

Scan

**การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน
สถาบันราชประชาสมาสัย**

นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2551

**The Development of a Nursing Record System for
Leprosy Patients at Raj Pracha Samasai Institute**

Mrs. Panthip Romphotan

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

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2008

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย
ผู้วิจัย นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข (2) อาจารย์ ดร.รัชณี นามจันทร์
(3) รองศาสตราจารย์ วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล ปีการศึกษา 2551

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย และ (2) ศึกษาผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างเจาะจง ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 15 คน และ (2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยจำนวน 60 แฟ้ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น (2) โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพและแบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ (3) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ได้แก่ แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึกและความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.95, 0.85 และ 0.94 ตามลำดับ และความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U test และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วย วิธีการบันทึก แบบบันทึก และคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง (2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ การพัฒนา การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

Thesis title: The Development of a Nursing Record System for Leprosy Patients at Raj Pracha Samasai Institute

Researcher: Mrs. Panthip Romphotan; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor; (2) Dr. Rachanee Namchantra, (3) Ms. Wilai Kusolvisitkul, Associate Professor; **Academic year:** 2008

ABSTRACT

The purposes of this research and development were: (1) to develop a nursing record system for leprosy patients at Raj Pracha Samasai Institute, and (2) to study the outcomes of using the record system in terms of quality of nursing records and nurses' satisfaction with the record system before and after the development.

The samples were selected by purposive sampling including 2 groups: (1) fifteen professional nurses in medical – surgical wards, and (2) sixty nursing records for patients. Research tools consisted of (1) the developed nursing record system, (2) a training project and a knowledge test of nursing records, and (3) two types of data collection tools : (a) a quality of nursing records audit instrument and (b) the nurses' satisfaction with the nursing record system. All tools were tested for validity and reliability. The reliabilities of the quality of nursing records which were divided into three sections (a comprehensiveness of nursing process, an accuracy of charting, and continuity of charting) were 0.95, 0.85, and 0.94 respectively. The reliability of nurses' satisfaction with the record system was 0.92. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, and t-test.

The major findings were as follows. (1) The nursing record system for leprosy patients included record procedures, forms, and a manual which were constructed according to a nursing process. The system contributed to quick record, holistic approach for patients' needs, and continuity of charting. (2) The mean scores of the quality of nursing record system and the nurses' satisfaction with the record system after the development were significantly higher than before ($p < 0.01$).

Keywords: Development, Nursing record, Leprosy patient, Raj Pracha Samasai Institute

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ เพราะได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดี
 ยิงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.รัชนี นามจันทร์
 และรองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล อาจารย์ร่วมที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาในการให้
 ความรู้ คำแนะนำและคำชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจ
 ใส่ และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึก
 ซาบซึ้งประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานสอบ
 วิทยานิพนธ์ และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมทั้งกรุณาให้คำแนะนำใน
 การปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาพยาบาล
 ศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบ
 ความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่ได้ให้ความ
 อนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์
 ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณอดีตท่านผู้อำนวยการ สถาบันราชประชาสมาสัย นายแพทย์ชัชวาล บัณญัติ
 ผู้ซึ่งจุดประกายให้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการในปัจจุบันที่อนุญาตให้
 ดำเนินการในหน่วยงานของสถาบันราชประชาสมาสัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลในหอผู้ป่วย
 โรคเรื้อนอายุรกรรมและศัลยกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 รวมทั้งให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณพี่ ๆ
 เพื่อน ๆ น้อง ๆ และพยาบาลอื่น ๆ ในกลุ่มการพยาบาลทุกคนที่ได้ให้ความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูล
 ส่งเสริม สนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดี เสมอมาจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้ชีวิต สติปัญญาและสิ่งที่ดีงาม
 สามี และลูก ๆ ทุกคนที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ ห่วงใยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึง
 เสมอ ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล

มกราคม 2552

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ประเด็นปัญหาการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	15
การบันทึกทางการพยาบาล	16
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล	20
ประเภทและรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล	33
การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล	44
สถาบันราชประชาสมาสัย	57
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	78
การรวบรวมข้อมูล	81
การพิทักษ์สิทธิ	83
การวิเคราะห์ข้อมูล	83

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	84
ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ	85
ตอนที่ 2 ระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ..	88
ตอนที่ 3 ผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์	96
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	107
สรุปการวิจัย	107
อภิปรายผล	113
ข้อเสนอแนะ	119
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	133
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	134
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	136
ค ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และตัวอย่างหนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	138
ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ..	141
จ โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทาง การพยาบาล และโครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึก ทางการแพทย์ด้วยระบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่	156
ฉ คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์	165
ช ตารางภาคผนวกแสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพการบันทึกทาง การพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง และความพึงพอใจของพยาบาลต่อ ระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการทดลอง	197
ประวัติผู้วิจัย	210

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ.....	45
ตารางที่ 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามระยะการทดลอง.....	70
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล	85
ตารางที่ 4.2 ประเด็นปัญหาและการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของ ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย	87
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบลักษณะของระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังทดลอง.....	92
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทาง การพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน.....	96
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทาง การพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน.....	97
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทาง การพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ.....	98
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทาง การพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน.....	100
ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ก่อน และหลังการทดลองใช้ระบบการบันทึกทางการแพทย์ จำแนกเป็นรายด้าน.....	106
ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อ ระบบบันทึกการพยาบาล (ด้านโครงสร้าง) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน.....	102
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อ ระบบบันทึกการพยาบาล (ด้านผลลัพธ์) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ.....	104
ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึก ทางการแพทย์ก่อนและหลัง จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม.....	106

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย.....	82

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพราะจะเอื้อต่อการประสานการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง บันทึกทางการแพทย์เป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพวิธีหนึ่งในรูปของการเขียนอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ โดยมีการบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การตรวจรักษาที่ได้รับ แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำ ผลการปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วย และแผนการพยาบาลที่ปรับแล้ว ดังนั้นบันทึกทางการแพทย์จึงนับว่าเป็นวิธีการสื่อสารที่สำคัญสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540) นอกจากนี้บันทึกทางการแพทย์ยังใช้เป็นเอกสารสำคัญในการประกันคุณภาพการพยาบาลหรือการรับรองคุณภาพของ โรงพยาบาล และเป็นข้อมูลทางกฎหมายที่สำคัญยิ่งและบันทึกทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกของผู้ป่วยซึ่งจะใช้ในการพิจารณาตีความหากมีการฟ้องร้อง และนำไปสู่การตัดสินที่ยุติธรรมได้ (Delaune & Ladner 2002) รวมทั้งเป็นหลักฐานสำหรับการกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการแพทย์ การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล การสอน การวิจัย และใช้เป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ จะเห็นว่าการบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการทำงานของพยาบาลไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการปฏิบัติงานของพยาบาล

แม้ว่าการบันทึกทางการแพทย์จะมีความสำคัญอย่างมากต่อการทำงานของพยาบาล ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายหลายด้าน รวมทั้งระบบการให้บริการสุขภาพและบริการพยาบาลอย่างรวดเร็ว เช่น การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รัฐธรรมนูญเกี่ยวกับการสาธารณสุขและการกระจายอำนาจ พ.ศ.2540 และการพยาบาลโดยใช้หลักฐานอ้างอิง (อารี ชิวเกษมสุข 2548) สิ่งเหล่านี้ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งระบบบริการสุขภาพและการพยาบาล และยังส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนระบบการให้บริการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นคือ พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วย

ความระมัดระวังรอบคอบและเน้นคุณภาพการบริการมากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระบบบันทึกทางการแพทย์ก็ต้องปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการพยาบาลด้วย แต่ในความเป็นจริงประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากมายหลายประการยังคงเป็นอยู่จนถึงปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากต่างประเทศและประเทศไทย พอสรุปประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ระบบการบันทึกและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก (อารี ชิวเกษมสุข 2548) ประเด็นปัญหาประการแรกของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวกับระบบบันทึก สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประการ ได้แก่ 1) วิธีการบันทึก และ 2) แบบฟอร์มที่ใช้บันทึก จากผลการวิจัยและผลการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับปัญหาด้านวิธีการบันทึกพบว่า วิธีการบันทึกยังไม่สามารถสะท้อนถึงการปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวม (Brooks 1998) วิธีการบันทึกยังไม่ได้มาตรฐาน ทำให้พยาบาลใช้เวลาในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาก มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง การบันทึกขาดความต่อเนื่อง ทำให้ลำบากในการติดตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Gapko 1998) ผลการศึกษาในประเทศไทย พบปัญหาเกี่ยวกับวิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคล้ายคลึงกัน โดยพบว่า วิธีการบันทึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ขาดความต่อเนื่อง บันทึกบ้างหยุดบ้าง และมีวิธีการหลากหลาย (ศิริพร ชัมภลิจิต 2548; Cheevakasemsook 2005) สำหรับปัญหาทางด้านแบบฟอร์มที่ใช้บันทึก พบว่า แบบฟอร์มไม่ค่อยเหมาะสม ไม่ค่อยเอื้อต่อการบันทึก ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้เสียเวลาในการบันทึก (คารารัตน์ หงษ์ทอง 2548; McClosky J. et al. 1997 อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2548) ปัญหาเหล่านี้ทำให้ข้อมูลที่บันทึกไม่สมบูรณ์ การตรวจสอบหรือค้นหาข้อมูลย้อนกลับของผู้ป่วยทำได้ยาก บางครั้งหาไม่พบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง (คารารัตน์ หงษ์ทอง 2548)

ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระงานของพยาบาล 2) ความรู้และทักษะของพยาบาล 3) ทักษะคติทางลบต่อการบันทึก และ 4) ขาดการนิเทศการบันทึก (อารี ชิวเกษมสุข 2548) ด้านภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความยุ่งยากและความเร่งด่วนของงานพยาบาลและการมีภารกิจอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ในงานพยาบาลมากเกินไป ทำให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล (จิตรศิริ ชันเงิน 2542) ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลจากการศึกษาของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) พบว่า พยาบาลมีทักษะและความสามารถในการบันทึกไม่เพียงพอ ขาดทักษะในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ด้านทัศนคติต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า พยาบาลขาดทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ขาดแรงจูงใจและความมั่นใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เห็นว่าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นงานที่

เวลามาก และเสียเวลาในการเขียนข้อความที่ซ้ำ ๆ กัน ทำให้เวลาของพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่ น้อยลง (สุขวิภา ร่มโพธิ์ชี และคณะ 2546; Cheevakasemsook 2005) และด้านการนิเทศการบันทึก พบว่า ระบบการนิเทศและการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลขาดประสิทธิภาพ (วิพร เสนารักษ์ 2542)

จากประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้ จึงมีผู้ที่ศึกษาและ พยายามที่จะแก้ปัญหาและพัฒนารูปแบบของการบันทึกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งใน ต่างประเทศและในประเทศไทยอย่างมากมาย ดังเช่น การพัฒนาวิธีการบันทึกของกนกพร ดุสิตกุล และคณะ (2546) ที่พบว่า การใช้บันทึกทางการพยาบาล โดยอาศัยกรอบแนวคิดแบบบูรณาการมีผล ให้การบันทึกมีความถูกต้องมากขึ้นและมีความถูกต้องครบถ้วนตามขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาลสูงขึ้นด้วย ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) ได้พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลแผนก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก ทางการพยาบาลแบบใหม่มากกว่าแบบเดิมในด้านความคล่องตัวในการบันทึก ส่วนผู้บริหารทาง ทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่มากกว่าแบบเดิม โดยพึงพอใจในด้านความครบถ้วนของการบันทึกมากกว่าด้านอื่น ๆ และการพัฒนาระบบบันทึก ทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) พบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนา ระบบบันทึกทางการพยาบาลทำให้ระบบบันทึกการพยาบาลมีความสอดคล้องและครบถ้วนแบบ องค์กรรวม มีเพียงแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเท่านั้นที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของแต่ละแห่งแม้จะประสบความสำเร็จแต่ก็ยังมี ประเด็นปัญหาบางประการซึ่งต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยเฉพาะในปัจจุบันมีการ เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายหลายด้าน ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อการบันทึก ทางการพยาบาล ดังนั้นระบบบันทึกทางการพยาบาลจึงยังเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องการการพัฒนา ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้เหมาะสมกับแต่ละสถาบันเช่นเดียวกับสถาบัน ราชประชาสมาสัยที่มีประเด็นปัญหาด้านการบันทึกทางการพยาบาลที่ต้องการพัฒนาเหมือนกับ โรงพยาบาลอื่นๆ

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถาบันเฉพาะโรค สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ให้บริการด้านการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับ การรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีปัญหาในเรื่องความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของ โรคที่ทำลาย ระบบผิวหนัง และเส้นประสาท (ธีระ รามสูตร 2535) ทำให้มีอุปสรรคในการประกอบอาชีพและ การดำรงชีวิต ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจนผู้ป่วยบางรายรู้สึกเบื่อหน่ายต่อ การรักษา ท้อแท้ หมดหวัง สุขภาพจิตเสื่อมโทรม จากปัญหาดังกล่าวการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนเหล่านี้

จำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความเชื่อถือศรัทธาของผู้ป่วย ซึ่งจะมีส่วนช่วยในกระบวนการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยหรือเป็นพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมจิต หนูเจริญกุล 2543) การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือรายงานความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วย และเป็นสื่อกลางของพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ กลุ่มการพยาบาลของสถาบันราชประชาสมาสัยได้เห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าว จึงแต่งตั้งคณะกรรมการนิเทศงานคุณภาพการบริการพยาบาล ดำเนินการนิเทศตามแผนงานกลุ่มการพยาบาล 1 ครั้งต่อปี ซึ่งจากผลรายงานการนิเทศการบันทึกของพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนอายุรกรรมและศัลยกรรม เมื่อ พ.ศ.2550 พบประเด็นปัญหาการบันทึกพอสรุปสาระสำคัญได้ว่า พยาบาลยังขาดการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลและขาดการใช้กระบวนการคิดอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล มักจะบันทึกข้อมูลและปัญหาต่าง ๆ ในลักษณะเขียนบรรยาย ไม่มีรูปแบบแน่นอนและข้อมูลบันทึกไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม (กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย 2550)

โดยสรุปจะเห็นว่า ปัญหาเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลยังมีหลายประการและต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย ก็เช่นกันที่ยังประสบปัญหาด้านระบบการบันทึกทางการพยาบาลหลายประการและต้องการการพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนอายุรกรรมและศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อจะได้นำไปสู่การพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้ระบบบันทึกทางการพยาบาลของสถาบันราชประชาสมาสัยมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับบริบทของสถาบันแห่งนี้ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอื่น ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาล เกิดการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

2.2 ศึกษาผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวคิดการประเมินคุณภาพของการบริการสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian 1992) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้กันมากในการศึกษาคุณภาพการบริการสุขภาพ แนวคิดนี้เสนอว่า คุณภาพของระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคเรื้อนให้มีคุณภาพ จึงประยุกต์ใช้แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian 1992) ในส่วนของโครงสร้าง และผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบบันทึกดังนี้

3.1 โครงสร้าง หมายถึง ส่วนประกอบต่าง ๆ ในการให้บริการ ได้แก่ นโยบาย โครงสร้างบริหาร งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ สำหรับการศึกษาค้นคว้า โครงสร้างระบบบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย

3.1.1 แนวคิดและหลักการของการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ แนวคิดและหลักการที่ผู้วิจัยใช้ คือ กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม แนวคิดกระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แนวคิดของไอเยอร์และคณะ (Iyer et al. 1995) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ส่วนแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมผู้วิจัยใช้แนวคิดของสมจิต หนูเจริญกุล (2543) ที่เสนอว่า เป็นการให้การพยาบาลที่มองมนุษย์และสุขภาพในลักษณะองค์รวม ให้การดูแลบุคคลที่มีบูรณาการของ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล

