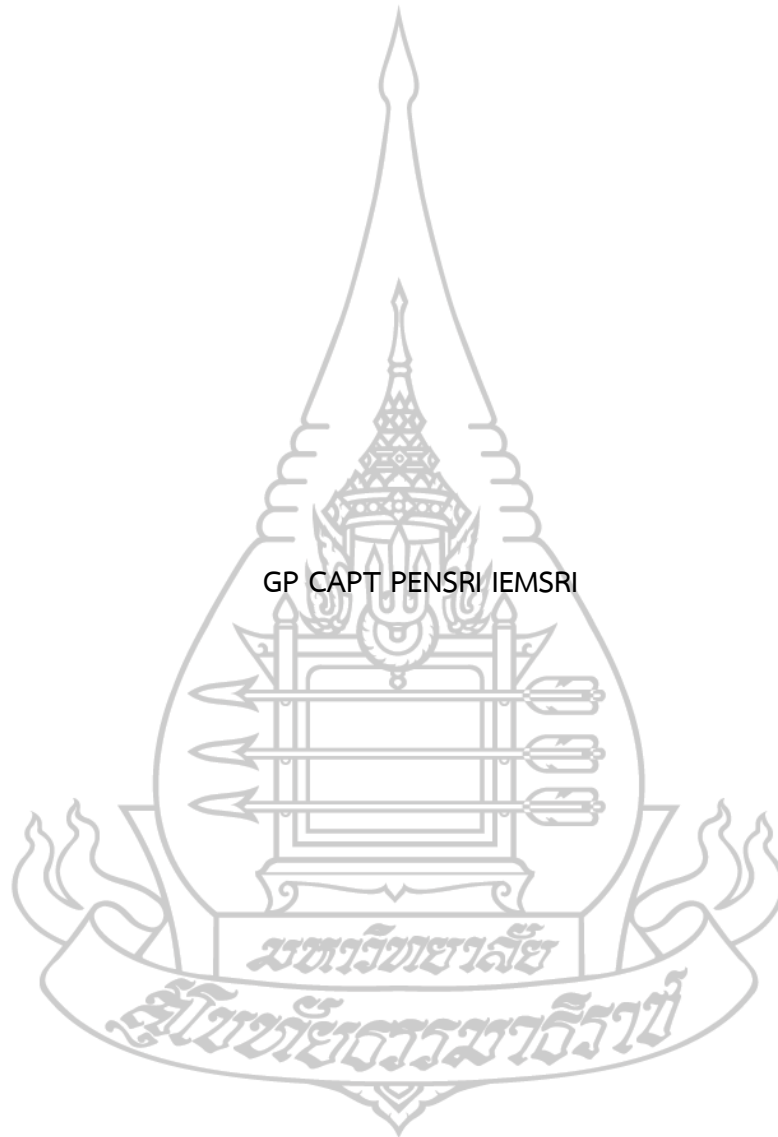
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การ

บริหารทางการแพทย์พยาบาล)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

The Development of a Nursing Documentation Model for Patients in
Crisis, an Emergency Department of Bhumipol Adulyadej Hospital



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

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วย ระยะ วิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
ชื่อและนามสกุล	นาวาอากาศเอกหญิงเพ็ญศรี เอี่ยมศรี
แขนงวิชา / วิชาเอก	การบริหารทางการแพทย์พยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภมาส อังศุโชติ

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2566

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภมาส อังศุโชติ)	

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ผู้วิจัย นาวาอากาศเอกหญิงเพ็ญศรี เอี่ยมศรี รหัสนักศึกษา 2605100276

ปริญญา: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข (2) รองศาสตราจารย์ ดร.สุภมาศ
อังศุโชติ ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 2)สร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติและ 3)เปรียบเทียบคุณภาพ
ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจากการคัดเลือกแบบเจาะจงได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่
1) ระยะก่อนการพัฒนา มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน
(2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติก่อนการพัฒนา จำนวน 34 ชุด 2) ระยะพัฒนา ได้แก่รองผู้อำนวยการ
พยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 คน พยาบาลผู้ตรวจการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน และแพทย์แผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน รวม 8 คน และ 3) ระยะทดลอง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเดียวกับระยะก่อนการ
พัฒนา และ(2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติหลังการพัฒนาในรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 34
ชุด เครื่องมือที่ใช้การวิจัยมีดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการสร้าง
รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ 2) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้น 3) แบบ
ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือการตรวจคุณภาพการของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ 4)
แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยเครื่องมือวิจัย 3) และ 4) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98
และ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบ แมนน์-วิทนียู และสถิติทดสอบ วิลคอกซัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พบ ได้แก่ (1)วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตาม
กระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก และไม่ต่อเนื่อง (2) แบบบันทึกมีหลายแบบฟอร์ม และ
(3) ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย
(1) แบบบันทึกเชิงโครงสร้างด้วยระบบ PIE (Problem Intervention Evaluation) ตามกระบวนการพยาบาลอย่างองค์
รวม (2) คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คุณภาพของการบันทึก การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึก แผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Thesis title: “The Development of a Nursing Documentation Model for Patients in Crisis, an Emergency Department of Bhumipol Adulyadej Hospital”

Researcher: “GP CAPT PENSRI IEMSRI”; ID: “2605100276”;

Degree: Master Nursing Science;

Thesis advisors: (1) Associate Professor Dr. Aree Cheevakasemsook;(2) Associate Professor Dr. Supamas Augsuchoti ; Academic year: 2023

Abstract

This research aimed 1) to study the problem of nursing documentation at an accident and emergency department, Bhumibol Adulyadej Hospital; 2) to develop a nursing documentation model for patients in crisis, and 3) to compare the quality of nursing documentation and perceived value of the nursing documentation model before and after the development.

Samples were chosen through purposive selection for the 3 phases of this research and development. In Phase I, pre-development, there were 2 groups, consisting of (1) 30 professional nurses working in the accident and emergency department, and (2) 34 nursing documentation forms for critical patients prior to developing the nursing documentation model. In Phase II, the development phase, there were 8 personnel, consisting of a deputy director of academic nursing, a nurse supervisor, 4 professional nurses working at the accident and emergency department, and 2 physicians at the same department. Phase III, the experimental period, involved 2 groups: (1) the same group of 30 professional nurses as in the pre-development period, and (2) 34 nursing documentation forms for critical patients after development of the nursing documentation model. The research tools included: 1) focus group discussion guidelines to investigate problems of nursing documentation and create a new nursing documentation model, 2) the developed nursing documentation format for critically ill patients, 3) nursing audit checklist of documentation quality and its manual, and 4) questionnaire on perceived value of adopting the new nursing documentation model. The reliability values of the third and the fourth research tools were 0.98 and 0.95. Data were analyzed by using descriptive statistics, Mann-Whitney U test statistics, and Wilcoxon Signed Rank test.

The findings of the research were as follows: 1) Obstacles of nursing documentation revealed that (1) recording methods were not well aligned with the nursing process, charting was incorrect and discontinuous; 2) there were many recording forms and (3) there was no documentation manual. 2) The developed nursing documentation model consisted of (1) a structured format with the PIE (Problem, Intervention, Evaluation) system based on the nursing process with holistic approach, and (2) a documentation manual. Finally, the mean score of nursing documentation quality and professional nurses, perceived value of the documentation model were both higher after development of the model than before development to a statistically significant degree at the level of .05.

Keywords : nursing documentation, Quality of recording, Perceived value of the record model, Accident and Emergency Department

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. สุภมาส อังศุโชติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และตรวจ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดระยะเวลาที่ทำ วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นเพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สละเวลาอันมีค่าในการ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ ช่วยเหลือ ชี้แนะมาตลอดการศึกษาเล่าเรียน

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้อำนวยการกองการ พยาบาล รองผู้อำนวยการกองการพยาบาล หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้าห้องผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความ ร่วมมือในการพัฒนารูปแบบ และร่วมดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่น้องในครอบครัว รวมทั้ง พี่ ๆ น้อง ๆ พยาบาลและเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 12 ทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าว นามไว้ได้หมดในที่นี้ที่ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจให้ความช่วยเหลือในการเรียน ทำให้ผู้วิจัยสำเร็จ การศึกษาดังที่ตั้งใจในครั้งนี้ ความดี และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

นาวาอากาศเอกหญิงเพ็ญศรี เอี่ยมศรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2.วัตถุประสงค์การวิจัย	4
3.คำถามในการวิจัย	4
4.สมมติฐานการวิจัย	4
5.กรอบแนวคิดการวิจัย	5
6.ขอบเขตการวิจัย	6
7.นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
8.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
1.การบันทึกทางการแพทย์.....	11
2.รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์.....	23
3.การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	28
4.บริบทโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	33
5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
1.ระยะก่อนการพัฒนา	37
2.ระยะพัฒนา.....	47
3.ระยะทดลอง	48
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
ตอนที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลัก	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 2 สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	60
ตอนที่ 3 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	69
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะ วิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	75
บทที่ 5 สรุปรายการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
1. สรุปรายการวิจัย	95
2. อภิปรายผล.....	99
3. ข้อเสนอแนะ	103
บรรณานุกรม	105
ภาคผนวก	111
ก. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	112
ข. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์.....	114
ค. ตัวอย่างหนังสือที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย.....	116
ง. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	127
จ. ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	189
ประวัติผู้วิจัย	194



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	51
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	57
ตารางที่ 4.2	ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม.....	59
ตารางที่ 4.3	สภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากการ ตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิม และการสนทนากลุ่ม.....	60
ตารางที่ 4.4	สภาพปัญหาและ แนวทางการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	65
ตารางที่ 4.5	เปรียบเทียบลักษณะของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา.....	69
ตารางที่ 4.6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อน และหลังพัฒนา	75
ตารางที่ 4.7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้าน.....	76
ตารางที่ 4.8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุม ตามกระบวนการ พยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายข้อ	77
ตารางที่ 4.9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความ ถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายข้อ.....	84
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความต่อเนื่อง ของการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายด้าน.....	88
ตารางที่ 4.11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการ บันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา	91
ตารางที่ 4.12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้คุณค่าของ พยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน	91

สารบัญญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ภาพที่ 4.1 ความแตกต่างระหว่างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่.....	72
ภาพที่ 4.2 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนา.....	74



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน คือ ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น อัตราการเสียชีวิตการบาดเจ็บทางถนน ภาวะภัยพิบัติ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ส่งผลให้มีอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบาย ห้องฉุกเฉินคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ และระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินมีมาตรฐาน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพได้มาตรฐานและประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจโดยการบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างมีคุณภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563) จากนโยบายที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้องค์กรพยาบาลต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับนโยบายด้านการดูแลรักษาพยาบาลทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยต้องบันทึกทางการพยาบาลในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อใช้ในการสื่อสารในทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกทางคลินิกที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล และเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) เป็นเครื่องมือในการรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2557) เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแล การบริหารจัดการความเสี่ยง ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อเกิดกรณีฟ้องร้อง (พรศิริ พันธรังสี, 2564) นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังเป็น 1 ใน 5 มาตรฐานของการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562) ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการให้บริการสุขภาพโดยมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นคุณภาพจึงทำให้บันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญ

มากยิ่งขึ้นเนื่องจากใช้เป็นเอกสารสำคัญส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพของบริการการพยาบาล และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (พรศิริ พันธรังสี, 2564) ดังนั้นการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งและพยาบาลต่างให้ความสำคัญกับบันทึกทางการพยาบาล โดยมีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกและวิธีการบันทึกของแต่ละแผนก รวมทั้งมีการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและบันทึกข้อมูลต่าง ๆ จำนวนมากและจำเป็นต้องพัฒนาแบบฟอร์มและวิธีการบันทึกที่ดีเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา แต่ในทางปฏิบัติจริง การบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังมีหลายประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในต่างประเทศและในประเทศไทยว่ายังมีน้อย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ วาฟาอี, มานซารี, เฮย์ดารี, ฟรูตัน และฟาราฮานี (Vafaei, Manzari, Heydari, Froutan, & Farahani, 2018) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศ อิหร่าน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และซมิดท์ (2014) ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยพบการศึกษารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 เรื่องได้แก่ อภิวัน ชาวดวง (2558), ธนากร สำเภาทอง (2560), ศิริพร จักรอ้อม (2561), อรวรรณ ณ ลำปาง และดอกไม้ บุตรดา (2564) โดยเป็นการศึกษาพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยระยะบาดเจ็บ และพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลทั่วไปที่ใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยยังไม่ครอบคลุมการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติตามกระบวนการพยาบาล โดยในปัจจุบันยังไม่พบการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลระยะวิกฤติในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งทางสมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ได้มีการเปลี่ยนแปลง Guidelines for CPR ในเดือน ตุลาคม 2563 เป็น 2020 AHA Guideline for CPR and Emergency Cardiovascular Care (ชมรมคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิตและสมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลต้องปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แสดงให้เห็นว่ายังมีประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาต่อไป เช่นเดียวกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่มีประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่ต้องพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นเช่นเดียวกัน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 700 เตียง เป็นหน่วยขึ้นตรงกับกรมแพทยทหารอากาศ กระทรวงกลาโหม ให้บริการทางการแพทย์แก่ข้าราชการ ทหารกองประจำการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ นักเรียนทหาร ครอบครัว และประชาชนทั่วไป โดยมีแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กองการพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเป็นหน่วยงานแรกที่ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน มีนโยบายการบันทึกทางการแพทย์ใช้ระบบการบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting) เพื่อให้พยาบาลมีการมีบันทึกทางการแพทย์ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย จากรายงานการตรวจประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในปี 2561 พบว่า คะแนนการบันทึกโดยรวม เท่ากับ 71.86 เปอร์เซนต์ ซึ่งคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ มากกว่า 85 เปอร์เซนต์ (แผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2561) รวมทั้งผู้เยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในปี 2561 ได้ให้ข้อเสนอแนะภาพรวมของบันทึกทางการแพทย์ของทุกหน่วยงานในประเด็นที่ควรพัฒนาระบบการบันทึกให้มีคุณภาพต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและบันทึกให้เชื่อมโยงและสอดคล้องกับบันทึกของแพทย์ (กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2561)

โดยสรุป การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งนำไปสู่การประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาลของสภาการพยาบาลและสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากการศึกษากระบวนการบันทึกทางการแพทย์ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปัจจุบันยังมีการพัฒนารูปแบบทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติจำนวนน้อยมาก รวมทั้งโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชยังมีประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์ที่ต้องการการพัฒนา ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาและต้องการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศและเพื่อให้เป็นกรอบและเพิ่มความครอบคลุมในการบันทึกทางการแพทย์รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2.2 เพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม

3. คำถามในการวิจัย

3.1 สภาพปัญหาคือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีลักษณะอย่างไร

3.2 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชควรมีลักษณะอย่างไร

3.3 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หลังใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นดีกว่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิมหรือไม่ อย่างไร

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

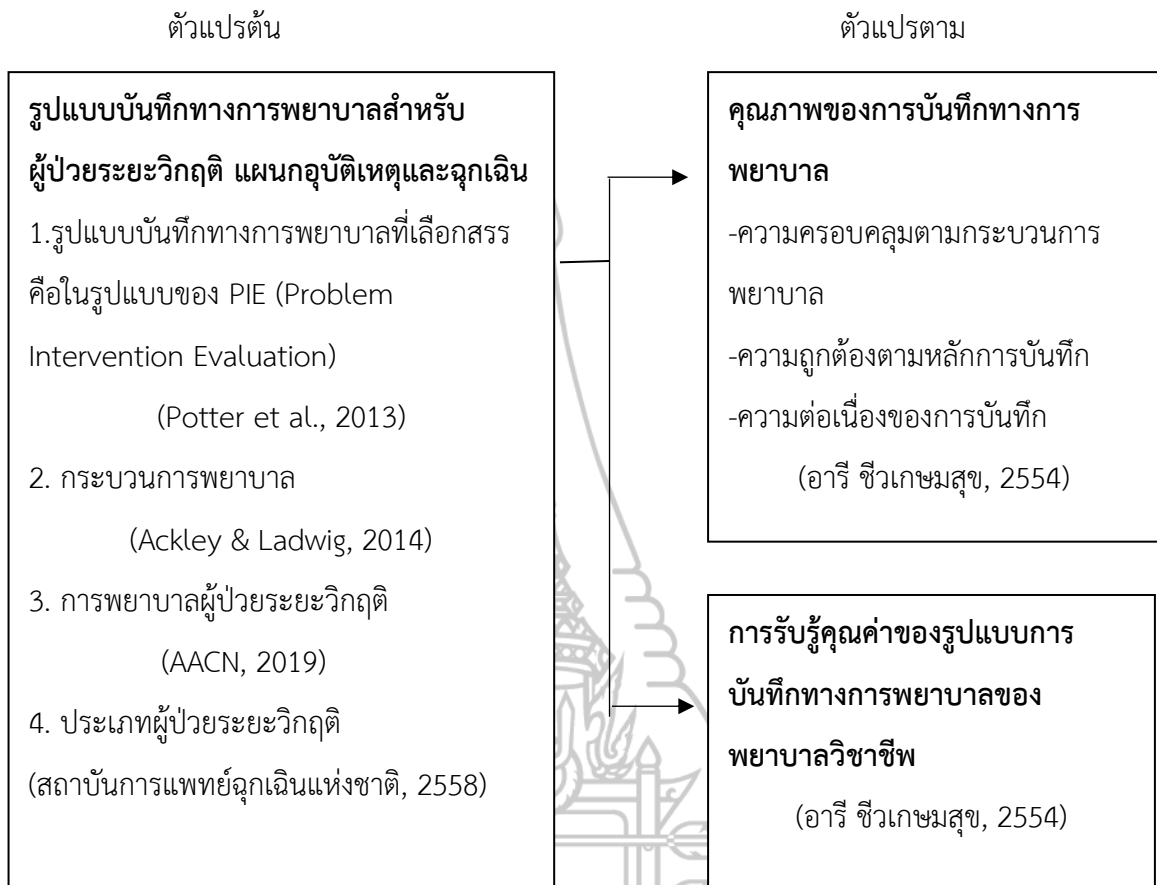
4.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดดังนี้

- 1) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล PIE (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013) เนื่องจากเป็นแบบแผนการบันทึกข้อมูลโดยใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ (1) ปัญหา (Problem) (2) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และ (3) การประเมินผล (Evaluation) และเป็นแบบบันทึกที่มุ่งปัญหาของผู้ป่วยมีกระบวนการบันทึกที่สะดวก ใช้การบันทึกอย่างสั้น ๆ กระชับ เป็นการบันทึกที่เป็นปัจจุบัน และเป็นการบันทึกที่ง่าย เหมาะสำหรับนำมาใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องให้บริการการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็วโดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบมีโครงสร้าง มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลในแบบฟอร์ม ใช้เครื่องหมายสัญลักษณ์หน้าข้อความที่ต้องการ และเขียนเพิ่มเติมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วย รวมทั้งปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
- 2) กระบวนการพยาบาลกับการบันทึกทางการพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลของ แอ็คลีย์ และแลดวิก (Ackley & Ladwig, 2014)
- 3) องค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติใช้แนวคิดของสมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติอเมริกา (American Association of Critical Care Nurses [AACN], 2019) เนื่องจากเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติตามกระบวนการพยาบาล
- 4) ประเภทของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สถาบันแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558)
- 5) คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลดัดแปลงมาจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลของ อารี ชิวเกษมสุข (2554)
- 6) การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ อารี ชิวเกษมสุข (2554)

กรอบแนวคิดการทำวิจัยครั้งนี้แสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือน มีนาคม 2564 – เมษายน 2565

6.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

6.1.1 ประชากร มี 3 กลุ่ม ดังนี้

1) **กลุ่มที่ 1** เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2) *กลุ่มที่ 2* เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย (ระยะวิกฤติ) ที่มารักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างเดือนเมษายน 2564 – เมษายน 2565

3) *กลุ่มที่ 3* เป็นแพทย์และพยาบาลที่เป็นตัวแทนกลุ่มและมีส่วนร่วมในการศึกษาสภาพปัญหาและสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

6.1.2 *กลุ่มตัวอย่าง* ได้จากการเลือกแบบเจาะจงแบ่งตามระยะการวิจัยได้ดังนี้

1) *ระยะก่อนการพัฒนา* มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน (2) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติก่อนการพัฒนาในรูปแบบที่ได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 ชุด จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power

2) *ระยะพัฒนา* มี 1 กลุ่ม เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นตัวแทนกลุ่มที่มีส่วนร่วมศึกษาสภาพปัญหาและสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ รองผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 คน พยาบาลผู้ตรวจการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน และแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน รวม 8 คน

3) *ระยะทดลอง* มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน (2) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติหลังพัฒนารูปแบบที่ได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 ชุด จากการคำนวณด้วย โปรแกรม G*Power

6.2 *ตัวแปรในการวิจัย* มีดังนี้

6.2.1 *ตัวแปรต้น* คือ รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมา

6.2.2 *ตัวแปรตาม* มีดังนี้

1) *คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล* ได้แก่ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึก

2) *การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล*

7. *นิยามศัพท์เฉพาะ*

7.1 *ผู้ป่วยระยะวิกฤติ* หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและมีปัญหาสุขภาพที่คุกคามต่อทางเดินหายใจอย่างรุนแรง มีภาวะหัวใจหยุดเต้น จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเข้าสู่ขบวนการกู้ชีพ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด

7.2 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ หมายถึง แบบแผนของการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยบันทึกตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหา การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤติ โดยแบบแผนการบันทึกนี้พัฒนาขึ้นด้วยระบบการบันทึกแบบ PIE (Problem Intervention Evaluation) รูปแบบบันทึกนี้มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการดังนี้

7.2.1 วิธีการบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลดังนี้ 1) ชั้นประเมินภาวะสุขภาพ 2) ชั้นการวินิจฉัยการพยาบาล 3) ชั้นปฏิบัติการพยาบาล และ 4) ชั้นประเมินผลการพยาบาล

7.2.2 แบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง และมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล เป็นแบบฟอร์มบันทึกที่บูรณาการระหว่าง 4 ชุดในชุดเดียวกันได้แก่ 1) แบบการประเมินแรกรับและการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Initial assessment and CPR from for critical patient) 2) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและติดตามอาการ (Monitoring nursing record) 3) แบบวินิจฉัยการพยาบาลและความก้าวหน้าทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Nursing diagnosis and progress note from critical patient) และ 4) แบบบันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary from)

7.2.3 คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นเอกสารที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลในรูปแบบ PIE โดยมีวิธีการบันทึกและแบบบันทึก และคำชี้แจงในการบันทึก พร้อมด้วยตัวอย่างการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

7.3 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ลักษณะการบันทึกทางการพยาบาลในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นโดยมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ 1) มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 2) มีความถูกต้องตามหลักการบันทึก 3) มีความต่อเนื่องของการบันทึก โดยแบบบันทึกนี้สามารถวัดได้จากแบบประเมินการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยปรับปรุงและดัดแปลงมาจากแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของ อารี ชิวเกษมสุข (2554) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้

7.3.1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนและสอดคล้องกัน ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

7.3.2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกที่ถูกต้องตามหลักของการบันทึกทางการพยาบาลทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ

การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยบันทึกได้ถูกต้อง สั้น กระชับ สื่อความหมายชัดเจน ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

7.3.3 ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตาม กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง

7.4 การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นของ พยาบาลวิชาชีพต่อประโยชน์ของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่กับรูปแบบ การบันทึกเดิม ครอบคลุมบันทึกการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการสรุปจำหน่าย ได้ครบถ้วน สะดวก และรวดเร็ว สามารถวัดได้จาก แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการ พยาบาลของ อารี ชิวเกษมสุข (2554)

7.5 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ที่ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและทำหน้าที่ในการบันทึกทางการพยาบาลของแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

7.6 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง สถานที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โดยมีการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ / หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและ วิกฤติทั้งระบบร่างกายและจิตใจ

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่เป็นต้นแบบของ รูปแบบการบันทึกสำหรับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้อง กับการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

8.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการศึกษาและการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบันทึก ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. การบันทึกทางการแพทย์
 - 1.1 ความหมาย และความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์
 - 1.2 ประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์
 - 1.3 หลักของการบันทึกทางการแพทย์
 - 1.4 แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการแพทย์
 - 1.5 การบันทึกทางการแพทย์กับกระบวนการพยาบาล
 - 1.6 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
2. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์
 - 2.1 ความหมายของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์
 - 2.2 ประเภทของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์
 - 2.3 การประเมินรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์
 - 2.3.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
 - 2.3.2 การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์
3. การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.1 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤติ
 - 3.2 ประเภทของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.3 การประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.4 ระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
 - 3.5 การประเมินผู้ป่วยวิกฤติ
 - 3.6 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ
4. บริบทโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
 - 4.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ
 - 4.2 ขอบเขตการให้บริการ
 - 4.3 นโยบายด้านการบันทึกทางการแพทย์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเครื่องมือที่สะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย และความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้มีผู้ให้ความหมาย ดังต่อไปนี้

พอทเทอร์ และคณะ (Potter et al 2013) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การเขียนรายงาน หรือการพิมพ์ของบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เบอร์แมน, ซินเดอร์, และฟรันด์เซน (Berman, Synder, & Frandsen 2016) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การเขียนรายงานทางการแพทย์พยาบาล หรือบันทึกรายงานในคอมพิวเตอร์ แบบเป็นทางการที่มีมาตรฐาน ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายในการให้การดูแลผู้ป่วย

สภาการพยาบาล (2556) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง ระบบการบันทึกและรายงานทางการแพทย์พยาบาลที่สามารถนำไปใช้ในการสื่อสารภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสะท้อนการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ยูวดี เกตสัมพันธ์ (2566) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร หรือสร้างขึ้นด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยมีพยาบาลเป็นผู้บันทึก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การเขียนรายงานทางการแพทย์พยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร หรือ บันทึกในคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1.1.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสำคัญหลายประการดังนี้

1) เปรียบเสมือนตัวแทนพยาบาลวิชาชีพในการติดต่อสื่อสารข้อมูลในการดูแลให้การพยาบาล การรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยในแต่ละวันและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยในความดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

2) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการนำแผนการพยาบาลและทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลมาใช้ได้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงถึงการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560)

3) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแล การบริหารจัดการความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพของบริการพยาบาล ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ (พรศิริ พันธรังสี, 2564)

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสำคัญ เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาลในทีมสุขภาพ ใช้เป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพ ใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแล การบริหารจัดการความเสี่ยง และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ นอกจากนั้นบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังมีประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและต่อสถาบันที่ให้บริการสุขภาพอีกด้วย

1.2 ประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและต่อสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ (จิตาภา เรือนใจมั่น, 2559) ดังนี้

1.2.1 เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ เมื่อมารับการตรวจรักษาสามารถค้นหาเพื่อประกอบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

1.2.2 เป็นประโยชน์ต่อสถานบริการสุขภาพด้านการบริหารงานด้านสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลมาประมวลเป็นสถิติ สารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานและการตัดสินใจทางการแพทย์พยาบาล

1.2.3 เป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ เพื่อประกอบการรักษาพยาบาล

1.2.4 เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า และใช้เป็นข้อมูลในการอ้างอิง

สรุปได้ว่าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ สถานบริการสุขภาพ ทีมสุขภาพ และการศึกษาค้นคว้า โดยการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต้องมีหลักในการบันทึกที่ดีและมีประสิทธิภาพเพื่อให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้นสามารถใช้ประโยชน์ได้สูงสุด

1.3 หลักของการบันทึกทางการแพทย์

หลักการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง และถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติงาน โดยหลักการเขียนบันทึกทางการแพทย์ (Sorrentino, Remmert, Gorex., 2010) มีดังต่อไปนี้

1.3.1 ปฏิบัติตามขั้นตอนและนโยบายในการบันทึกทางการแพทย์ขององค์กร และจัดการฝึกอบรมการเขียนบันทึกทางการแพทย์ตามความจำเป็น

1.3.2 บันทึกวัน-เวลา ให้ถูกต้องตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

1.3.3 บันทึกด้วยย่อทางการแพทย์ที่เป็นสากล และได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานเท่านั้น

1.3.4 บันทึกด้วยการใช้ตัวสะกด ไวยากรณ์ และเครื่องหมายวรรคตอนที่ถูกต้อง

1.3.5 บันทึกอย่างถูกต้อง กระชับ ครบถ้วน ต่อเนื่องเชื่อมโยง และเป็นข้อเท็จจริงอย่าบันทึกจากการตัดสินหรือการตีความ

1.3.6 บันทึกโดยใช้คำที่ให้ความหมายชัดเจน โดยมีคำอธิบายที่ชัดเจน หลีกเลี่ยงคำที่มีความหมายมากกว่าหนึ่งความหมาย

1.3.7 บันทึกโดยใช้คำพูดของบุคคลนั้นทุกครั้งที่เป็นไปได้ ใช้เครื่องหมายคำพูดเพื่อแสดงข้อความนั้นเป็นเครื่องหมายคำพูดโดยตรง

1.3.8 บันทึกมาตรการความปลอดภัย ตัวอย่างเช่น การวางสัญญาณไฟไว้ในระยะที่เอื้อมถึง การช่วยเหลือผู้รับบริการเมื่อลุกขึ้น หรือเตือนผู้รับบริการไม่ให้ลุกจากเตียง

1.3.9 บันทึกลายมือที่อ่านง่าย ใช้หมึกในการบันทึกเท่านั้น รวมทั้งใช้สีหมึกตามที่หน่วยงานกำหนด

1.3.10 ห้ามลบหรือใช้น้ำยาลบคำผิด เมื่อมีการบันทึกผิด ให้ขีดเส้นตรงเพียงเส้นเดียวทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับ

1.3.11 ควรบันทึกทางการแพทย์หลังจากปฏิบัติการพยาบาล ไม่ควรบันทึกล่วงหน้าก่อนให้การพยาบาล

1.3.12 ไม่ควรบันทึกการพยาบาลแทนคนอื่น หรือให้คนอื่นมาบันทึกแทนเรา โดยเฉพาะการพยาบาลที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติ

1.3.13 ลงชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งของผู้บันทึกเมื่อสิ้นสุดการบันทึกทุกครั้ง

1.3.14 บันทึกชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ เพศ HN หอผู้ป่วย เตียงผู้ป่วย ในแบบบันทึก ทุกใบเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

1.3.15 บันทึกทุกบรรทัด ไม่เว้นช่องว่างไว้เพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง หรือป้องกันไม่ให้ผู้อื่นมาบันทึกแทนเรา

1.3.16 ปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงาน

โดยสรุปพยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้มารับบริการต้องมีความรู้และทักษะในการ บันทึกทางการพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้สามารถบันทึกได้อย่างมี คุณภาพและมีมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลยังต้องบันทึกให้ถูกต้องตามแบบฟอร์ม ของ หน่วยงานหรือองค์กรกำหนดไว้ในนโยบายในเรื่องบันทึกทางการพยาบาล