3.1.2 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบ CBE (Charting by Exception) และรูปแบบโฟกัส (Focus Charting) ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์

3.1.3 คู่มือการใช้ระบบ สำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการบันทึก

ทางการพยาบาล

3.1.4 องค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน

3.2 ผลลัพธ์ หมายถึง ผลของการให้บริการต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่โดยพยาบาลวิชาชีพ และผู้วิจัยใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม และใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบ โฟกัส (Focus Charting) ซึ่งวัดได้จากคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

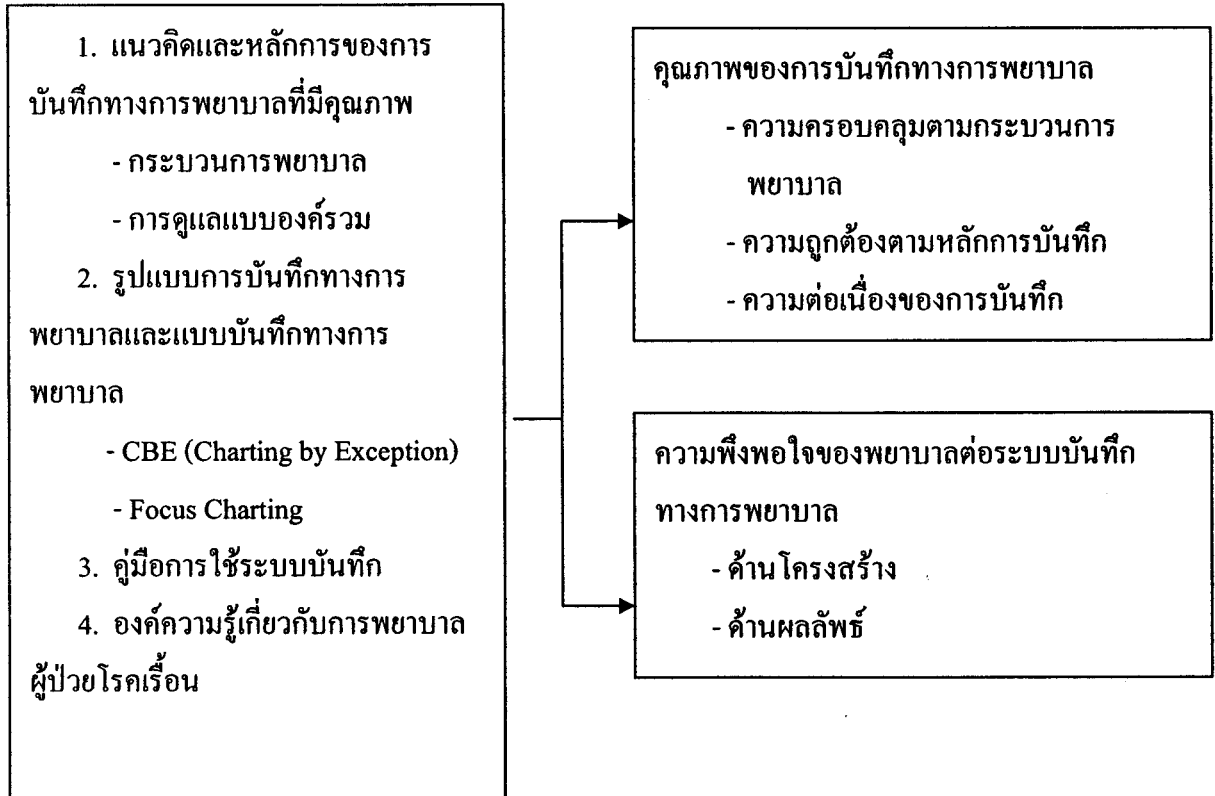
3.2.1 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล เน้นการตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึก ซึ่งคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล จะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย กล่าวคือ สามารถสะท้อนว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข

3.2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล ทั้งด้านโครงสร้างและผลลัพธ์ ความพึงพอใจด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้สึกเชิงบวกต่อรูปแบบการบันทึก แบบบันทึก องค์ประกอบของแบบบันทึก และคู่มือการใช้ระบบบันทึก ส่วนความพึงพอใจด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้สึกเชิงบวกต่อประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลซึ่งได้แก่ การส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และความสะดวกในการใช้งาน

ดังนั้นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้แสดงได้ดังนี้

โครงสร้างของระบบบันทึกทางการแพทย์
ของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ผลลัพธ์ของระบบบันทึกทางการแพทย์



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. ประเด็นปัญหาในการวิจัย

4.1 ระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้นใหม่เป็นอย่างไร

4.2 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

5. สมมติฐานการวิจัย

- 5.1 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา
- 5.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

6. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล 2544: 131-132) ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2551 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยมีขอบเขตดังนี้

6.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

6.1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม 3 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 หอผู้ป่วย 3 และหอผู้ป่วย 4 สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 23 คน

6.1.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม 3 แห่งที่กล่าวมาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

6.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

6.2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4 จำนวน 15 คน

6.2.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4

6.3 ตัวแปรในการวิจัย ได้แก่

6.3.1 ตัวแปรต้น คือ ระบบบันทึกทางการแพทย์

6.3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย หมายถึง ระเบียบแบบแผนของการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง บนพื้นฐานปัญหาของระบบบันทึกที่พบจริงโดยมุ่งเน้นการพัฒนาเชิงโครงสร้างและการประเมินผลลัพธ์ในวิธีการบันทึกและแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม และใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบ โฟกัส (Focus Charting) ซึ่งระบบบันทึกมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

7.1.1 วิธีการบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้คือ

1) การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้ใช้บริการที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

(1) ประเมินผู้ป่วยแรกรับ เป็นการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่รวบรวมได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของเฉพาะช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน (Gordon 1987) 11 แบบแผน ประกอบด้วย 1) การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร 3) การขับถ่าย 4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) การนอนหลับพักผ่อน 6) สถิติปัญหาและการรับรู้ 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) บทบาทและสัมพันธภาพ 9) เพศและการเจริญพันธุ์ 10) การเผชิญและความทนทานต่อความเครียด และ 11) ค่านิยมและความเชื่อ บันทึกโดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ และเขียนบรรยายเพิ่มเติมในช่องว่างที่กำหนด

(2) ประเมินผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง เป็นการบันทึกในแบบบันทึกเชิงโครงสร้างระยะต่อจากการประเมินภาวะสุขภาพระยะแรกรับผู้ป่วยภายหลังรับเวร 2 ชั่วโมง ตั้งแต่ภายหลังเวรแรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล บันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อประเมินอาการแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินครั้งที่แล้ว และใช้เครื่องหมาย ✕ เมื่อพบสิ่งผิดปกติ

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในรูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาล คือ ปัญหา/เนื่องจาก/สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนการประเมินภาวะ

สุขภาพ บันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาล โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต้องการ

3) การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาล โดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ใน () หน้าข้อความที่เลือก/ต้องการ และเขียนบรรยายเพิ่มเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

4) การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกเชิงบรรยายเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจริงต่อผู้ป่วยและการประเมินผลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาล

5) การประเมินผลการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลว่าบรรลุเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาล บันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่เลือก/ต้องการ และเขียนบรรยายเพิ่มเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

7.1.2 แบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้างและมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล มีแบบบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมด 6 ประเภท 7 แบบบันทึก ดังนี้

1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง โดยมีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ และมีช่องว่างสำหรับเติมข้อความบางส่วน ใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่รวบรวมได้จากการประเมินภาวะสุขภาพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างเป็นระบบ แบบประเมินภาวะสุขภาพนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ (initial assessment form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon 1987) 11 แบบแผน ดังที่กล่าวมาแล้ว

(2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง (ongoing assessment form) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างระยะต่อจากการประเมินภาวะสุขภาพระยะแรกรับผู้ป่วย ภายหลังจากรับเวร 2 ชั่วโมง ตั้งแต่ภายหลังเวรแรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์ปกติของรายการที่จะประเมิน 13 รายการ ได้แก่ 1) ระบบหายใจ 2) ระบบการไหลเวียนโลหิต 3) ระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก 4) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 5) ผิวหนัง 6) ระบบย่อย

อาหาร 7) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ 8) ภาวะโภชนาการ 9) ภาวะสมดุลของน้ำ/เกลือแร่ในร่างกาย
10) ความสุขสบาย 11) จิต อารมณ์ สังคม 12) พลังอำนาจ และ 13) การดูแลตนเอง

2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล (*Nursing care plan form*) เป็นแบบบันทึกแผนการพยาบาลมาตรฐาน (Standardized care plans) ที่มีการพิมพ์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล มีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้ และช่องว่างสำหรับเติมข้อความเพียงบางส่วนในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และวันที่สิ้นสุดปัญหา

3) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (*Daily nursing intervention form*) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่มีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ และเติมข้อความเป็นส่วน ใช้บันทึกข้อมูลของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำและทำซ้ำ ๆ ในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ 1) Personal care 2) Perineal care 3) Wound care 4) Nutrition care 5) Safety Precaution 6) Patient check 7) Environment check 8) Intravenous fluid check (I.V check) 9) Psychosocial Support และ 10) Teaching for Preventing/Managing disability

4) แบบบันทึกการพยาบาล (*Nurses' note form*) เป็นแบบบันทึกเชิงบรรยายที่ใช้บันทึกความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยและการประเมินผลการตอบสนองเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล โดยบันทึกเฉพาะสิ่ง/ปัญหาสุขภาพที่ผิดปกติในรูปของ DAR ได้แก่

D=Data คือ ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวัดผลการตรวจต่าง ๆ

A= Action คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย

R= Response คือ ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

5) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (*Discharge planning form*) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้รักษา เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน และเติมข้อความเป็นส่วน ครอบคลุมข้อมูล 6 เรื่อง ได้แก่ 1) ยา (Medication) 2) อาหาร (Diet) 3) สุขภาพ (Health) 4) การรักษา (Treatment) 5) เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Economic/Environment) และ 6) การมาตรวจตามนัด (Out patient referral)

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

7.1.3 **คู่มือการใช้ระบบบันทึก** เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการบันทึกตามระบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกแต่ละขั้นตอน ครอบคลุมทุกแบบบันทึกและมีตัวอย่างของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

7.2 **การดูแลแบบองค์รวม** หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่

7.2.1 **ปัญหาด้านร่างกาย** ได้แก่ ปัญหาการตอบสนองของด้านร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผิวหนังมีผื่นลักษณะวงกว้าง ขาว ขาบบริเวณผื่น เป็นต้น

7.2.2 **ปัญหาด้านจิตใจ** ได้แก่ ปัญหาการตอบสนองของด้านสติปัญญาและด้านอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เช่น วิตกกังวลเรื่องการฉีดยาเบาหวานด้วยตนเอง เนื่องจากสูงอายุจำขั้นตอนการฉีดยาไม่ได้

7.2.3 **ปัญหาด้านสังคม** ได้แก่ ปัญหาการตอบสนองภายในของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติทางสังคมซึ่งได้เรียนรู้และถ่ายทอดจากครอบครัวและชุมชน โดยไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เช่น มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับเพื่อนบ้านเนื่องจากกลัวเพื่อนบ้านรู้ว่าตนเป็นโรคเรื้อน

7.2.4 **ปัญหาด้านจิตวิญญาณ** ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับลักษณะความเชื่อหรือความศรัทธาของบุคคลต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่ง หรือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อแรงบันดาลใจของบุคคลต่อศาสนาและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดแรงบันดาลใจ เช่น มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคที่เป็นเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค

7.3 **คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์** หมายถึง ลักษณะของการบันทึกที่มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีความต่อเนื่องของการบันทึกสามารถวัดโดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และคู่มือวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ดัดแปลงจากอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) โดยมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

7.3.1 **ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล** หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามเนื้อหาการบันทึกของกระบวนการพยาบาล และครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการสรุปจำหน่ายผู้ป่วย

7.3.2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกที่ถูกต้องตามหลักของการบันทึกทางการพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาล บันทึกได้สั้นกะทัดรัด ได้ใจความ และสื่อความหมายชัดเจน

7.3.3 ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกอย่างไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมง ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและ/หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7.4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลในด้าน โครงสร้างของระบบบันทึก และผลลัพธ์จากการใช้ระบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดโดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

7.4.1 ด้านโครงสร้างของระบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้สึกเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อลักษณะของแบบบันทึก วิธีการบันทึก องค์ประกอบของแบบบันทึก และคู่มือการใช้ระบบบันทึก

7.4.2 ด้านผลลัพธ์จากการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้สึกเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลต่อการส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และความสะดวกในการใช้งาน

7.5 ผู้ป่วยโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อโรคเรื้อนและมีความเจ็บป่วยจากโรคทั้งทางด้านอายุรกรรมซึ่งได้รับการรักษาโดยใช้ยาเป็นหลักและด้านศัลยกรรมซึ่งรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นหลัก และพักรักษาในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ในสถาบันราชประชาสมาสัย

7.6 สถาบันราชประชาสมาสัย หมายถึง สถาบันวิชาการเฉพาะโรค สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศแห่งเดียวในประเทศไทย โดยมีหน้าที่หลัก ได้แก่ ศึกษาวิเคราะห์วิจัย กำหนดพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนามาตรฐานการ ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจสอบ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ถ่ายทอดองค์ความรู้และ

เทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งให้บริการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับตติยภูมิ

7.7 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย อย่างน้อย 1 ปี

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย

8.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหน่วยงานอื่น ๆ ของสถาบันราชประชาสมาสัย ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

8.3 เป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลในการตรวจสอบคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล

8.4 เป็นแนวทางด้านการศึกษาและการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. การบันทึกทางการแพทย์
 - 1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์
 - 1.2 หลักการบันทึกทางการแพทย์
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์
 - 2.1 กระบวนการพยาบาล
 - 2.2 การดูแลแบบองค์รวม
3. ประเภทและรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์
4. การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์
 - 4.1 แนวคิดในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์
 - 4.2 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
 - 4.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์
5. สถาบันราชประชาสมาสัย
 - 5.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ
 - 5.2 กลยุทธ์
 - 5.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน
 - 5.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (Profession autonomy) และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเอื้อต่อการนำแผนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ได้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2524) จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารอ้างอิง ตำราวิชาการต่าง ๆ ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายและวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

1.1.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

คำว่า “การบันทึกทางการพยาบาล” ในหนังสือและงานวิจัยภาษาไทย ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Nursing Record” แต่ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “เอกสารทางการพยาบาล” (Nursing Documentation) ซึ่งในเนื้อหาที่กล่าวถึง คำ 2 คำนี้ มีความหมายเหมือนกัน สำหรับความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลมีผู้กล่าวไว้ดังนี้

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียน การรวบรวมข้อมูลใด ๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของพยาบาล ได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญญา เตากกล้า (2543) ให้ความหมายของ “การบันทึกทางการพยาบาล” ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติการทางการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษาและการให้การพยาบาล ทั้งนี้บันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนที่แสดงถึงองค์ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์จะช่วยให้งานของพยาบาลเป็นที่ยอมรับของพยาบาลร่วมวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ

ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing record) คือ ข้อความที่แสดงถึงการพยาบาล (Nursing activities) ทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐาน บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

วัลลภ (Walus 2003) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล คือ เครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