1.4 แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล

แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลมีหลากหลายแบบฟอร์ม สถานบริการทาง สุขภาพทุกแห่งต้องพิจารณาและกำหนดเป็นนโยบายให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร เพื่อมุ่งเน้นคุณภาพการพยาบาลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยแบบฟอร์มที่ใช้ในการ บันทึกทางการพยาบาล (Potter et al., 2013; Berman et al., 2016; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) มีดังนี้

1.4.1 แบบฟอร์มบันทึกการรับผู้ป่วยใหม่ (Nursing admission assessment form) แบบฟอร์มบันทึกการรับผู้ป่วยใหม่ เป็นแบบบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยในด้านสถานภาพส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ

1.4.2 แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan problem list) เป็นแบบฟอร์มที่บันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือความ ต้องการการดูแลจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ และจากการประเมินปัญหาที่พบ เพิ่มเติม ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

1.4.3 แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note, Nurses' note) เป็นแบบฟอร์มสำหรับรายงานความก้าวหน้า เกี่ยวกับอาการหรือปัญหาของผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดในแต่ละวัน

1.4.4 แบบฟอร์มบันทึกคาร์เด็กซ์ (Kardex) เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกสรุปข้อมูล สำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถตรวจสอบเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอย่าง ครบถ้วน รวดเร็ว

1.4.5 แบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet) แบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพ หรือที่เรียกว่าฟอร์มปรอท เป็นแบบบันทึกสรุปเกี่ยวกับ การหายใจ ความดันโลหิต ส่วนสูง ชนิด อาหาร สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับเข้าสู่ร่างกายและขับออก (Intake-output รวมทั้ง การประเมินความเจ็บปวด (Pain score) หรือประเมินอื่น ๆ ตามบริบทขององค์กร

1.4.6 แบบฟอร์มบันทึกการให้ยา (Medication sheet form) เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกแสดงการให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยบันทึก ชื่อยา จำนวน ขนาด วันเวลาที่ให้ยา วันเวลาที่หยุดให้ยา พร้อมทั้งลงชื่อพยาบาลที่ให้ยา และผู้ตรวจสอบการให้ยา

1.4.7 แบบฟอร์มบันทึกย่อย เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยบางราย เพื่อบันทึกการประเมินและกิจกรรมการดูแลที่สำคัญ เมื่อมีภาวะจำเป็นเพื่อบันทึกปัญหาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและอาจเป็นอันตรายได้ เช่น แบบบันทึกระบบประสาท (Neurological record) แบบบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัดหรือผู้ป่วยอาการหนัก (Vital signs record) แบบบันทึกการควบคุมเบาหวาน (Diabetic chart) แบบบันทึกสารน้ำที่เข้าออกร่างกายผู้ป่วย (Intake-output cord) การป้องกันและประเมินภาวะวิกฤต (Ealy Warning sign) หรือป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การพลัดตก แผลกดทับ ภาวะการบวม เป็นต้น

1.4.8 แบบฟอร์มบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning) เป็นแบบฟอร์มการบันทึกการวางแผนการดูแล และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผู้รับบริการและญาติก่อนกลับบ้าน

1.4.9 แบบฟอร์มบันทึกการส่งต่อ (Referral summaries) เป็นแบบฟอร์มบันทึกการดูแล โดยจะถูกบันทึกเมื่อผู้รับบริการถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่หน่วยรักษาอื่น ๆ

1.4.10 แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน (Nursing dairy activity checklist) เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งไม่จำเป็นต้องบันทึกรายละเอียดลงในบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) ทั้งหมด สถานบริการบางแห่งอาจกำหนดแบบฟอร์มเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ในการบันทึกในรูปแบบของบันทึกโดยวิธี Checklist ก็ได้ เพื่อประหยัดเวลา

1.4.11 แบบฟอร์มบันทึกเฉพาะของหอผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ เป็นแบบฟอร์มที่แต่ละหน่วยงานกำหนดขึ้นเหมาะสมกับการบันทึกปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น แบบฟอร์มการคลอด แบบฟอร์มหลังคลอด แบบฟอร์มทารกแรกเกิด แบบฟอร์มผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบฟอร์มผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

1.4.12 แผนการดูแลที่เป็นมาตรฐาน (Standardized care plan) เป็น แผนปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน มีการพิมพ์ไว้ล่วงหน้าตามแนวทางที่กำหนดไว้ ใช้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาเหมือนกัน เป็นแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากในการปรับปรุงคุณภาพของบันทึกการพยาบาลทั้งในด้านเนื้อหาและความครบถ้วน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนขั้นตอนการทำงานได้ดีขึ้น ลดขั้นตอนกระบวนการจัดทำเอกสาร อำนวยความสะดวกในการดูแลต่อเนื่อง

1.5 การบันทึกทางการพยาบาลกับกระบวนการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการสื่อสารข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างทีมสุขภาพ โดยการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพควรบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นการนำความรู้ทางการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ซีแบ็ค (Seaback 2013) กระบวนการพยาบาล คือ วิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการจัดองค์กรและการใช้ประโยชน์จากขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลตามองค์กรต้องการ

พอทเทอร์ และคณะ (Potter et al 2013) กระบวนการพยาบาล คือ การปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบมีลักษณะเช่นเดียวกับวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเป็นการประยุกต์การคิดอย่างมีวิจารณญาณมาใช้ในทางคลินิก โดยยึดผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แอกลีย์ และแลดวิก (Ackley & Ladwig 2014) กระบวนการพยาบาล คือ การจัดการรอบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของพยาบาลคล้ายกับขั้นตอนที่ใช้ในการให้เหตุผลและการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ เพื่อใช้ประโยชน์ในการให้การดูแลที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

สมาคมพยาบาลวิกฤตอเมริกา (American Association of Critical Care Nurse [AACN] 2019) กระบวนการพยาบาล คือ วิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน โดยใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนในกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัย การระบุผลลัพธ์ การวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล แต่ละขั้นตอนขึ้นอยู่กับความถูกต้องของขั้นตอนก่อนหน้า

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2560) กระบวนการพยาบาล หมายถึง วิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาล มีเป้าหมายชัดเจนเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

สรุป กระบวนการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลอย่างเป็นระบบและขั้นตอนด้วยวิธีการคล้ายคลึงการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์โดยมีเป้าหมายคือยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

1.5.2 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติพยาบาลที่เป็นขั้นตอน ใช้กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีลักษณะเช่นเดียวกับวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้สะดวก มีความง่าย และ

จำขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการนำไปใช้ได้ โดยยึดชื่อย่อ คือ ADPIE (Assessment Nursing diagnosis Planning Implementation Evaluation)ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Ackley & Ladwig, 2014) ดังนี้

1) *A: Assessment* คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติการใช้ยา ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อนำไปวินิจฉัยทางการพยาบาล

2) *D: Nursing diagnosis* คือ การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการระบุถึงปัญหา เป็นการวิเคราะห์ และตัดสินใจในคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ

3) *P: Planning* คือ การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาของผู้ใช้บริการ ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดหรือประเมินผลลัพธ์ไว้โดยเขียนบันทึกแผนไว้ในรายงาน หรือเวชระเบียนประเมินผลลัพธ์

4) *I: Implementation* คือ การปฏิบัติการพยาบาล โดยนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริง รวมทั้งบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง

5) *E: Evaluation* คือ การประเมินผล โดยประเมินผลตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ (outcome criteria) เพื่อประเมินความสำเร็จในการแก้ปัญหา และดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพอีก(reassessment) ตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง

1.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับกระบวนการพยาบาล โดยมีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการการพยาบาล Schilling et al (2006, อ้างใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560 และ พรศิริ พันธสี, 2564) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) *การประเมินภาวะสุขภาพ* (แรกรับและต่อเนื่อง) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้บันทึกมีดังนี้ แบบฟอร์มบันทึกการรับผู้ป่วยใหม่ (Nursing admission assessment form) และแบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้า(Nursing progress notes)ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจากการอ่านรายงานในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

2) *การวินิจฉัยการพยาบาล* แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้บันทึกมีดังนี้ แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan, Problem list) และแบบฟอร์มการบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway)ใช้สำหรับบันทึกสรุปปัญหาบนพื้นฐานของ

ข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลสนับสนุนที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญรายบุคคลและเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม

3) การวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้บันทึกมีดังนี้ แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan, Problem list) และแบบฟอร์มการบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway, Progress note) ใช้สำหรับบันทึกลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายของการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิด กำหนดกิจกรรมการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้บันทึกมีดังนี้ แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note) แบบฟอร์มบันทึกย่อย (Flow sheets) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน (Nursing dairy activity checklist) แบบฟอร์มบันทึกการให้ยา (Medication) ใช้บันทึกแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติผู้ป่วย

5) การประเมินผลการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้บันทึกมีดังนี้ แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้า (Nursing Progress Note) และแบบฟอร์มบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning) ใช้บันทึกการประเมินการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลผู้ป่วย ภายหลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้ว

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนจะมีแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นพยาบาลจึงต้องบันทึกทางการพยาบาลลงในแบบฟอร์มตามกระบวนการพยาบาลเพื่อให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาล ในการสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้รับบริการและญาติ โดยแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินต้องบันทึกไปตามแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลกำหนดไว้

1.6 แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล บันทึกไปตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2563) มีเนื้อหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินโดยมีพยาบาลเป็นผู้บันทึก ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 7 เรื่อง โดยบันทึกการประเมินแรกรับมี 5 เรื่องดังนี้ (1) ประวัติผู้ป่วย (Patient' profile) (2) ประวัติการเจ็บป่วย (History) (3) ตรวจร่างกาย (Physical examination) (4) การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย (Treatment/Investigation) (5) การตรวจติดตาม (Follow up) (6) บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative note) และ (7) เชนยินยอมรับการรักษา (Informed consent) โดยบันทึกทางการพยาบาลตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.6.1 ประวัติผู้ป่วย (Patients' profile) มีแนวทางการบันทึกดังนี้

- 1) บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลชื่อ คำนานหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด กรณีไม่ทราบวันเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะ ปี พ.ศ. ได้
- 2) บันทึกข้อมูลที่อยู่ปัจจุบัน
- 3) บันทึกข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือ เลขที่ใบต่างดาว กรณีคนต่างดาวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” ส่วนชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐานให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- 4) บันทึกข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือ ผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”
- 5) บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อหรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ”)
- 6) บันทึกข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”
- 7) บันทึกข้อมูลวันเดือนปี ที่บันทึกข้อมูล และชื่อผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล
- 8) ข้อมูล ชื่อและนามสกุล และ HN ใน ทุกแผ่น ของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการรักษาในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อนามสกุล และ HN ที่ส่งให้ตรวจสอบ

1.6.2 ประวัติการเจ็บป่วย (History) ประวัติการเจ็บป่วย มีแนวทางการบันทึกดังนี้

- 1) บันทึกอาการสำคัญหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล (Chief complaint)
- 2) บันทึกประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) ในส่วนของอาการแสดงและการรักษาที่ได้รับมาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด)
- 3) บันทึกโรคประจำตัว (Underlying disease) และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือ ข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา
- 4) บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- 5) บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้

6) บันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี) หรือประวัติการได้รับวัคซีน (Vaccination) และพัฒนาการเจริญเติบโต (Growth development)

7) บันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

8) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัวและไม่มีญาติ”

1.6.3 การตรวจร่างกาย (Physical examination) มีแนวทางการบันทึกดังนี้

1) บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

2) บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ Within normal limit : WNL

3) บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ คลำ หรือ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ Within normal limit : WNL

4) บันทึกอัตราการเต้นชีพจร (Pulse rate) อัตราการหายใจ (Respiration rate) และ อุณหภูมิในร่างกาย (Temperature) ทุกราย

5) บันทึกความดันโลหิต (Blood Pressure) ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพของผู้ป่วย

6) บันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กรณีเด็ก บันทึกน้ำหนักส่วนสูงทุกราย

(2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass index: BMI) ค่า พื้นผิวของร่างกาย (Body Surface Area: BSA) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้อง ระบุ)

(3) สรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือ ผลการตรวจร่างกาย

1.6.4 การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย (Treatment/ Investigation) มีแนวทางการบันทึกดังนี้

1) บันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีเป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน Standing order นั้น กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

2) บันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย) ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึก การเข้ารับการรักษาใน รพ. (admission)

3) บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยา ที่สั่งจ่าย

4) บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะความเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวหรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วย เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

5) กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา

6) บันทึกแผนการดูแลต่อเนื่อง หรือ การนัดตรวจติดตาม (Follow up)

7) บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือ ผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

8) กรณีที่มีการส่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

1.6.5 การตรวจติดตาม (Follow up) การตรวจติดตาม มีแนวทางการบันทึกดังนี้

1) บันทึกประวัติ หรือ เหตุผลในการมาตรวจติดตาม (Follow up)

2) บันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

3) บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs) ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือ การตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คลำ เคาะ ฟัง)

4) บันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น

5) บันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งที่ผ่านมา (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา กรณีที่เขียน RM (Repeat medication) ให้ระบุวันเดือนปีที่ Repeat medication นั้น และต้องมีการทบทวน (Review) รายการยาปีละครั้งเป็นอย่างน้อย

6) บันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่น ๆ การตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน Standing order นั้น กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (Refer) ต้องระบุ

7) บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือ การนัดมา Follow up ต่อไป

8) บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

9) กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

1.6.6 บันทึกการผ่าตัด หรือทำหัตถการ (Operative note) มีแนวทางการบันทึกดังนี้

1) บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

2) บันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative findings)

3) บันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative procedures) วิธีการให้ยา หรือยาระงับความรู้สึก ผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ การวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

4) บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการทำผ่าตัดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ นั้น เป็นผู้ที่ไม่มิใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

5) มีการวาดรูป แสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัดหรือหัตถการที่นำไปสู่การวินิจฉัย

1.6.7 เชิญยินยอมรับการรักษา (Inform consent) มีแนวทางการบันทึกดังนี้

1) บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

2) ลงลายมือชื่อและนามสกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบข้อมูล

3) ลงลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ Human Immunodeficiency Virus : HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

4) บันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

5) ลงลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

6) กรณีใช้ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด ชื่อและนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

7) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันที ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

8) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเอง โดยระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมทั้งระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด)

9) กรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)

2. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2.1 ความหมายของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง แบบแผนที่จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้กำหนดเป็นหลักหรือเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล และบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ป่วยรวมทั้งบันทึกกิจกรรมตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

2.2 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง แบบแผนการบันทึกที่จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาหลายรูปแบบ เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะงานและบริบทของหน่วยงานดังที่ พอทเทอร์ และคณะ (Potter et al., 2013); เบอร์แมน และคณะ (Berman et al., 2016) ได้แจกแจงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 รูปแบบบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (Narrative charting) เป็นรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบบอกเล่าเรื่องราวหรือข้อมูลที่พยาบาลสังเกตได้ เป็นการบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ โดยเน้นการบรรยายกิจกรรมพยาบาล รูปแบบนี้มีข้อดี คือเป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย บันทึกได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องคิดถึงรูปแบบ มีข้อจำกัด คือขาดการวิเคราะห์ข้อมูลการบันทึกไม่สมบูรณ์

2.2.2. รูปแบบบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem oriented charting) เป็นรูปแบบบันทึกการพยาบาลที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก มีโครงสร้างคล้ายกับกระบวนการพยาบาล เขียนได้ 2 รูปแบบ ดังนี้ รูปแบบที่ 1 ประกอบด้วย SOAP คือ S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย O (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจและ

สังเกต A (Assessment) คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่า ยังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ P (Plan) คือ แผนการพยาบาล โดยต่อมาได้มีการปรับปรุงให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นรูปแบบที่ 2 ประกอบด้วย SOAPIE โดยเพิ่ม I (Interventions) คือ กิจกรรมการพยาบาล และ E (Evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาล รูปแบบนี้มีข้อดี คือเป็นการบันทึกที่มีรูปแบบ มีโครงสร้างชัดเจน ค้นหาข้อมูลได้สะดวก ง่าย และรวดเร็ว แก้ปัญหาผู้ป่วยได้ตรงประเด็น มีข้อจำกัด คือมีความยากในการบันทึกเนื่องจากต้องเก็บข้อมูลเป็นระบบ

2.2.3 รูปแบบบันทึกแบบ PIE: Problem Intervention Evaluation รูปแบบบันทึกแบบ PIE มีลักษณะมุ่งปัญหาของผู้ป่วย ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ส่วนของปัญหา (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) รูปแบบนี้มีข้อดี คือการบันทึกจะรวมรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการบันทึกที่เป็นปัจจุบัน และเป็นบันทึกที่ง่าย สะดวก โดยรวมการบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบเดียวกัน มีข้อจำกัด คือไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง

2.2.4. รูปแบบบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) รูปแบบบันทึกการพยาบาลระบบชี้เฉพาะเป็นการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงกล่าวคือ เป็นการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (Data) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย (Action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล รวมทั้งผลของการรักษา (Response) ซึ่งเรียกรูปแบบบันทึกนี้ว่า รูปแบบ DAR (Data Action Response) ต่อมาได้พัฒนารูปแบบการบันทึกนี้เป็นรูปแบบต่าง ๆ เช่น DAE (Data Action Evaluation) AIE (Assessment Intervention Evaluation) PIE (Problem Intervention Evaluation) DART (Diagnosis Action Response Teaching) รูปแบบนี้มีข้อดี คือแสดงหรือชี้ชัดถึงปัญหาผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาล และง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล มีข้อจำกัด คือไม่มีการวางแผนการพยาบาล และวันเวลาสิ้นสุดของปัญหา ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2.5. รูปแบบบันทึกโดยใช้รูปแบบซีบีอี (CBE = Charging by Exception) เป็นรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เบี่ยงเบนจากปกติเพื่อให้บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของการบันทึก การบันทึกชนิดนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่กันไป รูปแบบนี้มีข้อดี คือ มีโครงสร้างชัดเจน สะดวกในการแก้ปัญหา มีข้อจำกัดคือ ไม่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลและวันเวลาสิ้นสุดของปัญหา พยาบาลไม่มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อเขียนข้อวินิจฉัยการวางแผนการพยาบาล

2.2.6 รูปแบบบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Charting by nursing process)

เป็นการบันทึกที่มีรูปแบบและสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล รูปแบบนี้มีข้อดีคือ การบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลจึงมีการบอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาของผู้ป่วยชัดเจน ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลในแนวเดียวกัน และมีความต่อเนื่อง มีข้อจำกัดคือ ไม่เหมาะสมสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ การบันทึกต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึก

2.2.7 รูปแบบบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerize electronic charting)

เป็นการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลทางด้านประวัติผู้มารับบริการและข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพต่าง ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาล รูปแบบนี้มีข้อดี คือทำให้การทำงานมีความสะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น มีข้อจำกัด คือ การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสม กับผู้ป่วยทุกคนแม้จะเป็นโรคเดียวกัน รวมทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยถ้าไม่มีระบบความปลอดภัยหรือระบบป้องกันการเข้าถึงข้อมูลอย่างเพียงพอ

2.2.8 รูปแบบบันทึกที่ใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway, Care map charting)

การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการ การดูแลผู้ป่วยแบบ case management ซึ่งเป็นการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล รูปแบบนี้มีข้อดี คือ บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็วโดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์เนื่องจากมีแนวทางการรักษามาตรฐานอยู่แล้ว มีข้อจำกัด คือ ไม่เหมาะสมสำหรับบันทึกในผู้ป่วยที่เป็นหลายโรค เนื่องจากแผนการดูแลรักษาจัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค และไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเพราะไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายและกลับบ้านตามที่กำหนด

สรุปได้ว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ช่วยในการบันทึกทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โดยมีหลายรูปแบบ สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทขององค์กรหรือหน่วยงาน โดยที่ทุกรูปแบบมีข้อดีและข้อจำกัด ดังนั้น การที่จะใช้รูปแบบใด ในการบันทึกทางการพยาบาลจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารและบริบทของหน่วยงาน จากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนา รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลพบว่า มีการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่แตกต่างกันไปตามบริบทของหน่วยงาน โดยการพัฒนาารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลต้องมีการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาเพื่อนำมาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2.3 การประเมินรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

2.3.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2560) คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง ลักษณะการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ตรงกับความต้องการหรือเกณฑ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขององค์กร ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้แนวทางในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีและมีคุณภาพดังนี้

กองการพยาบาล (2553) ได้กำหนดแนวทางการบันทึกที่ดีมีคุณภาพไว้ดังนี้คือ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลควรมีความถูกต้อง (Correct) ครบถ้วน (Complete) มีความชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise)

อารี ชิวเกษมสุข (2554) ได้กำหนดแนวทางในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และสามารถวัดได้จากแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกครบถ้วนและสอดคล้องกับทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

2. ความถูกต้องตามหลักการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกที่ถูกต้องตามหลักของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล บันทึกได้สั้น กะทัดรัดได้ใจความ และสื่อความหมายชัดเจนตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

3. ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลอย่างไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมง ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและ/หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สรุปว่าคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ ลักษณะการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ตรงกับความต้องการหรือเกณฑ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขององค์กร โดยบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้นต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ มีความต่อเนื่อง รวมทั้งถูกต้องตามกฎหมาย และการบันทึกต้องสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนา ปรับปรุงและดัดแปลงการตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (2554) เนื่องจากเป็นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ครอบคลุม

ตามกระบวนการพยาบาล และมีความง่ายต่อการตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

2.3.2 การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

ความหมายของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล มีความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1) ความหมายของการรับรู้

ชาคเตอร์ และแดเนียล (Schacter and Daniel 2011) การรับรู้ หมายถึง การจัดระเบียบ ระบุ และแปลผลข้อมูลจากประสาทสัมผัสเพื่อใช้เป็นแบบจำลองและเข้าใจข้อมูลหรือโลกรอบ ๆ ตัว

เบิร์นสไตน์ และดักลาส เอ (Bernstein, Douglas A 2010) การรับรู้ หมายถึง การแปลผลข้อมูลทางประสาทสัมผัส ซึ่งแปลข้อมูลดิบเป็นข้อมูลระดับสูงขึ้น รวมทั้งการแปลผลที่เชื่อมกับทัศนคติ ความคาดหวัง และความรู้ของบุคคล

สรุป การรับรู้ หมายถึง การแปลผลข้อมูลจากประสาทสัมผัส

2) ความหมายของคุณค่า

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) คุณค่า หมายถึง คุณค่าทางจิตใจของบุคคลหรือกลุ่มคนที่แสดงความต้องการ หรือความคาดหวังต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่แวดล้อมบุคคลนั้น ๆ

พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) คุณค่า หมายถึง สิ่งที่มีประโยชน์ หรือมีคุณค่าสูง

สรุป คุณค่า หมายถึง สิ่งที่มีคุณค่าสูง หรือ มีประโยชน์ตามความคิดหรือความรู้สึกของบุคคล

3) ความหมายของรูปแบบ

พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) รูปแบบ หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนวที่ยอมรับ สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเช่นนั้น

ทิสนา เขมมณี (2555) รูปแบบ หมายถึง ลักษณะของการดำเนินงานที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบระเบียบตามหลักปรัชญา ทฤษฎี หลักการ ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญ โดยประกอบด้วยกระบวนการหรือขั้นตอนสำคัญ ที่สามารถช่วยให้เป็นไปตามทฤษฎี หลักการ หรือแนวคิดที่ยึดถือ สามารถใช้เป็นแบบแผนให้บรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะของรูปแบบนั้น ๆ

พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และปณิธาน กระสังข์ (2560) รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองหรือตัวแบบอย่างเป็นทางการและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงให้เห็นเข้าใจได้ง่ายขึ้น เป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากหลักปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิด

สรุป รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองเป็นขั้นตอนหรือแนวทางของการดำเนินงานที่พัฒนา จากหลักการปรัชญา แนวคิด ทฤษฎี

4) ความหมายของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากคำศัพท์ที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การแปลผลข้อมูลคุณค่าหรือประโยชน์ ของแบบจำลองที่เป็นขั้นตอนหรือแนวทางการดำเนินงานของแบบบันทึกข้อมูลด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักการแนวคิด และทฤษฎี โดยในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้พัฒนา ปรับปรุงและดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพของ อารี ชิวเกษมสุข (2554) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และมีความง่ายต่อการประเมิน

3. การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.1 ความหมายของผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

ผู้ป่วยภาวะวิกฤติได้มีนักวิชาการ และองค์กรได้ให้ความหมายไว้ดังนี้
เออร์เดน, สเตซี่ และลัฟ (Urden, Stacy, & Lough 2017) ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤติด้านร่างกายที่คุกคามชีวิต (Life threatening)

สมาคมพยาบาลวิกฤติอเมริกา (AACN 2019) ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตจากปัญหาสุขภาพ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2558) ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยกระทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต

สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง (2559) ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติที่รุนแรง มีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะคุกคามกับชีวิต

สรุปว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติด้านร่างกายที่รุนแรง ที่คุกคามชีวิต (Life threatening)

3.2 ประเภทของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดแนวทาง และขั้นตอนการปฏิบัติงานไว้ดังนี้
1) ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ทุกคนต้องได้รับการประเมินและคัดแยกเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินในการคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่อจัด

ให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนโดยใช้แนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index : ESI โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) ดังนี้

3.2.1 ระดับที่ 1 (ESI 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Resuscitation) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ใช้สัญลักษณ์สีแดง ต้องจัดให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงโดยเร่งด่วนที่สุด ต้องได้รับการรักษาภายใน 4 นาที

3.2.2 ระดับที่ 2 (ESI 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง ต้องจัดให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงโดยเร่งด่วนที่สุด ต้องจัดให้ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ถัดจากผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ และจัดให้ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงโดยเร็ว ต้องได้รับการรักษาภายใน 10 นาที

3.2.3 ระดับที่ 3 (ESI 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Urgency) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับการปฏิบัติการแพทย์ได้ในชว่เวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ ใช้สัญลักษณ์เขียว ต้องจัดให้ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินถัดจากผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และจัดให้ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ตามความจำเป็น ต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที

3.2.4 ระดับที่ 4 (ESI 4) ผู้ป่วยทั่วไป (Semi urgency) ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรการบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้ ใช้สัญลักษณ์ขาว ต้องจัดให้ได้รับบริการสาธารณสุขอื่นตามสมควร หรือให้ใช้ทรัพยากรได้เฉพาะในกรณีจำเป็น โดยให้ได้รับบริการถัดจากผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง หรือเมื่อไม่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน รอได้ 1 ชั่วโมง

3.2.5 ระดับที่ 5 (ESI 5) ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการอื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร ใช้สัญลักษณ์สีดำ ต้องได้รับบริการที่ประสงค์จากบุคลากรสาธารณสุขอื่น ในเวลา หรือบริเวณอื่นซึ่งไม่ได้จัดไว้เพื่อปฏิบัติการแพทย์ รอได้ 2 ชั่วโมง

3.3 การประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องประเมินอาการของผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบ่งเป็น 3 ระยะ (Sweet and Foley , 2020) ดังนี้

3.1.1 ประเมินอาการปฐมภูมิ (Primary assessment) ต้องประเมินผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว ประเมินอาการสำคัญที่แสดงถึงภาวะคุกคามของชีวิต เช่น หยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น เป็นต้น โดยประเมินตามหลัก ABCDE (Airway Breathing Circulation Disability Exposure / Environment control) ดังนี้

1) A: *Airway* โดยการประเมินผู้ป่วยว่าสามารถหายใจได้หรือไม่ มีเสียงที่บ่งบอกว่ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่

2) B: *Breathing effectiveness* โดยการประเมินลักษณะการหายใจ

3) C: *Circulation effectiveness* โดยการประเมินชีพจร ความดันโลหิต สีของผิวหนัง อุณหภูมิของร่างกาย ความชุ่มชื้นของผิวหนัง

4) D: *Disability* โดยการประเมินทางระบบประสาท (Neurogenic assessment) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (level of conscious) โดยใช้ตัวอักษร AVPU: Alert Verbal Pain Unresponsive ช่วยให้จำง่ายและสามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว

5) E: *Exposure / Environment control* ประเมินโดยการถอดเสื้อผ้าผู้ป่วย ในช่วงที่ประเมินในระยะปฐมภูมิ ทำให้พยาบาลสามารถดูอาการของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บได้ และสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ห่มผ้าให้ความอบอุ่นร่างกาย หรือการเพิ่มอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย

3.1.2 ประเมินอาการทุติยภูมิ (Secondary assessment) เป็นการประเมินแบบละเอียด โดยการรวบรวมข้อมูลทางกายภาพ ดังนี้

1) F: *Full set vital sign* โดยประเมินอุณหภูมิของร่างกาย (Temperature) ชีพจร (Pulse) การหายใจ (Respiration) ความดันโลหิต (Blood pressure) ออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) น้ำหนัก (Weight)

2) G: *Give comfort measures/ Get resuscitate adjunct: LMNOP* โดยการประเมินดังนี้ (1) L: Laboratory (2) M: Monitor cardiac rate and rhythm (3) N: Consider placement of nasogastric or orogastric tube (4) O: Oxygen and ventilation (5) P: Assess pain

3) H: *History and head-to-toe assessment* การประเมินดังนี้ (1) History (ประวัติของผู้ป่วย) โดยใช้ตัวอักษร AMPLE: Allergies (ประวัติแพ้) Medication (ประวัติการได้รับยา) Past health history (ประวัติเจ็บป่วยในอดีต) Last meal eaten (ประวัติการรับประทานอาหารมื้อสุดท้าย) Event leading to the illness / Injury (ประวัติอาการที่นำมาเรื่องความเจ็บป่วยหรืออาการบาดเจ็บ) (2) head-to-toe assessment ประเมินผู้รับบริการทั่วร่างกาย ตั้งแต่หัวจรดเท้า เช่น ประเมินศีรษะ หน้า ท้อง หน้าอก แขนขา เป็นต้น

4) I: *Inspect posterior surfaces* ประเมินโดยการตรวจสอบด้านหลัง แขน และขา ของผู้รับบริการ โดยตรวจสอบดูว่ามีภาวะเลือดออก แผลฉีกขาด ก้อนเลือด ผื่น หรืออาการบวม เป็นต้น

3.1.3 ประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing assessment) ประเมินต่อเนื่องตามความต้องการที่มีความสัมพันธ์เฉพาะตัวของผู้ป่วย ประเมินการรักษาพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย

3.4 ระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

ระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติมี 4 ระดับ ชมรมการดูแลผู้ป่วยหนัก (Intensive care society, 2021) ดังนี้

3.4.1 ระดับ 0 Ward care (การดูแลที่ Ward) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยปกติได้ แต่ยังมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพทางคลินิก

3.4.2 ระดับ 1 Enhanced Care (การดูแลขั้นสูง) ผู้ป่วยที่ต้องการการสังเกตหรือการรักษาโดยละเอียดเพิ่มเติม รวมถึงการสนับสนุนขั้นพื้นฐานสำหรับ ผู้ป่วยที่ต้องป้องกันการเสื่อมสภาพหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติม ผู้ป่วยที่ต้องการการสังเกตและการเฝ้าติดตามในระดับที่สูงขึ้น

3.4.3 ระดับ 2 Critical Care (การดูแลภาวะวิกฤติ) ผู้ป่วยที่ต้องการการสังเกตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับที่เพิ่มขึ้น (เกินระดับ 1) รวมถึงต้องการการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับระบบอวัยวะตั้งแต่สองระบบขึ้นไป

3.4.4 ระดับ 3 Critical Care (การดูแลภาวะวิกฤติ) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลและติดตามระบบทางเดินหายใจขั้นสูงเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลระบบอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องเรื้อรังของระบบอวัยวะตั้งแต่ 1 ระบบขึ้นไป ผู้ป่วยอวัยวะของร่างกายล้มเหลวหลายส่วน ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องรวมถึงการช่วยหายใจขั้นสูง

3.5 การประเมินผู้ป่วยวิกฤติ

การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติมีการใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์ และแบบแผนด้านสุขภาพของ GORDON ,NANDA และ FANCUS มาเป็นแนวทางในการประเมิน โดยกลุ่มพยาบาลในอเมริกาเหนือได้มีความเห็นว่า กรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่เรียกว่า FANCUS ของ DR. June C. Abbey เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะวิกฤติ (AACN, 2015) โดยมีรายละเอียดในการประเมินดังนี้

3.5.1 กรอบแนวคิดในการประเมิน (Assessment Framework)

1) *Pre-arrival* เป็นระยะตั้งแต่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล

2) *Admission Quick Check* เป็นการตรวจสอบทันทีที่รับผู้ป่วย

3) *Comprehensive and Ongoing assessment* เป็นการประเมินต่อเนื่อง

3.5.2 กรอบแนวคิดการประเมิน FANCUS มีรายละเอียดดังนี้

- 1) F (Fluid and Electrolyte) เป็นการประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำและลักษณะทางคลินิกที่บอกความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่
- 2) A (Aeration) ประเมินการหายใจ การทำงานของหัวใจ และออกซิเจนในร่างกาย
- 3) N (Nutrition) ประเมินความเพียงพอของสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ
- 4) C (Communication) ประเมินความสามารถในการสื่อสาร และความต้องการการสื่อสาร
- 5) A (Activity) ประเมินการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
- 6) S (Stimulation) ประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น แสง เสียง ความเจ็บปวด

3.6 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurses Association: ANA) ได้วางขอบเขตและมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ มีลักษณะเฉพาะคือเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาการพยาบาลเพื่อตอบสนองผู้รับบริการ โดยใช้กรอบของกระบวนการพยาบาล (AACN, 2019) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.6.1 มาตรฐานที่ 1 Assessment พยาบาลประเมินปัญหาสุขภาพเร่งด่วนและความต้องการการดูแลผู้ป่วย

3.6.2 มาตรฐานที่ 2 Diagnosis พยาบาลวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินเพื่อวินิจฉัยการพยาบาลหรือภาวะที่เกี่ยวข้อง

3.6.3 มาตรฐานที่ 3 Outcomes identification พยาบาลระบุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

3.6.4 มาตรฐานที่ 4 Planing พยาบาลพัฒนาแผนกำหนดกลยุทธ์และทางเลือกเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์

3.6.5 มาตรฐานที่ 5 Implementation พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

3.6.6 มาตรฐานที่ 6 Evaluation พยาบาลประเมินกระบวนการและความก้าวหน้าไปสู่การบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติด้านร่างกายที่คุกคามชีวิต (Life threatening) ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยได้รับการประเมินระดับความเร่งด่วนและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ตามกระบวนการพยาบาล

4. บริบทโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

4.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2560) มีวิสัยทัศน์ คือ “พลังของแผ่นดิน” มีคุณภาพชั้นนำ เป็นที่ไว้วางใจ “High Efficiency High Reliability Organization” มีพันธกิจคือ 1) เป็นโรงพยาบาลหลักของกองทัพอากาศที่มีคุณภาพ 2) ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม พัฒนา และป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 3) ให้การศึกษาอบรมนิสิตแพทย์ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับและสร้างงานวิจัยที่มีมาตรฐาน

4.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2560) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 700 เตียง เป็นหน่วยขึ้นตรงกรมแพทย์ทหารอากาศ กระทรวงกลาโหม ดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ แก่ข้าราชการ ทหารกองประจำการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ นักเรียนทหาร ครอบครัว และประชาชนทั่วไป รวมทั้งเป็นสถาบันฝึกอบรมสาขาวิทยาการแพทย์ทุกระดับ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านรวมทั้งฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางต่อยอด

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (แบบประเมินตนเอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2561) เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงกับกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ มีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงมีผู้รับบริการ ประมาณ 53,000 ราย/ปี เป็นผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมและผู้บาดเจ็บโดยมีผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ที่รับผิดชอบและผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ

4.3 นโยบายด้านการบันทึกทางการแพทย์

กองการพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลย มีพันธกิจและเป้าหมายในการบริหารจัดการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ประทับใจ ดูแลตนเองได้ มีการสร้างเสริมพลังด้านวิชาการและสุขภาพสู่สังคมสุขภาวะ เน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดการความรู้ และการกำกับดูแลโดยผู้ที่เชี่ยวชาญกว่า การตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ การบริหารทรัพยากร การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคลากร การพัฒนาวิจัยสู่ความเป็นเลิศ กองการพยาบาลได้วางนโยบายเพื่อให้สอดคล้อง Hospital Goals และเข็มมุ่งของโรงพยาบาลในทุก ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะนโยบายด้านบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้ระบบบันทึกแบบ Focus Charting กองการพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับระบบบันทึกทางการแพทย์ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์ทุกหน่วยงาน ทำหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ รวมทั้งได้กำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 85 (แบบรายงานประเมินตนเอง กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2561)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้มีผู้ศึกษาดังนี้

ชมิทธ์ (2014) ได้ทำการศึกษา เรื่อง พัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินพบว่า การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านการใช้แบบบันทึกการส่งต่อทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านการใช้บันทึกการส่งต่อ

คอสคุน, ยิลดิซ, คาปาร์ และคาราบากัก (2017) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การใช้ Objective data ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า พยาบาลไม่ได้ลงบันทึกข้อมูล Objective data ในบันทึกทางการแพทย์

วาฟาอี, มั่นซารี, เฮย์ดารี, ฟรุ่ตัน และพาราฮาปี (2018) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในประเทศอิหร่านพบว่า การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์โดยการใส่กิจกรรมการมีส่วนร่วมของพยาบาล ความรับผิดชอบของผู้บริหาร พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานของการบันทึกทางการแพทย์ พัฒนาความเป็น

ผู้นำ การติดตาม ควบคุมและกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาล มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากคะแนนคุณภาพเดิมร้อยละ 35.02 เป็นร้อยละ 73

นวลจันทร์ วงศ์สีใส (2556) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนลี้ จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการโพกัสพีดีซีเอ ผลการศึกษาพบว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพมากกว่าก่อนการพัฒนา ทุกฉบับ โดยก่อนการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคะแนนคุณภาพอยู่ระหว่าง 21-46 ภายหลัง การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 73-100

อภิวัน ชาวดง (2558) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง วิธีดำเนินการศึกษาอาศัยกระบวนการ ปรับปรุงคุณภาพโพกัสพีดีซีเอ (FOCUS - PDCA) ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการโพกัสพีดีซีเอ ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสร้างแบบประเมินอาการผู้ป่วยในรูปแบบตรวจสอบรายการเพื่อช่วยให้การ บันทึกผลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยในระยะแรกรับและระยะจำหน่าย รวมทั้งพัฒนาแนวทางในการ บันทึกในแบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น ภายหลังจากนำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็น ระยะเวลา 1 เดือน พบว่าคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 35.02 เป็นร้อยละ 86.28

ธนากร สำเภาทอง (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์ พยาบาลผู้บาดเจ็บระยะฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ได้แบบบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลผู้บาดเจ็บที่พยาบาลวิชาชีพแผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีความพึงพอใจต่อภาพรวมของแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลมีประสิทธิภาพดี ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก

ศิริพร จักรอ้อม (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย โดยใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ PIE ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ ไม่มีแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทำให้ บันทึกได้ไม่ครอบคลุม ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ภายหลังจากพัฒนาพบว่า ได้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพร้อมทั้งแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยแบบใหม่และค่าเฉลี่ย ของคะแนนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรรรรณ ณ ลำปาง และดอกไม้ บุตรดา (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ผลการศึกษาพบว่า การประเมินคุณภาพก่อนการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 51.65 และหลังการพัฒนาคิด เป็นร้อยละ 88.43 และการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

พบว่าก่อนการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 18.49 หลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 83.66 จะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิด FOCUS-PDCA มาพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทำให้คุณภาพการบันทึกเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่างประเทศและในประเทศ พบว่า มีการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยระยะบาดเจ็บ กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั่วไป ยังไม่ครอบคลุมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งในปัจจุบันแนวทางการกู้ชีพได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาแนวทางใหม่เป็น 2020 AHA Guideline for CPR and Emergency Cardiovascular Care (ชมรมคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต และ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) โดยมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการให้ยา การประเมินวิธีการและขั้นตอนการช่วยชีวิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 2) สร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) เปรียบเทียบคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างการใช้อยู่รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม 2564 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2565 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะก่อนการพัฒนา ระยะพัฒนา และระยะทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ระยะก่อนการพัฒนา

การดำเนินการวิจัยในระยะก่อนการพัฒนาเป็นการศึกษาสภาพปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และศึกษาการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิม รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ประชากร มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กลุ่มที่ 2 เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ดังนี้

1) **กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ** ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกและคัดออกจากการวิจัยดังนี้

(1) กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเข้า (Inclusion criteria) ในการวิจัยดังนี้

- (ก) เป็นผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ปี
- (ข) เป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- (ค) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

(2) กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพออก (Exclusion criteria) จากการวิจัยดังนี้

(ก) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ปี

(ข) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ไม่ได้เป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(ค) ไม่ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

2) กลุ่มที่ 2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ก่อนการพัฒนารูปแบบ ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 ชุด การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าดังนี้ 1) ขนาดอิทธิพล (effect size) ของโคเฮนเป็นขนาดใหญ่ (Large) เท่ากับ 0.8 เนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้นใหม่เป็น รูปแบบที่สร้างขึ้นโดยได้รับการพัฒนามาเป็นอย่างดี โดยมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมหลายประการ ดังนี้ (1) เป็นแบบบันทึกแบบมีโครงสร้าง ด้วยรูปแบบบันทึกแบบ PIE ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล อย่างองค์รวม (2) มีการพัฒนาโดยการนำผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และผลการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ รวมทั้งนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และมีความรู้ รวมทั้งมีประสบการณ์ด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ มาสนทนากลุ่มเพื่อหาปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแนวทางการสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาจากปัญหาที่พบ ส่งผลให้การสร้างรูปแบบตรงประเด็นปัญหา 2) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8 และ 3) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.5 ซึ่งจากการคำนวณด้วยโปรแกรมตามค่าที่กำหนดดังกล่าวได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 21 แต่ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 34 ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

1) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่สุดที่จะทำการวิเคราะห์ทางสถิติใดๆ อย่างน้อยต้องมีจำนวน 30 เนื่องจาก (1) เป็นจำนวนน้อยที่สุดที่สร้างโค้งปกติได้ (2) โค้งปกตินั้นสามารถให้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดเท่าที่ยอมรับได้ (3) โค้งปกตินั้นสามารถแจกแจงข้อเท็จจริงที่ได้ค่อนข้างดี แม้จะใช้สถิติที่ไม่จำเป็นต้องใช้การกระจายแบบโค้งปกติ (Student, 1908) รวมทั้งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ด้วยเช่น ถ้าเป็นการวิจัยเชิงทดลองควรใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553)

2) คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ จะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 4 รวมเป็นขนาดตัวอย่างทั้งหมด 34

โดยแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจาก การวิจัยดังนี้

(1) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้ในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

(ก) เป็นแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเข้าสู่ขบวนการกู้ชีพ

(ข) เป็นแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยระยะวิกฤติ ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป

(ค) เป็นแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลระยะวิกฤติที่ถูกบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(2) กำหนดเกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

(ก) เป็นแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแต่ไม่ได้เข้าสู่ขบวนการกู้ชีพ

(ข) เป็นแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยระยะวิกฤติ ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี

(ค) เป็นแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลระยะวิกฤติที่ถูกบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ปี หรือถูกบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นนักวิชาการซึ่งไม่ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1.2.1 แบบตรวจสอบคุณภาพบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล

แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ทำหนังสือเพื่อขอใช้เครื่องมือวิจัยผ่านประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้แก่ แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าต่อรูปแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล ที่สร้างโดย รศ.ดร. อารี ชิวเกษมสุข (2554)

2) นำแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างโดย รศ.ดร.อารี ชิวเกษมสุข (2554) นำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัย

3) ศึกษาตำราและเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกให้ครอบคลุม โดยแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์บาลทั้ง 3 ส่วน ได้ดัดแปลงจากแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกทางการแพทย์บาลและคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์บาลของ รศ.ดร.อารี ชิวเกษมสุข (2554) โดยมีเนื้อหาที่จะต้องตรวจสอบ แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 32 ข้อย่อยดังนี้ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 16 ข้อย่อย ความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวน 12 ข้อย่อย และความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 4 ข้อย่อย

4) ร่างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์บาลและกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกดังนี้

(1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์บาล ในส่วนของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และความถูกต้องตามหลักการบันทึก มีคะแนนเท่ากับ 1.00 โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ (Cheevakasemsook, 2005) ดังนี้

ให้คะแนน 1 หมายถึงมีการบันทึกตามรายการที่กำหนด

ให้คะแนน 0 หมายถึงไม่มีการบันทึกตามรายการที่กำหนด

การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพบันทึกในส่วนของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และความถูกต้องตามหลักการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึกทางการแพทย์บาล (Cheevakasemsook, 2005) ดังนี้

0.89 ถึง 1.00 หมายถึง ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

0.76 ถึง 0.88 หมายถึง ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

0.63 ถึง 0.75 หมายถึง ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

0.50 ถึง 0.62 หมายถึง ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

0.00 ถึง 0.49 หมายถึง ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

(2) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์บาล ในส่วนของความต่อเนื่องของการบันทึกมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 3 และมีเกณฑ์การให้คะแนน (Cheevakasemsook, 2005) ดังนี้

3 คะแนน หมายถึง บันทึกต่อเนื่องครบถ้วน

2 คะแนน หมายถึง บันทึกต่อเนื่องบางรายการ

1 คะแนน หมายถึง บันทึกต่อเนื่องน้อย

0 คะแนน หมายถึง บันทึกต่อเนื่องน้อยมาก

การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกในส่วนของความต่อเนื่องของการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึก (Cheevakasemsook, 2005) ดังนี้

2.50 ถึง 3.00	หมายถึง	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
2.00 ถึง 2.49	หมายถึง	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดี
1.50 ถึง 1.99	หมายถึง	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
1.00 ถึง 1.49	หมายถึง	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
0.00 ถึง 0.99	หมายถึง	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

(3) นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พร้อมทั้งคู่มือวิเคราะห์ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังรายนามในภาคผนวก ก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence : IOC) (วรรณดี แสงประทีปทอง, 2548) ดังนี้

ให้ +1 ถ้าแน่ใจว่าคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

จากนั้นนำผลการพิจารณาลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความรายข้อกับค่าจำกัดความของตัวแปรด้วยสูตร

$$IOC = \Sigma R / N$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

ΣR หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

กำหนดเกณฑ์พิจารณาค่า IOC ที่ยอมรับได้ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นนั้นวัดได้ตรงวัตถุประสงค์

ผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในช่วง 0.8 - 1

(4) นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา

(5) การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการนำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปให้พยาบาล 2 คนตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยแฟ้มเดียวกันจำนวน 10 แฟ้ม (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยคำนวณดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต (Scott, 1945 อ้างถึงใน วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์, 2540) ดังนี้

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

โดย

π = ดัชนีความสอดคล้อง

P_0 = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ จำนวน 2 คน

P_e = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เท่ากับ 0.983

1.2.2 แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยมีการพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้คุณค่า ดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) นำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้รับการสร้างโดย รศ.ดร. อารี ชิวเกษมสุข (2554) นำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัย โดยการสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยปรับให้เหมาะสมกับการใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณค่าของรูปแบบมากที่สุด (81-100%)
- 4 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณค่าของรูปแบบค่ามาก (61-80%)
- 3 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณค่าของรูปแบบค่าปานกลาง (41-60%)
- 2 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณค่าของรูปแบบค่าน้อย (21-40%)
- 1 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณค่าของรูปแบบค่าน้อยที่สุด (1-20%)

การแปลผลคะแนนการรับรู้คุณค่าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกัน หาค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของประคอง วรรณสูตร (2542) ดังนี้

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

3) การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล

ก. นำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลที่ปรับปรุงขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการศึกษา ตรวจสอบ รายละเอียดและพัฒนาข้อคำถามก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและสำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้วในการพัฒนาเครื่องมือเกี่ยวกับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล โดยผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิของข้อคำถามในแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล จากการคำนวณค่า IOC แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเท่ากับ 1 และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 1

ข. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการศึกษา เพื่อแก้ไขสำนวนต่อไป

4) หาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล โดยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลที่ตรงตามเนื้อหาแล้วไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทหารอากาศ (สีกัน) และโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่สังกัดกองทัพอากาศเช่นเดียวกับโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาแห่งละ 15 คน จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคออัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งจะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

n = จำนวนข้อคำถามที่ใช้ในแบบสอบถาม

S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

หรือกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลเท่ากับ 0.950

1.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.3.1 ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และผู้อำนวยการกองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยเข้าพบผู้อำนวยการกองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อให้ข้อมูลในการทำวิจัยโดยนำโครงร่างวิจัยไปมอบให้กับผู้อำนวยการกองการพยาบาล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย

1.3.2 พัฒนาเครื่องมือ แบบตรวจสอบคุณภาพการบัณฑิตทางการพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาล ดังที่กล่าวไว้แล้วในหัวข้อการพัฒนาเครื่องมือ

1.3.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.3.4 เรียนหัวหน้าแผนก หัวหน้าหอผู้ป่วยและชี้แจงพยาบาลกลุ่มที่ศึกษา เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย โดยดำเนินการดังนี้

1) เข้าพบหัวหน้าแผนก หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งนัดวันในการเข้าพบเพื่อให้ข้อมูล

2) เข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและสามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลของการออกจากการศึกษา นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

1.3.5 ดำเนินการศึกษาศาภาพปัญหาของบัณฑิตทางการพยาบาล ดังนี้

1) ตรวจสอบคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลของการบัณฑิตทางการพยาบาลรูปแบบเดิม โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยอภิบาลอายุรกรรมซึ่งเป็นคณะกรรมการบัณฑิตทางการพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล

2) สํารวจการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลรูปแบบเดิม โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

1.3.6 สรุปปัญหาการบัณฑิตทางการพยาบาล และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลรูปแบบเดิม จากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบัณฑิตทางการพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาจากข้อ 1) และ ข้อ 2) ของขั้นตอน 1.3.5 ไปใช้ประกอบในการพัฒนารูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.3.7 ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การบัณฑิตทางการพยาบาล รูปแบบการบัณฑิตทางการพยาบาล รวมทั้งมาตรฐานการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.3.8 ศึกษาแบบบัณฑิตทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

1.3.9 สร้างรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1.3.6 - 1.3.8 เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบ

1.3.10 นำร่างรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการบัณฑิตทางการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วยความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงและแก้ไขรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence : IOC) โดยผลการพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิของรูปแบบบัณฑิตทางการพยาบาลอยู่ในช่วง 0.8 – 1

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4.1 รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิม

โดยคัดเลือกแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่รักษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ย้อนหลัง 6 เดือน (เดือน เมษายน 2564 – กันยายน 2564) โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 แฟ้มโดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยอภิบาลอายุรกรรมซึ่งเป็นคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยได้ชี้แจงวิธีการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้กับผู้ตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรับทราบและเข้าใจ โดยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

- 1) *อ่านครั้งที่ 1* โดยการอ่านทั้งฉบับ เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการสรุปจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับเข้ามาทำการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 2) *อ่านครั้งที่ 2* อ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึก และให้คะแนนตามแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
- 3) *อ่านครั้งที่ 3* อ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึก และให้คะแนนตามแบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก
- 4) *อ่านครั้งที่ 4* อ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึก และให้คะแนนตามแบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

1.4.2 รวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิม โดยดำเนินการดังนี้

- (1) เข้าชี้แจงการเก็บข้อมูลแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าให้กับหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับทราบ
- (2) แจกแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิมให้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจรวมทั้งวันและเวลาเพื่อขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 7 วันหลังจากแจกแบบสอบถามการรับรู้คุณค่า
- (3) นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการตรวจสอบและให้คะแนนตามแบบตรวจสอบการให้คะแนนการรับรู้คุณค่า

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ประเภทมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.5.2 ข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิม โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุม ความถูกต้อง และความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.5.3 ข้อมูลด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิม โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระยะเวลาพัฒนา

การดำเนินการวิจัยระยะพัฒนาเป็นการสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติรูปแบบใหม่

2.1 ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

2.1.1 ประชากรมี 1 กลุ่ม เป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2.1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยรองผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 คน พยาบาลผู้ตรวจการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน และแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน รวม 8 คน เป็นตัวแทนเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติรูปแบบใหม่ คือ แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติรูปแบบใหม่

2.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยดังนี้

2.3.1 จัดสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักดังที่กล่าวไว้แล้วในข้อ 2.1 เป็นตัวแทนเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่ โดยมีประเด็นการสนทนา 2 ประการ ดังนี้ 1) ปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีอะไรบ้าง 2) แนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.3.2 ปรับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนำข้อมูลจากข้อ 2.3.1 มาวิเคราะห์เนื้อหา และความต้องการของหน่วยงานในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ และนำร่างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วในระย่ก่อนการพัฒนา มาปรับปรุงร่างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3. ระยะทดลอง

การดำเนินการวิจัยระยะทดลอง เป็นการนำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และดำเนินการเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ด้านคุณภาพ และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรมี 2 กลุ่ม เหมือนกับระยะก่อนการพัฒนา

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่มดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน เหมือนกับระยะก่อนการพัฒนา

2) กลุ่มที่ 2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติหลังการพัฒนา รูปแบบที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 แพ้้ม กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power และปรับขนาดโดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับระยะก่อนการพัฒนา กำหนดเกณฑ์

การคัดเข้าและคัดออกจากการวิจัยเหมือนกับระยะก่อนการพัฒนา โดยมีความแตกต่างที่แบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและรูปแบบใหม่

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

3.2.1 **เครื่องมือที่ใช้ทดลอง** คือ รูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติรูปแบบใหม่

3.2.2 **แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์และคู่มือตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์**

3.2.3 **แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์**

3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

3.3.1 **นำแบบบันทึกทางการแพทย์รูปแบบใหม่ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้**

3.3.3 **ประเมินผลลัพธ์** โดยการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์จากแบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ และประเมินผลการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์จากแบบสอบถามการรับรู้ของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนารูปแบบ

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนา โดยดำเนินการดังนี้ โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 แพ้

3.4.1 **สุ่มแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยระยะวิกฤติ** แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่รักษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังจากทดลอง 7 เดือน (เดือน ตุลาคม 2564 – เดือน เมษายน 2565) โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 แพ้

3.4.2 **ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์หลังพัฒนารูปแบบจากแบบบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน** โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 34 แพ้ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยอภิบาลอายุรกรรมเป็นผู้ตรวจสอบ

3.4.3 **รวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์** โดยแจกแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา โดยนับรับแบบสอบถามคืน 7 วันหลังแจกแบบสอบถาม

3.4.4 **วิเคราะห์ข้อมูล** โดยนำข้อมูลจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

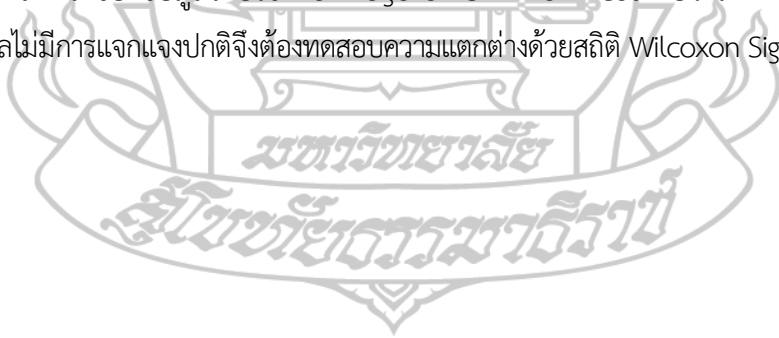
3.5.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์แบบใหม่ โดยหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุม ความถูกต้อง และความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์

3.5.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์แบบใหม่โดยหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้นมาใหม่กับรูปแบบเดิมในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีค่า p-value < 0.05 -แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ จึงต้องทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

3.5.5 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้นมาใหม่กับรูปแบบเดิมในด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีค่า p-value < 0.05 แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติจึงต้องทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test



การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะก่อนการพัฒนา ระยะพัฒนา และระยะทดลอง ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะการพัฒนา	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	การดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถิติ
1. ระยะก่อนการพัฒนา	-พยาบาล วิชาชีพแผนก อุบัติเหตุและ ฉุกเฉินจำนวน 30 คน -แบบบันทึก ทางการ พยาบาลผู้ป่วย ระยะวิกฤติใน แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน จำนวน 34 ชุด	-แบบสอบถามการ รับรู้คุณค่าการใช้ รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล -แบบตรวจสอบ คุณภาพบันทึก ทางการพยาบาล และคู่มือ ตรวจสอบคุณภาพ บันทึกทางการ พยาบาล	1.ศึกษาสภาพ ปัญหา และแนวทางการพัฒนา จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ	3 เดือน	-ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ ระดับการรับรู้ คุณค่า -ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และระดับความ ครอบคลุม ความถูกต้อง และความ
			2.พัฒนาเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพ บันทึกและการรับรู้ คุณค่า	2 เดือน	ต่อเนื่องของการ บันทึกทางการ พยาบาล
			3.ขอเอกสารรับรอง การทำวิจัย IRB (Institutional Review Board) no20/64	1 เดือน	
			4.ให้กลุ่มตัวอย่างทำ แบบประเมินการ รับรู้คุณค่าการใช้ รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล	10 วัน	
			5.รวบรวมข้อมูลการ รับรู้คุณค่ารูป แบบเดิม		

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ระยะการ พัฒนา	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	การดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	สถิติ
			6.รวบรวมแบบ บันทึกทางการ พยาบาลรูปแบบเดิม จำนวน 34 ชุด (เม.ย-ก.ย. 64)	6 เดือน	
			7.ตรวจสอบคุณภาพ บันทึกทางการ พยาบาลรูปแบบเดิม โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย อภิบาลอายุรกรรม	15 วัน	
			8.สรุปปัญหาการ บันทึก แนวทางการ พัฒนา และสร้าง รูปแบบบันทึก	7 วัน	
			9.นำร่างรูปแบบ บันทึกทางการ พยาบาลไปให้ ผู้ทรงตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา	15 วัน	

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

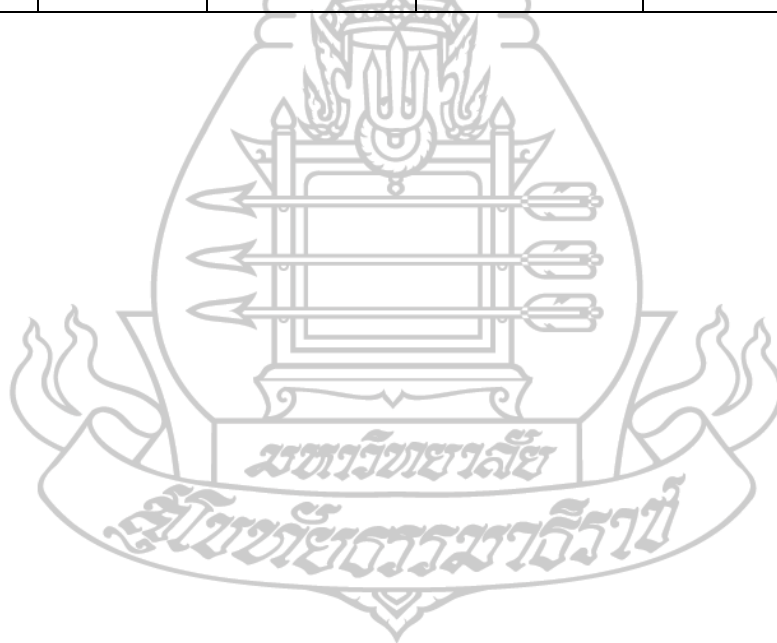
ระยะการ พัฒนา	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	การดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	สถิติ
2. ระยะ พัฒนา	ผู้ให้ข้อมูลหลัก รวม 8 คน มีดังนี้ -รอง ผู้อำนวยการ พยาบาลฝ่าย วิชาการ 1 คน -พยาบาล ผู้ตรวจการ 1 คน -พยาบาล วิชาชีพแผนก อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน 4 คน -แพทย์แผนก อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน 2 คน	แนวทางการ สนทนากลุ่มเพื่อ ศึกษาสภาพปัญหา การบันทึกทางการ พยาบาล และ แนวทางการ พัฒนารูปแบบ บันทึก ทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วย ระยะวิกฤติ	1.จัดสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาล และแนวทางการ พัฒนารูปแบบ บันทึกทางการ พยาบาลเพื่อสร้าง รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล รูปแบบใหม่ 2.นำร่างรูปแบบที่ ผ่านผู้ทรง ตรวจสอบแล้วใน ระยะก่อนการ พัฒนา และนำ ข้อมูลปัญหาและ แนวทางการพัฒนา จากการสนทนากลุ่ม มาปรับร่างรูปแบบ ร่วมกับอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์	2 เดือน	วิเคราะห์ เนื้อหา สังเคราะห์ รูปแบบบันทึก ทางการ พยาบาล รูปแบบใหม่

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ระยะการ พัฒนา	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	การดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	สถิติ
3.ระยะ ทดลอง	1.แบบบันทึก ทางการ พยาบาลผู้ป่วย ระยะวิกฤติ รูปแบบใหม่ จำนวน 34 ชุด 2.พยาบาล วิชาชีพ อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน จำนวน 30 คน	1.แบบตรวจสอบ คุณภาพบันทึก ทางการพยาบาล และคู่มือ ตรวจสอบคุณภาพ บันทึกทางการ พยาบาล 2. แบบสอบถาม การรับรู้คุณค่าการ ใช้รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล	1.นำรูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล รูปแบบใหม่ที่ พัฒนาขึ้นไปใช้ใน แผนกฉุกเฉินและ วิกฤติ (ต.ค. 64-เม.ย. 65)	6 เดือน	1.เปรียบเทียบ ผลการใช้ รูปแบบบันทึก ทางการ พยาบาล รูปแบบใหม่- เก่า ด้าน คุณภาพ (ความ ถูกต้อง ความ สอดคล้อง ความต่อเนื่อง) ด้วยสถิติ Mann-
			3.ประเมินคุณภาพ รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล รูปแบบใหม่โดย หัวหน้าหอผู้ป่วย อภิบาลอายุรกรรม	15 วัน	Whitney U 2.เปรียบเทียบ การรับรู้คุณค่า ของรูปแบบ บันทึกทางการ พยาบาล รูปแบบใหม่ - เก่า ด้วยสถิติ
			4. นำแบบประเมิน การรับรู้คุณค่าการ ใช้รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล รูปแบบใหม่ไปให้ กลุ่มตัวอย่าง ประเมินการใช้ รูปแบบ 5. รวบรวมข้อมูล การรับรู้คุณค่า	10 วัน	Wilcoxon Signed Rank test Signed Rank test

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ระยะการ พัฒนา	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	การดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	สถิติ
			6. วิเคราะห์ เปรียบเทียบผลการ ใช้รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล รูปแบบเก่าและ รูปแบบใหม่ ด้าน คุณภาพรูปแบบ บันทึกทางการ พยาบาลและการ รับรู้คุณค่า	20 วัน	



บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม 2564 ถึง เดือน เมษายน 2565 ผู้วิจัย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ (ตารางที่ 4.1)

1.2 ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม (ตารางที่ 4.2)

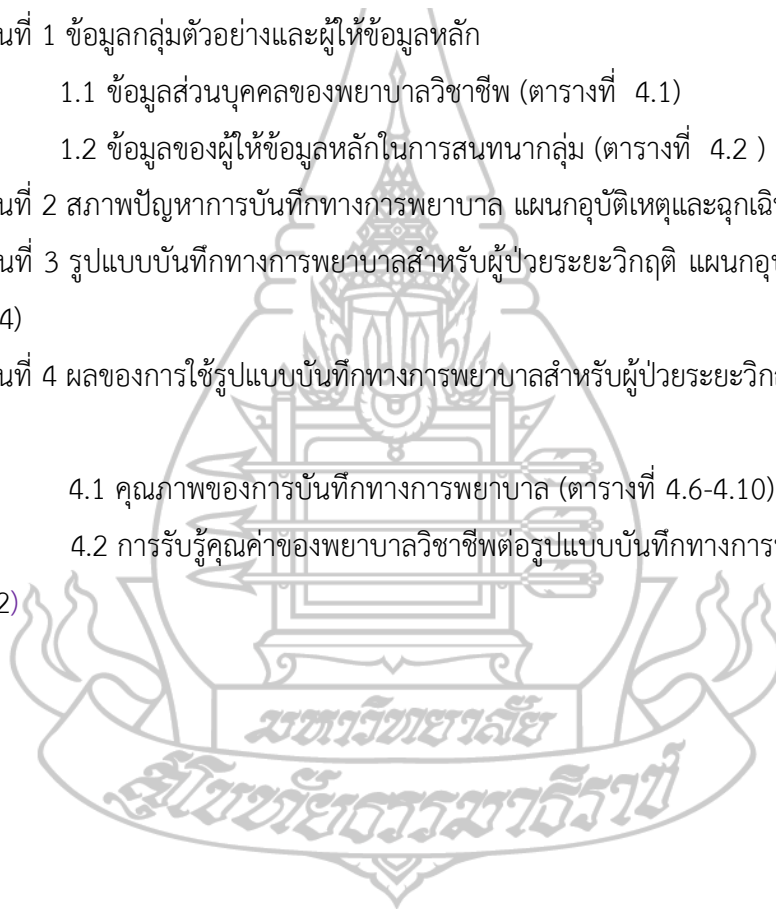
ตอนที่ 2 สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ตารางที่ 4.3)

ตอนที่ 3 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ตารางที่ 4.4)

ตอนที่ 4 ผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ (ตารางที่ 4.6-4.10)

4.2 การรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ (ตารางที่ 4.11-4.12)



ตอนที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 คน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติและทำการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	30	100
ชาย	0	0
2. อายุ (ปี)		
20-29	12	40.0
30-39	9	30.0
40-49	7	23.3
50-59	2	6.7
อายุเฉลี่ย 34.77 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.04 ปี มัธยฐาน 25 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 54 ปี		
3. วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	30	100
ปริญญาโท	0	0
4. ปฏิบัติงานในตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	30	100
อื่น ๆ	0	0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ปี)		
1-9	20	66.7
10-19	3	10.0
20-29	6	20.0
30-39	1	3.3
ประสบการณ์เฉลี่ย 10.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.26 ปี มัธยฐาน 2 ปี ค่าต่ำสุด 2 ปี ค่าสูงสุด 30 ปี		
6. การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์		
เคย	27	90
ไม่เคย	3	10
7. การอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
เคย	26	86.7
ไม่เคย	3	13.3

จากตารางที่ 4.1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 34.77 ปี ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-29 ปี (ร้อยละ 40.0) ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีทุกคน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความแตกต่างกันมาก โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.26 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ระหว่าง 1-9 ปี (ร้อยละ 66.7) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ร้อยละ 90.0 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 86.7

1.2 ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ในการสนทนากลุ่ม คือ ตัวแทนกลุ่มจำนวน 8 คน ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 คน พยาบาลผู้ตรวจการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน และแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มเพื่อหาปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์พิจารณาดังนี้ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีลักษณะเหมือนกัน (Homogenous) คือ มีความรู้ และประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญด้านการบันทึกทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ผู้ให้ข้อมูลหลักมีลักษณะที่แตกต่างกัน (Heterogenous) คือ แตกต่างในเรื่องอายุ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน และสังกัดที่บรรจุเข้าปฏิบัติงาน (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) ผู้ให้ข้อมูลหลักดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม (n=8)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	ตำแหน่ง	อายุ (ปี)	กอง/แผนก
1.แพทย์คนที่ 1	แพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	48	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2.แพทย์คนที่ 2	แพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	35	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3.รองผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ	รองผู้อำนวยการ กองการพยาบาล	58	กองการพยาบาล
4.พยาบาลผู้ตรวจการ	พยาบาลผู้ตรวจการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	56	กองการพยาบาล
5.พยาบาลคนที่ 1	พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	53	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
6. พยาบาลคนที่ 2	พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	51	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
7. พยาบาลคนที่ 3	พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	46	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
8.พยาบาลคนที่ 4	พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	35	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถสรุปประเด็นได้ดังแสดงในตารางที่ 4.3-4.4

ตารางที่ 4.3 สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิม การรับรู้คุณค่ารูปแบบบันทึกเดิม และการ สนทนากลุ่ม

สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการตรวจแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่ารูปแบบบันทึกเดิม	สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการสนทนากลุ่ม	ตัวอย่างคำพูดของผู้สนทนากลุ่ม
<p>1. ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ภาพรวมความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.40, SD = 0.10$) / การรับรู้คุณค่า ($\bar{X} = 3.64, SD = 4.26$)</p>	<p>1. ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล -การบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมและไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ขาดการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงขาดการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ส่งผลให้ขาดการประเมินผลตามการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลของผู้ป่วยตามมาด้วย</p>	<p>RN 3 “เขียนประเมินไม่ครบถ้วน หรือไม่เขียนการประเมินผล” RN2 “เขียนกิจกรรมการพยาบาลไม่ครบถ้วนที่ทำให้การพยาบาลกับผู้ป่วย”</p>
<p>1.1 การประเมินภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.37, SD = 0.08$) / การรับรู้คุณค่า ($\bar{X} = 3.77, SD = 0.48$)</p>	<p>1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ -แบบบันทึกการประเมินยังไม่ครอบคลุม มีข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายเท่านั้น ขาดการประเมินภาวะสุขภาพด้านจิตใจ และแบบบันทึกการประเมินส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยายไม่มีแนวทางการบันทึกการประเมิน ไม่สะดวกในการบันทึกทำให้ประเมินได้ไม่ครบถ้วน</p>	<p>RN1 “ไม่พบการเขียนการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเมื่อแรกรับ” RN4 “แบบฟอร์มการบันทึกเป็นแบบบรรยาย ไม่มีแนวทางบันทึก ทำให้ไม่มีความสะดวกในการบันทึก”</p>

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

สภาพปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาลจากการ ตรวจแบบบันทึกทางการ พยาบาลรูปแบบเดิม และแบบสอบถามการ รับรู้คุณค่ารูปแบบบันทึก เดิม	สภาพปัญหาการบันทึกทางการ พยาบาลจากการสนทนากลุ่ม	ตัวอย่างคำพูดของ ผู้สนทนากลุ่ม
1.2 การวินิจฉัยทางการ พยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำมาก (\bar{X} = 0.14, SD = 0.08)/ การรับรู้คุณค่า (\bar{X} = 3.60, SD = 0.48)	1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วย - แบบฟอร์มไม่มีแนวทางในการบันทึก การวินิจฉัยทางการพยาบาล ขาดการ บันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาลและ ปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกข้อ วินิจฉัย/ปัญหาไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้อง กับข้อมูลสนับสนุน	SN1 “แบบฟอร์มเป็นแบบ บรรยายไม่มีแนวทางในการ เขียนวินิจฉัยการพยาบาล” RN1 “เขียนข้อวินิจฉัยไม่ ถูกต้อง หรือเขียนก็ไม่ สอดคล้องกับข้อมูล สนับสนุนที่บันทึกการ พยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยไว้”
1.3 การปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับต่ำมาก (\bar{X} = 0.42, SD = 0.17)/ การรับรู้คุณค่า (\bar{X} = 3.66 , SD = 0.48)	1.3 การปฏิบัติการพยาบาล - แบบบันทึกส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยาย ไม่มีแนวทางการบันทึกทางการ พยาบาลทำให้ใช้เวลาในการบันทึกมาก และไม่เอื้อต่อการบันทึกตาม กระบวนการพยาบาล	RN1 “แบบบันทึกเป็นแบบ บรรยายแบบ AIE ทำให้เสียเวลา ในการบันทึกมาก” RN3 “เขียนการพยาบาลที่ทำ ให้กับผู้ป่วยน้อยกว่าที่ปฏิบัติ จริง”

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

สภาพปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาลจากการ ตรวจแบบบันทึกทางการ พยาบาลรูปแบบเดิม และ แบบสอบถามการรับรู้ คุณค่ารูปแบบบันทึกเดิม	สภาพปัญหาการบันทึกทางการ พยาบาลจากการสนทนากลุ่ม	ตัวอย่างคำพูดของ ผู้สนทนากลุ่ม
1.4 การประเมินผลการ พยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.36, SD = 0.22$) การรับรู้คุณค่า ($\bar{X} = 3.53, SD = 0.52$)	1.4 การประเมินผลการพยาบาล - แบบฟอร์มไม่มีแนวทางในการ ประเมินผล ขาดการบันทึกการ ประเมินผลการพยาบาลรวมทั้ง ประเมินผลการพยาบาลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง รวมทั้งไม่สอดคล้องกับข้อ วินิจฉัยการพยาบาล / ปัญหาของผู้ป่วย	RN3 “ไม่มีแนวทางการ ประเมินผลในรูปแบบฟอร์ม” RN1 “เขียนประเมินผลไม่ สอดคล้องกับปัญหาและ การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย
1.5 การสรุปการจำหน่ายอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.70, SD = 0.29$)	1.5 การสรุปการจำหน่าย -ไม่มีแบบฟอร์มเฉพาะ เป็นการบันทึก การจำหน่ายแบบบรรยายลงในแบบ บันทึกการพยาบาล (Nurse’s note) รวมทั้งไม่มีบันทึกการให้คำแนะนำ หรือบันทึกคำแนะนำได้ไม่ครบถ้วน	RN4 “การสรุปจำหน่ายเป็นแบบ บรรยาย ทำให้การสรุปได้ไม่ ครบถ้วน หรือไม่พบการเขียน การสรุปจำหน่าย” RN3 “การสรุปจำหน่ายไม่ พบการเขียนคำแนะนำที่ ให้กับผู้ป่วยและญาติ”

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

สภาพปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาลจากการ ตรวจแบบบันทึกทางการ พยาบาลรูปแบบเดิม และ แบบสอบถามการรับรู้คุณค่า รูปแบบบันทึกเดิม	สภาพปัญหาการบันทึก ทางการพยาบาลจากการ สนทนากลุ่ม	ตัวอย่างคำพูดของ ผู้สนทนากลุ่ม
<p>2. ด้านความถูกต้องตาม หลักการบันทึก ภาพรวมอยู่ใน ระดับดี (\bar{X} = 0.81, SD = 0.16)</p>	<p>2. ด้านความถูกต้องตาม หลักการบันทึก - บันทึกตามประสบการณ์ที่ เคยปฏิบัติหรือบันทึกตาม ความเข้าใจ โดยเฉพาะคำย่อที่ ไม่เป็นทางการไม่มีแบบ แผนการบันทึก ทำให้บันทึก ข้อมูลทางการพยาบาลไม่ ถูกต้องตามหลักการบันทึก โดยมีการแก้ไขข้อความด้วย น้ำยาลบคำผิด หรือใช้การขีด ข้อความทิ้งโดยไม่เซ็นชื่อกำกับ ไม่บันทึกเวลาตามเวลาที่ ปฏิบัติจริง</p>	<p>RN1 “ใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล” RN2 “ลายมืออ่านยาก” RN4 “แก้ไขข้อความโดยใช้ น้ำยาลบคำผิด”</p>
<p>3. ด้านความต่อเนื่องของการ บันทึก ภาพรวมอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.13, SD = 0.50)</p>	<p>3. ด้านความต่อเนื่องของการ บันทึก - บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ไม่มีความต่อเนื่องของการ บันทึกตั้งแต่แรกถึงจนกระทั่ง จำหน่าย</p>	<p>SN 1 “จากการตรวจสอบเวช ระเบียนพบว่า การเขียนบันทึก ไม่มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกถึง จนกระทั่งจำหน่าย” RN 4 “การเขียนบันทึกไม่มีความ ต่อเนื่องตามกระบวนการ พยาบาล ”</p>

จากตารางที่ 4.3 จะเห็นว่า สภาพปัญหาของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พบมีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลพบว่า การบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม และไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การประเมิน การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ส่งผลให้ขาดการประเมินผลการ ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลของผู้ป่วยตามมาด้วย 2) ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยมีการ บันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก และ 3) ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก โดยมีบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลไม่มีความต่อเนื่องของการบันทึกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย



ตารางที่ 4.4 สภาพปัญหา และแนวทางการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สภาพปัญหาของการบันทึกรูปแบบเดิม	แนวทางการพัฒนาระบบบันทึกรูปแบบใหม่
<p>1. ด้านวิธีการบันทึก</p> <p>1.1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับ</p> <p>บันทึกไม่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติเมื่อแรกรับ มีการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย แต่ไม่ตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วยและหรือญาติผู้ป่วย</p>	<p>1. ด้านวิธีการบันทึก</p> <p>1.1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับ</p> <p>1.1.1 กำหนดแนวทางการบันทึกโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ใช้หลัก ABCDE ได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจ (A=Airway) การประเมินการหายใจ (B=Breathing) การประเมินการไหลเวียน (C= Circulation) การประเมินการใช้ยาและการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง (D=Drug and Diagnosis) การประเมินการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (E=Equipment)</p> <p>1.1.2 กำหนดแนวทางการบันทึกการประเมินความต้องการด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยและหรือญาติผู้ป่วย</p>
<p>1.2 การวินิจฉัย การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่มีการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล แต่มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล แต่บันทึกไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและไม่ครอบคลุมการพยาบาลด้านร่างกายและด้านจิตใจ</p>	<p>1.2 การวินิจฉัย การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล</p> <p>1.2.1 กำหนดแนวทางการบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึกแบบ PIE โดยประกอบด้วย ปัญหาทางการแพทย์พยาบาล (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผลของการพยาบาล (Evaluation)</p> <p>1.2.2 กำหนดแนวทางการบันทึกความต้องการด้านร่างกายจิตสังคมของผู้ป่วยหรือญาติ</p>

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

สภาพปัญหาของการบันทึกรูปแบบเดิม	แนวทางการพัฒนาระบบบันทึกรูปแบบใหม่
<p>2. ด้านแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล</p> <p>แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติมีหลายแบบฟอร์มและเป็นแบบบันทึกที่แยกส่วนกัน</p> <p>2.1 แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยแรกรับ</p> <p>มีหลายแบบฟอร์มและมีการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ได้แก่แบบประเมินกลุ่มผู้ป่วย Trauma และ Non trauma โดยในกลุ่ม Non trauma แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มุ่งเน้นของ Clinical Lead Team ดังนี้ 1) Febrile Neutropenia 2) Fast track MI 3) Fast track Asthma Pediatric 4) Fast track Stroke 5) Abdominal pain</p>	<p>2. ด้านแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล</p> <p>สร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แบบบูรณาการให้เป็นแบบบันทึกชุดเดียวกันดังนี้</p> <p>2.1 สร้างแบบบันทึกประเมินผู้ป่วยแรกรับ</p> <p>โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Critical Care Form) ได้แก่ ABCDE และปรับแบบฟอร์มให้มีลักษณะเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน</p>
<p>2.2 แบบบันทึกการวินิจฉัย การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล</p> <p>2.2.1 แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์พยาบาล(Nursing Progress Note) ใช้บันทึกข้อมูล กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผล</p> <p>เป็นแบบบันทึกเชิงบรรยายในรูปแบบ Assessment Intervention Evaluation (AIE) ไม่มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่มีแนวทางในการบันทึก บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่สะดวกต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งไม่มีการบันทึกพยาบาลด้านจิตใจ</p>	<p>2.2 แบบบันทึกการวินิจฉัย การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล</p> <p>2.2.1 สร้างแบบบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัย การปฏิบัติ การประเมินผล ตามรูปแบบการบันทึกแบบ PIE โดยเป็นแบบมีโครงสร้างมีแนวทางการบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หัวข้อที่เลือกและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน</p>

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

สภาพปัญหาของการบันทึกรูปแบบเดิม	แนวทางการพัฒนาระบบบันทึกรูปแบบใหม่
<p>2.2.2 แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitate record)</p> <p>บันทึกการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพและการประเมินผลไม่ครบถ้วนและไม่รวดเร็ว</p>	<p>2.2.2 แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitate record)</p> <p>จัดทำแบบบันทึก Resuscitate record เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ที่มีแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน มี 3 ส่วนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แบบบันทึกตามหลัก ABCDE โดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน 2) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Intervention) ที่เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ บันทึกการให้ยาและบันทึกชื่อพยาบาลผู้ให้ยา บันทึกการติดตามสัญญาณชีพระหว่าง Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) และ Post CPR ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย 3) แบบบันทึกสรุปข้อมูลและประเมินผลการ CPR ของพยาบาล
<p>2.3 แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย</p> <p>ไม่มีแบบฟอร์มเฉพาะ บันทึกแบบบรรยาย ลงในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note)</p>	<p>2.3 แบบบันทึกสรุปจำหน่าย</p> <p>จัดทำแบบฟอร์มการสรุปจำหน่ายเป็นแบบบันทึกโครงสร้างโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หัวข้อที่เลือก แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บันทึกสรุปจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อ กรณีผู้ป่วยมีการย้ายไปรักษาต่อเนื่อง โดยบันทึกสรุปอาการและการรักษาของผู้ป่วยโดยย่อตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อ การดูแลและอุปกรณ์การรักษาที่ติดไปกับผู้ป่วย สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ผลการตรวจพิเศษ

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

สภาพปัญหาของการบันทึกรูปแบบเดิม	แนวทางการพัฒนาระบบบันทึกรูปแบบใหม่
	<p>2) บันทึกสรุปจำหน่ายเสียชีวิต กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต กำหนดให้บันทึกสรุปอาการและการรักษาของผู้ป่วย โดยย่อตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายหรือเสียชีวิต ประเภทของการจำหน่ายศพ และคำแนะนำในการจัดการศพ</p>
<p>3. คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่มีคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>	<p>3. คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการบันทึก โดยมีรายละเอียดและคำชี้แจงในการบันทึกพร้อมตัวอย่างการบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการแสดงการเขียนข้อมูลทางการแพทย์ที่ยกมาอ้างอิงให้เห็นเป็นรูปธรรม</p>

จากตารางที่ 4.4 จะเห็นว่า รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประเด็นปัญหา 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านวิธีการบันทึก คือ บันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก ไม่มีความต่อเนื่องของการบันทึกข้อมูล
- 2) ด้านแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติเป็นแบบบันทึกที่แยกส่วนกัน ทำให้บันทึกได้ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมรวมทั้ง ไม่มีความสะดวกในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
- 3) ไม่มีคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้น แนวทางการพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่มีดังนี้
 - 1) สร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แบบบูรณาการให้เป็นแบบบันทึกชุดเดียวกัน และแบบบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และ ตามรูปแบบการบันทึกแบบ PIE
 - 2) ปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างให้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ
 - 3) จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อให้บันทึกไปในแนวทางเดียวกัน

ตอนที่ 3 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การเปรียบเทียบรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา โดยเปรียบเทียบไปตามกระบวนการพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบลักษณะของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

กระบวนการพยาบาล	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติ	- เขียนบรรยาย - เติมข้อความลงในช่องว่าง	- แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับเป็นแบบมีโครงสร้างตามหลักการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติตามระบบ ABCDE	- เติมข้อความลงในช่องว่าง - ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วย	แบบบันทึกเขียนบรรยายโดยอิสระ โดยทำเป็นช่องว่าง	- เขียนบรรยาย	เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างโดยจัดทำเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ได้รับช่วยฟื้นคืนชีพ	- ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่เป็นปัญหาหรือข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย -เติมข้อความที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยลงในช่องว่างเพิ่มจากจากที่กำหนดไว้

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

กระบวนการ	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
3. การปฏิบัติ กิจกรรมการ พยาบาล	แบบบันทึก เขียนบรรยาย โดยอิสระโดยทำ เป็นช่องว่าง	- เขียนบรรยาย	เป็นแบบบันทึกเชิง โครงสร้างโดยเป็นการ ปฏิบัติการพยาบาลที่ เป็นมาตรฐานซึ่งเป็น การปฏิบัติการ พยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย ระยะวิกฤติที่ได้รับการ ช่วยฟื้นคืนชีพ	- กำหนดกิจกรรมการ พยาบาลที่ เป็น โครงสร้างโดย กำหนดให้สอดคล้อง กับข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล - เดิมข้อความที่เป็น การปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลที่ได้ ปฏิบัติให้กับผู้ป่วยลง ในช่องว่างเพิ่มเติมจาก ที่กำหนดไว้
4. การ ประเมินผล การพยาบาล	มีพื้นที่ว่าง สำหรับการเขียน บรรยายโดย อิสระ	- เขียนบรรยาย	เป็นแบบบันทึกเชิง โครงสร้างโดยจัดทำ เป็นมาตรฐาน สอดคล้องกับปัญหา และการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลที่ ให้กับผู้ป่วยระยะ วิกฤติ	- ทำเครื่องหมาย ✓ ลง ในช่องว่างที่เป็นการ ประเมินผลได้ตามการ ปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลที่ได้ให้กับ ผู้ป่วย - เดิมข้อความลงใน ช่องว่างที่เป็นการ ประเมินผลเพิ่มเติม จากที่กำหนดไว้ใน แบบบันทึก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

กระบวนการ	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
5. การสรุป จำหน่าย	มีพื้นที่ว่าง สำหรับการเขียน บรรยายโดย อิสระ	- เขียนบรรยาย	เป็นแบบบันทึกเชิง โครงสร้าง	- ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ได้ ให้ คำแนะนำ กับ ผู้ป่วย - เพิ่มข้อความลงใน ช่องว่างที่ เป็นการ ประเมินผลเพิ่มเติม จากที่ กำหนดไว้ใน แบบบันทึก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน รูปแบบเดิมส่วนใหญ่มีวิธีการบันทึกและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่มีโครงสร้างไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล วิธีการบันทึกส่วนใหญ่เป็นการเขียนบรรยาย ส่วนรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง มีการบันทึกตามมาตรฐาน และกระบวนการพยาบาลครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยจัดทำเป็นแบบบันทึกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้สัญลักษณ์ ✓ ใน ช่องว่าง รายการที่กำหนดไว้และสามารถเขียนเพิ่มเติมเมื่อประเมินอาการแล้วพบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลของผู้ป่วยเพิ่มเติม และเขียนบรรยายเพิ่มเติมหากพบความผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยให้การบันทึกครบถ้วน สะดวก รวดเร็ว และสามารถบันทึกได้ต่อเนื่อง

เปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบแบบเดิมและรูปแบบใหม่ สามารถสรุปเป็นภาพได้ดังต่อไปนี้ตามแผนภาพที่ 4.1

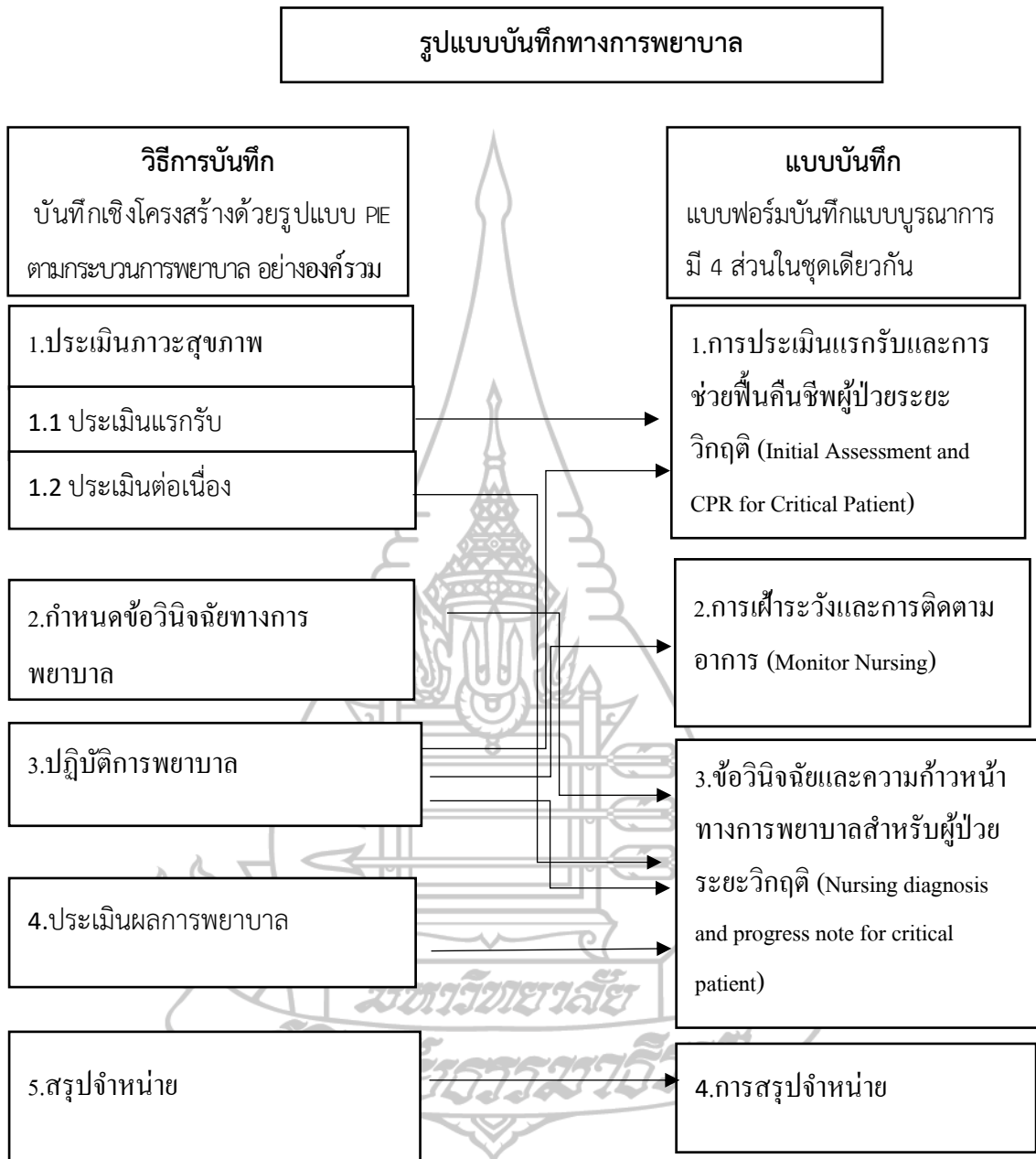


ภาพที่ 4.1 ความแตกต่างระหว่างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

จากภาพที่ 4.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่เป็นระบบบันทึกแบบ PIE ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม รวมทั้งบูรณาการแบบฟอร์มใหม่โดยลดแบบฟอร์มที่มีความซ้ำซ้อน ทำให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างรวดเร็วและสะดวกในการบันทึก



รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนา สามารถสรุปเป็นภาพได้ดังต่อไปนี้ตามแผนภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนา

จากตารางที่ 4.2 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติรูปแบบใหม่ มีวิธีการบันทึกแบบเชิงโครงสร้าง ด้วยระบบบันทึกแบบ PIE ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม แบบบันทึกเป็นแบบบูรณาการมี 4 ส่วนในชุดเดียวกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย ระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4.1 ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

การเปรียบเทียบคุณภาพของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนาดัง
แสดงในตารางที่ 4.6 – 4.10

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา (n=34)

คุณภาพการบันทึก ทางการแพทย์	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
1. ความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	0.40	0.10	ต่ำมาก	0.98	0.04	ดีมาก	7.266*	.000
2. ความถูกต้องตาม หลักการบันทึก (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	0.81	0.17	ดี	0.99	0.03	ดีมาก	6.097*	.000
3. ความต่อเนื่องของ การบันทึก (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)	2.13	0.50	ดี	2.74	0.04	ดีมาก	7.541*	.000

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำมาก ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 ด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความครอบคลุมตาม
กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้าน