พอทเทอร์และเพอร์รี่ (Potter and Perry 2005) ให้ความหมายของ “การบันทึก” ว่าเป็นทุก ๆ สิ่งที่ถูกเขียนหรือพิมพ์เพื่อเป็นบันทึกหรือพินิจสำหรับบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และการบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและรักษาผู้ป่วย จึงเป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลที่สำคัญ การบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องมีความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจและมีความยืดหยุ่นในการค้นหาข้อมูลที่สำคัญ ดำรงไว้ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลและมาตรฐานของการบริการพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่บันทึกจะบ่งบอกถึงระดับของคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ผลการประเมินอาการของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาลลงในแบบรายงานต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

1.1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

อารี ชิวเกษมสุข (2551) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่

- 1) เพื่อบันทึกอาการของผู้ป่วย รวมถึงการรักษาที่ได้รับ
- 2) เพื่อเป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่โรงพยาบาล
- 3) เพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจากการพยาบาล
- 4) เพื่อช่วยในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล
- 5) เพื่อใช้ประกอบการศึกษา ค้นคว้า และวิจัย
- 6) เพื่อใช้เป็นเอกสารทางกฎหมาย

จากวัตถุประสงค์ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า การบันทึกทางการพยาบาลนับเป็นเอกสารสำคัญยิ่งของวิชาชีพ จำเป็นต้องมีหลักการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้ได้บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามที่มีมุ่งหวัง

1.2 หลักการบันทึกทางการพยาบาล

ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสม ควรมีลักษณะดังนี้ คือ

1. การบันทึกที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บ่งบอกถึงการพยาบาลที่ให้

และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล บ่งบอกว่าพยาบาล ได้ดูแลความ
ปลอดภัยให้ผู้ป่วยระหว่างอยู่รับการรักษา

2. การบันทึกที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการ
ให้การพยาบาล

3. การบันทึกบ่งบอกถึงสภาวะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงต่อเวรเป็นเครื่องมือ
สื่อสารในทีมสุขภาพ การบันทึกที่ถูกต้อง (accurate) ครบถ้วน (complete) ข่อมเกิดความต่อเนื่อง
ของการดูแล (continuity of care)

4. แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกไม่ทำให้พยาบาลต้องเขียนบันทึกที่ซ้ำซ้อน

5. ควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล หรือมาตรฐานการพยาบาลใช้ร่วมด้วย

6. การบันทึกทุกกิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วย รวมถึงบันทึกย่อ (flow sheets) ซึ่งบอก
ข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดและสังเกตอาการ

7. ระบบการบันทึกต้องง่ายต่อการค้นหาข้อมูลเพื่อตรวจสอบ

มีผู้กล่าวถึงหลักการบันทึกอีกหลายท่าน เช่น กีย์และบาบารา (Gaie & Babara
1999) เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2544) ประคิน สุจฉายา และคณะ (2549) เป็นต้น โดยข้อสรุป
ของหลักการบันทึกทางการพยาบาลมีดังนี้

1. ในการบันทึกผู้บันทึกจะต้องคำนึงถึงกระบวนการในการบันทึก ซึ่งกิจกรรมใน
การบันทึกประกอบด้วย จุดมุ่งหมายในการบันทึก ขั้นตอนการวางแผนการบันทึก การปฏิบัติ
การบันทึก และการประเมินบันทึกที่ได้กระทำไป พร้อมทั้งการปรับปรุงแก้ไขเป็นสิ่งที่ผู้บันทึกควร
ให้ความสำคัญ

2. มีความสามารถในการค้นหาและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาบันทึก โดยนำ
ความรู้มาประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้บันทึกจะต้องทราบว่าหาข้อมูลอะไรมาบันทึก คือ ข้อมูลของผู้ป่วย
ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยได้ข้อมูลจากผู้ป่วยเอง ญาติ บุคลากรในทีมสุขภาพ
และจากบันทึกต่าง ๆ ในรายงานผู้ป่วย ด้วยวิธีการต่าง ๆ คือ สังเกต สัมภาษณ์ และพบผู้ป่วยด้วย
ตนเองเพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริง

3. บันทึกสิ่งต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่น การบันทึกการประเมิน
สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (assessment charting) เป็นการบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและกระทำโดยไม่ลง
ความเห็นของผู้บันทึก หรือตัดสินใจกระทำของผู้ป่วยจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

4. บันทึกทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลที่สังเกตเห็น

5. บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามเวลาตามลำดับก่อนหลัง

6. บันทึกตามลำดับอย่างต่อเนื่องตามงานของพยาบาล คือ บันทึกตาม

กระบวนการพยาบาล โดยการบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย (assessment charting) บันทึกการปฏิบัติพยาบาล (intervention charting) และบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา (evaluation charting)

7. บันทึกโดยนำบันทึกอื่น ๆ เช่น บันทึกข้างเตียง บันทึกสัญญาณชีพ คาร์เด็กซ์ มาประกอบในการพยาบาล

8. บันทึกให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย

- 8.1 การใช้คำตามหลักภาษาไทย
- 8.2 ใช้คำให้ถูกต้องตรงตามความหมายและเหมาะสม
- 8.3 ตัวสะกดถูกต้อง
- 8.4 เรียงประโยคให้สละสลวยได้ใจความสำคัญครบถ้วน
- 8.5 เว้นวรรคตอนให้ถูกต้อง
- 8.6 บันทึกให้เห็นภาพพจน์ของผู้ป่วย
- 8.7 บันทึกให้มีระเบียบ ชัดเจน อ่านง่าย
- 8.8 หลีกเลี่ยงเครื่องหมายและอักษรย่อ

9. บันทึกให้ถูกต้องตามระเบียบการบันทึก โดย

- 9.1 บันทึกให้ถูกต้องกับผู้ป่วยแต่ละคน ลงชื่อ และเลขที่ของผู้ป่วยให้ครบทุกแผ่น
- 9.2 ลงวัน เดือน ปี และเวลาในการบันทึกทุกครั้ง
- 9.3 บันทึกเวลาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น เวลารับใหม่ เวลาส่งตัว เวลาจำหน่าย เป็นต้น
- 9.4 ไม่เว้นวรรคกว้าง ถ้าเว้นวรรคกว้างให้ขีดเส้นยาวแทนที่ไว้กับการเติมข้อความ
- 9.5 ถ้าบันทึกผิดพลาดห้ามลบ ให้ขีดฆ่า เขียนคำว่า “ผิด” แล้วเซ็นชื่อกำกับ
- 9.6 ห้ามคัดลอกบันทึกใหม่
- 9.7 เมื่อบันทึกเรียบร้อยแล้วเซ็นชื่อ นามสกุล และตำแหน่งกำกับให้ชัดเจน
- 9.8 ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ได้รับการรับรองแล้ว เป็นคำย่อสากล หรือเป็นที่ยอมรับในหน่วยงาน เช่น pt=patient, HF=heart failure
- 9.9 หลีกเลี่ยงการใช้คำที่มีความหมายกว้าง เช่น วันนี้ดูท่าทางไม่สบาย มิใช่ควรจะใช้ค่าของอุณหภูมิร่างกายเป็นตัวบ่งชี้ เช่น $T=39^{\circ}\text{C}$ เป็นต้น

ในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ นอกจากจะให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์แล้ว ยังมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ ที่ใช้ประกอบการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้การพัฒนาดังกล่าว ดำเนินการอย่างมีเป้าหมาย และเพื่อให้งานด้านการบันทึกทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล ดังจะกล่าวต่อไป

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ (Nursing Record หรือ Nursing Documentation) เป็นการ ติดต่อสื่อสาร โดยการเขียนข้อมูลที่เป็นความจริงมีความสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยเรียงตามลำดับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาหนึ่งในบันทึกทางการแพทย์เพื่อเก็บรักษาเอาไว้และ นำมาใช้ได้อีกตามต้องการ (DuGas 1983 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีชัยรัตน์ 2538) การบันทึกทางการแพทย์ เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในวิชาชีพ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของวิชาชีพเพราะพยาบาลมี หน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ (Iyer & Camp 1995 อ้างถึง ใน พรชนก ชันชะรุ 2545) ซึ่งการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพนั้น จะต้องประกอบด้วย แนวคิดดังต่อไปนี้

2.1 กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจของการพยาบาล เพราะแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ พยาบาลคิดและทำให้แก่ผู้ให้บริการ เพื่อแสดงเอกลักษณ์ความเป็นวิชาชีพ และให้การพยาบาลที่มี คุณภาพ โดยนำศาสตร์ทางการพยาบาลทั้งที่เป็นทฤษฎีและกรอบแนวคิดมาใช้เป็นแนวทางใน การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลได้ชัดเจน และอธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลกำหนด ขึ้น เพื่อแก้ไข ป้องกัน รักษา ป็นฟู และส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการ ซึ่งต้องทำอย่างมี ระบบระเบียบ 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การ วางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาลต่อเนื่องกัน ไปไม่หยุดนิ่ง และมีการย้อนกลับได้ทุกขั้นตอน (สาลิ เฉลิมวรรณพงศ์ 2544: 2)

2.1.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล คือ กระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจง สำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล ประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ของพยาบาล เป็นกระบวนการทาง สติปัญญา (cognitive process) ที่ให้วิธีคิดและแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ (วัลลา ตันตโยทัย และสมจิต หนูเจริญกุล 2543: 173)

กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจและเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นจุดรวมของกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใด ๆ และด้วยทฤษฎีความเชื่อใด ๆ เพราะสามารถยืดหยุ่นปรับให้เหมาะสมกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ส่วนขั้นตอนต่าง ๆ นั้นสามารถทดลองวิเคราะห์การปฏิบัติของพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการ การเรียกชื่อขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการพยาบาลจะแตกต่างกันในพยาบาลแต่ละกลุ่ม ขณะเดียวกันตั้งอยู่บนพื้นฐานเดียวกัน คือ การรวบรวม มีระบบ และรอบคอบในการวิเคราะห์ (Yura & Walsh 1983)

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีพื้นฐานกรอบแนวคิดของทฤษฎีซึ่งประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นวิธีการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Iyer et al. 1995: 9)

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการให้การดูแลบุคคลอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์อย่างคุ้มค่า (Alfaro-LeFevre 1998: 4)

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบในการวางแผนและการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะให้การดูแลเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (White 2003: 5)

จากความหมายของกระบวนการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เป็นกรอบแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ทุกสถานการณ์ เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจที่ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นระบบ ระเบียบ เป็นเครื่องมือที่พยาบาลนำไปใช้ในวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นการรับประกันคุณภาพการดูแลผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งความหมายในการวิจัยครั้งนี้วิจัยเห็นว่า เป็นวิธีการที่พยาบาลจะนำมาปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างครอบคลุมเหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนตามแนวคิดของไอเยอร์และคณะ (Iyer et al. 1995) ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

2.1.2 ลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีลักษณะสำคัญ (Wilkinson 1992; Alfaro-LeFevre 2002) ดังนี้

1) เป็นระบบระเบียบ (*systematic*) กระบวนการพยาบาลจะประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกับกระบวนการแก้ปัญหา ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

2) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (*client-centred*) คือ การใช้กระบวนการพยาบาลจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยมุ่งช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่มุ่งการทำงานของพยาบาลให้สำเร็จ

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

4) เป็นกระบวนการเชิงมนุษยธรรม (*humanistic*) ทำให้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวม และความแตกต่างของบุคคลทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจ และความรู้สึกนึกคิด

5) มีความเป็นพลวัต (*dynamic*) คือ พยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลกลับไปกลับมาได้ เช่น ประเมินผู้ป่วยใหม่อีกครั้งเพื่อตรวจสอบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ถูกต้องหรือไม่

6) เป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา (*cognitive process*) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

2.1.3 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือและวิธีการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยใช้การแก้ปัญหาและการตัดสินใจในการพยาบาลอย่างมีขั้นตอน โดยคำนึงถึงธรรมชาติและพื้นฐานของมนุษย์ หรือผู้ใช้บริการเป็นหลัก และเป็นเครื่องมือหรือแนวทางแสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพ กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้ใช้บริการ ต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้ (Iyer et al. 1995)

1) ความสำคัญต่อผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นรายบุคคล (*individualized care*) ได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (*continuity of care*)

2) ความสำคัญต่อพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ ใช้ความรู้ ทักษะ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และพื้นฐานศาสตร์ทางการพยาบาล ในทุกขั้นตอนของกระบวนการ

พยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด และช่วยพัฒนาความคิดเชิงเหตุผลได้เป็นอย่างดี

3) *ความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล* การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทำให้การพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยดีสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละคน ถือเป็น การเพิ่มคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้จะทำให้พยาบาลเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และปฏิบัติการพยาบาลได้ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การใช้กระบวนการพยาบาลยังแสดงถึงความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และยังแสดงถึงความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพอีกด้วย

อารี ชิวเกษมสุข (2551: 4) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งพยาบาล ผู้ใช้บริการ และวิชาชีพ คือ

1) *ด้านพยาบาล* พยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ จะทำงานพยาบาลใช้ความคิดเป็นหลักมากกว่าจะทำงานโดยเน้นงานซึ่งมุ่งงานประจำ โดยพยาบาลจะทำงานเป็นระบบและต้นตัวจะใช้ความรู้ความสามารถอยู่บนพื้นฐานของการคิดเชิงวิชาการที่น่าเชื่อถือ ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจและพึงพอใจต่องานที่ทำ

2) *ด้านผู้ป่วย* การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการจะทำให้การดูแลมีคุณภาพสูงขึ้น (Alfaro-LeFevre 2002) คือ

(1) *ป้องกันโรค ส่งเสริม ฟื้นฟู และดำรงรักษาภาวะสุขภาพ* เช่น ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดแผลกดทับในรายผู้ป่วยนอนบนเตียงนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหว

(2) *ช่วยให้ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และมีประสิทธิผล* โดยสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

(3) *ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ*

3) *ด้านวิชาชีพ* การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อันจะนำมาซึ่งความมีชื่อเสียงของวิชาชีพโดยภาพรวมด้วย

จะเห็นได้ว่า กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ ทำให้พยาบาลได้ใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานช่วยให้พยาบาลเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และความคิดเชิงเหตุผลได้เป็นอย่างดี

2.1.4 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน (Iyer et al. 1995; Alfaro-LeFevre 2002; อารี ชิวเกษมสุข 2551) ดังต่อไปนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพ (*Health assessment*) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่มีความสำคัญที่สุด เพราะการประเมินสภาพจะเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน คือ (อารี ชิวเกษมสุข 2551: 6-7)

(1) การรวบรวมข้อมูล (*collecting the data*) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและตลอดเวลาที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น สังเกต การสัมภาษณ์ การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยการดูแลเคาะ ฟัง หรือรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกทางการแพทย์ ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ข้อมูลอัตนัยเป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ใช้บริการ/บุคคลที่เกี่ยวข้อง/บุคลากรในทีมสุขภาพ และ 2) ข้อมูลปรนัยเป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย แต่ถ้าแบ่งตามประเภทของข้อมูลตามแหล่งข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยโดยตรง เป็นข้อมูลที่นำเชื่อถือกว่าข้อมูลแหล่งอื่น ๆ และ 2) ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากญาติผู้ป่วยและจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(2) การตรวจสอบข้อมูล (*validating the data*) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้ว่า มีความถูกต้องและเป็นจริง วิธีการตรวจสอบ เช่น การเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย

(3) การจัดกลุ่มข้อมูล (*organizing or clustering the data*) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้และผ่านการทดสอบแล้วมาแยกเป็นกลุ่ม ๆ โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์เอาไว้ด้วยกัน

(4) การบันทึกข้อมูล (*record the data*) โดยภายหลังรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบและจัดกลุ่มข้อมูล พยาบาลจะบันทึกในแบบประเมินผู้ป่วย