ความครอบคลุม ตาม กระบวนการ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
1. การประเมินภาวะ สุขภาพ	0.37	0.08	ต่ำมาก	0.99	0.03	ดีมาก ^b	7.623*	.000
2. การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	0.14	0.08	ต่ำมาก	0.94	0.16	ดีมาก ^a	7.901*	.000
3. การปฏิบัติการ พยาบาล	0.42	0.17	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก	7.940*	.000
4. การประเมินผล การพยาบาล.	0.36	0.22	ต่ำมาก	0.98	0.08	ดีมาก ^b	7.624*	.000
5. การสรุปจำหน่าย	0.70	0.29	ปาน กลาง	0.95	0.11	ดีมาก ^c	4.279*	.000
ภาพรวม (คะแนนเต็ม 16)	0.40	0.10	ต่ำมาก	0.98	0.04	ดีมาก	7.261*	.000

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

a ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด

b ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา

c ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด

ตารางที่ 4.7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมากถึงปานกลาง หลังการพัฒนาการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปจำหน่ายหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความครอบคลุมตาม
กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายข้อ

ความครอบคลุม ตามกระบวนการ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
1.การประเมิน ภาวะสุขภาพ								
1.1 มีการบันทึก ข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือญาติ	0.00	0.00	ต่ำมาก	0.97	0.17	ดีมาก ^b	7.948*	.000
1.2 มีการบันทึก ข้อมูลการประเมิน จากการสังเกต และ/หรือการตรวจ ร่างกายตาม หลักการประเมิน ผู้ป่วยระยะวิกฤติ	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^d	.000	1.000
1.3 มีการบันทึก อาการสำคัญและ ระยะเวลาที่เกิด อาการ	0.94	0.23	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^c	1.425	.154

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความครอบคลุม ตามกระบวนการ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
1.4 มีการบันทึก ระยะเวลาที่เริ่ม ความเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน และ ลักษณะอาการของ ความเจ็บป่วยก่อน มาโรงพยาบาล	0.00	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^a	8.185*	.000
1.5 มีการบันทึก ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต	0.62	0.49	ต่ำ	1.00	0.00	ดีมาก	3.979*	.000
1.6 มีบันทึกประวัติ เกี่ยวกับการแพ้ยา อาหาร และ สารอื่น ๆ	0.06	0.23	ต่ำมาก	0.97	.17	ดีมาก	.7466*	.000
1.7 มีการบันทึก ข้อมูลการประเมิน ปัญหาด้านจิตสังคม ของผู้ป่วย/ญาติ	0.00	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^a	8.185*	.000

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความครอบคลุม ตามกระบวนการ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ตอบสนองความ ต้องการด้านร่างกาย ของผู้ป่วยโดย สอดคล้องกับข้อ วินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการ พยาบาลตามที่ กำหนดไว้								
3.2 มีบันทึกการ ปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลเพื่อ ตอบสนองปัญหา และความต้องการ ด้านจิตสังคม ของ ผู้ป่วย/ญาติ โดย สอดคล้องกับข้อ วินิจฉัยการพยาบาล ที่กำหนดไว้	0.00	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^a	8.185*	.000

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความครอบคลุม ตามกระบวนการ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
4. การประเมินผล การพยาบาล								
4.1 มีการบันทึก ประเมินผลการ ปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลเพื่อตอบสนอง ความต้องการด้าน ร่างกายของผู้ป่วยโดย สอดคล้องกับข้อ วินิจฉัยการพยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาล ตามที่กำหนดไว้	0.74	0.44	ปาน กลาง	1.00	0.00	ดีมาก	3.197*	.001
4.2 มีการบันทึกการ ประเมินผลของการ ปฏิบัติการพยาบาลที่ ตอบสนองความ ต้องการด้านจิตสังคม ของผู้ป่วย/ญาติโดย สอดคล้องกับข้อ วินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการ พยาบาลตามที่ กำหนดไว้	0.00	0.00	ต่ำมาก	0.97	0.17	ดีมาก ^b	.7948*	.000

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความครอบคลุม ตามกระบวนการ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
5. การสรุปการ								
จำหน่าย	0.85	0.35	ดี	0.97	0.17	ดีมาก	1.698	.090
5.1 มีการบันทึก สรุปผลการจำหน่าย ผู้ป่วย โดยระบุวัน เดือนปี และเวลาที่ จำหน่าย								
5.2 มีการบันทึก ประเภทของการ จำหน่าย	0.85	0.35	ดี	1.00	0.00	ดีมาก	2.306*	.021
5.3 มีการบันทึก คำแนะนำที่ให้แก่ ญาติเมื่อจำหน่าย ไปรักษาต่อหรือ จำหน่ายเสียชีวิต	0.41	0.50	ต่ำมาก	0.88	0.33	ดี	4.244*	.000
ภาพรวม	0.40	0.10	ต่ำมาก	0.98	0.04	ดีมาก	7.261*	.000

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

a ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด

b ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา

c ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด

d ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาเท่ากับก่อนการพัฒนา

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำมาก ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นประเด็นย่อย ๆ พบว่า

1) การประเมินภาวะสุขภาพ ประเด็นย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ (2) มีการบันทึกระยะเวลาที่เริ่มความเจ็บป่วยในปัจจุบันและลักษณะอาการของความเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล (3) มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (4) มีบันทึกประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยา อาหาร และสารอื่น ๆ และ (5) มีการบันทึกข้อมูลการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วย/ญาติ

2) การวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาของผู้ป่วย ประเด็นย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามรูปแบบและหลักการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล และ (2) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตสังคม ของผู้ป่วย/ญาติได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

3) การปฏิบัติการพยาบาล ประเด็นย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ และ (2) มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านจิตสังคม ของผู้ป่วย/ญาติ โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้

4) การประเมินผลการพยาบาล ประเด็นย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) มีการบันทึกประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ และ (2) มีการบันทึกการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วย/ญาติโดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้

5) การสรุปการจำหน่าย ประเด็นย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) มีการบันทึกประเภทของการจำหน่าย และ (2) มีการบันทึกคำแนะนำที่ให้แก่ญาติเมื่อจำหน่ายไปรักษาต่อหรือจำหน่ายเสียชีวิต

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความถูกต้องตามหลักการ ก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายชื่อ

ความถูกต้อง ตามหลักการ บันทึก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
1. มีการบันทึก การประเมิน สภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตามหลักวิชาการ พยาบาลทุกครั้ง	0.97	0.17	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^c	1.000	.317
2. มีบันทึกการ วินิจฉัยการ พยาบาล/ปัญหา ของ ผู้ป่วย สอดคล้องกับ ข้อมูลที่ประเมิน หรือรวบรวมได้ อย่างสมเหตุผล ตามหลักวิชาการ พยาบาลทุกครั้ง	0.68	0.47	ปาน กลาง	1.00	0.00	ดีมาก	3.596*	.000
3. มีการบันทึกการ ปฏิบัติการพยาบาล อย่างถูกต้องตาม หลักวิชาการ พยาบาล และ สอดคล้องกับ	0.85	0.35	ดี	1.00	0.00	ดีมาก	2.306*	.021

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ความถูกต้องตาม หลักการบันทึก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- valu e
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ปัญหาของผู้ป่วย ทุกครั้ง								
4. มีการบันทึกการ ประเมินผลการ พยาบาลได้อย่าง ถูกต้อง และ สอดคล้องกับปัญหา ของผู้ป่วยทุกครั้ง	0.88	0.32	ดี	1.00	0.00	ดีมาก	2.046*	.041
5. มีการบันทึกวัน และเวลาที่ ปฏิบัติการพยาบาล ให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง	0.94	0.23	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก	1.425	.154
6. มีการบันทึก ข้อมูลด้วยลายมือ อ่านออกง่ายทุก ข้อความ	0.97	0.17	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^c	1.000	.317
7. มีการบันทึก ข้อความด้วยคำที่ สั้น กระชับรัด ชัดเจน ได้ใจความ	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^d	.000	1.000
8. มีการบันทึกอ่าน โดยใช้คำย่อและ/ หรือสัญลักษณ์ที่	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^d	.000	1.000

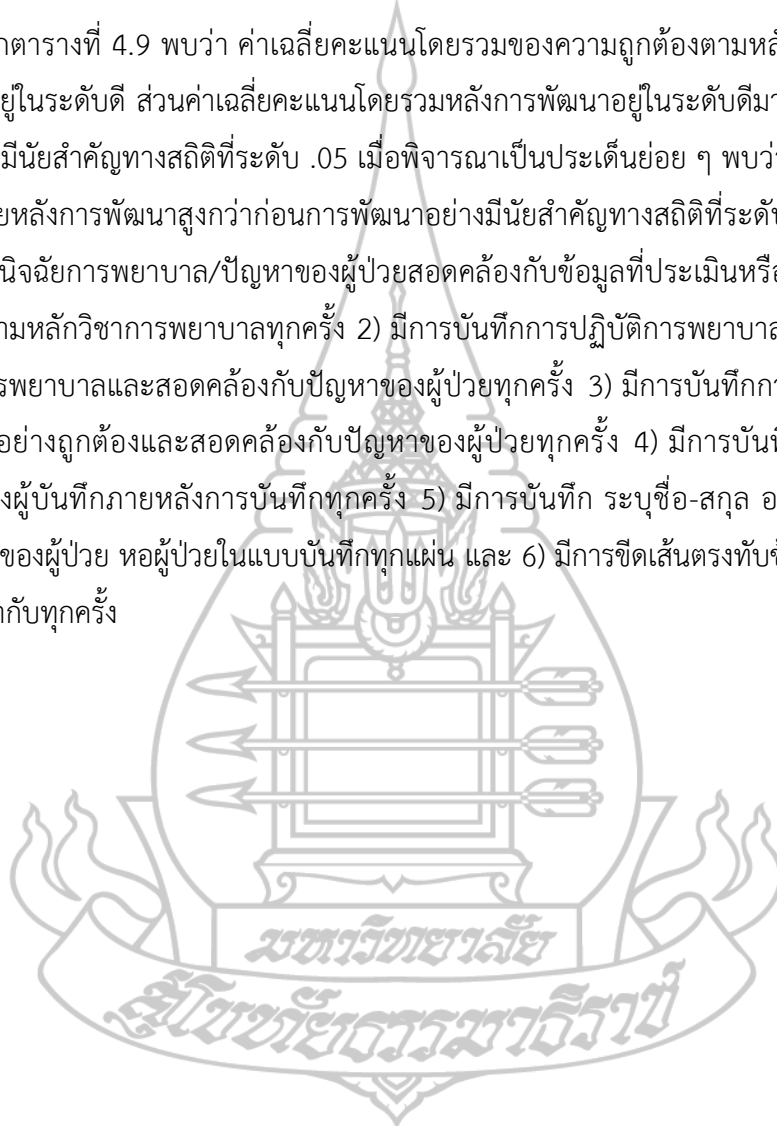
ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ความถูกต้องตาม หลักการบันทึก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
เป็นสากลหรือตามที่ หน่วยงานกำหนด								
9. มีการบันทึก ชื่อ- สกุล และตำแหน่ง ของผู้บันทึกภายหลัง การบันทึกทุกครั้ง	0.38	0.49	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^a	5.471*	.000
10. มีการบันทึก ระบุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัว โรงพยาบาลของ ผู้ป่วย หอผู้ป่วยใน แบบบันทึกทุกแผ่น	0.56	0.50	ต่ำ	1.00	0.00	ดีมาก ^b	4.355*	.000
11. มีการบันทึก ด้วยปากกาสีน้ำ เงินหรือตามที่ หน่วยงานกำหนด	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^d	.000	1.000
12. มีการขีดเส้นตรง ทับข้อความที่เขียน ผิดและลงชื่อกำกับ ทุกครั้ง	0.44	0.50	ต่ำมาก	0.88	0.32	ดี ^b	3.816*	.000
ภาพรวม	0.81	0.17	ดี	0.99	0.03	ดีมาก	5.981*	.000

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

- a ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด
- b ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา
- c ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาก่อนน้อยที่สุด
- d ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาเท่ากับก่อนพัฒนา

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมของความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมากสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นประเด็นย่อย ๆ พบว่า ประเด็นย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง 2) มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง 3) มีการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง 4) มีการบันทึก ชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึกภายหลังการบันทึกทุกครั้ง 5) มีการบันทึก ระบุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย หอผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกแผ่น และ 6) มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับทุกครั้ง



ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความต่อเนื่องของการ
บันทึกก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายด้าน

ความต่อเนื่องของ การบันทึก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
1.การประเมินภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย มีการบันทึกการ ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ แรกเริ่ม และบันทึก การประเมินผู้ป่วย เพิ่มเติมขณะช่วยฟื้น คืนชีพในแบบบันทึก ทางการพยาบาล	2.79	0.59	ดีมาก	3.00	0.00	ดีมาก ^c	2.046*	.041
2. การวินิจฉัย ทางการพยาบาล มีบันทึกข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยแรก รับ และมีบันทึกข้อ วินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อ ประเมินพบปัญหา และความต้องการ ของผู้ป่วยในแบบ บันทึกทางการ พยาบาล	0.79	0.47	ต่ำ มาก	2.00	0.00	ดี ^a	7.811*	.000

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ความต่อเนื่องของ การบันทึก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann- Whitney U Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
3. การปฏิบัติการ พยาบาล มีบันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ไขในแต่ละข้อ วินิจฉัยการพยาบาล สืบเนื่องกันตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย ออกจากแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2.18	0.71	ดี	3.00	0.00	ดีมาก ^b	5.780*	.000
4. การประเมินผลการ พยาบาล มีบันทึกที่แสดงถึง การประเมินผลลัพธ์ ของการปฏิบัติการ พยาบาลสืบเนื่องกัน ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย ออกจากแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2.76	0.65	ดีมาก	2.97	0.17	ดีมาก ^c	1.721	.085
ภาพรวม	2.13	0.50	ดี	2.74	0.04	ดีมาก	7.603*	.000

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

- a ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด
- b ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา
- C ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมของความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมากสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นประเด็นย่อย ๆ พบว่า ประเด็นย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีการบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมขณะช่วยฟื้นคืนชีพในแบบบันทึกทางการพยาบาล 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล มีบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อประเมินพบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล และ 3) การปฏิบัติการพยาบาล มีบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขในแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลสืบเนื่องกันตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



4.2 ด้านการรับรู้คุณค่าของพยาบาลต่อรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การเปรียบเทียบผลการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 4.11 - 4.12

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

การรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ	Wilcoxon	
				Signed Ranks Test (Z)	p-value
ก่อนการพัฒนา	3.68	0.41	มาก	4.816*	.000
หลังการพัฒนา	4.97	0.17	มากที่สุด		

*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายชื่อและรายด้าน

การรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ก. ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ	3.77	0.48	มาก	4.97	0.14	มากที่สุด	4.832*	.000
1.บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติ ได้ครบถ้วน	3.87	0.51	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด	4.919*	.000
2.บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติตามได้สะดวกรวดเร็ว	3.90	0.55	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด ^c	4.866*	.000

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของ พยาบาลวิชาชีพต่อ รูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
3. บันทึกการประเมินผู้ป่วย ได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม	3.60	0.68	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.867*	.000
4. บันทึกข้อมูลการประเมิน ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่ายได้สะดวก รวดเร็ว	3.73	0.64	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.710*	.000
ข. การวินิจฉัยทางการ พยาบาล	3.60	0.48	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.886*	0.000
5. บันทึกข้อวินิจฉัยการ พยาบาลได้อย่างครบถ้วน	3.63	0.56	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.983*	.000
6. บันทึกข้อวินิจฉัยการ พยาบาลตามปัญหาที่พบได้ อย่างสะดวก รวดเร็ว	3.57	0.50	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด ^b	4.949*	.000
ค. การปฏิบัติการพยาบาล	3.66	0.48	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.922*	0.000
7. บันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลได้ ครบถ้วน	3.63	0.49	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.983*	.000
8. บันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลได้อย่าง สะดวก รวดเร็ว	3.70	0.54	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.916*	.000

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของ พยาบาลวิชาชีพต่อ รูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	p- value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ง. การประเมินผล	3.53	0.52	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.883*	.000
9.บันทึกการประเมินผลการ ปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละ ปัญหาได้อย่างครบถ้วน	3.57	0.57	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด ^b	4.956*	.000
10.บันทึกการประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาล ของแต่ละปัญหาได้อย่าง สะดวก รวดเร็ว	3.50	0.57	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด ^a	4.928*	.000
จ. การสรุปจำหน่าย	3.71	0.45	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.917*	.000
11. บันทึกจำหน่าย ย้ายไปรักษาต่อ หรือ บันทึกจำหน่ายถึงแก่ กรรมได้อย่างครบถ้วน	3.73	0.58	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	4.944*	.000
12. บันทึกจำหน่ายย้าย ไปรักษาต่อ หรือบันทึก จำหน่ายถึงแก่กรรมได้ อย่างสะดวก รวดเร็ว	3.67	0.48	มาก	4.97	0.18	มากที่สุด	5.007*	.000
รวม	3.68	0.42	มาก	4.97	0.17	มากที่สุด	4.816*	.000

a ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด

b ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา

c ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลต่อรูปแบบการ
 บันทึกทางการพยาบาลรายชื่อก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$) และหลังการพัฒนาอยู่ใน
 ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.97$) สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณา
 เป็นรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 ทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามากที่สุดคือ บันทึกการ
 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละปัญหาได้อย่างสะดวก รวดเร็ว (ก่อนการพัฒนา $\bar{X} = 3.50$
 และหลังการพัฒนา $\bar{X} = 4.97$) และรองลงมาคือ บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละ
 ปัญหาได้อย่างครบถ้วน (ก่อนการพัฒนา $\bar{X} = 3.57$ และหลังการพัฒนา $\bar{X} = 4.97$)



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน มีนาคม 2564 – เมษายน 2565 โดยสรุปผลได้ดังนี้

1.สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์บนแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.1.2 สร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.1.3 เปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ (2) แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มารักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2) กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัยได้ดังนี้

(1) ระยะก่อนการพัฒนา มี 2 กลุ่ม ได้แก่

ก. พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข. แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนการพัฒนารูปแบบ (ระหว่างเดือนเมษายน – กันยายน 2564) ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 ชุด

(2) ระยะพัฒนา มี 1 กลุ่ม เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยรองผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 คน พยาบาลผู้ตรวจการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน และแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน รวม 8 คน เป็นตัวแทนกลุ่มได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง

(3) ระยะเวลาทดลอง มี 2 กลุ่ม ใช้วิธีการคัดเลือกและคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเหมือนระยะก่อนการพัฒนามี 2 กลุ่ม ได้แก่

ก. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง

ข. แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติหลังการพัฒนารูปแบบ ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 ชุด ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เมษายน 2565

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา มี 2 ประเภท ดังนี้

(1) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่

(2) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้นมาใหม่

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท ดังนี้

(1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพ โดยตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนาจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยระยะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างละ 34 แฟ้ม

2) รวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้คุณค่า โดยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการพัฒนา

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สังเคราะห์สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแนวทางการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยจัดประเภทของข้อมูล

2) วิเคราะห์เชิงปริมาณ แบ่งเป็น 4 ประเภทมีรายละเอียดดังนี้

(1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา

(2) ข้อมูลคุณภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านการรับรู้คุณค่า โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

1.3 ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 34.77 ปี ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-29 ปี (ร้อยละ 40.0) ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีทุกคน และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความแตกต่างกันมาก โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.26 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ระหว่าง 1-9 ปี (ร้อยละ 66.7) เคยได้รับการอบรมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ร้อยละ 90.0 และได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 86.7

1.3.2 สภาพปัญหาของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

สภาพปัญหารวบรวมจากการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการสนทนากลุ่ม มีดังนี้ 1) วิธีการบันทึก บันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก และไม่ต่อเนื่อง 2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติเป็นแบบบรรยาย มีหลายแบบฟอร์มและเป็นแบบบันทึกที่แยกส่วนกัน ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม 3) ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.3.3 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้พัฒนาตามปัญหาที่พบ มีลักษณะดังนี้ 1) แบบบันทึกเชิงโครงสร้างด้วยระบบ PIE ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม 2) คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารที่มีรายละเอียดและคำชี้แจงในการบันทึกแต่ละขั้นตอนพร้อมทั้งตัวอย่างของการบันทึกตามแบบบันทึกใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา

1.3.4 ผลการศึกษาการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่

มีผลการวิจัยดังนี้

1) *ด้านคุณภาพ* พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.6) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

(1) *ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล* พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.39$, $SD = 0.97$) แต่หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 0.97$, $SD = 0.03$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการสรุปจำหน่ายก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับต่ำมากถึงปานกลาง แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก

(2) *ด้านความถูกต้องตาม* พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.80$, $SD = 0.16$) แต่หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 0.99$, $SD = 0.02$)

(3) *ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก* พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.13$, $SD = 0.50$) แต่หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.74$, $SD = 0.42$)

2) *ด้านการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล* พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.11) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการสรุปจำหน่ายก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าอยู่ในระดับมาก แต่หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก

2. อภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 สภาพปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์แบบแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช รูปแบบบันทึกทางการแพทย์แบบแผนกอุบัติเหตุ 3 ด้าน ดังนี้

2.1.1 ด้านวิธีการบันทึก จากผลวิจัยตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์แบบแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามกระบวนการพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.40$, $SD = 0.10$) สอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม พบว่า บันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม ไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากแบบบันทึกไม่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติเมื่อแรกรับ ไม่ครอบคลุมองค์รวม เป็นการบันทึกแบบบรรยายทำให้การบันทึกไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) และศิริพร จักรอ้อม (2561) พบว่า ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์คือ วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ โอลิเวียรา ดา ซิลวา ดินิช และคณะ (Oliveira da Silva Diniz, et al., 2015) พบว่าบันทึกทางการแพทย์ขาดการรวบรวมข้อมูลด้านการประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล บันทึกไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วย

2.1.2 ด้านแบบบันทึกทางการแพทย์ จากการศึกษาสภาพปัญหาและจากสนทนากลุ่ม พบว่าแบบบันทึกไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมองค์รวม รวมถึงจากการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์แบบแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามกระบวนการพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.40$, $SD = 0.10$) เนื่องจากแบบบันทึกเป็นแบบบรรยาย มีหลายแบบฟอร์ม แบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติเป็นแบบบันทึกที่แยกส่วนกัน ทำให้บันทึกได้ไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลไม่มีความสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) และ ศิริพร จักรอ้อม (2561) พบว่าแบบบันทึกมีหลายแบบฟอร์มทำให้บันทึกซ้ำซ้อน โดยแบบบันทึกที่ไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม

2.1.3 ด้านคู่มือการใช้บันทึกทางการแพทย์ จากผลการศึกษาสภาพปัญหาแบบบันทึกทางการแพทย์แบบแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าไม่มีคู่มือการใช้บันทึกทางการแพทย์โดยการขาดคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ทำให้พยาบาลผู้บันทึกขาดแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) และ ศิริพร จักรอ้อม (2561) รวมทั้งสอดคล้องกับ ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพต้องมีคู่มือการใช้แบบบันทึกเพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึก

2.2 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

จากผลการศึกษารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่พัฒนาขึ้นใหม่มีลักษณะดังนี้ 1) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ด้วยรูปแบบบันทึกแบบ PIE ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม 2) คู่มือการใช้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นเอกสารที่ให้แนวทางในการบันทึกตามรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น จากผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) เนื่องจากรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่เป็นการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของตัวแทนกลุ่มซึ่งเป็นการพัฒนาจากปัญหาที่พบ โดยแก้ปัญหาแบบรูปแบบเดิมทั้งทางด้านวิธีการบันทึก ด้านแบบบันทึก และด้านคู่มือการใช้แบบบันทึก ทำให้ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบได้ตรงประเด็นปัญหา เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการนำไปใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร จักรอ้อม (2561) พบว่า แบบบันทึกแบบมีโครงสร้างบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งมีคู่มือการใช้แบบบันทึก เป็นแบบบันทึกที่มีความเหมาะสมของรูปแบบ โครงสร้าง และเนื้อหา สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพผล รวมทั้งสอดคล้องกับ พอทเทอร์ และคณะ (Potter et al, 2013) กล่าวว่า การบันทึกด้วยรูปแบบ PIE เป็นการบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล บันทึกเป็นปัจจุบัน บันทึกได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว และแบบบันทึกที่จัดทำแผนการดูแลที่เป็นมาตรฐาน (Standardized care plan) เป็นแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากในการปรับปรุงคุณภาพของบันทึกการพยาบาลทั้งในด้านเนื้อหาและความครบถ้วน ลดขั้นตอนกระบวนการจัดทำเอกสาร อำนวยความสะดวกในการดูแลต่อเนื่อง

2.3 ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านคุณภาพ

อภิปรายได้ดังนี้

2.3.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม พบว่าคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) (ตารางที่ 4.6) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจาก 1) พัฒนาการบันทึกด้วยรูปแบบบันทึก PIE (Problem Intervention Evaluation) เป็นการบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับ พอทเทอร์ และคณะ (Potter et al, 2013) กล่าวว่า การบันทึกด้วยรูปแบบ PIE เป็นการบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล บันทึกเป็นปัจจุบัน บันทึกได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว 2) พัฒนาแบบบันทึกเป็นเชิงโครงสร้างที่เป็นแบบฟอร์มมาตรฐาน ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมทั้งครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ เพราะว่าเป็นแบบบันทึกที่จัดทำแผนการดูแลที่เป็นมาตรฐาน (Standardized care plan) เป็นแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

มากในการปรับปรุงคุณภาพของบันทึกการพยาบาลทั้งในด้านเนื้อหาและความครบถ้วน ลดขั้นตอนกระบวนการจัดทำเอกสาร อำนวยความสะดวกในการดูแลต่อเนื่อง (Potter et.al, 2013) 3) มีคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางบันทึกทำให้พยาบาลสามารถบันทึกได้ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว รวมทั้งบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับ ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp. 1995) การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องมีคู่มือการใช้แบบบันทึกเพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึก รวมทั้งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริพร จักรอ้อม (2561) กล่าวว่า การใช้คู่มือบันทึกทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการบันทึกทำให้คุณภาพของการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา 4) แบบบันทึกทางการพยาบาลพัฒนาจากปัญหาที่พบโดยมีตัวแทนในหน่วยงานเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการหาปัญหาและแนวทางการพัฒนา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการบันทึกทางการพยาบาล และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งผลให้แก้ปัญหาได้ถูกต้อง ตรงประเด็นปัญหา

2.3.2 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลจำแนกเป็นรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) *คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล* พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการก่อนการพัฒนาในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.40$, $SD = 0.10$) ส่วนหลังพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 0.98$, $SD = 0.04$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) (ตารางที่ 4.6) เนื่องจาก จัดทำรูปแบบบันทึกด้วยรูปแบบ PIE เป็นบันทึกเป็นเชิงโครงสร้างที่เป็นแบบฟอร์มมาตรฐาน เป็นการบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวม รวมทั้งครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ สอดคล้องกับ พอทเทอร์ และคณะ (Potter et al, 2013) กล่าวว่า การบันทึกด้วยรูปแบบ PIE เป็นการบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล บันทึกเป็นปัจจุบัน บันทึกได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งสอดคล้องกับอรรถวรรณ ณ ลำปาง และดอกไม้ บุตรดา (2564) พบว่า การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลมีคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา

2) *คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้อง* ตามหลักการบันทึก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.81$, $SD = 0.17$) ส่วนหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 0.99$, $SD = 0.03$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังการ

พัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05) (ตารางที่ 4.6) เนื่องจาก 1) มีแบบบันทึกและวิธีการบันทึกที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมโดยเลือกปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ได้รับการกู้ชีพ 2) มีแนวทางการบันทึกเชิงโครงสร้างที่มีการเติมคำ การใช้สัญลักษณ์ที่ชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วน 3) มีคู่มือการใช้แบบบันทึกเพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึก ส่งผลให้บันทึกได้ถูกต้อง สอดคล้องกับ อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) กล่าวว่าการบันทึกที่เป็นแบบโครงสร้าง มีการใช้สัญลักษณ์ที่แสดงรายละเอียดชัดเจนและครบถ้วนทำให้บันทึกได้ถูกต้อง

3) *คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก* พบว่าค่าเฉลี่ยระดับของความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.13$, SD = 0.50) แต่หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.74$, SD = 0.04) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05) (ตารางที่ 4.6) เนื่องจาก 1) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาเป็นการพัฒนาตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และใช้รูปแบบบันทึกแบบ PIE (Problem Intervention Evaluation) ซึ่งใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาลในการบันทึก (Potter et al, 2013) ส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลมีความต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) พบว่าการใช้ระบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง 2) จัดทำแผนการดูแลที่เป็นมาตรฐาน (Standardized care plan) ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับ พอทเทอร์ และคณะ (Potter et al, 2013) กล่าวว่าการปฏิบัติพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน มีการพิมพ์ไว้ล่วงหน้าตามแนวทางที่กำหนดไว้ ใช้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาเหมือนกัน เป็นแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากในการปรับปรุงคุณภาพของบันทึกการพยาบาลทั้งในด้านเนื้อหาและความครบถ้วน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนขั้นตอนการทำงานได้ดีขึ้น ลดขั้นตอนกระบวนการจัดทำเอกสาร อำนวยความสะดวกในการดูแลต่อเนื่อง

2.4 ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านการรับรู้คุณค่า

ด้านการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05) (ตารางที่ 4.11) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เนื่องจากรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่เป็นการ

พัฒนาตามปัญหาที่พบ และความต้องการของหน่วยงาน รวมทั้งเป็นการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของตัวแทนกลุ่มทำให้ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบได้ตรงประเด็นปัญหาส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.97$, $SD = 0.17$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มากกว่ารูปแบบเดิม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้ มีดังนี้

3.1.1 ผู้บริหารควรพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรนำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติไปใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ใน รพ. โดยเฉพาะนำไปใช้ในหน่วยงาน ICU และหน่วยงานกึ่งวิกฤติอื่น ๆ เพื่อให้การบันทึกของพยาบาลมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.1.2 ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง และนำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น ICU และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ เป็นต้น

3.1.3 จากผลการวิจัยข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความแตกต่างกันมาก โดยมีประสิทธิภาพการทำงานเฉลี่ย 10.67 ปี เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ร้อยละ 90.0 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 86.7 ดังนั้นผู้นำนางค์กรพยาบาลควรจัดอบรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และจัดอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินให้กับพยาบาลให้ได้ร้อยละ 100 รวมทั้งจัดให้มีการนิเทศ การให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

3.2.1 ศึกษาและพัฒนาแบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติในหน่วยงานอื่น ๆ เช่น หน่วยงาน ICU (Intensive Care Unit) และ หน่วยงานกึ่งวิกฤติ เป็นต้น

3.2.2 ศึกษาและพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล แทนการบันทึกด้วยกระดาษ

3.2.3 ควรศึกษาตัวแปรตามอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล เช่น สมรรถนะของพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาล และภาระงานของพยาบาลผู้ทำหน้าที่บันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยสุรินทร์

สุรินทร์วิทยาคารมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่ เหมาะสม
กับระดับศักยภาพสถานพยาบาล. นนทบุรี: สามชัย.
- กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. (2561). แบบรายงานการ
ประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพต่อเนื่อง พ.ศ. 2561.
- จิตภา เรือนใจมั่น. (2559). กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะกับการ
นำไปใช้. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์
- ชมรมคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิตและสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรม
ราชูปถัมภ์. (2564). คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ. 2020.
กรุงเทพมหานคร: บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์.
- ทีศนา แคมมณี. (2555). ศาสตร์การสอน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนากร สำเภาทอง. (2560). การพัฒนาแบบบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลผู้บาดเจ็บระยะฉุกเฉิน
ในห้องวิกฤติฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2553). ชุติวิชา 21701 การวิจัยหลักสูตรและการเรียนการสอน หน่วยที่ 10 สถิติ
วิเคราะห์เชิงปริมาณ: สถิติบรรยายและสถิติพาราเมตริก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- นวลจันทร์ วงศ์สีใส. (2556). การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุ และ
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนลี จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทสำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. (2561).
แบบรายงานการประเมินตนเอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- แผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. (2561). แบบรายงานการ
ตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2561
- พรศิริ พันธรังสี. (2564). กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.
กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). การนิเทศและการสอนการพยาบาลในคลินิก. ชลบุรี: มหาวิทยาลัย
บูรพา

- พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และปณิธาน กระสังข์. (2560). แนวคิดการสร้างและพัฒนา รูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. สมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2), 128-135.
- พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). กระบวนการและการบันทึกทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2566). คุณค่า คุณภาพบันทึก การพยาบาลและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพ สืบค้นจาก <http://203.172.128.165/schoolict/schweb/>
- วรรณดี แสงประทีปทอง. (2548). การพัฒนาเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมิน เอกสารการสอนชุดวิชาการประเมินและการจัดการโครงการประเมิน หน่วยที่ 5 หน้า 228 - 247 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาศึกษาศาสตร์
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547). การวิจัยทางการแพทย์ : หลักการและแนวปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่ โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : สบายปริ้นท์
- วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์. (2540). การวิจัยทางการแพทย์ ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศิริพร จักรอ้อม. (2561). การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. (2560). แบบรายงานการประเมินตนเอง เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2560
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือ แนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการ คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/uploadattachfile/2023/ebook/417612_20230321185549.pdf
- สภาการพยาบาล. (2556). คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการการพยาบาลการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. (2562). ราชกิจจานุเบกษา ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล 2562. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF>
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ และ ชวนพิศ ทำนอง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

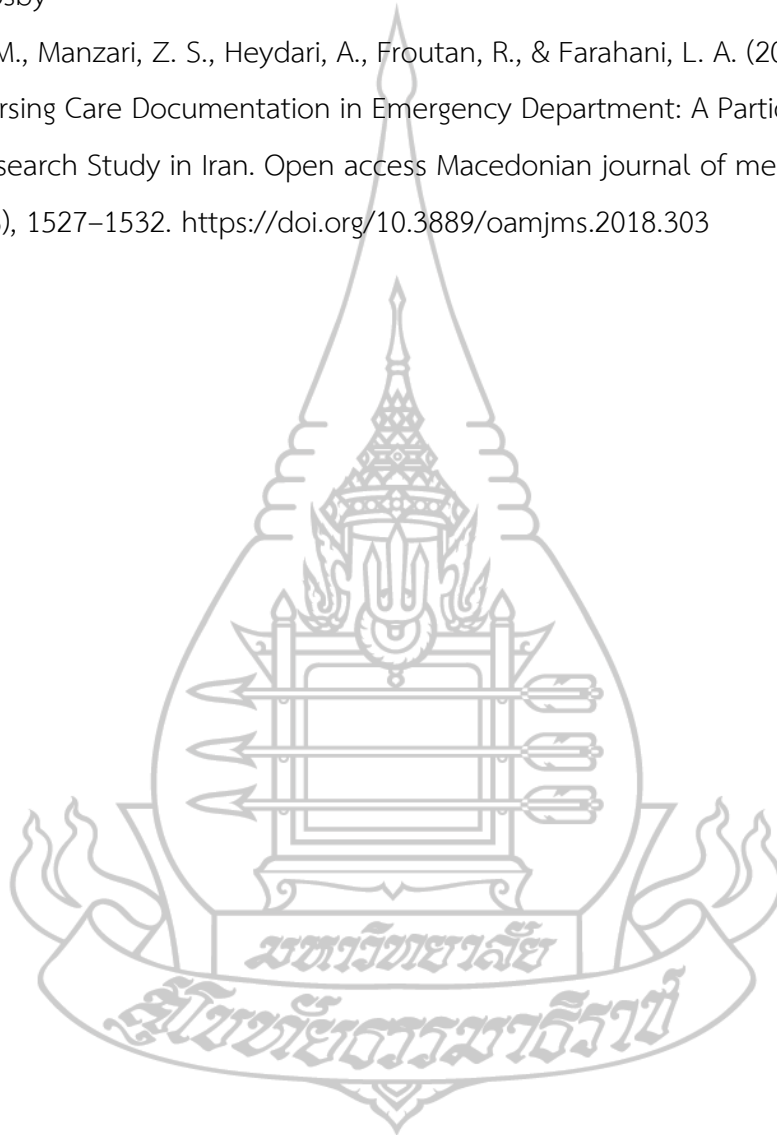
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563). คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- อรอนงค์ สิงหนาท. (2557). การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยหลัง ได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด กรณีศึกษา: โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 6 (12), 155-164
- อรรวรรณ ณ ลำปาง และดอกไม้ บุตรดา. (2564). การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 1(3), 31-44
- อารี ชิวเกษมสุข. (2554). การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งใช้กระบวนการพยาบาลโรงพยาบาลลำลูกกา (วิทยานิพนธ์ทุนวิจัยจากโรงพยาบาลลำลูกกาและความร่วมมือจากกลุ่มการพยาบาล) วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต
- อุดมพร คำล้ำเลิศ. อารี ชิวเกษมสุข, รัชณี นามจันทร์, วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. (2560). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร, Journal of The Royal Thai Army Nurses, Volume 18 (ฉบับพิเศษ), 326-334
- อภิวัน ชาวดวง. (2558). การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Ackley, J. B., & Ladwig, B. G., (2014) Nursing Diagnosis Handbook : An Evidence Based Guide to Planing Care (10th ed). Mosby
- American Association of Critical Care Nurse. (2015). Scope and Standards for Acute and Critical Nursing Practice. Retrieved from <http://www.aacn.org>
- American Association of Critical Care Nurse. (2019). Scope and Standards for Progressive and Critical Care Nursing Practice. Retrieved from <http://www.aacn.org>.
- Barbara L. Yoost, Lynne R. Crawford., (2016). Fundamentals of Nursing: active learning for collaborative practice. St Louis: Elsevier
- Berman, A., Synder, S., & Frandsen, G., (2016). Zier and Erb's Fundamental of Nursing (10th ed). England: Pearson Education Limited
- Bernstein, Douglas A. (2010). Essentials of Psychology. Cengage Learning. pp. 123–124. ISBN 978-0-495-90693-3. Accessed 2018-11-27
- Cheevakasemsook, Aree (2005). "Facilitatng Change: The Development of An Effective Nursing Documentation System In A Medical-Surgical Ward In

- Thailand “ A thesis Submitted Total Fulfillment of The Requirement For the Degree of Doctor of Philosophy. Charles Sturt University. NSW Australia.
- Coskun E, Yildiz G, Capar E, Serbest S, Karabacak U. Determining Objective Data Use in Intensive Care Patients' Nursing Records. *International Journal Of Caring Sciences* [serial online]. May 2017;10(2):736-742. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed September 18, 2018.
- Intensive care society. (2021). Levels of Adult Critical Care Second Edition. Retrieved from https://www.cc3n.org.uk/uploads/9/8/4/2/98425184/2021-03_levels_of_care_second_edition.pdf
- Lyer, P. W., and Camp, N. H. (1995). *Nursing Document: A Nursing Process Approach*. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Oliveira da Silva Diniz S, Sérgio da Silva P, Almeida de Figueiredo N, Tonini T. Quality of Nursing Records: Analytical Reflections On its forms and Content. *Journal Of Nursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE* [serial online]. October 2015;9(10):9616-9623. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed September 18, 2018
- Potter, P.A., Perrey, A.G., Stockert, P.A., & Hall, A. (2013). *Fundamentals of Nursing* (9th ed). St Louis: Mosby
- Schacter, Daniel (2011). *Psychology*. Worth Publishers.-03-05). *Essentials of Psychology*. Cengage Learning. pp. 123–124. ISBN 978-0-495-90693-3. Accessed 2018-11-27.
- Schmidt, K. A. (2014). *Handoff Communication in the Emergency Department (D.N.P.)*. Handoff Communication in the Emergency Department. Carlow University. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109763188&site=ehost-live>
- Seaback, Wanda W., (2013) *Nursing Process: Concepts & Applications*. (3rd ed). Clifton park, NY: Cengage Delmar Learning
- Sorrentino, Sheila. A., Remmert, Leighann. N., Gorek, B., (2010). *Essentials for Nursing Assistants*. (4th ed). St. Louis: Mosby
- Student, (1908). The Probable Error of a Mean. *Biometrika*, Volume 6 Issue 6 1 (Mar., 1908), 1-25. Retrieved from: <http://www.jstor.org> > stable

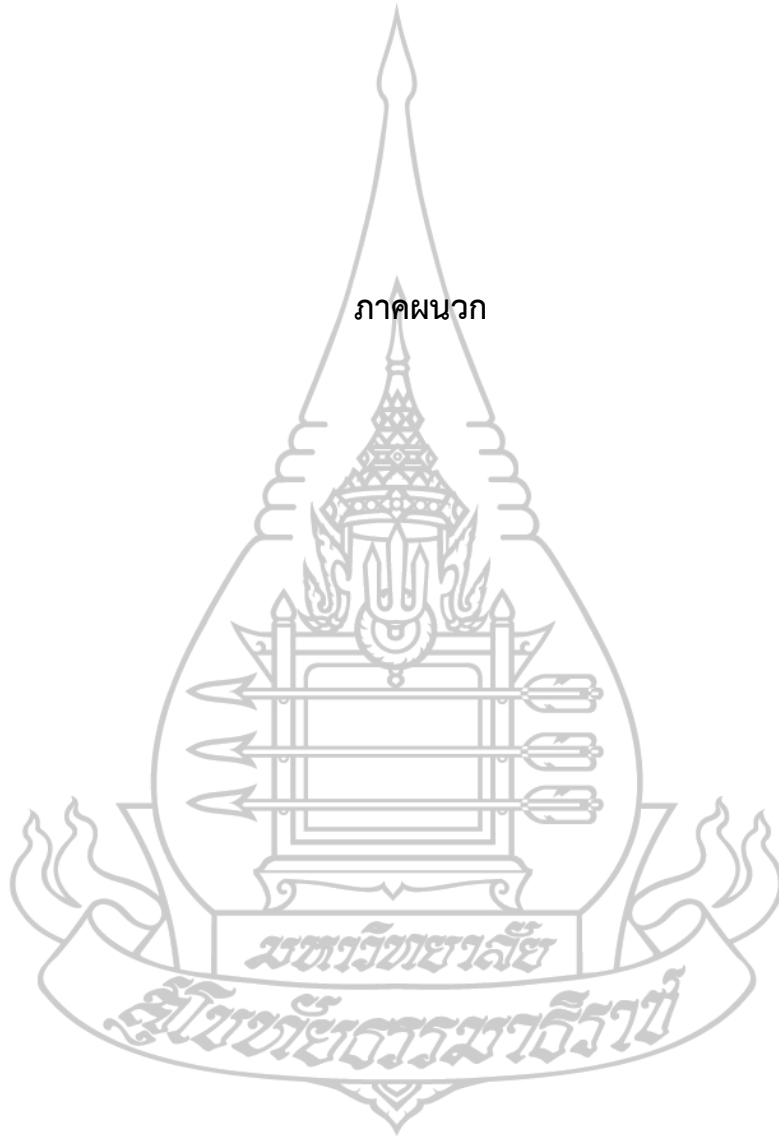
Sweet, V., & Foley, A., (2022). *Emergency Nursing : Principles and Practice* (7th ed).
St Louis: Elsevier

Urden, L. D., Stacy, L. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical Care Nursing* (7th ed). St Louis:
Mosby

Vafaei, S. M., Manzari, Z. S., Heydari, A., Froutan, R., & Farahani, L. A. (2018). Improving
Nursing Care Documentation in Emergency Department: A Participatory Action
Research Study in Iran. *Open access Macedonian journal of medical sciences*,
6(8), 1527–1532. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.303>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์

RC-FO-020
ปรับปรุง : 5.ค.๖๓

Institutional Review Board

เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB no. 20/64

พิจารณาโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
ขอรับรองว่า

โครงการ การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
The Development of a Nursing Documentation Model for Patients in Crisis, an
Emergency Department, Bhumibol Adulyadej Hospital

โดย นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี

สังกัด โรงพยาบาลทหารอากาศ (สีกัน) กรมแพทย์ทหารอากาศ

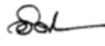
Type of review: ๑. Expedited review of research protocol ๒. Full board

เอกสารที่พิจารณา


๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้พิจารณา
รายละเอียดโครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับ
ภาษาไทยแล้ว ลงความเห็น ว่า ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้
ออกให้ ณ วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๔

นาวาอากาศเอกหญิง 
(อัครญา สุขเจริญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ

พลอากาศตรี 
(ทวีพงษ์ ปาจริย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างหนังสือที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ อว 0602.26/ 74 วันที่ 29 มกราคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาปรับใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ด้วย นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ สาขาพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาปรับใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 4 ชุด ดังนี้ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 2) คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 3) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลของรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์และมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาค้นคว้าเพื่อประกอบการทำวิจัย ดังนั้น สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงขออนุญาตให้นักศึกษาปรับใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณอย่างยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ 0522.26 /

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถนนแจ้งวัฒนะ
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

29 มกราคม 2564

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข

ด้วย นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก

ดิฉันมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 4 ชุดดังนี้ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 2) คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 3) แบบแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ในการทำวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการบริหารการพยาบาล ของรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)

นักศึกษา

อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)

ที่ อว 0602.26/343



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

19 เมษายน 2564

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศ (สีกัน)

ด้วย นาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 14 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)

สำเนาเรียน หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลทหารอากาศ (สีกัน)

ที่ อว 0602.26/ด 393



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

19 เมษายน 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลทหารอากาศ (สีกัน)

ด้วย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 14 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)



ที่ อว 0602.26 / 392

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

| ๑ เมษายน 2564

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจันทบุคกษา

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติครุภัณฑ์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 6 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)

สำเนาเรียน หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลจันทบุคกษา



ที่ อว 0602.26 / ๐ 3 ๑ 2

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

19 เมษายน 2564

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 6 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)



ที่ อว 0602.26 /1391

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

19 เมษายน 2564

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ด้วยนาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย และ แบบตรวจสอบคุณภาพและคู่มือตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)

สำเนาเรียน หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



ที่ อว 0602.26 /1391

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

19 เมษายน 2564

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ด้วยนาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย และ แบบตรวจสอบคุณภาพและคู่มือตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)

สำเนาเรียน หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



ที่ อว 0602.26 / ก 341

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

19 เมษายน 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ด้วยนาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย และ แบบตรวจสอบคุณภาพและคู่มือตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโท หญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)



ที่ อว 0602.26/ 867

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด

ด้วย นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ดังนี้ 1) แบบการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลและแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล 2) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และ 3) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบรมฤทัย นอยหมนเวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ 081-361-9852 (นาวาอากาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการ กองการพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.แนวคำถามการสนทนากลุ่ม
- 2.แบบตรวจสอบคุณภาพและคู่มือตรวจสอบคุณภาพของกรบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 3.แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์
- 4.แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่
5. คู่มือแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 6.แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบเดิม

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

เรื่อง ศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ และแนวทางพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
<p><u>เกริ่นนำ</u></p> <p>การบันทึกทางการแพทย์หมายถึง การรวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยรวมทั้งบันทึกกิจกรรมตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่ายและบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย</p> <p>การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นภาวะที่มีความวุ่นวายและเป็นเหตุการณ์เร่งด่วนที่พยาบาลผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิต โดยพยาบาลต้องใช้ความรู้และทักษะในการให้การพยาบาล ตั้งแต่การประเมินแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักที่สุดคือความปลอดภัยของผู้ป่วย ท่ามกลางกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลที่</p>	

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
<p>หลากหลาย และเกี่ยวพันกันหลายหน่วยงาน หลายระบบที่ต้องร่วมมือกันในลักษณะวิชาชีพ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง โดยบันทึกแบบรวบรัด กระชับ และชัดเจน เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารกับทีมสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้</p>	
<p>1. ท่านคิดว่า การบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีประเด็นปัญหาอะไรบ้าง</p>	<p>ปัญหาของบันทึกทางการพยาบาลมีดังนี้</p> <p>1.1. ปัญหาด้านแบบฟอร์ม แบบฟอร์มไม่เหมาะสม มีมากเกินไป มีการบันทึกซ้ำซ้อน และไม่สมบูรณ์ มีดังนี้</p> <p>1) แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยแรกรับมีหลายแบบฟอร์มและมีการบันทึกที่ซ้ำซ้อนได้แก่แบบประเมินกลุ่มผู้ป่วย Trauma และ Non trauma โดยในกลุ่ม Non trauma แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มุ่งเน้นของ Clinical Lead Team ดังนี้ 1) Febrile Neutropenia 2) Fast track MI 3) Fast track Asthma Pediatric 4) Fast track Stroke 5) Abdominal pain</p> <p>2) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing Progress Note) เป็นแบบบันทึกเชิงบรรยายในรูปแบบ Assessment Intervention Evaluation (AIE)</p>

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	<p>ไม่มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่มีแนวทางในการบันทึกบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่สะดวกต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งไม่มีการบันทึกการพยาบาลด้านจิตใจ</p> <p>3) แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ(Resuscitate record) บันทึกการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพและการประเมินผลไม่ครบถ้วนและไม่รวดเร็ว</p> <p>4) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย ไม่มีแบบฟอร์มเฉพาะ บันทึกแบบบรรยายลงในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note)</p> <p>1.2.ปัญหาด้านวิธีการบันทึก มีการบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้</p> <p>1) การประเมินผู้ป่วยแรกรับ บันทึกไม่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤตเมื่อแรกรับ มีการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย แต่ไม่ตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วยและหรือญาติผู้ป่วย</p> <p>2) การวินิจฉัย การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล ไม่มีการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล แต่มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล แต่บันทึกไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและขาดการบันทึกการพยาบาลด้านจิตใจ</p> <p>1.3 ปัญหาด้านเนื้อหาการบันทึก บันทึกไม่สอดคล้อง ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง</p>

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	<p>1.4 ปัญหาด้านการนำข้อมูลไปใช้ ข้อมูลที่บันทึกไว้ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ได้</p> <p>1.5 ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>1.6 ผู้บันทึกขาดความรู้ ความสามารถ ขาดทักษะทางการพยาบาล ประสบการณ์น้อย ขาดความมั่นใจ ขาดแรงจูงใจ รวมทั้งมีทัศนคติเชิงลบต่อการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>1.7 ขาดความสม่ำเสมอของกรณีศึกษาทางการพยาบาล ส่วนการควบคุมกำกับดูแล ติดตาม ตรวจสอบการบันทึก รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอ</p> <p>1.8 ปัญหาด้านระบบงานจากพยาบาลมีภาระงานมาก</p>
<p>2. ท่านมีแนวทางในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างไรบ้าง</p>	<p>แนวทางการพัฒนาและการสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมี ดังนี้</p> <p>2.1 ด้านแบบฟอร์มการบันทึกที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และไม่ซ้ำซ้อนมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แบบฟอร์มบันทึกการรับผู้ป่วยใหม่ (Nursing Admission Assessment form) 2) แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan problem list)

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	<p>3) แบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nusing progress note, Nurse Note)</p> <p>4) แบบฟอร์มบันทึกคาร์เดก (Kardex)</p> <p>5) แบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic Sheet)</p> <p>6) แบบฟอร์มบันทึกการให้ยา (Medication Sheet)</p> <p>7) แบบฟอร์มบันทึกย่อ เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยบางราย เพื่อบันทึกการประเมินและกิจกรรมการดูแลที่สำคัญ</p> <p>8) แบบฟอร์มบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning)</p> <p>9) แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน</p> <p>10) แบบฟอร์มบันทึกเฉพาะของหอผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ เป็นแบบฟอร์มที่แต่ละหน่วยงานกำหนดขึ้นเหมาะสมกับการบันทึกปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละแผนก</p> <p>2.2 รูปแบบการบันทึกที่มีการพัฒนาหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่ปฏิบัติดังนี้</p> <p>1) รูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem Oriented Charting)</p> <p>2) รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (Problem Intervention Evaluation)</p> <p>3) รูปแบบการบันทึกโดยใช้รูปแบบซีอีบี (CBE = Charting by Exception)</p>

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	<p>4) รูปแบบการบันทึกแบบ FACT (Flow Sheet Assessment Concise Timely)</p> <p>5) รูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Charting by Nursing Process)</p> <p>2.3 การพัฒนาด้านวิธีการบันทึก มีแนวทางพัฒนาดังนี้</p> <p>1) สร้างแบบฟอร์มการบันทึกที่มีแนวทางการบันทึกโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ใช้หลัก ABCDE ได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจ (A=Airway) การประเมินการหายใจ (B=Breathing) การประเมินการไหลเวียน (C= Circulation) การประเมินการใช้ยาและการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง (D=Drug and Diagnosis) การประเมินการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (E=Equipment) รวมทั้งสร้างแนวทางการบันทึกการประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยและหรือญาติผู้ป่วย</p> <p>2) กำหนดรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานโดยใช้รูปแบบบันทึกแบบ PIE ประกอบด้วย ปัญหาทางการพยาบาล (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลของการพยาบาล(Evaluation)รวมทั้งกำหนดการบันทึกความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยหรือญาติด้วย</p> <p>2.4 พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบบันทึกแบบมีโครงสร้าง และมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล โดยเป็นแบบบันทึกทางการ</p>

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	<p>พยาบาลแบบบูรณาการที่มีการประเมินภาวะสุขภาพ การบันทึกช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR) Nursing Progress Note และการบันทึกสรุปจำหน่ายอยู่ในแบบบันทึกชุดเดียวกัน โดยมีแนวทางการพัฒนาดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1).พัฒนาแบบบันทึกประเมินผู้ป่วยแรกรับโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Critical Care Form) ได้แก่ ABCDE 2) พัฒนาแบบบันทึกข้อวินิจฉัย-การปฏิบัติ-การประเมิน ตามรูปแบบการบันทึกแบบ PIEเป็นแบบมีโครงสร้างมีแนวทางการบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หัวข้อที่เลือกและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน 3) พัฒนาแบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitate record)1) ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ใช้หลัก ABCDE โดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน และมีแนวทางการบันทึก - มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Intervention) ที่เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ บันทึกการให้ยาและบันทึกชื่อพยาบาลผู้ให้ยา บันทึกการติดตามสัญญาณชีพระหว่าง Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) และ Post CPR ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย - มีบันทึกสรุปข้อมูลและประเมินผลการ CPR ของพยาบาล

แนวคำถาม	แนวคำตอบ
	<p>4) พัฒนาแบบบันทึกการสรุปจำหน่ายเป็นแบบฟอร์มที่เป็นโครงสร้างโดยใช้ เครื่องหมาย v หัวข้อที่เลือกและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน โดยบันทึกสรุปอาการและการรักษาของผู้ป่วยโดยย่อตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อ การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนย้าย การประเมินสภาพร่างกาย สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ผลการตรวจพิเศษ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตกำหนดให้บันทึกสรุปอาการและการรักษาของผู้ป่วยโดยย่อตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งหรือเสียชีวิต ประเภทของการจำหน่ายศพ และคำแนะนำในการจัดการศพ</p>



แบบตรวจสอบคุณภาพและคู่มือตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

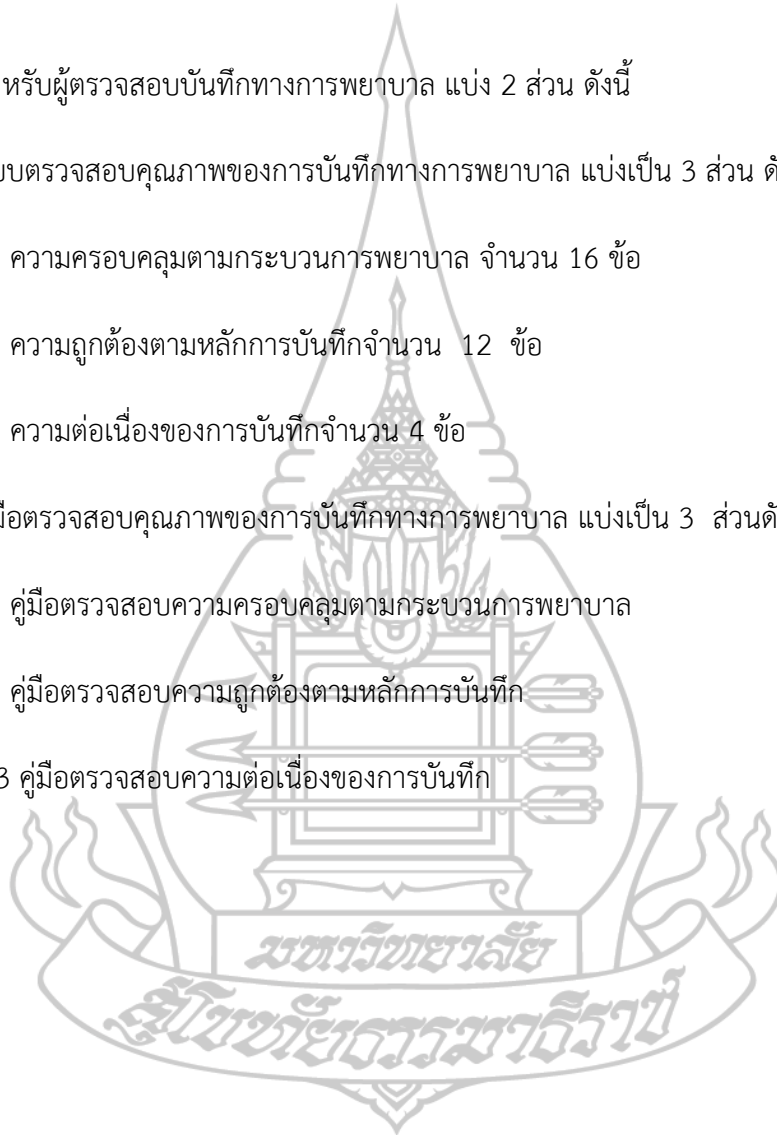
คำชี้แจง สำหรับผู้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบ่ง 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 1.1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 16 ข้อ
- 1.2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึกจำนวน 12 ข้อ
- 1.3 ความต่อเนื่องของการบันทึกจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 คู่มือตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

- 2.1 คู่มือตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
- 2.2 คู่มือตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก
- 2.3 คู่มือตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก



ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1.1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คำชี้แจง สำหรับผู้ตรวจสอบการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เป็นเกณฑ์พิจารณาตัดสินการให้คะแนน

1 คะแนน หมายถึง มีการบันทึกตามรายการที่กำหนด

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีการบันทึกตามรายการที่กำหนด

รายการ	ผลการตรวจสอบ	
	1	0
1.การประเมินภาวะสุขภาพ		
1.1 มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ		
1.2 มีการบันทึกข้อมูลการประเมินจากการสังเกตและ/หรือการตรวจร่างกายตามหลักการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติตามหลัก Admission Quick Check (ABCDE)		
1.3 มีการบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการ		
1.4 มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มความเจ็บป่วยในปัจจุบันและลักษณะอาการของความเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล		
1.5 มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต		
1.6. มีบันทึกประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยา อาหาร และสารอื่น ๆ		

รายการ	ผลการ ตรวจสอบ	
	1	0
1.7 มีการบันทึกข้อมูลการประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วย/ ญาติ		
2. การวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาของผู้ป่วย		
2.1 มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วย ได้ถูกต้องตามหลักการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล		
2.2 มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตสังคม ของ ผู้ป่วย/ญาติได้ถูกต้องตามหลักการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
3. การปฏิบัติการพยาบาล		
3.1 มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ กำหนดไว้		
3.2 มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วย/ญาติโดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่กำหนดไว้		
4. การประเมินผลการพยาบาล		
4.1 มีการบันทึกประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนอง ความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้		
4.2 มีการบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนอง ความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วย/ญาติ โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการ พยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้		

รายการ	ผลการ ตรวจสอบ	
	1	0
5. การสรุปการจำหน่าย		
5.1 มีการบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย โดยระบุวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย		
5.2 มีการบันทึกประเภทของจำหน่าย		
5.3 มีการบันทึกคำแนะนำที่ให้แกญาติเมื่อจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อหรือจำหน่ายเสียชีวิต		



ส่วนที่ 1.2 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

คำชี้แจง สำหรับผู้ตรวจสอบการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเป็นเกณฑ์พิจารณาตัดสินการให้คะแนน

1 คะแนน หมายถึง มีการบันทึกตามรายการที่กำหนด

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีการบันทึกตามรายการที่กำหนด

รายการ	ผลการตรวจสอบ	
	1	0
1. มีการบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
2. มีการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาลปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
3. มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
4. มีการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
5. มีการบันทึกวัน และเวลา ที่ปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง		
6. มีการบันทึกข้อมูลด้วยลายมืออ่านออกง่ายทุกข้อความ		
7. มีการบันทึกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ชัดเจน ได้ใจความ		
8. มีการบันทึกโดยใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลหรือตามที่หน่วยงานกำหนด		

รายการ	ผลการตรวจสอบ	
	1	0
9. มีการบันทึก ชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึกภายหลังการบันทึกทุกครั้ง		
10. มีการบันทึก ระบุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย หอผู้ป่วยในแบบ บันทึกทุกแผ่น		
11. มีการบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือตามที่หน่วยงานกำหนดทุกครั้ง		
12. มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับทุกครั้ง		



ส่วนที่ 1.3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจสอบการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เป็นเกณฑ์พิจารณาตัดสินการให้คะแนน

รายการ	ผลการตรวจสอบ			
	3	2	1	0
1.การประเมินภาวะสุขภาพ 1.1 มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมขณะช่วยฟื้นคืนชีพและหลังช่วยฟื้นคืนชีพในแบบบันทึกทางการแพทย์				
2.การวินิจฉัยทางการแพทย์ 2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และมีการบันทึกข้อวินิจฉัยใหม่เพิ่มเติมเมื่อประเมินพบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติในแบบบันทึกทางการแพทย์				
3.การปฏิบัติการพยาบาล 3.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขในแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลสืบเนื่องกันตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน				
4.การประเมินผลการพยาบาล 4.1 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน				