การประเมินสภาพแบ่งเป็น 3 ประเภท (Fischbach 1991) ดังนี้

ก. ประเมินสภาพขั้นต้น (*initial assessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลในแบบประเมินสภาพระยะแรก

ข. ประเมินสภาพต่อเนื่อง (*ongoing assessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยในระยะต่อจากการประเมินสภาพระยะแรก เป็นการรวบรวมเพื่อยืนยันและเพิ่มเติมข้อมูล

ค. ประเมินสภาพซ้ำ (reassessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยซ้ำในช่วงการประเมินผลการพยาบาลเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งการประเมินนี้จะนำไปสู่การประเมินสภาพ การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลใหม่

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นที่สองของกระบวนการพยาบาล การตัดสินใจหรือสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ จากขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้ความรู้ทางคลินิก ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การวิเคราะห์นี้จะวิเคราะห์ข้อมูลที่บ่งบอกปัญหาเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดมาตรฐานและค่าปกติต่าง ๆ ซึ่งสามารถแปลผลได้ 2 ลักษณะ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับความปกติ หรือ ไม่มีปัญหา และ 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและมีการเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องแสดงถึงความผิดปกติหรือมีปัญหา ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (actual problem) หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (potential problem) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลจะนำมาซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ข้อความ 3 ส่วน คือ ปัญหา (problem) เนื่องจาก (related to) และสาเหตุ (etiology) หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (related factor) (อารี ชิวเกษมสุข 2551: 10)

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลนี้ยังเป็นการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไข ปัญหาจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การวางแผนการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (อารี ชิวเกษมสุข 2551: 13) คือ 1) การวางแผนขั้นต้น (initial planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลในช่วงแรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การวางแผนระยะต่อเนื่อง (ongoing planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลโดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยใหม่ และมีการวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเดิมและปัญหาเดิมที่มีอยู่ และ 3) การวางแผนเพื่อจำหน่าย (discharge planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษา การวางแผนการพยาบาลมีขั้นตอนย่อย 6 ขั้นตอน (อารี ชิวเกษมสุข 2551) คือ

(1) การเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยมีหลักการพิจารณาตามความรุนแรงของปัญหาและตามบันไดความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) โดยพิจารณาถึงปัญหาที่คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือปัญหาที่เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามแนวทางของ Maslow ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ

(2) การกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมาย คือ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล (Wilkinson 1992: 166) หรือเป็นข้อความที่แสดงถึงความคาดหวังพฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งเป็นผลมาจากการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ในการกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย คือ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และเป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการ

(3) การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล เกณฑ์การประเมินผลเป็นข้อความที่กล่าวถึงการตอบสนองของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง สังเกต และสามารถวัดได้ ใช้ตัดสินว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์ของการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลเป็นสิ่งบอกทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล บอกช่วงเวลาของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้และเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ช่วยให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีความรู้สึกร่วมกันว่าประสบความสำเร็จร่วมกัน

(4) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลหรือคำสั่งการพยาบาล เป็นการกำหนดเทคนิคหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชาการ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่คาดหวังหรือกำหนดไว้เป็นเป้าหมายของผู้ป่วย

(5) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล ในแบบบันทึกการพยาบาล

ส่วนประกอบของการเขียนกิจกรรมการพยาบาล มี 4 ส่วน ดังนี้
ก. วันที่ จะต้องเขียนวันที่เริ่มทำกิจกรรม และต้องทบทวนพร้อมทั้งปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

ข. คำกริยา ต้องกำหนดสิ่งที่จะปฏิบัติอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

ค. คำอธิบายประกอบ เป็นส่วนที่บอกว่าจะทำอย่างไร เมื่อไร หรือบ่อยเพียงไร หรือที่ไหน

ง. ลายเซ็นของพยาบาล เพื่อบอกถึงการยอมรับของพยาบาลทั้งในแง่กฎหมายและจริยธรรม

(6) เขียนแผนการพยาบาล ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลตามที่แต่ละสถาบันสร้างขึ้น

แนวทางในการเขียนกิจกรรมการพยาบาล

- ก. เขียนในลักษณะพฤติกรรมของพยาบาล เช่น ดูแลเสมหะเมื่อหายใจมีเสียงดังครืดคราด
- ข. คำนึงถึงสิทธิของผู้ใช้บริการ และความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ใช้บริการ เพราะผู้ให้บริการแต่ละรายแม้จะได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกันแต่มีความต้องการที่จะได้รับการดูแลแตกต่างกัน
- ค. เขียนข้อความสั้น ๆ แต่ได้ใจความ
- ง. ใช้หลักวิชาหรือแนวคิดจากทฤษฎีและศาสตร์ต่าง ๆ
- จ. สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อ และพื้นฐานด้านจิตสังคมของผู้ใช้บริการ กิจกรรมการรักษาหรือแผนการดูแลของบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ
- ฉ. มีกิจกรรมที่ส่งเสริม ป้องกันและบำบัดรักษาภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ
- ช. เรียงลำดับกิจกรรมก่อนหลัง ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) เป็นขั้นตอนของการพยาบาลในส่วนของการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อให้สิ่งกำหนดไว้ในแผนการพยาบาลหรือเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผลสำเร็จ ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ ต้องมีการเตรียมการที่ดีและมีความพร้อม พยาบาลต้องมีความคิดที่สร้างสรรค์ มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาล มีความละเอียดรอบคอบ มีความเมตตา และทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาล มีศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล และมีความรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ เมื่อปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งต้องลงบันทึกทางการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาลจะบันทึกในรูปแบบของพฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาลเพื่อแสดงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพ และประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ให้บริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้ใช้บริการ โดยที่การประเมินผลการพยาบาลเป็นกระบวนการตรวจสอบผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล หรือผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ใช้บริการว่ามีผลทำให้ผู้ใช้บริการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผลหรือไม่

การประเมินผลการพยาบาลสามารถกระทำได้ในขณะปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล โดยการแปลผลข้อมูลสามารถสรุปได้ 3 ลักษณะ คือ

(1) พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการพยาบาล แสดงออกในทิศทางเดียวกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมินผล แสดงว่า ปัญหาได้รับการแก้ไขสมบูรณ์

(2) พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล แสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลที่รวบรวมจากการประเมินตั้งแต่ตอนแรก แสดงถึงปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล

(3) พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาล แสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้ใช้บริการ และวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ใช้บริการ โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพของผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนไปปฏิบัติจนถึงการประเมินผลการพยาบาล ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลในการประเมินข้อมูลจากผู้ป่วยให้ครอบคลุมตัวบุคคลแบบองค์รวม เพื่อรับทราบปัญหา และแนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละราย

2.1.5 การบันทึกการพยาบาลกับกระบวนการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลในอดีตจะเน้นการเขียนกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเป็นความเรียงตามที่ให้บริการ โดยมีได้ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านั้นให้เพื่อแก้ปัญหาใดของผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลได้มีการพัฒนาองค์ความรู้โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ซึ่งกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล ดังนั้นบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องสะท้อนให้เห็นการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ในการพัฒนาการเขียนบันทึกของพยาบาลสามารถเขียนได้หลายวิธีตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (ประคิน สุจฉายา และคณะ 2549)

1) แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน แบบแผนประกอบด้วย

1) การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร 3) การขับถ่าย

4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) การนอนหลับพักผ่อน 6) สถิติปัญญาและการรับรู้ 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) บทบาทและสัมพันธภาพ 9) เพศและการเจริญพันธุ์ 10) การเผชิญและความทนทานต่อความเครียด และ 11) ค่านิยมและความเชื่อ พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพแล้วกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาที่พบในแต่ละแบบแผน

2) สมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลของอเมริกาเหนือ (*North American Nursing Diagnosis Association = NANDA*) ได้มีการกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล (*nursing diagnosis*) และให้ความหมายของการวินิจฉัยทางการพยาบาลว่า เป็นการตัดสินใจทางคลินิก (*clinical judgment*) ที่เกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพทั้งในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว และปัญหาสุขภาพที่เสี่ยง องค์ประกอบของการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะใช้ข้อความ “*PES statement (Problem, Etiology และ Signs & Symptom)*” คือ การระบุปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุ หรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา อาการและอาการแสดง

3) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (*Nursing Intervention Classification = NIC*) เป็นระบบที่พัฒนาจากกลุ่มการพยาบาลของมหาวิทยาลัยไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประโยชน์ในการบันทึกทางคลินิก (*clinical documentation*) การติดต่อสื่อสารการดูแลในทุกสถานที่ (*settings*) การประเมินผลการวิจัยและการศึกษา รวมไปถึงกิจกรรมการพยาบาลทั้งที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้โดยอิสระ และต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรสุขภาพอื่น แต่ละกิจกรรมของ *NIC* จะประกอบด้วย ชื่อ ความหมาย แต่ละชุดของกิจกรรมที่จะนำไปสู่การกระทำและการคิดเกี่ยวกับพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วย

4) การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (*Nursing Outcome Classification = NOC*) เป็นวิธีที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มการพยาบาลของมหาวิทยาลัยไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา เช่นกัน โดยเน้นวิธีการประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้รับ

5) การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับนานาชาติ (*International Classification of Nursing Practice = ICNP*) ระบบนี้พัฒนาขึ้นโดยสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (*International Council of Nurses = ICN*) ประกอบด้วย การจัดกลุ่มปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (*nursing phenomenon*) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (*nursing diagnosis*) กิจกรรมการพยาบาล (*nursing intervention*) และผลลัพธ์ของการพยาบาล (*nursing outcome*) (*International Council of Nurse 2006a*) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างภาษาสากลในการอธิบายปรากฏการณ์และกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งใช้ในการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางใน

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (สุปาณี เสนาคิสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์ 2547; International Council of Nurses 2006a)

6) ระบบของโอมาฮา (Omaha system) เป็นระบบที่ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลเยี่ยมบ้านในโอมาฮา ซึ่งประกอบด้วย การจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (รูกา ภูไพบูลย์ 2542 อ้างถึงใน สุปาณี เสนาคิสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์ 2547)

7) การจำแนกการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Classification = HHCC) เป็นวิธีการที่พัฒนาขึ้นเพื่อคาดคะเนความต้องการการบริการพยาบาลของผู้สูงอายุ และผู้พิการที่อยู่ภายใต้ระบบการดูแลของรัฐ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่รวมการประเมินการดูแล การสอน และการจัดการ (สุปาณี เสนาคิสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์ 2547)

สรุปได้ว่า การเขียนบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสามารถเขียนได้หลายวิธี แต่ทุกวิธีการต่างก็สะท้อนกระบวนการพยาบาลทั้งสิ้น เพราะกระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบในการวางแผนและการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะให้การดูแลเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องสะท้อนให้เห็นถึงการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวมเช่นกัน

2.2 การดูแลแบบองค์รวม

2.2.1 ความหมายของการดูแลแบบองค์รวม

องค์รวม หรือ “Holism” มาจากรากศัพท์ภาษาอังกฤษ คือ “Holos” หมายถึง “Whole” หรือโดยภาพรวม (Smuts 1926 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2543) การที่เราจะเข้าใจภาพรวมของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เราจำเป็นต้องรู้ส่วนประกอบย่อยของสิ่งนั้น ขณะเดียวกันการรู้จักส่วนย่อยแต่ละส่วนก็ไม่สามารถทำให้เข้าใจสิ่งนั้นได้ ถ้าขาดการมองโดยองค์รวม คือ ผสมผสานส่วนประกอบแต่ละด้านทั้งหมดเข้าด้วยกัน (Blatter 1981)

พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2536) กล่าวว่า การดูแลแบบองค์รวมเป็นการบริการของมนุษย์ต่อมนุษย์ ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมนี้จะต้องให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นการกระทำที่ผสมผสานระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับการให้ความรู้ที่ที่ดี แสดงถึงความรัก ความห่วงใยในเชิงวิชาชีพ ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ การบริการพยาบาลจึงจะมีคุณภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบองค์รวมว่า หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีบูรณาการของกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่าง

ของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิทธิเสรีภาพ และรูปแบบดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน

สมาคมพยาบาลที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Holistic Nurses Association 1997 cited in Dossey and Dossey 1998) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบองค์รวมว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่มีเป้าหมายเยียวยาบุคคลทั้งคน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบขององค์รวม ทั้ง 2 ด้าน คือ

1. ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณของบุคคล และองค์ประกอบทั้งหมดมากกว่าผลรวมของแต่ละส่วน
2. ด้านที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบุคคลที่ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน

จากที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งการให้การพยาบาลแก่บุคคล พยาบาลจะต้องเข้าใจบุคคลในฐานะองค์รวมที่ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วน ๆ ได้ หากพยาบาลได้รู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมก็นับว่าเป็นสิ่งที่ให้คุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยได้ดีเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมไว้ดังนี้ คือ

1. เป็นการดูแลที่มองคนทั้งคน และบุคคลนี้เป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นหนึ่งเฉพาะ เพราะฉะนั้นจะไม่มีคำว่าผู้ป่วยทางกายหรือผู้ป่วยทางใจ
2. บุคคล เป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของครอบครัวหรือชุมชน ในระบบเปิดเช่นนี้มนุษย์เราจะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น นั่นคือ มนุษย์มีความสามารถที่จะเรียนรู้ แสวงหาความรู้ สร้างปัญญา และแนวคิดของตนเอง ที่จะเลือกกลยุทธ์วิธีการในการจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใด รู้จักระบบระเบียบของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิต
3. เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยนำสามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

4. การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุด ต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล
5. การดูแลแบบองค์รวมใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน
6. การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อความผาสุก และคุณภาพของชีวิต

2.2.3 แนวปฏิบัติในการดูแลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 68) ได้กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการดูแลแบบองค์รวมได้ดังนี้ คือ

1. พยาบาลจะต้องตระหนักถึงคนในลักษณะองค์รวมที่ไม่สามารถแยกกายจิต และวิญญาณออกจากกันได้
2. พยาบาลจะต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
3. พยาบาลจะต้องเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1) พยาบาลประเมินผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ (ให้ญาติหรือบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย) และจะต้องให้ความสนใจถึงผลกระทบจากปัญหาสุขภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกด้าน
 - 2) พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันแยกแยะปัญหา/ความต้องการ และวางเป้าหมายในการบำบัดทางการพยาบาล
 - 3) พยาบาลปรึกษารื้อกับผู้ป่วยถึงแผนการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่วางร่วมกัน
 - 4) พยาบาลปฏิบัติตามแผนการบำบัดทางการพยาบาล โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ เช่น เงิน ของใช้ เทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสม
 - 5) พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันประเมินผลการบำบัดทางการพยาบาล ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่
 - 6) ถ้าการบำบัดทางการพยาบาลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4. พยาบาลจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดต่อผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดี และความเชื่อถือศรัทธาของผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยในกระบวนการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย หรือเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. พยาบาลจะต้องสามารถให้ข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ กับผู้ป่วย และประชาชนได้
6. พยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง
7. พยาบาลจะต้องสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟู และการเจริญพัฒนาของผู้ป่วยโดยการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร (caring)
8. พยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีการฟื้นฟูที่บ้าน หรือวิธีการอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและการบำบัด และการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นการดูแล/การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายการรักษาพยาบาลร่วมกันกับพยาบาลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะเป็นผลไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ก่อให้เกิดความพึงพอใจซึ่งกันและกัน การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจึงควรสะท้อนให้เห็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

อย่างไรก็ตาม การบันทึกทางการพยาบาล มีหลายประเภท รวมทั้งรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก็มีหลายรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้การบันทึกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะกล่าวต่อไป

3. ประเภทและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยและ เป็นส่วนที่พยาบาลรับผิดชอบ ปัจจุบันได้มีการแบ่งประเภทและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

3.1 ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ประเภทของการบันทึกที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลักในการบันทึก โดยทั่วไปมี 2 ประเภท คือ บันทึกที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารและบันทึกที่เกี่ยวข้องกับงานบริการ (อารี ชิวเกษมสุข 2551) มีดังนี้

3.1.1 บันทึกเกี่ยวกับงานบริหาร บันทึกประเภทนี้เป็นการบันทึกเพื่อแจ้งให้ผู้บริหารทราบ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการจัดระบบการบริการพยาบาลให้ครอบคลุม และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1) **บันทึกสำมะโนรายวัน (daily census)** เป็นบันทึกที่สรุปยอดจำนวนของผู้ป่วยในแต่ละวัน โดยมีชื่อของผู้ป่วย หอผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค สถิติการรับใหม่ รับย้าย จำหน่าย ตาย อาจมีรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการหนักด้วย สำหรับรายละเอียดที่กล่าวมา บางครั้งจะเก็บแบบบันทึกนี้ไว้ในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ตรวจการมาสำรวจข้อมูล แต่โรงพยาบาลบางแห่งจะนำแบบบันทึกนี้ไปเสนอผู้บริหารทุกวัน

2) **บันทึกอุบัติการณ์ (incident report)** เป็นบันทึกที่ใช้บันทึกเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะ เช่น อุบัติเหตุการให้ยาผิด การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น แบบบันทึกนี้ควรเขียนทันทีหรือเร็วที่สุดที่จะทำได้และเขียนข้อมูลตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบุคลากร และปรับปรุงระบบการปฏิบัติงาน มิให้เกิดเหตุการณ์หรือเป็นปัญหานั้นซ้ำอีก

3.1.2 บันทึกเกี่ยวกับงานบริการ บันทึกประเภทนี้จะเป็นการบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา การปฏิบัติการพยาบาล และความก้าวหน้าของผู้ป่วย นโยบายของหน่วยงาน มาตรฐานการดูแลและการตัดสินใจของพยาบาลจะเป็นตัวกำหนดควมถี่ในการบันทึก (Fischbach 1991: 134) อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแบบบันทึกส่วนใหญ่จะต้องบันทึกทุกเวอร์ และเป็นประจำทุกวัน (White 2003; Daniels 2004) เอกสารเหล่านี้ได้แก่

1) **แบบบันทึกประวัติสุขภาพทางการแพทย์พยาบาล (nursing health history form) หรือแบบประเมินผู้ใช้บริการ (assessment tool หรือ assessment form)** เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก การรวบรวมข้อมูลส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาแบบแผนสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทางกายและด้านพฤติกรรม การเบี่ยงเบนไปจากปกติ และแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ แบบฟอร์มอาจแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ข้อมูลในแบบบันทึกนี้โดยทั่วไปจะประกอบด้วย ชีวประวัติของผู้ป่วย (เช่น อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ อาชีพ) เหตุผลของการใช้บริการ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ข้อมูลด้าน

ถึงแวดล้อม ข้อมูลเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และแบบแผนสุขภาพ (functional health patterns) (White 2003)

นอกจากนี้แบบบันทึกประวัติสุขภาพทางการพยาบาลมีแนวโน้มที่จะถูกพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลมากขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ป่วย ตลอดจนประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2) *คาร์เด็กซ์ (kardex)* เป็นแบบบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วย อย่างสั้นกะทัดรัด ข้อมูลที่บันทึกมีทั้งเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและไม่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว เช่น การบันทึกสัญญาณชีพ อาหารที่ได้รับ เป็นต้น จะเขียนด้วยดินสอ ข้อมูลที่ไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ชื่อ สกุล อายุ แผนการรักษาของแพทย์ภายใน 1 วัน (one day order) จะเขียนด้วยปากกา โดยข้อมูลจะเป็นข้อมูลที่มีการปรับให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ พยาบาลจะใช้คาร์เด็กซ์ในการรายงานด้วยวาจาในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมพยาบาลในเวรถัดไปของการทำงาน เพื่อให้พยาบาลในเวรถัดไปได้รับรู้ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การดูแลที่ได้ทำไว้ และการดูแลที่ต้องทำในเวรถัดไป

3) *แบบบันทึกแผนการพยาบาล (nursing care plan form)* เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาของผู้ใช้บริการ วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล (objectives of nursing care) เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล โดยเฉพาะแบบบันทึกนี้จะเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพในทางปฏิบัติจริง ซึ่งนอกจากนี้ในบางโรงพยาบาลพยาบาลได้พัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลขึ้น โดยจัดทำเป็น “แผนการพยาบาลมาตรฐาน” (standardized care plan) เพื่อลดเวลาในการบันทึกแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลมาตรฐานนี้จะสร้างขึ้น โดยยึดปรัชญาทางการพยาบาล (philosophy of nursing) นั้นเอง ใช้เป็นแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน โดยพยาบาลจะประเมินปัญหา แล้วแยกแยะคว่ากิจกรรมการพยาบาลใดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แผนการพยาบาลนี้จะเก็บไว้ในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย (patient chart)

4) *แผ่นกราฟ (graphic sheet)* เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่อยู่ในรายงานของผู้ป่วย มีตารางและช่องสำหรับบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นต้น

5) *แบบบันทึกย่อย (flow sheet form)* เป็นแบบบันทึกเรื่องที่ต้องการรายละเอียดเฉพาะอย่างเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย บางราย แบบบันทึกการให้ยา (medication record form) แบบตรวจบันทึกน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

(diabetic chart form) แบบบันทึกแสดงอาการทางระบบประสาท (neurological record form) เป็นต้น

6) แบบบันทึกการให้ยา (medication record form) เป็นแบบบันทึกย่อประเภทหนึ่งที่อยู่ในแฟ้มบันทึกย่อหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วยสำหรับให้พยาบาลผู้ให้ยา เช่นชื่อตามเวลาที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ป้องกันการละเลย การให้ยาซ้ำ และเป็นข้อมูลประกอบการรักษาพยาบาล

7) แบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย (intake-output form) เป็นแบบบันทึกย่อประเภทหนึ่งที่อยู่ในแฟ้มบันทึกย่อหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วยสำหรับบันทึกรายละเอียดของปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกใน 24 ชั่วโมง

8) แบบบันทึกการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ (diabetic chart form) เป็นแบบบันทึกย่อประเภทหนึ่งที่ใช้บันทึกผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อติดตามและให้ยาอินซูลินตามแผนการรักษา

9) แบบบันทึกการแสดงอาการทางระบบประสาท (neurological record form) เป็นแบบบันทึกย่อประเภทหนึ่งที่ใช้บันทึกรายละเอียดของอาการแสดงทางระบบประสาทของผู้ป่วย เพื่อใช้วางแผนการรักษาพยาบาลและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

10) แบบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note form) เป็นแบบบันทึกที่อาจอยู่ในแบบบันทึกย่อหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย จะบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา การให้การพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา รวมถึงการตรวจเยี่ยมของทีมสุขภาพ ข้อมูลที่ควรบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล โดยทั่วไปจะบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาล โดยแบ่งตามระยะการรักษาดังนี้

(1) ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การบันทึกจะบันทึกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย รวมถึงการกระทำของแพทย์ และการเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยของสมาชิกในทีมสุขภาพ สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรงมักนิยมบันทึกสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล (nursing process) จะอยู่ในรูปแบบของ "DAE" (Data-Action-Evaluation) ซึ่ง Data (D) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย Action (A) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และ Evaluation (E) หมายถึง การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม นโยบายของหน่วยงาน มาตรฐานการดูแล และการตัดสินใจของพยาบาลจะเป็นตัวกำหนดความถี่ของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกนี้ (Fischbach 1991)

(2) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge summary) ซึ่งเป็นการบันทึกเพื่อสรุปโดยย่อว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยปัญหาอะไร ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างไร ภาวะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังออกจากโรงพยาบาล เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการมาตรวจตามแพทย์นัด ปัจจุบันการบันทึกก่อนจำหน่ายผู้ป่วยนิยมบันทึกในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นเฉพาะ

สำหรับบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยศึกษาและนำมาพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับสภาพการทำงานของแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ได้แก่ แบบบันทึกทางการพยาบาล 6 ประเภท 7 แบบบันทึก ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 7) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย

3.2 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาขึ้นมานานแล้ว และปรับปรุงกันมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้ ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติ วาลัส (Walrus 2003) ได้ทบทวนรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล และแจกแจงเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

3.2.1 รูปแบบบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกที่พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย ใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาลโดยเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวันตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นจริง

ข้อดีของรูปแบบบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

- 1) เป็นรูปแบบบันทึกที่ยืดหยุ่นเหมาะสมกับทุกสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วย
 - 2) การบันทึกแสดงถึงความเข้มแข็งของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
 - 3) เป็นการเสนอรายละเอียดในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละเวรได้
 - 4) ใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย
 - 5) ใช้แบบฟอร์มธรรมดา เหมาะแก่การฝึกพยาบาลใหม่ให้บันทึกได้รวดเร็ว
- ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

- 1) ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่าจะข้อมูลต่าง ๆ สัมพันธ์กันอย่างไร เพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่ เรียบเรียงข้อมูล
- 2) เป็นการยากที่จะติดตามปัญหาและวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากแบบบันทึกนี้
- 3) เป็นการบันทึกที่ไม่มีแนวทาง พยาบาลจะบันทึกไปเรื่อย ๆ บันทึกทุกอย่างทำให้ข้อความยาวและบางครั้งก็บันทึกซ้ำ
- 4) ไม่ได้สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล

3.2.2 รูปแบบบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record: POMR)

เป็นรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหา ช่วยสื่อสารระหว่างทีมดูแล เป็นรูปแบบที่เดิมพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ต่อมาพัฒนาขึ้น โดยพยาบาล ใช้ได้ผลในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAPIE คือ

- S = Subjective data คือ ข้อมูลอัตนัย เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล
- O = Objective data คือ ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งพยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้
- A = Assessment คือ สิ่งที่พยาบาลคิดวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้
- P = Plan คือ แผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
- I = Interventions คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย
- E = Evaluation คือ การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหานี้ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ฐานข้อมูล (Data Base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการตรวจร่างกาย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 รายการปัญหา (Problem List) เป็นส่วนบันทึกปัญหาของผู้ป่วยที่ได้หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานแล้ว ประเด็นปัญหาของผู้ป่วย สามารถเขียนในรูปของอาการอาการแสดงหรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามวันที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ

ส่วนที่ 3 แผนการพยาบาลขั้นต้น (Initial Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลขั้นต้นของแต่ละปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาล และแผนการสอน

ส่วนที่ 4 บันทึกความก้าวหน้า (Progress Notes) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเขียนในรูปแบบของ SOAPIE

ส่วนที่ 5 การสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดอย่างย่อ ๆ ว่า ปัญหาใดบ้างที่ได้รับการแก้ไข และปัญหาใดบ้างที่ยังคงเหลืออยู่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อดีของรูปแบบบันทึกแบบมุ่งปัญหา ได้แก่

1) เป็นรูปแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะ ซึ่งผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้ และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพได้ดี

2) การบันทึกแสดงถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแล และความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3) สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก

4) ใช้เป็นแนวทางบันทึกที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสียของรูปแบบบันทึกแบบมุ่งปัญหา ได้แก่

1) การบันทึกตามรูปแบบนี้ บางครั้งยากที่จะตัดสินใจว่าข้อมูลนี้ควรอยู่ภายใต้หัวข้อใด หรือการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาควรอยู่ข้อใด

2) การประเมินสภาพและกิจกรรมการพยาบาลปรับใช้กับปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหา การบันทึกตามแบบฟอร์ม SOAPIE ทำให้ต้องใช้เวลาในการบันทึกและเกิดการบันทึกซ้ำซ้อน

3.2.3 รูปแบบบันทึกแบบ PIE (PIE Charting) ซึ่ง PIE ย่อมาจาก Problem Intervention Evaluation เป็นรูปแบบบันทึกแบบมุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วยและมีกระบวนการบันทึกที่ง่ายขึ้น โดยมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกย่อย (flow sheets) บันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าประจำวันของผู้ป่วยในแบบบันทึกความก้าวหน้า

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้แก่

1) การบันทึกจะรวมถึงรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

2) การบันทึกจะบันทึกปัญหาที่เป็นปัจจุบัน

3) เป็นรูปแบบบันทึกที่ง่าย โดยการบันทึกจะรวมบันทึกแผนการพยาบาล

และบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบบันทึกเดียวกัน และใช้แบบบันทึกย่อยในการประเมินสภาพ และการดูแลผู้ป่วย

4) มีการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกความก้าวหน้าโดยเน้นเรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลและการเขียนบันทึกการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วย

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ *PIE* ได้แก่

1) ทีมพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบบันทึกนี้ไปใช้

2) รูปแบบนี้ต้องมีการประเมินปัญหาแต่ละปัญหาทุกเวอร์ ซึ่งต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก บันทึกย่อยโดยไม่มีความจำเป็นและทำให้เป็นการบันทึกซ้ำ ๆ

3) รูปแบบนี้ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังอยู่โรงพยาบาลนาน ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

3.2.4 รูปแบบการบันทึกแบบ *Focus (Focus Charting)* เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ก็จะกำหนดเป็น “Focus” แทนคำว่า “ปัญหา”

วิธีการบันทึกด้วยรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ จะแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ส่วนของการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย และส่วนของงานประจำของพยาบาลจะบันทึกด้วยแผ่นบันทึกย่อย (Flow sheets)

ส่วนที่ 2 ส่วนของแผ่นบันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วย ช่องสำหรับเขียน Focus และ DAR คือ

D : Data คือ ข้อมูลอัตนัย ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน Focus

A : Action คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล

R : Response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล
ข้อดีของรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ ได้แก่

1) เป็นระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับระบบด้านคลินิก

2) มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR

3) เป็นระบบบันทึกที่สามารถชี้บ่งปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วยและใช้สื่อสาร
ในทีมสุขภาพ

4) เป็นระบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ ทางการพยาบาล และ
สอดคล้องกับข้อกำหนดขององค์การรับรองคุณภาพการบริการสุขภาพ (Joint Commission for
Accreditation of Healthcare Organization = JCAHO)

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ ได้แก่

- 1) พยาบาลที่บันทึกต้องได้รับการฝึกฝนอย่างลึกซึ้ง ก่อนที่จะใช้รูปแบบ
การบันทึกแบบมุ่งความต้องการ
- 2) เป็นระบบบันทึกที่มีการเช็คในแบบฟอร์มจำนวนมาก ซึ่งเป็นการยากที่
จะวิเคราะห์ออกมาเป็นปัญหาของผู้ป่วย

3.2.5 รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (*Charting by Exception*) รูปแบบการบันทึก
นี้เป็นรูปแบบการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดเวลาและการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ซึ่งการบันทึกแบบ CBE
ประกอบด้วย แบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ได้แก่

1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (Nursing and
Medical Order Flow Sheets)

2) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (Graphic Form)

3) แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย (Patient-Teaching Record)

4) แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (Patient Discharge Note)

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE ได้แก่

1) เป็นแบบบันทึกที่มีขนาดเหมาะสมใช้บันทึกงานประจำตามแนวทาง
มาตรฐานการพยาบาล

2) รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (CBE Charting) เป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการ
ปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก

3) การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน

4) มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่ใช้บันทึก

5) แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) เป็นแนวทางที่ทำให้สะดวกและง่ายใน
การดูแล