ส่วนที่ 2 คู่มือตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 2.1 คู่มือตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คำชี้แจง ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น จะถือว่ามีการบันทึก และได้คะแนนเท่ากับ 1 จะต้องมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
1.การประเมินภาวะสุขภาพ	
1.1 มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ (ใบคัดกรอง-เก่า / แบบประเมินแรกรับ-ใหม่) :มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย	จากการสัมภาษณ์ ญาติของผู้ป่วย ให้ประวัติ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล บนเจ็บหน้าอก
1.2 มีการบันทึกข้อมูลการประเมินจากการสังเกตและ/หรือการตรวจร่างกายตามหลักการประเมินผู้ป่วย ระยะวิกฤติตามหลัก Admission Quick Check (ABCDE) (ใบคัดกรอง-เก่า / แบบประเมินแรกรับ-ใหม่) :มีการบันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการสังเกตและ/หรือการตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป สีหน้า ท่าทาง ของผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ	ผู้ป่วยชายไทยมีอาการหายใจหอบ เหนื่อย R= 40 ครั้งต่อนาที P=120 ครั้งต่อนาที BP = 90/60 mmHg
1.3 มีการบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ(ใบคัดกรองและใบบันทึก CPR -เก่า / แบบประเมินแรกรับ-ใหม่) :มีการบันทึกเหตุการณ์การเข้ารับการรักษาหรืออาการสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล พร้อมระบุระยะเวลาที่เกิดอาการนั้นๆตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล	หมดสติ 20 นาที ก่อนมา โรงพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1.4 มีการบันทึกเวลาที่เริ่มความเจ็บป่วยในปัจจุบันและลักษณะอาการของความเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล (ใบคัดกรอง-เก่า / แบบประเมินแรกรับ-ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยและลักษณะอาการของการเจ็บป่วย</p>	<p>3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ไอ หายใจหอบ วันนี้ ยังมีไข้สูง ไอมาก หายใจเหนื่อยหอบ จึงมา รพ.</p>
<p>1.5 มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ใบคัดกรอง-เก่า / แบบประเมินแรกรับ-ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีต เช่น โรคเรื้อรัง โรคติดเชื้อ และโรคทางพันธุกรรม</p>	<p>ประวัติเจ็บป่วยในอดีต</p> <p>() ปฏิเสธ</p> <p>(✓) โรคเรื้อรัง HT DM DLP</p>
<p>1.6. มีการบันทึกประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยา อาหาร และสารอื่น ๆ (ใบคัดกรอง-เก่า / แบบประเมินแรกรับ-ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกแพ้ยาต่างๆที่เกิดจากการใช้ยา อาหารและสารอื่นๆ เช่น อาหารทะเล เกสรดอกไม้</p>	<p>() No</p> <p>(✓) Yes แพ้ Amoxicillin</p>
<p>1.7 มีการบันทึกข้อมูลการประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วย/ญาติ (ใบคัดกรอง-เก่า / แบบประเมินแรกรับ-ใหม่)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วย/ญาติ</p>	<p>สภาพจิตใจแรกรับของผู้ป่วย</p> <p>() Fear () Anxiety</p> <p>(✓) Not applicable (ไม่รู้สึกร่าง)</p>
<p>2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย</p>	
<p>2.1 มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามรูปแบบและหลักการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล-ใหม่)</p>	<p>(✓) มีภาวะ cardiopulmonary Arrest เนื่องจากเสียเลือดมาก</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
: มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย ด้านร่างกายในรูปของปัญหา+เนื่องจาก+(ปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง)	
2.2 มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ ของผู้ป่วย/ญาติได้ถูกต้องตามรูปแบบการวินิจฉัยทางการ พยาบาล(ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล- ใหม่) : มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย ด้านจิตใจในรูปของปัญหา+เนื่องจาก+(ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)	(✓) ญาติกลัวการสูญเสียชีวิตของ ผู้ป่วย
3. การปฏิบัติการพยาบาล	
3.1 มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของ ผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้ (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือ ใบบันทึก CPR -เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้า ทางการพยาบาล หรือแบบบันทึกการเฝ้าระวังและการ ติดตามอาการ-ใหม่) :มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความ ต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย	1. เตรียมรถ Emergencyและ อุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ 2.ร่วม CPR ตาม ACLS algorithm
3.2 มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านจิตใจของ ผู้ป่วย/ญาติโดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ กำหนดไว้ (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือ	1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ระบายความรู้สึกและซักถาม เพื่อให้ เกิดความกระจ่างของข้อมูลที่ได้รับ

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>ใบบันทึก CPR -เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและ ความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือแบบบันทึกการเฝ้า ระวังและการติดตามอาการ-ใหม่)</p> <p>มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความ ต้องการด้านจิตใจ ของผู้ป่วยหรือญาติ</p>	<p>2.กล่าวแสดงความเสียใจ ปลอบโยน ให้กำลังใจกับญาติ</p>
<p>4. การประเมินผลการพยาบาล</p>	
<p>4.1 มีการบันทึกประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดย สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาลตามที่กำหนดไว้ (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการ พยาบาล-เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้า ทางการพยาบาล-ใหม่)</p> <p>มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ หรือพฤติกรรมของ ผู้ป่วยด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>ปัญหา (Problem: P) : Cardiopulmonary Arrest Due to Respiratory depression</p> <p>การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention: I) : ร่วม CPR ตาม ACLS algorithm</p> <p>การประเมินผล (Evaluation: E) : เวลา 18.30 น. Post CPR ผู้ป่วยมี ROSC (Return of spontaneous circulation</p>
<p>4.2 มีการบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย/ญาติ โดย สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาลตามที่กำหนดไว้ (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการ พยาบาล-เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้า ทางการพยาบาล-ใหม่)</p> <p>มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ หรือพฤติกรรม ของผู้ป่วยหรือญาติ ด้านจิตใจ ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลัง การปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>(✓) ญาติยอมรับความสูญเสียผู้ป่วยได้</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
5. การสรุปการจำหน่าย	
<p>5.1 มีการบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย โดยระบุวัน เดือน ปี และเวลาที่จำหน่าย (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า / แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย-ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกข้อมูล วัน เดือน ปี และเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย</p>	<p>วันที่จำหน่าย 3 พ.ย. 62 เวลา 14.00 น</p>
<p>5.2 มีการบันทึกประเภทการจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อหรือจำหน่ายเสียชีวิต (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า / แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย-ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกประเภทการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีการบันทึกจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อหรือจำหน่ายเสียชีวิต</p>	<p>() จำหน่ายย้ายไปรักษาต่อที่ CCUหรือ</p> <p>(✓) จำหน่ายเสียชีวิต</p>
<p>5.3 มีการบันทึกคำแนะนำที่ให้แก่ญาติเมื่อจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อหรือจำหน่ายเสียชีวิต (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า / แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย-ใหม่)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำที่ให้แก่ญาติเกี่ยวกับการย้ายไปรักษาต่อ หรือคำแนะนำเรื่องการจัดการศพ</p>	<p>ให้คำแนะนำเรื่อง (✓) การย้ายไปรักษาต่อ (✓) การเยี่ยม ผู้ป่วย (✓) การเตรียมของใช้ในการนอนรักษาตัวใน รพ.</p>

ส่วนที่ 2.2 คู่มือตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

คำชี้แจง ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น จะถือว่ามีการบันทึก และได้คะแนนเท่ากับ 1 จะต้องมียละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1. มีการบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยให้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (แบบคัดกรอง-เก่า/ใบประเมินแรกรับใหม่)</p> <p>มีการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย</p>	<p>Chief complain หมดสติ 20 นาที ก่อนมา รพ.</p> <p>T=39.8°C P=40 /min R=16 /min</p> <p>BP=80/40 mmHg</p>
<p>2. มีการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า/แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล-ใหม่)</p> <p>มีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่รวบรวมได้</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>Cardiopulmonary Arrest เนื่องจากเสียเลือดมาก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>(✓) ผู้ป่วยไม่หายใจ</p> <p>(✓) No pulse</p> <p>(✓) EKG Asytole</p> <p>(✓) วัด BP ไม่ได้</p>
<p>3. มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือ ใบบันทึก CPR-เก่า/แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือแบบบันทึกการเฝ้าระวังและการติดตามอาการ-ใหม่)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>(✓) ญาติกลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ให้ข้อมูลญาติและจัดที่ให้ญาตินั่งรอ</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>: มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาที่มี</p>	<p>2. ประเมินการรับรู้ เตรียมความพร้อม ของญาติในการรับรู้ข้อมูล</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม และรับฟัง ความต้องการของญาติ</p>
<p>4. มีการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (ใบบันทึก ความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า/แบบบันทึกข้อ วิจัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล-ใหม่)</p>	<p>(ตรวจดูบันทึกการประเมินผล) เช่น</p> <p>E : CPR นาน 15 นาที Post CPR ผู้ป่วยมี ROSC</p>
<p>5. มีการบันทึกวัน และเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้กับ ผู้ป่วยทุกครั้ง (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือ ใบบันทึก CPR -เก่า/แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและ ความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือแบบบันทึกการเฝ้า ระวังและการติดตามอาการ-ใหม่)</p> <p>: มีการบันทึกวันที่ เวลา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยตามลำดับอย่างถูกต้อง</p>	<p>ตรวจดูบันทึกการให้ยา Intervention และ Procedure</p> <p>Time Chest compression start 12.00 น.</p>
<p>6. มีการบันทึกข้อมูลอ่านออกทุกข้อความ (ใบที่บันทึก ข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ เก่า / ใบที่บันทึกข้อมูลของ ผู้ป่วยทุกใบ-ใหม่)</p> <p>: มีการบันทึกด้วยลายมือที่ผู้อ่านสามารถอ่านออกได้รู้ เรื่องอย่างรวดเร็ว</p>	<p>(ตรวจดูลายมือผู้บันทึก สามารถอ่านออก)</p>
<p>7. มีการบันทึกข้อความด้วยคำที่สั้น กะทัดรัด ได้ ใจความ</p>	<p>Skin : () Normal (v)</p> <p>Cyanosis</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>(ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ เก่า / ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ -ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกข้อมูลโดยใช้คำที่สั้น เข้าใจง่าย สื่อความหมายได้ชัดเจน</p>	<p>() Pale () Jaundice () Mottled () Cold</p>
<p>8. มีการบันทึกโดยใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลหรือตามที่หน่วยงานกำหนด (ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ เก่า / ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ -ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกโดยใช้คำย่อ สัญลักษณ์ ศัพท์เทคนิคต่างๆ ที่นิยมใช้ และเป็นที่ยอมรับกันดีในทีมสุขภาพ</p>	<p>Pt= patient BP= Blood pressure</p>
<p>9. มีการบันทึก ชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึก ภายหลังการบันทึกทุกครั้ง (แบบคัดกรอง ใบบันทึก CPR แบบบันทึกความก้าวหน้า-เก่า / แบบประเมินแรกเริ่ม แบบบันทึกการเฝ้าระวังและการติดตามอาการ แบบบันทึกข้อวินิจฉัย แบบบันทึกสรุปจำหน่าย -ใหม่)</p> <p>: มีการบันทึกชื่อและตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึก ต่อท้ายบันทึกที่เขียนเสร็จแล้วทุกครั้ง</p>	<p>(ตรวจดูบันทึก มีการลงชื่อผู้บันทึก พร้อมตำแหน่งทุกครั้งที่มีการบันทึก) เช่น Post CPR ผู้ป่วยมี ROSC (Return of spontaneous circulation) Level of consciousness Unresponsive ผู้บันทึก วรรณพร ประสพคำ RN</p>
<p>10. ระบุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย หอผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกแผ่น (ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ - เก่า / ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ -ใหม่)</p>	<p>(ตรวจดูบันทึก มีการบันทึกชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกแผ่น) เช่น นาย ยินดี สุขมาก HN. 1234/63</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
: มีการบันทึกชื่อ-สกุล เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกแผ่น	
<p>11. มีการบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือตามที่หน่วยงานกำหนดทุกครั้ง (ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ - เก่า / ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ - ใหม่)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความต่างๆในแบบบันทึกที่สร้างขึ้นโดยใช้ปากกาสีน้ำเงิน สีดำหรือสีที่กำหนดทุกครั้ง</p>	(ตรวจดูบันทึก มีการบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน)
<p>12. มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับทุกครั้ง (ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ - เก่า / ดูใบที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกใบ - ใหม่)</p> <p>: มีการแก้ไขคำหรือข้อความที่ผิด โดยขีดเส้นตรงทับคำหรือข้อความที่เขียนผิด และเซ็นชื่อกำกับ แล้วเขียนคำที่ถูกต้องต่อไป</p>	มีหัวใจหอบเหนื่อยหยุดหายใจ ^{เพื่อครู}



ส่วนที่ 2.3 คู่มือตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

คำชี้แจง รายละเอียดในการตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึกและเกณฑ์ในการให้คะแนน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>1.การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย</p> <p>1.1 มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมขณะช่วยฟื้นคืนชีพและหลังช่วยฟื้นคืนชีพในแบบบันทึกทางการพยาบาล (ใบคัดกรอง แบบบันทึก CPR - เก่า / แบบประเมินแรกรับ แบบบันทึกการเฝ้าระวังและการติดตามอาการ-ใหม่)</p> <p>: มีการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยต่อเนื่องกัน โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบบันทึก 2) มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมขณะช่วยฟื้นคืนชีพ 3) มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมหลังช่วยฟื้นคืนชีพ 	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 , 2 และ 3</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2 หรือ ข้อที่ 2 และ 3 หรือ ข้อที่ 1 และ 3</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 หรือ 2 หรือ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลในข้อที่ 1 , 2 และ 3</p>
<p>2.การวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และมีการบันทึกข้อวินิจฉัยใหม่เพิ่มเติมเมื่อประเมินพบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติในแบบบันทึกการพยาบาล (ใบบันทึก</p>	<p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุไว้ในข้อ 1 และ 2 ครบถ้วน</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุไว้ในข้อ 1 หรือ 2</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>ความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล-ใหม่)</p> <p>มีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต่อเนื่องกันโดยบันทึกได้ดังนี้</p> <p>1) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับไว้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>2) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบภายหลัง 30 นาที ในแบบบันทึกทางการพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>	<p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุไว้ข้อ 1 และ 2</p>
<p>3.การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>3.1 มีบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขในแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลสืบเนื่องกันตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือ ใบบันทึก CPR -เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล หรือแบบบันทึกการเฝ้าระวังและการติดตามอาการ ใบสรุปรายจำหน่าย -ใหม่)</p> <p>มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติการต่อผู้ป่วยต่อเนื่องกัน โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <p>1) บันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอน CPR</p>	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 , 2 และ 3</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2 หรือ ข้อที่ 2 และ 3 หรือ ข้อที่ 1 และ 3</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 หรือ 2 หรือ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลในข้อที่ 1 , 2 และ 3</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>2) หลัง CPR มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามอาการ (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตมีบันทึกปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลการแต่งศพ)</p> <p>3) บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลก่อนจำหน่าย (กรณีย้ายไปรักษาต่อมีบันทึกการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลต่อเนื่องกับญาติ หรือ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตมีบันทึกการให้คำแนะนำเรื่องการจัดการศพ)</p>	
<p>4. การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>4.1 . มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ใบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล-เก่า / แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและความก้าวหน้าทางการพยาบาล-ใหม่)</p> <p>:มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อเนื่องกัน โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <p>1) บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับ</p> <p>2) บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาที่พบภายใน 30 นาที ต่อจากแรกรับ</p> <p>3)บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในการจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อหรือจำหน่ายเสียชีวิต</p>	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 , 2 และ 3</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2 หรือ ข้อที่ 2 และ 3 หรือ ข้อที่ 1 และ 3</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 หรือ 2 หรือ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลในข้อที่ 1 , 2 และ 3</p>

แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนาารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยแบบสอบถามความคิดเห็นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน /

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง ทั้งนี้คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ คำตอบของท่านจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง



ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

(นางวาทาภาศโทหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี)

นักศึกษาปริญญาโท วิชาเอกบริหารการพยาบาล
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุปี.....เดือน
2. เพศ
 หญิง ชาย
3. วุฒิการศึกษา
 ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก อื่น ๆ ระบุ.....
4. ประสบการณ์ในการทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....ปี
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง
 พยาบาลวิชาชีพ อื่น ๆ ระบุ.....
6. หลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลท่านเคยเข้ารับการอบรมเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหรือไม่
 เคย ไม่เคย
7. หลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลท่านเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ/อุบัติเหตุฉุกเฉินหรือไม่
 เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้

คำชี้แจง ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ปฏิบัติ ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ท่านใช้บันทึกในโรงพยาบาลของท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับการรับรู้คุณค่าของท่านมากที่สุด

5 คะแนน = ท่านรับรู้ว่าคุณค่าตามที่มีคะแนนที่ระบุในข้อความนั้นมากที่สุด (ร้อยละ 81-100)

4 คะแนน = ท่านรับรู้ว่าคุณค่าตามที่มีคะแนนที่ระบุในข้อความนั้นมาก (ร้อยละ 61-80)

3 คะแนน = ท่านรับรู้ว่าคุณค่าตามที่มีคะแนนที่ระบุในข้อความนั้นปานกลาง (ร้อยละ 41-60)

2 คะแนน = ท่านรับรู้ว่าคุณค่าตามที่มีคะแนนที่ระบุในข้อความนั้นน้อย (ร้อยละ 21-40)

1 คะแนน = ท่านรับรู้ว่าคุณค่าตามที่มีคะแนนที่ระบุในข้อความนั้นน้อยที่สุด (ร้อยละ 0-20)

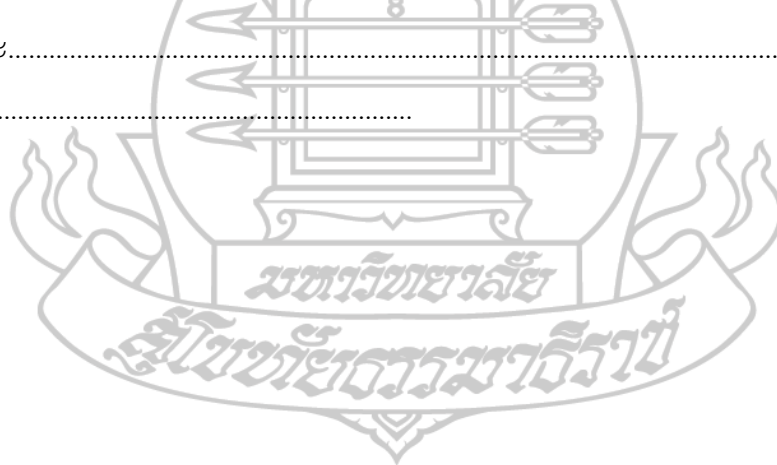
การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
1.การประเมินผู้ป่วย					
1.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์นี้ช่วยให้ท่านบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติตามหลักการประเมิน Admission Quick check (ABCDE) เมื่อแรกรับได้อย่างครบถ้วน					
1.2 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์นี้ช่วยให้ท่านบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤติตามหลักการประเมิน Admission Quick check (ABCDE) ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว					

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
1.3 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกการประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย และจิตสังคมได้อย่างครบถ้วน					
1.4 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแบบบันทึกได้อย่างสะดวก รวดเร็ว					
2.การวินิจฉัยการพยาบาล					
2.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน					
2.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาที่พบได้อย่างสะดวก รวดเร็ว					
3.ปฏิบัติการพยาบาล					
3.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน					
3.2 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว					
4. การประเมินผล					
4.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละปัญหาอย่างได้อย่างครบถ้วน					

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
4.2 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละปัญหาได้อย่างสะดวก รวดเร็ว					
5. การสรุปจำหน่าย					
5.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อ หรือบันทึกจำหน่ายถึงแก่กรรมได้อย่างครบถ้วน					
5.1 รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ช่วยให้ท่านบันทึกจำหน่ายย้ายไปรักษาต่อ หรือบันทึกจำหน่ายถึงแก่กรรมได้อย่างสะดวก รวดเร็ว					

ข้อเสนอแนะ.....

.....



แบบบันทึกทางการแพทย์ารูปแบบใหม่



แบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต

การประเมินการรับและการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤต (Initial Assessment and CPR for Critical Patient)

Patient's name Age () Male () Female HN ID		3. Location Arrest Occurred () In-Hospital Cardiac Arrest () Out of Hospital Cardiac Arrest 4. Witnessed () Yes () No () Unknown มา รพ. โดย () เดินทางมาเอง () ถูกนำส่ง () Refer จาก □ อื่น ๆ	
5. อาการสำคัญที่มา รพ. ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต () ปฏิเสธ () โรคเรื้อรัง () โรคติดเชื้อ () โรคทางพันธุกรรม Allergy () Yes () No ; If Yes () Drug () Food () Other ผู้ให้ประวัติ เกี่ยวข้องเป็น		6. สภาพจิตใจแรกเริ่มของผู้ป่วย () Fear () Anxiety () Not applicable (ไม่มีรู้สึกตัว) สภาพจิตใจแรกเริ่มของญาติ () Fear () Anxiety () Not applicable (ไม่พบญาติ)	
8. Assessment 8.1 Initial vital sign T C PR bpm RR mmHg O2 sat % 8.2 Air way at Onset : () Spontaneous () Apnea () Agonal () Other 8.3 Breathing () No () Yes : () Rapid () Shallow () Deep : Accessory muscle used () Yes () No 8.4 Circulation Initial Rhythm () VF () VT () PEA () Bradycardia () Asystole () อื่น ๆ 8.5 LOC () Alert () Voice Responsive () Pain Responsive () Unresponsive 8.6 GCS E V M Total score 8.7 Pupil : RT mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed LT mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed		7. Initial condition 7.1 Unconscious () Yes () No 7.2 No breathing () Yes () No 7.3 No pulse () Yes () No	
9. Procedure ETT Intubation Time start Size Position IV Access : () Peripheral () IO ; position () C line ; Position Drainage : () ICD : () Rt ICD No () Lt ICD No : () Foley Cath No () N-G tube No () อื่น ๆ Lab () CBC () Bun Cr () Electrolyte () Cong () Cardiac enzymes () ABG () HIV () UA () H/C () U/C () Sputum C/S () LAB อื่น ๆ () X-match Radiology () CT Scan ; part () Ultrasound ; part () X- RAY ; part		8.8 Skin : () Normal () Cyanosis () Pale () Jaundice () Mottled () Cold	
10. บันทึกสรุปข้อมูล CPR (สำหรับพยาบาล) ลงชื่อ พยาบาลผู้บันทึก Witnessed () Yes () No Time CPR team called Time CPR team arrived Time Arrest confirmed Time Chest compression start Time to Defibrillation start Time to first Ambubag with facemask Time to Intubation successful Time to First dose Adrenaline Time to CPR successful		Post CPR Level of consciousness () Alert () Voice responsive () Pain responsive () Unresponsive Vital sign BP mm hg PR bpm RR bpm O2 Sat % GCS E V M Total score pupil : RT mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed LT 4 mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed	
		Response to command () Yes () No Response to pain () Yes () No Oxygen Delivery () Canular () Mask with bag () ET with Ventilator () TT with Ventilator Status () Dead Time () Transfer to ICU Med Time	
		ลงชื่อ ผู้บันทึก RN	

คู่มือแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

คู่มือแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ประกอบด้วย รายละเอียด ในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

- 1.วัตถุประสงค์ของการบันทึก
- 2.ลักษณะของแบบบันทึก
- 3.วิธีการบันทึก
- 4.ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.วัตถุประสงค์ของการบันทึก

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามการดูแลรักษาพยาบาล และสื่อสารในทีมสุขภาพ
- 2) เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 3) เพื่อเป็นเอกสารและหลักฐานทางกฎหมาย

2. ลักษณะของแบบบันทึก

แบบบันทึกแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินแรกรับและการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Initial Assessment and CPR Form for Critical Patient) มี 2 หน้า ดังนี้

หน้าที่ 1 บันทึกการประเมินแรกรับและบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ

หน้าที่ 2 บันทึกการเฝ้าระวังและการติดตามอาการ (Monitoring Nursing Record)

2.2 แบบบันทึกข้อวินิจฉัย และความก้าวหน้าทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ (Nursing Diagnosis and progress note form for critical patient) มี 3 หน้า (หน้าที่ 3 4 และหน้าที่ 5) มี 5 ข้อวินิจฉัย และแบบเขียนข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาใหม่

2.3 แบบสรุปลำหน่ยมี 1 หน้า (หน้าที 6) แบ่งเป็น 2 ส่วน คืสรุปลำหน่ยย้ายไปรักษาต่อ และสรุปลำหน่ยเสียชีวิต

3.วิธีการบันทึก มีดังนี้

3.1 แบบประเมินแรกรับและการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Initial Assessment and CPR Form for Critical Patient) เป็นแบบบันทึกแบบมีโครงสร้าง และมีแนวทางการบันทึก โดยมีข้อรายการให้เลือกบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วนและเติมข้อความในช่องที่กำหนด มี 2 หน้า ดังนี้

หน้าที 1 บันทึกการประเมินแรกรับและบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ

หน้าที 2 บันทึกการเฝ้าระวังและการติดตามอาการ (Monitoring Nursing Record)

3.2 แบบบันทึกข้อวินิจฉัย และความก้าวหน้าทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ (Nursing diagnosis and progress note form for critical patient) เป็นแบบบันทึกแบบมีโครงสร้าง และมีแนวทางการบันทึก มี 5 ข้อวินิจฉัย และแบบเขียนข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาใหม่ โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

1) ส่วนของปัญหา (Problem) มีข้อรายการให้เลือกบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน

2) ส่วนของการปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลกำหนดไว้เป็นรายชื่อและเขียนเพิ่มเติมเมื่อปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้ ในกรณีที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้ให้ขีดทึงและเซ็นต์ชื่อกำกับ

3) การประเมินผล (Evaluation) มีแนวทางการบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อการประเมินผลที่กำหนดไว้และเขียนเพิ่มเติมเมื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากแนวทางการบันทึกที่กำหนดไว้

3.3 แบบบันทึกการสรุปลำหน่ย เป็นแบบบันทึกแบบมีโครงสร้าง และมีแนวทางการบันทึก โดยมีข้อรายการให้เลือกบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วนและเติมข้อความในช่องที่กำหนด แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ คืสรุปลำหน่ยย้ายไปรักษาต่อ และสรุปลำหน่ยเสียชีวิต

4. ตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ตัวอย่างการบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการแสดงการเขียนข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลที่ยกมาอ้างอิงให้เป็นรูปธรรม เกี่ยวกับอาการ การพยาบาล และการประเมินผู้ป่วยวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



แบบบันทึกทางการแพทย์มาตรฐานสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต

การประเมินและการตรวจพบระยะวิกฤต (Initial Assessment and CPR for Critical Patient)

<p>Patient's name นาย อธิษฐ์ สุขุมภักดิ์ Age 49 () Male () Female HN 1234/63 ID 1234567890123</p>	<p>1. Date of Arrest 12 มิถุนายน 63 Time of Arrest 18.00 น. 2. DX Hypoxia</p>	<p>3. Location Arrest Occurred () In-Hospital Cardiac Arrest () Out of Hospital Cardiac Arrest 4. Witnessed () Yes () No () Unknown มารพ. โดย () เดินทางมาเอง () ถูกนำส่ง () Refer จาก () อื่น ๆ</p>	<p>7. Initial condition 7.1 Unconscious () Yes () No 7.2 No breathing () Yes () No 7.3 No pulse () Yes () No</p>
<p>5. อาการสำคัญที่มารพ. นายใจหอมเหมือนเริ่มไม่รู้สึกตัว 30 นาทีก่อนมารพ. ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 hrs. PTA มีอาการไปนอนห้องนอนที่ห้องพยาบาล ไม่ตื่น 30 นาที PTA นายใจหอมเหมือนยกขาขึ้นและเรียก ไม่รู้สึกตัว ประวัติเจ็บป่วยในอดีต () ปกติ () โรคหัวใจ () โรคไต () โรคทางพันธุกรรม..... () Food..... () Drug..... () Other..... Allergy () Yes () No ; If Yes () Drug..... () Food..... () Other..... ผู้ที่ประวัติ นาย ปรวีดา สุขุมภักดิ์ เกี่ยวข้องเป็น บุตร ของผู้ป่วย</p>	<p>6. สภาพจิตใจก่อนรับของผู้ป่วย () Fear () Anxiety () Not applicable (ไม่รู้สึกตัว) สภาพจิตใจก่อนรับของญาติ () Fear () Anxiety () Not applicable (ไม่พบญาติ)</p>	<p>8.8 Skin : () Normal () Cyanosis () Pale () Jaundice () Mottled () Cold 9. Procedure ETT Intubation Time startSizePosition IV Access : () ICD : () Rt ICD No () Lt ICD No..... Drainage : () ICD : () Rt ICD No () N-G tube No () อื่น ๆ</p>	<p>8.1 Initial vital sign T 36.5 C PR - bpm RR 20 ไม่ได้ bpm BP 20/100 mmHg O2 sat 20 % 8.2 Air way at Onset : () Spontaneous () Apnea () Agonal () Other..... 8.3 Breathing () No () Yes : () Rapid () Shallow () Deep : Accessory muscle used () Yes () No 8.4 Circulation Initial Rhythm () VF () VT () PEA () Bradycardia () Asystole () อื่น ๆ</p>
<p>8.5 LOC () Alert () Voice Responsive () Pain Responsive () Unresponsive 8.6 GCS E 1 V 1 M 1 Total score 3 8.7 Pupil : RT 5 mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed LT 5 mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed</p>	<p>8.8 Skin : () Normal () Cyanosis () Pale () Jaundice () Mottled () Cold 9. Procedure ETT Intubation Time startSizePosition IV Access : () ICD : () Rt ICD No () Lt ICD No..... Drainage : () ICD : () Rt ICD No () N-G tube No () อื่น ๆ</p>	<p>8.8 Skin : () Normal () Cyanosis () Pale () Jaundice () Mottled () Cold 9. Procedure ETT Intubation Time startSizePosition IV Access : () ICD : () Rt ICD No () Lt ICD No..... Drainage : () ICD : () Rt ICD No () N-G tube No () อื่น ๆ</p>	<p>8.1 Initial vital sign T 36.5 C PR - bpm RR 20 ไม่ได้ bpm BP 20/100 mmHg O2 sat 20 % 8.2 Air way at Onset : () Spontaneous () Apnea () Agonal () Other..... 8.3 Breathing () No () Yes : () Rapid () Shallow () Deep : Accessory muscle used () Yes () No 8.4 Circulation Initial Rhythm () VF () VT () PEA () Bradycardia () Asystole () อื่น ๆ</p>
<p>10. บันทึกสรุปข้อมูล CPR (สำหรับพยาบาล) ลงชื่อ พยาบาลผู้บันทึก..... Witnessed () Yes () No Time CPR team called 18.00 น. Time CPR team arrived 18.00 น. Time Arrest confirmed 18.00 น. Time Chest compression start 18.00 น. Time to Defibrillation start 18.02 น. Time to first Ambubag with facemask 18.03 น. Time to Intubation successful 18.05 น. Time to First dose Adrenaline 18.05 น. Time to CPR successful 18.10 น.</p>	<p>Defibrillation 2 ครั้ง Adrenaline 2 Amp Atropine - Amp Calcium Gluconate - Amp Amiodarone - Amp Sodium bicarbonate - Amp 10% Magnesium sulphate - Amp Other</p>	<p>Post CPR Level of consciousness () Alert () Voice responsive () Pain responsive () Unresponsive Vital sign BP 102/59 mm hg PR 132 bpm RR 20 bpm O2 Sat 92 % GCS E 1 V 1 M 1 Total score 3 pupil : RT 4 mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed LT 4 mm () dilate () RTL normal () RTL sluggish () fixed</p>	<p>Response to command () Yes () No Response to pain () Yes () No Oxygen Delivery () Canular () Mask with bag () ET with Ventilator () TT with Ventilator Status () Dead Time..... () Transfer to ICU Med Time 18.40 น.</p>
<p>ลงชื่อ ผู้บันทึก นายพรวิเศษ ปรวีดา RN</p>			

แบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิม



แบบบันทึกการ CPR ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

ชื่อ - นามสกุล HN
(ติดสติ๊กเกอร์)

วันที่ CPR เวลา Vital sign แรกเริ่ม BP P R T CGS: E V M
 Chief complain EKG แรกเริ่ม
 Arrest witness non-witness พบผู้ป่วยเวลา CPR ก่อนมาถึงโรงพยาบาล YES NO โดย..... DTX

time	BP Pulse	Medication						Defib/Cardiovert Mono. Bipha	EKG	หมายเหตุ (เช่น IV, Blood component, Inotropic drug)
		Adrenaline	Atropine	Coronarone	NaHCO ₃	MgSO ₄	Ca Gluconate			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

On ETT เวลา No. Mark. By. หยุด CPR : เวลา เนื่องจาก
 หมดการฟิวซ Cut Down เวลา DPL เวลา ICD เวลา Internal jugular cath เวลา อื่นๆ
 ย้ายไป เวลา Vital sign ก่อนย้าย BP P R T
 แพทย์เจ้าของไข้ ผู้บันทึก (พยาบาล)

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

Trauma

Code.....Activated

HN. Date Time

Name อายุ Sex Male Female

กลับจาก ER ครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา

อาการสำคัญ

โรคประจำตัว

สิทธิคำรักษาพยาบาล

ข้าราชการ ทอ. ประกันสังคม

ครอบครัว ทอ. เงินสด

ประกันสุขภาพ อื่นๆ

แพทย์.....

TRIAGE NOTE

มา รพ.โดย มาเอง ญาติ มูลนิธิ ตำรวจ Refer จาก..... อื่นๆ.....

อุบัติเหตุจาก Traffic GSW Stab wound ตกที่สูง ทกถ้ำ ถูกทำร้าย ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

สารเคมี ถูกเครื่องจักร ทำร้ายตนเอง สัตว์กัด อื่นๆ.....

NURSING ASSESSMENT

Vital Sign BT.....°C PR...../min RR...../min BP.....mmHg O₂ sat% DTX.....mg%

Breathing Spontaneous Dyspnea Air Hunger Apnea Hyperventilation ET tube อื่นๆ.....

Neurological GCS E.....V.....M..... Total Score

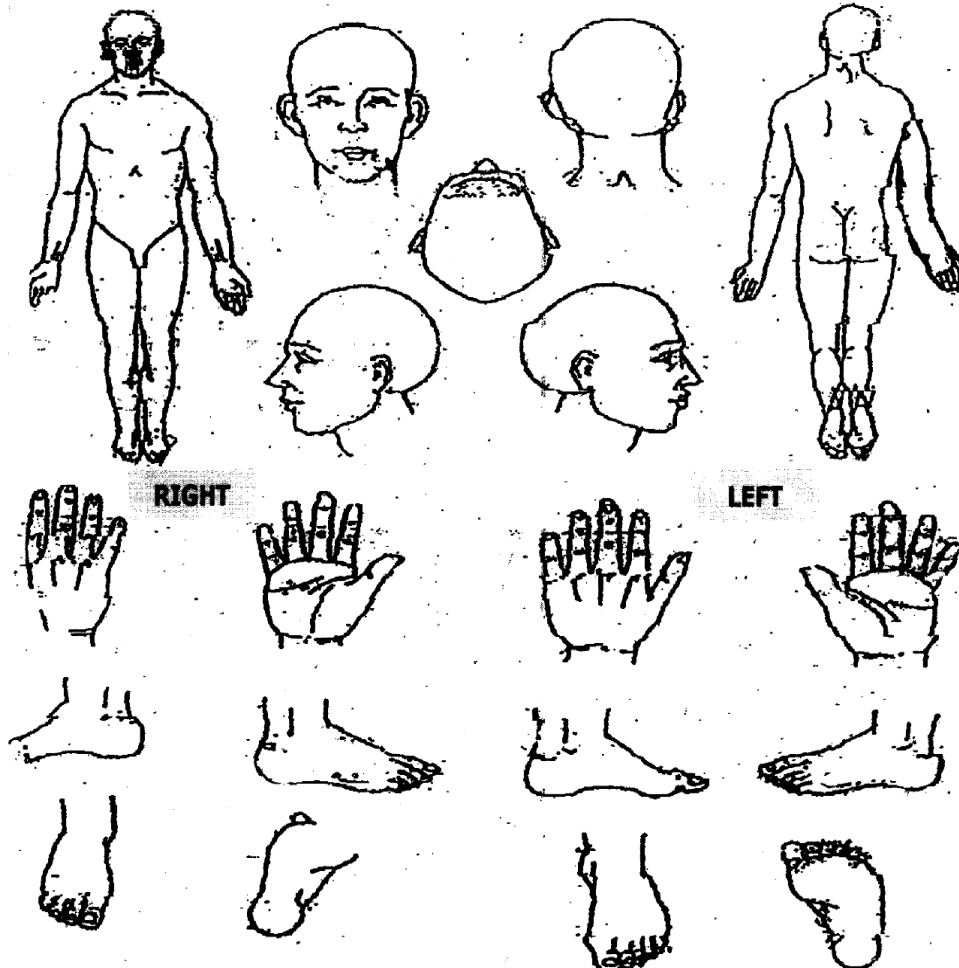
Eye open	4=Spontaneous	3=To Speech	2=To Pain	1=No Response		
Verbal Response	5=Oriented	4=Confused	3=Inappropriate Word	2=Incomprehensible	1=No Response	
Motor Response	6=Obeys Command	5=Localized Pain	4=Withdrawal	3=Flexion	2=Extension	1=No Response

Pain Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1. Resuscitation 3. Urgent 5. Non-Urgent

2. Emergency 4. Semi-Urgent

พยาบาล ผู้คัดกรอง.....



แบบบันทึกทางการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

NON-Traumatic Abdominal pain

HN Date Time สิทธิการรักษาพยาบาล
 Name อายุ Sex Male Female ชำราชการ ทอ. ประกันสังคม
 กลับจาก ER ครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา ครอบครัว ทอ. เงินสด
 อาการสำคัญ ประกันสุขภาพ อื่นๆ
 โรคประจำตัว แพทย์.....

TRIAGE NOTE

มา รพ.โดย มาเอง ญาติ มูลนิธิ คุ้มครอง Refer จาก..... อื่นๆ.....

NURSING ASSESSMENT

Vital Sign BT.....°C PR...../min RR...../min BP.....mmHg O₂ sat% DTX.....mg%
 Breathing Spontaneous Dyspnea Air Hunger Apnea Hyperventilation ET tube อื่นๆ.....
 Neurological GCS E.....V.....M..... Total Score

Eye open	4=Spontaneous	3=To Speech	2=To Pain	1=No Response		
Verbal Response	5=Oriented	4=Confused	3=Inappropriate Word	2=Incomprehensible	1=No Response	
Motor Response	6=Obeys Command	5=Localized Pain	4=Withdrawal	3=Flexion	2=Extension	1=No Response

Pain Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

<input type="checkbox"/> 1.Resuscitation	<input type="checkbox"/> 3.Urgent	<input type="checkbox"/> 5. Non-Urgent
<input type="checkbox"/> 2.Emergency	<input type="checkbox"/> 4.Semi-Urgent	พยาบาล ผู้คัดกรอง.....

<input type="checkbox"/> 1.Resuscitation	<input type="checkbox"/> 3.Urgent	<input type="checkbox"/> 5. Non-Urgent
<input type="checkbox"/> 2.Emergency	<input type="checkbox"/> 4.Semi-Urgent	แพทย์ ผู้ประเมิน.....

Useful question for "ER Abdominal pain" Please check or

<input type="checkbox"/> อายุ > 65,<12	<input type="checkbox"/> ปวดก่อนอาเจียน	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> ปวด < 48 ชม.	<input type="checkbox"/> ไม่เคยปวดแบบนี้	<input type="checkbox"/> Hxดื่มเหล้าจัด (Pancreatitis, Hepatitis, Cirrhosis!)
<input type="checkbox"/> ปวดตลอด > ปวดเป็นพักๆ	<input type="checkbox"/> Pain scale 9-10	<input type="checkbox"/> on Antibiotic/Steroid!
<input type="checkbox"/> สงสัยตั้งครรภ์ (Ectopic Preg! /Abortion)		<input type="checkbox"/> ปัสสาวะบ่อย, กระหายน้ำ, นน.ลด Hx DMในครอบครัว (DKAI)
<input type="checkbox"/> นึกถึง Appendicitis ใช้ ALVARADO score (>7)		<input type="checkbox"/> Hxผ่าตัดช่องท้อง (ลำไส้อุดตัน)
<input type="checkbox"/> 1 T ≥37.5 <input type="checkbox"/> 1 ปวดสะดือย้ายมาRLQ <input type="checkbox"/> 2 Tender RLO		<input type="checkbox"/> HxCa, diverticulitis, Pancreatitis, CKD, gall stone, or inflammation
<input type="checkbox"/> 1 N+V <input type="checkbox"/> 1 Rebound <input type="checkbox"/> 2 Wbc>10,000		Bowel Disease
<input type="checkbox"/> 1 Anorexia <input type="checkbox"/> 1 PMN > 75%		<input type="checkbox"/> Hxโรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/HT/AF (AAA Mesenteric Ischemia!)

Discharge Planning

Disease Medication Environment/Economy
 Treatment Health Diet
 Out patient.....
 Advice.....
 V/S ก่อนกลับ BP.....P.....R.....T.....O₂ Sat.....
 E.....M..... V.....
 Discharge Date.....Time.....
 Attending physician...../.....Patient' relative.....

แบบบันทึกทางการแพทย์ทางห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ,
NON-Traumatic Asthma Pediatric

HN. Date Time สิทธิคำรักษาพยาบาล
 Name อายุ Sex Male Female ข้าราชการ ทอ. ประกันสังคม
 กลับจาก ER ครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา ครอบครัว ทอ. เงินสด
 อาการสำคัญ ประกันสุขภาพ อื่นๆ
 โรคประจำตัว แพทย์.....

TRIAGE NOTE

มา รพ.โดย มาเอง ญาติ มูลนิธิ คุ้มครอง Refer จาก..... อื่นๆ.....

NURSING ASSESSMENT

Vital Sign BT.....°C PR...../ min RR...../min BP.....mmHg O₂ sat% DTX.....mg%
 Breathing Spontaneous Dyspnea Air Hunger Apnea Hyperventilation ET tube อื่นๆ.....
 Neurological GCS E.....V.....M..... Total Score

Eye open	4=Spontaneous	3=To Speech	2=To Pain	1=No Response		
Verbal Response	5=Oriented	4=Confused	3=Inappropriate Word	2=Incomprehensible	1=No Response	
Motor Response	6=Obeys Command	5=Localized Pain	4=Withdrawal	3=Flexion	2=Extension	1=No Response

Pain Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1.Resuscitation 3.Urgent 5. Non-Urgent
 2.Emergency 4.Semi-Urgent พยาบาล ผู้คัดกรอง

1.Resuscitation 3.Urgent 5. Non-Urgent
 2.Emergency 4.Semi-Urgent แพทย์ ผู้ประเมิน

Siriraj Asthma Score รวม Score ก่อน และหลัง Rx

	Score 0	Score 1	Score 2	ก่อน Rx.	การรักษาดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้	หลัง Rx.
Respiratory rate	<40 (<30)	40-60 (30-40)	>60 (>40)		• Score ≥ 8 ให้การรักษาเบื้องต้นด้วย bronchodilator ทันที ที่ ER แล้วรีบ Admit • Score ≤ 7 ให้ bronchodilator ทุก 15-20 นาที มีเกิน 3 ครั้ง ถ้าพ้นยา 3 ครั้งแล้ว - Score ≥ 5 ให้ Admit - Score = 4 อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ - Score < 4 D/C • ถ้าต้องใช้ Bronchodilator ≥ 2 ครั้ง พิจารณาให้ short course oral corticosteroids โดยให้ได้ตั้งแต่หลังพ้นยาครั้งแรก	
Retraction	NONE	1 site	> 1 site			
Wheezing	NONE	Expiratory only	Inspire & Expiration			
Dyspnea	NONE	Mild	Mark			
O ₂ Sat	>=95%	92-94%	<=91%			
(>5yr) Retraction > 1 site (would have suprasternal notch retraction)				รวม =		รวม =

Discharge Planning

Disease Medication Environment/Economy
 Treatment Health Diet
 Out patient.....

Advice

V/S ก่อนกลับ BP.....P.....R.....T.....O₂ Sat.....
 E.....M.....V.....

Discharge DateTime.....
 Attending physician...../.....Patient' relative.....

แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

NON-Trauma - Febrile Neutropenia Fast Track

HN Date Time สิทธิการรักษาพยาบาล
 Name อายุ Sex Male Female ข้าราชการ ทอ. ประกันสังคม
 กลับจาก ER ครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา ครอบครัว ทอ. เงินสด
 อาการสำคัญ ประกันสุขภาพ อื่นๆ
 โรคประจำตัว แพทย์ยา.....
 INCLUSION CRITERIA ได้รับยาเคมีบำบัดมาภายในเวลาไม่เกิน 2 เดือน
 มีประวัติมีไข้ หรือวัดได้ไข้ $\geq 38^{\circ}\text{C}$

TRIAGE NOTE

มา รพ.โดย มาเอง ญาติ มูลนิธิ คูกรณี Refer จาก..... อื่นๆ.....

NURSING ASSESSMENT

Vital Sign BT..... $^{\circ}\text{C}$ PR...../ min RR...../min BP.....mmHg O₂ sat% DTX.....mg%
 Breathing Spontaneous Dyspnea Air Hunger Apnea Hyperventilation ET tube อื่นๆ.....
 Neurological GCS E.....V.....M..... Total Score

Eye open	4=Spontaneous	3=To Speech	2=To Pain	1=No Response		
Verbal Response	5=Oriented	4=Confused	3=Inappropriate Word	2=Incomprehensible	1=No Response	
Motor Response	6=Obeys Command	5=Localized Pain	4=Withdrawal	3=Flexion	2=Extension	1=No Response

Pain Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1.Resuscitation 3.Urgent 5. Non-Urgent
 2.Emergency 4.Semi-Urgent พยาบาล ผู้คัดกรอง

1.Resuscitation 3.Urgent 5. Non-Urgent
 2.Emergency 4.Semi-Urgent แพทย์ ผู้ประเมิน

Discharge Planning

Disease Medication Environment/Economy
 Treatment Health Diet
 Outpatient.....
 Advice
 V/S ก่อนกลับ BP.....P.....R.....T.....O₂ Sat.....
 E.....M.....V.....
 Discharge DateTime.....
 Attending physician.....Patient' relative.....

วัน/เดือน/ปี	ซักประวัติ ตรวจร่างกาย (SOAP)	คำสั่งการรักษา 1 วัน
แพทย์สาขา.....		- CBC, Plt, DTX, BUN, Cr, Electrolyte, LFTs
เวลาตรวจ.....		- H/C x 2 specimens
วันที่.....		- Consult R ₁ Med
		- Consult FN team (ER โทรรายงาน)

แบบบันทึกทางการแพทย์ของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.


NON-Traumatic **Heat Stroke Fast Track**


HN. Date Time สิทธิการรักษาพยาบาล
 Name อายุ Sex Male Female ข้าราชการ ทอ. ประกันสังคม
 กลับจาก ER ครั้งสุดท้ายวันที่ เวลา ครอบครัว ทอ. เงินสด
 อาการสำคัญ ประกันสุขภาพ อื่นๆ
 โรคประจำตัว แพทย์.....

Useful Questionnaires for "Heat Stroke Fast Track"

ประเมิน HEAT Temperature : ตัวร้อนมาก / เหงื่อไม่ออก
 Conscious : ไม่ทำตามสิ่ง / กระวนกระวาย / ซึม / ไม่รู้สึกตัว / ชัก
 Mechanism : ออกกำลัง / วิ่ง / เดินทางไกล / ถูกข่มขืน / ทำงานกลางแจ้ง
 Risk Factor : อ้วน ตัวใหญ่ / บ่อยต้องกินยาประจำ / มีไข้ ท้องเสีย / เมารถเมา / ติดยา/ไม่เคยออกกำลังกาย
 Environment : อากาศร้อนอ้าว ความชื้นสูง

สีปัสสาวะ





สัญญาณรถที่สนาม

TRIAGE NOTE

มา รพ.โดย มาเอง ญาติ มูลนิธิ คูกรณี กู้ชีพคุ้มครอง Refer จาก..... อื่นๆ.....

NURSING ASSESSMENT

Vital Sign BT.....°C PR...../min RR...../min BP.....mmHg O₂ sat% DTX.....mg%
 Breathing Spontaneous Dyspnea Air Hunger Apnea Hyperventilation ET tube อื่นๆ.....
 Neurological GCS E.....V.....M..... Total Score BMI.....kg/m²

Eye open	4=Spontaneous	3=To Speech	2=To Pain	1=No Response		
Verbal Response	5=Oriented	4=Confused	3=Inappropriate Word	2=Incomprehensible	1=No Response	
Motor Response	6=Obeys Command	5=Localized Pain	4=Withdrawal	3=Flexion	2=Extension	1=No Response

ระดับความรุนแรง 1.Resuscitation 3.Urgent 5. Non-Urgent
 2.Emergency 4.Semi-Urgent

RN Signature.....

ER Discharge Planning

ลุกนั่งได้ เดินไปห้องน้ำได้ ใส่เสื้อผ้าเอง
 สีปัสสาวะ ใบรับรองแพทย์ งดการฝึกทุกรูปแบบ (โดยเฉพาะพลทหาร)
 Medication (ORS ชงดื่มแทนน้ำ)

Adviceเผื่อระวังอาการไม่ไหว หมดแรง อาเจียน ไม่ทานข้าวให้สงสัยเพ็ลียนแคด ส่งผู้ป่วยมา รพ.ทันที.....

 V/S ก่อนกลับ BP..... P..... R..... T..... O₂ Sat.....
 E..... M V.....
 Discharge Date Time.....
 Attending physician...../..... Patient' relative.....

Sticker

DATE..... TIME.....

Emergency Room Check List for Mild Head Injury	
Mechanism of injury..... V/S BP.....mmHg PR..... /min RR.... /min	
GCS pupil Rt..... mm react to light..... Lt.....mm react to.....	

Intracranial abnormalities risk factor profile		Impression : <input type="checkbox"/> High risk <input type="checkbox"/> Moderate risk <input type="checkbox"/> Low risk
Low risk	High risk	Treatment : high risk 1. CT brain <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If no, reason..... 2. Consult neurosurgeon <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If no, reason..... Note :
<input type="checkbox"/> asymptomatic <input type="checkbox"/> GCS = 15 <input type="checkbox"/> no vomiting <input type="checkbox"/> no or mild headache <input type="checkbox"/> injury > 24 hrs. <input type="checkbox"/> scalp injury (bruise, LW < 10 cm) <input type="checkbox"/> no focal neuro deficit	<input type="checkbox"/> clinical signs suspected compound skull Fx, leakage of CSF, periorbital or post-auricular ecchymosis, hemotympanum and bleeding from nose or ear <input type="checkbox"/> GCS decrease ≥ 2 points after observation <input type="checkbox"/> focal neurological signs <input type="checkbox"/> penetrating skull injury <input type="checkbox"/> seizure <input type="checkbox"/> no drug/alcohol intoxication with GCS 13-14 <input type="checkbox"/> severe mechanism <input type="checkbox"/> post traumatic confusion/amnesia <input type="checkbox"/> Hx bleeding disorder / anticoagulation <input type="checkbox"/> recent intoxication <input type="checkbox"/> unknown Hx of injury <input type="checkbox"/> Hx neurological disease <input type="checkbox"/> suspected child abuse <input type="checkbox"/> age ≤2, ≥60	
Moderate risk	<input type="checkbox"/> vomiting >2 episodes <input type="checkbox"/> loss of consciousness <input type="checkbox"/> severe headache <input type="checkbox"/> drug/alcohol intoxication with GCS 13-14	
		Treatment : moderate risk <input type="checkbox"/> Observe ER at least 6 hrs. <input type="checkbox"/> improve <input type="checkbox"/> not improve <input type="checkbox"/> CT brain Note :
		Treatment : low risk <input type="checkbox"/> Observe at home with instruction sheet Note :
		Follow up
		Physician signature.....
		Date/time.....

Discharge Planning	
<input type="checkbox"/> Disease.....	<input type="checkbox"/> Medication.....
<input type="checkbox"/> Treatment.....	<input type="checkbox"/> Health.....
<input type="checkbox"/> Outpatient.....	<input type="checkbox"/> Environment/Economy.....
<input type="checkbox"/> Diet.....	
Advice.....	
V/S ก่อนกลับ BP..... P..... R..... T..... O ₂ Sat.....	
E..... M..... V.....	
Discharge Date Time.....	
Attending physician..... / Patient' relative.....	

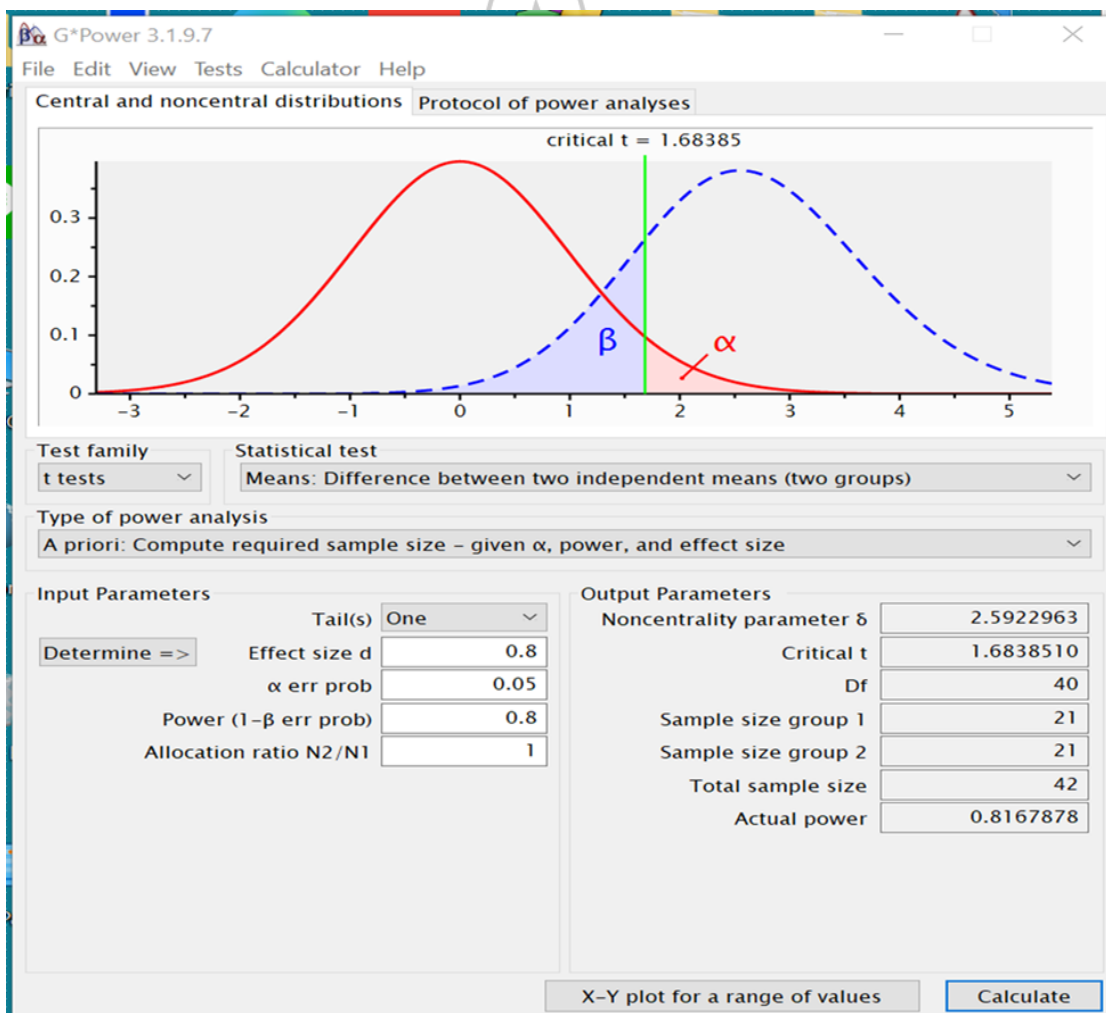
ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล



กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากโปรแกรม G POWER

1. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล เป็นสถิติเปรียบเทียบ เป็นการวิเคราะห์ t-test 2 กลุ่มอิสระกัน one-tail test
2. ขนาดอิทธิพล (effect size) ของโคเฮนเป็นขนาดใหญ่ (Large) เท่ากับ 0.8
3. กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05
4. ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8
5. จากการคำนวณด้วยโปรแกรมตามค่าที่กำหนดดังกล่าวข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21



การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าดังนี้ 1) ขนาดอิทธิพล (effect size) ของโคเฮนเป็นขนาดใหญ่ (Large) เท่ากับ 0.8 เนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้นใหม่เป็น รูปแบบที่สร้างขึ้นโดยได้รับการพัฒนามาเป็นอย่างดี โดยมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมหลายประการ ดังนี้ (1) เป็นแบบบันทึกแบบมีโครงสร้าง ด้วยรูปแบบบันทึกแบบ PIE ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล อย่างองค์รวม (2) มีการพัฒนาโดยการนำผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และผลการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ รวมทั้งนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และมีความรู้ รวมทั้งมีประสบการณ์ด้านการบันทึกทางการพยาบาล และด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ มาสนทนากลุ่มเพื่อหาปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางการสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาจากปัญหาที่พบ ส่งผลให้การสร้างรูปแบบตรงประเด็นปัญหา 2) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8 และ 3) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.5 ซึ่งจากการคำนวณด้วยโปรแกรมตามค่าที่กำหนดดังกล่าวได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 21 แต่ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 34 ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

1) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่สุดที่จะทำการวิเคราะห์ทางสถิติใดๆ อย่างน้อยต้องมีจำนวน 30 เนื่องจาก (1) เป็นจำนวนน้อยที่สุดที่สร้างโค้งปกติได้ (2) โค้งปกตินั้นสามารถให้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดเท่าที่ยอมรับได้ (3) โค้งปกตินั้นสามารถแจกแจงข้อเท็จจริงที่ได้ค่อนข้างดี แม้จะใช้สถิติที่ไม่จำเป็นต้องใช้การกระจายแบบโค้งปกติ (Student, 1908) รวมทั้งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วยเช่น ถ้าเป็นการวิจัยเชิงทดลองควรใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553)

2) กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ จะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 4 รวมเป็นขนาดตัวอย่างทั้งหมด 34

- การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วย Cronbach's Alpha
1. ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับ 12 ข้อคำถาม เท่ากับ .950

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.950	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Assessment1	4.37	.669	30
Assessment2	4.23	.626	30
Assessment3	3.90	.712	30
Assessment4	4.10	.803	30
NurseDx1	4.03	.809	30
NurseDx2	4.13	.629	30
Intervention1	4.27	.740	30
Intervention2	3.93	.740	30
Evaluation1	4.20	.805	30
Evaluation2	4.17	.747	30
Discharge1	4.20	.714	30
Discharge2	3.93	.691	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Assessment1	45.10	41.817	.765	.945
Assessment2	45.23	42.323	.757	.946
Assessment3	45.57	41.082	.799	.944
Assessment4	45.37	41.206	.682	.948
NurseDx1	45.43	39.702	.836	.943
NurseDx2	45.33	42.644	.711	.947
Intervention1	45.20	40.717	.807	.944
Intervention2	45.53	42.120	.647	.949
Evaluation1	45.27	39.375	.876	.941
Evaluation2	45.30	40.769	.792	.944
Discharge1	45.27	40.823	.826	.943
Discharge2	45.53	42.533	.650	.949

การหาความเที่ยงแบบตรวจสอบคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์ (Reliability)

การหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์

โดยมีวิธีการคำนวณหาความสอดคล้องดังแสดงในตารางดังนี้

แก้ไขประวัติ ผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วนจากผู้ ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	25	0.094	25	0.093	0.001
2	26	0.098	27	0.101	0.003
3	27	0.101	28	0.105	0.004
4	25	0.094	25	0.093	0.001
5	27	0.101	26	0.097	0.004
6	27	0.101	27	0.101	0.000
7	29	0.109	29	0.109	0.001
8	26	0.098	26	0.097	0.001
9	26	0.098	26	0.097	0.001
10	27	0.101	27	0.101	0.000
รวม	265	1.0000	266	1.0000	0.016

ค่าความเที่ยง โดยใช้การคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต $\Pi = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$

Π = ดัชนีความสอดคล้อง

P_0 = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบจำนวน 2 คน $(1 - 0.016 = 0.984)$

P_e = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้

สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (จากตารางด้านบน
เลือกผลการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 2 คะแนนสูงสุด เท่ากับ $(0.105)^2$ + คะแนนรองลงมา เท่ากับ $(0.101)^2 = 0.021$

$$\begin{aligned} \text{Reliability} &= \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e} & P_0 &= 1 - 0.016 = 0.984 & P_e &= (0.105)^2 + (0.101)^2 = 0.021 \\ &= \frac{0.984 - 0.021}{1 - 0.021} & &= \frac{0.963}{0.979} & &= 0.983 \end{aligned}$$

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาวาอากาศเอกหญิง เพ็ญศรี เอี่ยมศรี
วัน เดือน ปี เกิด	11 สิงหาคม 2509
สถานที่เกิด	อำเภอตลิ่งชัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พ.ศ. 2532
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลทหารอากาศ (สีกัน) เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	หัวหน้ากองอำนวยการ โรงพยาบาลทหารอากาศ (สีกัน) กรมแพทย์ทหารอากาศ