6) ช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน

7) แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) ทั้งหมดจะเก็บไว้ที่เตียงของผู้ป่วย เพื่อ
สะดวกต่อการบันทึกได้ทันที

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE ได้แก่

- 1) การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการดูแลต้องใช้เวลาในการศึกษาและทำความเข้าใจก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ
- 2) ระบบการบันทึกนี้ใช้เวลานานในการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมมาใช้รูปแบบใหม่
- 3) การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยอาจบันทึกโดยสรุปย่อเพื่อความสะดวกในแบบฟอร์มหลายแบบฟอร์มแทนที่จะรวมใช้แบบฟอร์มเดียว

3.2.6 รูปแบบการบันทึกแบบ FACT (FACT Charting) ซึ่ง FACT ย่อมาจากคำว่า

“Flow Sheet Assessment Concise Timely” รูปแบบการบันทึกแบบ FACT นี้ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CBE การบันทึกรูปแบบนี้จะหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น การบันทึกข้อมูลซ้ำ ๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยายามลดเวลาในการบันทึก

ข้อดีของรูปแบบบันทึกแบบ FACT ได้แก่

- 1) การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีความสอดคล้องของภาษาและลักษณะของโครงสร้าง
 - 2) รายละเอียดของการบันทึกสามารถหาได้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
 - 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึก คือ มีความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ
 - 4) ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลน้อยลง
- ข้อเสียของรูปแบบบันทึกแบบ FACT ได้แก่
- 1) การบันทึกด้วยรูปแบบนี้ต้องพัฒนาเวลาที่ใช้และวิธีการให้เป็นมาตรฐาน
 - 2) การใช้กระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกนี้มีความยุ่งยากที่จะพิสูจน์

3.2.7 รูปแบบบันทึกแบบ CORE (CORE Charting) รูปแบบบันทึกการพยาบาล

นี้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการบันทึกในระบบนี้โดยบันทึกความต้องการและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมง เมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รูปแบบ CORE ประกอบด้วยดังนี้

- 1) **ฐานข้อมูล (Data Base)** เป็นข้อมูล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2) แผนการพยาบาล (Care Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาล

3) แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) เป็นบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการวินิจฉัยและการสอนผู้ป่วย

4) บันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลซึ่งเขียนในรูปของ DAE (Data, Action, Evaluation)

5) การสรุปจำหน่าย (Discharge Summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การสอนผู้ป่วย และการมาตรวจตามนัด

ข้อดีของรูปแบบบันทึกแบบ CORE ได้แก่

- 1) เป็นแบบบันทึกที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล
- 2) มีระบบ DAE สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล
- 3) เป็นระบบที่สั้น กระชับ
- 4) เป็นระบบบันทึกที่เน้นการบันทึกด้านสังคมและจิตใจ

ข้อเสียของรูปแบบบันทึกแบบ CORE ได้แก่

1) การบันทึกระบบนี้พยาบาลจะต้องได้รับการแนะนำหรือฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้

2) การพัฒนาแบบฟอร์มอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้เวลานาน

3) แบบฟอร์ม DAE ไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้

เสมอไป อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

3.2.8 รูปแบบบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized System) การบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มีความสำคัญในการบันทึกและเพิ่มความถูกต้อง แม่นอน ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนนุเคราะห์

ข้อดีของรูปแบบบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ ได้แก่

- 1) เป็นบันทึกที่สามารถหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้อย่างรวดเร็ว
- 2) สามารถสะสมข้อมูลของผู้ป่วยและช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ
- 3) สามารถปรับข้อมูลของผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) เป็นระบบการบันทึกที่อ่านง่ายและสามารถส่งข้อความความต้องการ

ของผู้ป่วยให้ทีมการดูแลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5) ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินและการดูแลตามกระบวนการ

พยาบาล

ข้อเสียของรูปแบบบันทึก โดยใช้คอมพิวเตอร์ ได้แก่

- 1) ถ้าการใช้ไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ก็ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้
- 2) มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่ใช้ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์
- 3) ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล่มข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถใช้ได้

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ

รูปแบบ	การใช้กับผู้ป่วย	ส่วนของการบันทึก	การประเมินสภาพ	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์และการประเมินผล	การบันทึกความก้าวหน้า
แบบบรรยาย (NARRATIVE)	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยระยะพักฟื้น	- ความก้าวหน้า - บันทึกย่อ แผนการรักษา เพิ่มเติม	แรกรับ: แบบบันทึกประวัติ ต่อเนื่อง: แบบบันทึกความก้าวหน้า	แผนการพยาบาล	ความก้าวหน้าของการรักษา - สรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	บันทึกแบบบรรยายตามเวลา
แบบมุ่งแก้ปัญหา (POMR)	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรังผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ	- ข้อมูลพื้นฐาน - แผนการพยาบาล - รายการปัญหา - ความก้าวหน้าของการรักษา - สรุปการจำหน่าย	แรกรับ: ข้อมูลพื้นฐานและแผนการพยาบาล ต่อเนื่อง: แบบบันทึกความก้าวหน้า	- ข้อมูลพื้นฐาน - แผนการพยาบาลตามรายการปัญหา	ความก้าวหน้าของการรักษา SOAPIE	บันทึกแบบ SOAPIE
แบบ PIE	ผู้ป่วยเฉียบพลัน	- แบบบันทึกย่อการประเมินสภาพ - แบบบันทึกความก้าวหน้า - แบบรายการปัญหา	แรกรับ: แบบประเมินสภาพ ต่อเนื่อง: แบบประเมินสภาพทุกเวอร์	-แผนการพยาบาลและความก้าวหน้า	ความก้าวหน้าของการรักษา	-บันทึกแบบ PIE
แบบ FOCUS	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	- แบบบันทึกความก้าวหน้า - บันทึกย่อ - แบบเช็ค	แรกรับ: แบบบันทึกประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วย ต่อเนื่อง: แบบประเมินสภาพ	แผนการพยาบาลตามปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ความก้าวหน้าของการรักษา	แบบบันทึก DAR
แบบ CBE	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	- แผนการพยาบาล - บันทึกย่อบันทึกการสอนผู้ป่วย	แรกรับ: แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานการประเมินสภาพ ต่อเนื่อง: แบบบันทึกการพยาบาลและแผนการรักษา	แผนการพยาบาลตามรายการข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ความก้าวหน้าของการรักษา	บันทึกแบบ SOAPIE หรือ SOAPIER

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

รูปแบบ	การใช้กับผู้ป่วย	ส่วนของการบันทึก	การประเมินสภาพ	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์และการประเมินผล	การบันทึกความก้าวหน้า
แบบ FACT	ผู้ป่วยเขียนพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	- แบบบันทึก - ข้อประเมิน - สถานภาพ - บันทึกย่อ - บันทึก - ความก้าวหน้า	แรกรับ: แบบบันทึกการ ประเมินสภาพ ต่อเนื่อง: แบบบันทึกย่อ บันทึกความก้าวหน้า	แผนการ พยาบาลตาม รายการข้อ วินิจฉัยการ พยาบาล	บันทึกย่อ	บันทึกแบบ DAR
แบบ CORE	ผู้ป่วยเขียนพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	- Kardex - บันทึกย่อ - บันทึก - ความก้าวหน้า	แรกรับ: แบบบันทึกการ ประเมินสภาพ ต่อเนื่อง: แบบบันทึก ความก้าวหน้า	แผนการ พยาบาล	บันทึก ความก้าวหน้า	บันทึกแบบ DAE
แบบ COMPU TERIZED	ผู้ป่วยเขียนพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยระยะพักฟื้น	- ความก้าวหน้า - บันทึกย่อ - แผนการ พยาบาล - ข้อมูลพื้นฐาน, แผนการสอน	แรกรับ: แบบบันทึกการ ประเมินสภาพ ต่อเนื่อง: แบบบันทึก ความก้าวหน้า	ข้อมูล พื้นฐาน แผนการ พยาบาล	ผลลัพธ์แผนการ พยาบาล	ประเมินผล ผลที่คาดหวัง ผลการเรียนรู้

หมายเหตุ : ตารางแสดงการเปรียบเทียบรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล (Walus 2003: 64-67)

ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) ได้ให้หลักการพิจารณาการเลือกรูปแบบบันทึก ดังนี้

1. รูปแบบบันทึกนั้นจะต้องเหมาะสมกับที่จะนำมาใช้ในองค์กรการพยาบาลที่ประกอบด้วย พยาบาลหลายระดับการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล รับผิดชอบร่วมกันในการบันทึกให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ ซึ่งแบบบันทึกย่อที่บันทึกเกี่ยวกับงานประจำ เช่น การพลิกตะแคงตัว การบันทึกจำนวนน้ำเข้า/ออกจากร่างกาย เป็นต้น สามารถมอบหมายให้ผู้ป่วยพยาบาลรับผิดชอบได้
2. พิจารณาความรู้และทักษะของพยาบาลส่วนใหญ่ขององค์กร เช่น พยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่า 20 ปีมาแล้ว ในหลักสูตรสมัยนั้นไม่ได้สอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย การใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรปัจจุบันที่ทันสมัยและกว้างขวางกว่า ความแตกต่างนี้เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและเลือกระบบการบันทึกใหม่ที่ควรคำนึงถึง

3. พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ต้องใช้เพื่อการนำรูปแบบบันทึกใหม่มาใช้ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเตรียมงาน ค่าเวลาที่เสียไป ค่าพิมพ์แบบบันทึกใหม่ และค่าใช้จ่ายในการศึกษาอบรม

4. พิจารณาถึงเวลาที่ใช้ในการศึกษาอบรมว่า การใช้รูปแบบบันทึกใหม่แต่ละแบบบันทึกต้องใช้เวลาแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่การศึกษาอบรมขั้นต้น การติดตามคอยช่วยเหลือเมื่อพบปัญหา อุปสรรค การปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ในการใช้รูปแบบบันทึกและเวลาที่ใช้ในการฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญ

5. พิจารณาถึงความถูกต้องในทางกฎหมายและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์ของสถาบันราชประชาสมาสัย มีลักษณะการบันทึกแบบบรรยายและแบบมุ่งปัญหา มีขั้นตอนในการบันทึก คือ เมื่อรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคที่อยู่ในเวรนั้น ๆ จะต้องเป็นผู้ซักประวัติผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาการสำคัญที่นำส่ง ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัดแก้ไขความพิการ/การเกิดแผลต่าง ๆ ประวัติส่วนตัวและสุขนิสัยประจำวัน โดยใช้แบบบันทึกประวัติและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย บันทึกปัญหาที่พบในลักษณะของอาการแสดงลงในแบบบันทึกตามลำดับของการพบปัญหาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย และระบุวัน เดือน ปี ที่หมดปัญหา บันทึกอาการอาการแสดง การพยาบาล การรักษาพยาบาล ผลการพยาบาล ลงในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วย เป็นประจำทุกเวรในระยะแรกรับจนกระทั่งอาการทุเลา และบันทึกห่างออกหรือบันทึกถี่ขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีแบบบันทึกย่อย ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบบันทึกการใช้ยา บันทึกแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการวางแผนเพื่อสรุปจำหน่าย แบบบันทึกเหล่านี้รวมอยู่ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเพิ่มเดียวกัน นอกจากนี้ยังใช้คาร์เด็กซ์เพื่อการบันทึกแผนการพยาบาล บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งการดูแลพิเศษ เพื่อใช้ในการรับ-ส่งเวร ใช้ร่วมกับสมุดบันทึกสำหรับรับ-ส่งเวร ใช้เขียนด้วยดินสอ มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงทุกเวร เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะบันทึกสรุปอาการก่อนจำหน่าย แผนการดูแลต่อเนื่อง ยารักษาต่อเนื่อง และการนัดครั้งต่อไป และการให้สุขศึกษาเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือนิคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยจะบันทึกลงไปแบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย

สรุปได้ว่า รูปแบบของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีหลายรูปแบบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มการพยาบาลแต่ละแห่งจะเลือกใช้รูปแบบใด ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้นมาพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อให้สอดคล้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนทางด้านอาชญากรรม

และศัลยกรรมมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เน้นใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบบรรยาย (Narrative charting) เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะเป็นการเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และใช้รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (focus charting) ที่เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถบ่งชี้ปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วยได้โดยให้ครอบคลุมข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด คือ ด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR (Data Action Response) รวมทั้งยังประยุกต์ใช้รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) โดยใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย ในแบบบันทึกที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการบันทึกซ้ำซ้อน ทำให้สะดวก รวดเร็วลดเวลาในการบันทึกเนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การปฏิบัติกิจกรรมมักจะดำเนินการซ้ำ ๆ กัน

4. การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การพัฒนาระบบงานเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เพื่อให้งานนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุงให้ก้าวหน้าทันสมัยและพัฒนาเป็นระยะ ๆ การพัฒนาระบบงานเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการบริหาร ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ประสงค์ ปราณีตพลกรัง และคณะ (2541) กล่าวว่า การพัฒนาระบบเป็นกระบวนการที่สามารถทำให้ระบบสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น วัฏจักรของการพัฒนาระบบมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ *ขั้นตอนที่ 1* การตรวจสอบเบื้องต้น *ขั้นตอนที่ 2* การวิเคราะห์ระบบ *ขั้นตอนที่ 3* การออกแบบระบบ *ขั้นตอนที่ 4* การจัดหาระบบ และ *ขั้นตอนที่ 5* การนำระบบไปใช้และบำรุงรักษา ซึ่งในการพัฒนาระบบนั้นสามารถทำได้ 2 แบบ คือ

แบบที่ 1 การพัฒนาระบบจากบนสู่ล่าง เป็นการทบทวนความต้องการขององค์กรจากแผนกลยุทธ์ และต้องหาระบบใหม่ ๆ มาสนับสนุนแผนกลยุทธ์

แบบที่ 2 การพัฒนาระบบจากล่างสู่บน เป็นการมุ่งใช้ระบบที่มีอยู่ในองค์กรกับการพยายามตอบสนองความต้องการระบบใหม่ ๆ ภายใต้อำนาจของระบบที่มีอยู่

โดยทั่วไปองค์กรจะใช้ทั้งสองแบบผสมประสานกัน ไม่นิยมใช้แบบใดแบบหนึ่ง

นอกจากนี้ อารี ชิวเกษมสุข (2548) กล่าวว่า การบันทึกทางการแพทย์เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการปฏิบัติการพยาบาลในยุคที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายของทิศทางการให้บริการสุขภาพที่เน้นคุณภาพมาก รวมถึงการให้ระบบบริการสุขภาพและบริการพยาบาลอย่างรวดเร็ว เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งทำให้การบันทึกทวีความสำคัญต่อพยาบาล แต่ในสภาพความเป็นจริง แม้พยาบาลจะมีระบบบันทึกที่ใช้อยู่และพัฒนาอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่บันทึกยังไม่สมบูรณ์และยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยต้องแก้ปัญหา ที่มีและพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

โดยสรุป การพัฒนาระบบเพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การพัฒนาจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ (ประสงค์ ปราณีตพลกรัง และคณะ 2541) ขั้นตอนสำคัญขั้นตอนหนึ่งของวัฏจักรการพัฒนาระบบ ได้แก่ การออกแบบระบบ เช่นเดียวกับกับการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งต้องมีแนวทางเพื่อเป็นแนวคิดในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้ได้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่จะทำให้พยาบาลผู้บันทึกสามารถบันทึกได้อย่างราบรื่นและมีคุณภาพมากขึ้น การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ โคนาเบเดียน (Donabedian 1992) ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

4.1 แนวคิดในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากการศึกษาผลของการวิจัยเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตัวอย่างเช่น คาราร์ตัน หงษ์ทอง (2547) ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและอารมณ์ ทองทิพย์ (2550) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย เป็นต้น ส่วนในการศึกษาเรื่องระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังไม่มีการศึกษา ซึ่งจะครอบคลุม โครงสร้างของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กระบวนการ และผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้แนวคิดของ โคนาเบเดียน (Donabedian 1992) ครอบคลุมด้าน โครงสร้างและผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1 แนวคิดของโดนาเบเดียน (Donabedian 1992) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพเริ่มต้นที่ทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายอาชีพ คุณภาพการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลายปัจจัย การทำความเข้าใจเรื่องคุณภาพการให้บริการจึงต้องมองถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ แนวคิดของโดนาเบเดียน (Donabedian 1992) เป็นกรอบแนวคิดที่ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (Structure Process Outcome Framework) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบของเบร็ต (Brett 1989) กรอบแนวคิดนี้เกิดจากความต้องการในการประเมินคุณภาพการรักษาของแพทย์ และต่อมาได้นำมาใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลอย่างแพร่หลาย โดนาเบเดียนได้ตั้งข้อสันนิษฐาน (Propositions) ไว้ว่า โครงสร้างที่ดีจะส่งผลให้เกิดกระบวนการและผลลัพธ์ที่ดี และกระบวนการที่ดีส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

คุณภาพการดูแลนั้นสามารถประเมินบนพื้นฐานของทฤษฎีระบบ ซึ่งจำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก (Donabedian 1992) คือ

1) โครงสร้าง (Structure) คือ คุณลักษณะหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ เช่น ความพอเพียงของเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือบุคลากรในด้านสุขภาพ เช่น แพทย์พิเศษเฉพาะทางหรือสถานะโรงพยาบาล โครงสร้างเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ แนวคิดของโดนาเบเดียนรวมถึงเครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ มโนทัศน์ของโครงสร้างนี้ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือทางกายภาพ ด้านรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ข้อมูลด้านโครงสร้างตามแนวคิดของโดนาเบเดียน โดยข้อมูลด้านโครงสร้างของระบบบันทึกทางการแพทย์ซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้า ได้แก่ แนวคิดและหลักการของการบันทึกทางการแพทย์ซึ่งได้แก่ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลแบบองค์รวม รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่ประกอบด้วย แบบบันทึก วิธีการบันทึก และองค์ประกอบของแบบบันทึก คู่มือการใช้ระบบบันทึกและองค์ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน

2) กระบวนการ (Process) คือ ส่วนประกอบต่าง ๆ ของปฏิสัมพันธ์ กิจกรรมการปฏิบัติที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่ม ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ โดนาเบเดียนแบ่งกระบวนการนี้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านเทคนิค (Technical) และด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำข้อมูลด้านกระบวนการมาใช้ในการพัฒนา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนให้มีคุณภาพ จึงประยุกต์ใช้แนวคิดของโดนาเบเดียนในส่วนโครงสร้าง และผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบบันทึก

3) **ผลลัพธ์ (Outcome)** เป็นผลที่เกิดจากการดูแลหรือเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้ การเกิดทักษะ ความพึงพอใจหรือปฏิบัติตาม คำแนะนำที่จัดให้ภายหลังได้รับการดูแล นอกจากนี้ผลลัพธ์เกิดจากกระบวนการให้บริการทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กันในแง่ที่ว่าถ้าโครงสร้างดี ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ถ้ากระบวนการดำเนินงานดีจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการได้ ซึ่งผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาผลลัพธ์ของระบบบันทึกทางการแพทย์ประกอบด้วย คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ทั้งด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึก ส่วนผลลัพธ์ความพึงพอใจของ พยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ การส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแล อย่างต่อเนื่อง การสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และความสะดวกในการใช้งาน

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์อย่างเป็นระบบและสอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้พยาบาลผู้บันทึกสามารถบันทึกได้อย่างมีคุณภาพและเกิด ความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์ สอดคล้องกับธงชัย สันติวงษ์ (2540) ที่กล่าวว่า การพัฒนาระบบงานเป็นวิธีการพัฒนาที่มีส่วนช่วยให้มีประสิทธิภาพของงาน และมีความพึงพอใจ ต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์

4.2 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

คุณภาพในการบันทึกแบ่งเป็นคุณภาพในเชิงเทคนิคและคุณภาพในเชิง กระบวนการ จุดเริ่มต้นสำคัญของการบันทึกที่มีคุณภาพต้องได้มาจากกระบวนการบันทึกที่มี คุณภาพ นั่นคือ ต้องผ่านขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยง ครอบคลุมฐานความคิดในการ ปฏิบัติการพยาบาลที่องค์กรได้กำหนดปรัชญาไว้ เช่น เน้นการพยาบาลองค์รวม หรือยึดทฤษฎี ทางพยาบาลทฤษฎีใด ซึ่งแต่ละทฤษฎีให้มโนทัศน์ในการปฏิบัติการพยาบาล และที่สำคัญคือ ภายใต้ออบเขตที่พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ต้องมี การคิดเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อตรวจสอบคุณภาพของงานและการบันทึก ตามมาตรฐาน ประการสุดท้าย คือ กระบวนการบันทึกต้องสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการ ประเมินผล

คุณภาพในเชิงเทคนิค คือ คุณภาพของเอกสารที่บันทึก เนื่องจากบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลถือเป็นเอกสารทางกฎหมาย ดังนั้นคุณภาพของเอกสาร คือ ต้องสะอาด อ่านง่าย เป็น

ระเบียบ ไม่มีการจัดลบ ชีตหน้า ถ้าจำเป็นต้องแก้ไข ควรแก้ไขให้ชัดเจน โดยการเซ็นชื่อกำกับ นอกจากนี้รายละเอียดที่แสดงให้รู้ว่าเป็นบันทึกทางการแพทย์ของใคร ต้องเขียนให้ครบถ้วน สมบูรณ์รูปแบบการบันทึกควรง่ายต่อการติดตามข้อมูล (นวลขนิษฐ ฤชิตลีธชา 2548:

www.mhso.moph.go.th)

พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) อุบล เกาสายพันธ์ (2524) สมจิต หนูเจริญกุล (2529) กนกวรรณ พุ่มทองดี และวลัยพร นันทศุภวัฒน์ (2538) ได้กล่าวถึง ลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ดังนี้

1. แสดงลักษณะเฉพาะของกิจกรรมพยาบาลทั่วไป ด้านคุณภาพและปริมาณให้ปรากฏแก่ชุมชน และเนื้อหาการบันทึกควรมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่พยาบาลได้มาจากผู้ป่วยบอก (subjective data) ข้อมูลที่พยาบาลตรวจพบโดยสังเกตจากการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือจากแพทย์ (objective data) มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในการวางแผน ดำเนินการพยาบาล และการรักษาจากแพทย์ พร้อมทั้งประเมินผลตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ซึ่งเรียกว่า “บันทึกตามกระบวนการพยาบาล” นั้นเอง

2. แสดงถึงบทบาทที่เป็นอิสระของวิชาชีพ

3. ข้อมูลสำคัญทางการแพทย์จะต้องปรากฏในรายงานของผู้ให้บริการอย่างถูกต้องเป็นระบบระเบียบ ทันเวลา อ่านเข้าใจง่าย และเป็นประโยชน์ต่อการรักษาอย่างแท้จริง

4. ข้อมูลทางการแพทย์จะต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และมีการติดตามหรือบันทึกทุกเวรทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะกลับบ้าน และการบันทึกจะต้องคงอยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างถาวร

ฟิชช์บาร์ค (Fischbach 1991) และไวท์ (White 2003) กล่าวถึง บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง รัดกุม (concise) และซ้ำซ้อนน้อยที่สุด

2. สะท้อนกระบวนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจทางคลินิก เช่น มีข้อวินิจฉัย การพยาบาลและแผนการพยาบาล

3. มีหลักฐานของความต้องการการดูแล กิจกรรมการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย

4. มีข้อความพื้นฐานด้วยตัวของบันทึกเอง (self-evident statements) ทำให้สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ ได้ดี

5. บันทึกตามลำดับก่อน-หลัง และแสดงความมีเหตุผลในการตัดสินใจ

6. มีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้บันทึกเมื่อจำเป็นต้องใช้หรือต้องการสืบค้นข้อมูล เช่น บริษัทประกันสุขภาพ การทำวิจัย หรือฝ่ายตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล

7. ได้ผลลัพธ์ของการบันทึกที่ดี คือ เป็นหลักฐานที่ดีทางกฎหมาย แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล สะท้อนสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ มีรูปแบบที่เอื้อต่อการสืบค้น ไม่ซ้ำซ้อนหรือซ้ำซ้อนน้อย (Iyer & Camp 1995)

พอทเทอร์และเพอร์รี่ (Potter & Perry 2005) กล่าวถึง บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องปฏิบัติ ดังนี้

1. บันทึกตามข้อเท็จจริง (factual basis) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลที่ได้รับต้องเป็นตามความจริง เป็นสิ่งที่พยาบาลเห็น ได้ยิน สัมผัสได้ และได้กลิ่นโดยไม่ต้องแปลความหมาย

2. บันทึกถูกต้องตามความเป็นจริง (accurate) และเชื่อถือได้ (reliable) โดยเฉพาะการบันทึกตัวเลขต่าง ๆ เช่น ให้บันทึกว่าผู้ป่วยปีสภาวะสีเหลืองใส จำนวน 450 ซี.ซี. แทนการบันทึกว่าผู้ป่วยปีสภาวะสีเหลืองใส ปริมาณพอควร

3. บันทึกครบถ้วน มีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์ (complete detail)

4. บันทึกสั้น กระชับ ได้ความหมายชัดเจน (brief and concise)

5. ข้อมูลอันน้อยต้องสามารถบอกแหล่งที่มาและบริบทได้ (objectivity)

6. บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตรงตามเวลา และบันทึกทันทีหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแล้วเสร็จ (time with current data)

7. บันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและระบบ (logical organization data) เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและควรบันทึกตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

8. สิ่งที่บันทึกควรเป็นเรื่องปกปิด (confidentiality) ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาไม่สามารถเข้าถึงบันทึกได้ ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นกรณีพิเศษ

9. บันทึกด้วยตัวหนังสือหรือลายมือที่สวยงาม เรียบร้อย อ่านง่าย (legibility) เพื่อให้เข้าใจได้ตรงกัน

โดยสรุป การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพมีสาระสำคัญ คือ ต้องบันทึกตามข้อเท็จจริง ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นระบบและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการบันทึกที่ดี คือ เป็นหลักฐานที่ดีทางกฎหมาย แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) และไซแสง โปธิโกสุม (2542) ได้ให้แนวทางการปฏิบัติการบันทึกการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. กำหนดนโยบายการเขียนบันทึกการพยาบาลไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับระบบวิธีการบันทึกประจำวัน และการติดตามประเมินผลของบุคลากรพยาบาล
 2. กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยจำแนกตามภาวะสุขภาพ เวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลักษณะความซับซ้อน และความจำเป็นของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เพื่อให้บุคลากรนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้
 3. กำหนดแนวการเขียนบันทึกการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลเกี่ยวกับการเขียนบันทึกการพยาบาล เกณฑ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กำหนดการดูแลโดยบุคลากรทุกคนต้องร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการปรับปรุงแนวทางการเขียนบันทึกการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของทุกคน
 4. กำหนดแนวทางการทำงานเพื่อป้องกันการผิดพลาด ดังนี้
 - 4.1 บุคลากรพยาบาลปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีมควรมีการตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยก่อนปฏิบัติงาน อันเป็นการป้องกันการบันทึกที่ผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์ได้
 - 4.2 บุคลากรพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่าย ต้องตรวจสอบความสมบูรณ์ของแฟ้มประวัติผู้ป่วยทั้งหมดก่อนส่งเวร หรือจำหน่ายผู้ป่วย
 - 4.3 กำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผลของผู้บริหารทุกระดับ โดยต้องใช้แนวทางการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ และให้การจูงใจแก่บุคลากรพยาบาล
 5. ส่งเสริมสนับสนุนความรู้ความสามารถและทัศนคติแก่บุคลากรพยาบาล เกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าทางการปฏิบัติงานพยาบาลในยุคโลกาภิวัตน์ การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและประสบการณ์ต่อกัน ในการสร้างแนวปฏิบัติการบันทึกการพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และการพัฒนาศักยภาพเฉพาะบุคคลอย่างต่อเนื่อง
- ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การบันทึกที่มีคุณภาพนั้นย่อมมาจากการทำงานที่มีคุณภาพเป็นอันดับแรก ถ้าการปฏิบัติการพยาบาลไม่มีคุณภาพ โอกาสที่จะเกิดการบันทึกที่มีคุณภาพยากมาก การเขียนต้องเขียนในสิ่งที่ปฏิบัติและปฏิบัติตามเขียนเสมอ และนอกจากผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลแล้ว ยังมีผลลัพธ์ที่ได้ที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล

4.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล

4.3.1 ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ เป็นคำที่มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินผลการให้บริการต่าง ๆ หลายสาขาวิชาชีพทำให้มีการนิยามหลากหลาย เช่น

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's 1985) ให้ความหมาย “ความพึงพอใจ” ไว้ว่า เป็นปฏิกิริยาหรือระดับความพึงพอใจในการได้รับจากการตอบสนองตรงความต้องการ การทำให้เกิดความพอใจ ความชอบความยินดีต่อสิ่งที่ได้รับ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายไว้ว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกชอบใจ ประทับใจ ถูกใจ ยินดี สมใจ

พจนานุกรมภาษาอังกฤษ อ็อกฟอร์ด (Oxford Advanced Learner's Dictionary 1994 อ้างถึงในอารี ชิวเกษมสุข และจินตนา ยูนิพันธ์ 2548) ให้ความหมายของ “ความพึงพอใจ” ว่า เป็นความรู้สึกมีความสุขเมื่อบุคคลมีหรือบรรลุความต้องการหรือความปรารถนาของตนเอง

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจก็คือ ความรู้สึกทางบวกของบุคคลต่อสิ่งใด ๆ ที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองหรือบรรลุตามความต้องการต่อสิ่งนั้น ๆ

ดังนั้นความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล จึงหมายถึง ความรู้สึกทางบวกของพยาบาลต่อระเบียบแบบแผนของบันทึกทางการพยาบาล

สำหรับความพึงพอใจในงาน นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายท่าน เช่นกัน ตัวอย่างเช่น

วรูม (Vroom 1964) กล่าวถึง ความพึงพอใจในงานและทัศนคติในงานใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้ให้ความหมายถึง บทบาทในการทำงานของแต่ละคนที่มีประสิทธิภาพ ทัศนคติด้านบวกแสดงให้เห็นความพึงพอใจในงาน และทัศนคติด้านลบ คือ ความไม่พึงพอใจในงาน

เมคชินสกี (Mcchinsky 1993) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ และความรู้สึกเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบ กล่าวคือ เป็นระดับความรู้สึกชอบ พอใจ และยินดีที่ตนได้รับจากงาน ความพึงพอใจงานนี้เป็นการตอบสนองที่เป็นเรื่องของแต่ละบุคคล

เชอร์เมอร์ฮอน (Shermerhom 1996) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจในงานว่า หมายถึง ระดับความรู้สึกที่ดีและไม่ดีของแต่ละคนเกี่ยวกับงาน

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน เป็นความรู้สึกรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้รับผลตอบแทน คือ ผลที่เป็นความพึงพอใจที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการทำงาน รวมถึงส่งผลต่อความสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์การ

สมยศ นาวิการ (2536) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดี โดยส่วนรวมของคนที่มีต่องาน เมื่อเราพูดถึงคนมีความพึงพอใจในงานสูงนั้น เรามักจะหมายความว่าคนชอบและให้คุณค่าต่องานของตนเอง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกชื่นชมมีความเต็มใจ หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานที่ได้ปฏิบัติ อันเนื่องมาจากการได้รับ การตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน และสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ เป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงานนั้น ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งเป็นงานอย่างหนึ่งที่ทุกคนต้องปฏิบัติ หากงานวิจัยนี้จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกคนและที่สำคัญต้องเกิดความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ให้ปฏิบัติ นั่นก็คือความสำเร็จของงานวิจัยและคุณภาพการพยาบาลในองค์กร

4.3.2 การวัดความพึงพอใจในงาน

การวัดความพึงพอใจในงาน ใช้เป็นตัวชี้วัดทางสังคมได้ตัวหนึ่ง ซึ่งการวัดความพึงพอใจนี้มีความสำคัญดังต่อไปนี้คือ (Seashore and Taber 1975)

- 1) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมีคุณค่าของผลิตภัณฑ์ทางสังคม (product of Society)
- 2) เป็นเครื่องตรวจสอบหรือบ่งชี้ที่แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวหรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ค่อยเป็นค่อยไป
- 3) เป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในทฤษฎีและกรอบแนวคิด ซึ่งจะมีการนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและโปรแกรมงาน

สำหรับการวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการวัดความมีคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือผลลัพธ์จากการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการวิจัยนี้จะมีการสร้างระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian 1992) ดังนั้นการวัดความพึงพอใจของ

พยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงต้องวัดตามแนวคิดของ โดนาเบเดียน (Donabedian 1992) ในการสร้างเครื่องมือเพื่อประกอบการวัดความพึงพอใจ ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เช่นเดียวกับกับแนวคิดการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งในการวัดความพึงพอใจของพยาบาลนี้ จะวัดความรู้สึกเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพียง 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างของแบบบันทึก ซึ่ง ได้แก่ แบบบันทึก วิธีการบันทึก องค์ประกอบของแบบบันทึก และคู่มือการใช้ระบบบันทึก และ 2) ด้านผลลัพธ์การใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และความสะดวกในการใช้งาน ซึ่งผลลัพธ์ของการวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้ จะเป็นข้อบ่งชี้ที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าหรือคุณภาพของการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปสร้างองค์ประกอบเพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

โดยสรุปจะเห็นว่า การวัดผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการวัดประสิทธิภาพของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น ซึ่งมีการวัดหลายวิธี อย่างไรก็ตาม สถาบันที่มีการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร รวมทั้งให้เหมาะสมกับบริบทที่มีปัญหาที่พบจริง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ สำหรับงานวิจัยนี้มีการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในสถาบันราชประชาสมาสัย ดังนั้นการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก็ต้องให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย

5. สถาบันราชประชาสมาสัย

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถาบันวิชาการเฉพาะโรค สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการด้านการรักษา ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศ มีแนวทางในการดำเนินการให้บริการดังนี้ (สถาบันราชประชาสมาสัย 2552: www.thaileprosy.org)

5.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ

5.1.1 วิสัยทัศน์

เป็นผู้นำด้านวิชาการ โรคเรื้อนของประเทศไทยและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

5.1.2 พันธกิจ

หน้าที่รับผิดชอบหลักของสถาบันราชประชาสมาสัย

- 1) ศึกษาวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน
- 2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน
- 3) ให้บริการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับตติยภูมิ
- 4) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
- 5) ประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
- 6) ประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อน
- 7) เป็นสถานกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อน
- 8) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

5.2 กลยุทธ์

- 5.2.1 พัฒนาผู้บริหารทุกระดับให้มีทักษะในการเป็นผู้นำ พัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถในการวิจัย รวมทั้งเสริมสร้างความสามัคคีในองค์กร
- 5.2.2 ปรับโครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจน และจัดสรรอัตรากำลังใหม่ให้เหมาะสมกับงาน
- 5.2.3 จัดตั้ง Training center อบรม โรคเรื้อนในระดับนานาชาติ
- 5.2.4 เพิ่มศักยภาพของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยชุมชนด้วยความร่วมมือขององค์กรเอกชนทั้งในและนอกประเทศ
- 5.2.5 เพิ่มการผลิตองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ โดยความร่วมมือจากพันธมิตร
- 5.2.6 พัฒนาความรู้โรคเรื้อนแก่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่และขยายระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

5.2.7 พัฒนางานประชาสัมพันธ์ในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนให้มีประสิทธิภาพ

5.2.8 พัฒนาเครือข่ายระบบข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงทั่วประเทศ

5.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน

5.3.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน

โรคเรื้อน (Leprosy) หรือเรียกว่า Hansen's Disease เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ผิวหนัง และเส้นประสาทส่วนปลาย เกิดจากเชื้อไมโครแบคทีเรียม เลปเปรา (Mycobacterium Leprae) เป็นโรคติดต่อเฉพาะในคน โดยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังและเส้นประสาท มีการทำลายเส้นประสาทส่วนปลายมือ เท้า และเนื้อเยื่อของร่างกาย จนเกิดความพิการและทุพพลภาพ (ธีระ รามสูตร 2535)

1) อาการของโรคเรื้อน (Clinical Leprosy) มีดังนี้ (กฤษณพงศ์ รัศมีประกาย 2538)

(1) อาการทางผิวหนัง รอยโรคเริ่มแรกจะเกิดขึ้นบริเวณผิวหนังเป็นวงเล็ก ๆ สีขาว (Macules) มีอาการชา ขอบไม่ชัดเป็นชนิดอินดีเทอมีเนท (Indeterminate Leprosy) ซึ่งยากในการวินิจฉัยจนอาการเริ่มรุนแรงขึ้น ผิวหนังมีลักษณะเป็นผื่น ขอบนูนบริเวณกว้าง มีอาการชัดเจนบริเวณนั้นผิวหนังแห้ง ขนร่วง ถ้าไม่ได้รับการรักษา ลักษณะเป็นผื่น ผิวหนังเป็นมัน และมีตุ่มนูนเล็ก ๆ (Nodules) ลักษณะรอยโรคกระจายทั้งร่างกายเท่า ๆ กัน หากพบเชื้อมากอาจมีรอยโรคเป็นปื้นสีแดง (Plaques) ร่วมด้วย

(2) อาการทางเส้นประสาท ได้แก่ อาการชาบริเวณรอยโรค หรือร่วมด้วยกับบางส่วนของมือ และเท้า อาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยมีอาการอักเสบของเส้นประสาท ซึ่งปราศจากโรคปรากฏให้เห็นก็ได้ อาการปวดเส้นประสาทส่วนปลาย และอาการบวมของเส้นประสาทสามารถคลำได้และกดเจ็บ

2) อาการแสดงสำคัญ (cardinal signs) ของโรคเรื้อน คือ

(1) ตรวจพบรอยโรคผิวหนัง ที่มีลักษณะเฉพาะโรคเรื้อน

(2) ตรวจพบมีอาการชา ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

ก. ชาที่รอยโรคผิวหนัง

ข. ชาที่ผิวหนัง บริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่

ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน

(3) ตรวจพบเส้นประสาทโต

(4) ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก หรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียว ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

3) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อน เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคเรื้อรัง (Chronic glaucomatous disease) มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ สามารถกระจายไปได้เกือบทั่วร่างกาย จึงทำให้มีผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้มากมาย ได้แก่ ผลต่อผิวหนัง ปฏิกริยาไวเกิน ผลต่อตา เส้นประสาท ไต กระดูก ข้อ และเนื้อเยื่อโดยรอบ เป็นผลที่ทำให้เกิดความพิการ โรคเห่อเป็นอาการแทรกซ้อนสำคัญของโรคเรื้อนเป็นอาการอักเสบอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยต่อเชื้อโรคเรื้อน อาการแสดงที่พบที่ผิวหนัง จะมีการอักเสบ ปวดบวม แดง ร้อน แต่ถ้าเป็นการอักเสบของเส้นประสาทจะพบการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเป็นอาการสำคัญ และอาจมีอาการปวดร่วมด้วย

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายอวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนแม้จะเกิดอาการแสดงที่ไม่รุนแรง เช่น ตับ ม้าม ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบสืบพันธุ์ ระบบการได้ยิน และการทรงตัว และผลต่อการเกิดเนื้อร้ายในร่างกาย

4) การรักษา วัตถุประสงค์ของการรักษาดังนี้ คือ

- (1) เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคและไม่เกิดความพิการ
- (2) เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชน

ในปี พ.ศ.2525 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะให้ใช้วิธีการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสมระยะสั้น (Multidrug therapy: MDT) คือ การใช้ยารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพสูงหลายชนิดร่วมกัน เพื่อเร่งการทำลายเชื้อและป้องกันการดื้อยา เนื่องจากอุบัติการณ์เชื้อโรคเรื้อนคือต่อยาแคปไซซินในขณะนั้นสูงขึ้นเรื่อย ๆ แผนการรักษาที่จำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทเชื่อน้อย (PB) และประเภทเชื่อน้ำหนัก (MB) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา คือ Rifampicin Clofazimine และ Dapsone และกำหนดให้ใช้ระยะเวลาแน่นอนในการรักษา (fixed duration of treatment)

5.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม

จากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อนดังกล่าว เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุดเกี่ยวกับการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนมักจะมีปัญหาทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งปัญหาด้านอายุรกรรมต้องรักษาด้วยยาเป็นหลัก และปัญหาด้านศัลยกรรมต้องรักษาด้วยการทำแผลและการผ่าตัด อีกทั้งโรคเรื้อนมักจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลัน (Acute) ที่พบบ่อยคือ โรคเห่อ และภาวะเรื้อรัง (chronic) ได้แก่ การเกิดแผลเรื้อรังที่มี

และเท้า อันเนื่องมาจากเส้นประสาทถูกทำลาย ก่อให้เกิดความพิการ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำคุณลักษณะอาการดังกล่าวในผู้ป่วยโรคเรื้อนมาเป็นเกณฑ์ในการรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนออกเป็น 2 ประเภท (ปิยะวดี ทองทั้งสาย 2548) คือ

5.4.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มักเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา มักเป็นโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคเห่อ เส้นประสาทอักเสบ และอาการแทรกซ้อนในระบบอื่น ๆ เช่น ตา คับ และไต ซึ่งการพยาบาลที่ผู้ป่วยมักจะเน้นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทอักเสบและอาการที่เกิดขึ้นทางผิวหนังเนื่องจากปฏิกิริยาที่เชื้อโรคเรื้อนกับภูมิคุ้มกันของร่างกายทำปฏิกิริยากัน

การพยาบาลผู้ป่วย มีดังนี้คือ

- 1) ตรวจสอบกำลังของกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นระยะ โดยทดสอบกำลังของข้อมือ กำลังของกล้ามเนื้อ กระดูกปลายเท้า และคลำเส้นประสาทที่มักเกิดการอักเสบ โดยลงบันทึกไว้เพื่อเปรียบเทียบ และเป็นข้อมูลในการประเมินผลการพยาบาล
- 2) ในรายที่เส้นประสาทอักเสบ ให้ผู้ป่วยพักอวัยวะนั้นเพื่อบรรเทาอาการปวด
- 3) ในรายที่แพทย์รักษาภาวะเส้นประสาทอักเสบ โดยใช้วิธีใส่ฝีก่อนพยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยใส่ฝีก่อนตลอดเวลา เพื่อให้เส้นประสาทได้พักไม่ให้อักเสบมากขึ้น
- 4) ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการชา โดยเฉพาะมือและเท้า ต้องแนะนำให้ใช้มือและเท้าอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผล
- 5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Prednisolone ให้ถูกต้องครบตามจำนวน และตามกำหนดเวลา สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออก ให้รีบรายงานให้แพทย์ทราบ
- 6) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ผิดปกติ เช่น มือชามากขึ้น สันเท้าตก ให้รีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อไม่ให้งานของเส้นประสาทสูญเสียไป
- 7) สังเกตและประเมินการเปลี่ยนแปลงของตุ่ม นูน แดง ถ้าหากมีอาการรุนแรง และมีจำนวนมากขึ้น แดกเป็นแผล ต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว
- 8) ในภาวะที่ตุ่มอักเสบ แดกเป็นหนองให้ทำแผลด้วย Normal saline solution วันละ 1-2 ครั้ง
- 9) แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยแกะ เกา ตุ่มที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

10) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง แนะนำให้ทานอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างให้ภูมิคุ้มกันสูงขึ้น

11) วัตถุประสงค์สุขภาพทุก 4 ชั่วโมง ในกรณีผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้การพยาบาลโดยทำ Tepid sponge เพื่อลดไข้และให้ผู้ป่วยสบาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ

12) ส่งผู้ป่วยตรวจเชื้อซ้ำ ภายหลังจากได้รับการรักษาทุก 3 เดือน เพื่อเป็นการประเมินและติดตามผล

5.4.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพอย่างมาก มีความซับซ้อนในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่จะพบว่า มีความพิการถาวรเกี่ยวกับมือเท้า เนื่องจากมีภาวะเส้นประสาทอักเสบ และเส้นประสาทถูกทำลาย จึงทำให้เกิดปัญหาและเกิดแผลเรื้อรังที่มือและเท้า มีการยึดติดของผิวหนัง เอ็น กระดูกหลุดหรือเปลี่ยนแปลงผิดรูปไป ซึ่งบางครั้งเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง การรักษาด้วยยาไม่สามารถทำให้หายกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ จึงจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลในด้านการเตรียมทางด้านร่างกาย และการเตรียมทางด้านจิตใจ โดยการประเมินสภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 ด้านนี้จะกระทำรายบุคคล ดังนี้

1) การเตรียมด้านจิตใจ (*Psychological Preparation*) ผู้ป่วยรู้ว่าต้องทำการผ่าตัดจะเกิดความวิตกกังวล เกิดความหวาดกลัว คิดไปต่าง ๆ นานา ซึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อน การแก้ไขความพิการก็เป็นปัญหาหนึ่งที่ผู้ป่วยกลัวว่าหลังผ่าตัดแล้วจะไม่หาย หรือแย่กว่าเดิมที่เป็นอยู่ ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้อย่างปกติ หลังผ่าตัดต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ไม่มีใครดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จะวิตกกังวลเพราะไม่มีคนหาเงินให้ใช้จ่ายในครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตใจมีดังนี้

(1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกสาเหตุ และความจำเป็นที่ต้องทำผ่าตัด และให้มีความมั่นใจในแพทย์ที่ทำการผ่าตัด

(2) ให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการทำผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด บอกรายละเอียดแก่ผู้ป่วยพูดคุยอย่างเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น

(3) แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามจากผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดมาแล้ว ผู้ป่วยจะได้คลายความกังวลวิตก

(4) พยาบาลอธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบ เพื่อจะได้เข้าใจและให้ความช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ให้หมั่นมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ๆ จะทำให้เกิดความอบอุ่นไม่หว่าเหว

(5) พยายามให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย ดูแลให้การช่วยเหลือ รักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

2) การเตรียมทางด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

(1) การเตรียมร่างกายทั่วไป (General preparation) โดย

ก. การตรวจดูสภาพร่างกาย ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะทำการผ่าตัดหรือไม่ หรือมีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำผ่าตัดหรือไม่ ซึ่งถ้าหากพบว่า ผู้ป่วยมีจะต้องแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อรักษา

ข. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องเตรียมข้อมูลให้พร้อม เพื่อจะได้ทราบผลการตรวจหาสิ่งที่ผิดปกติ

ค. การเซ็นใบอนุญาตทำผ่าตัด โดยพยาบาลต้องให้ข้อมูลในการทำผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแล้วให้เซ็นชื่อไว้เป็นหลักฐาน ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้ญาติหรือบิดา มารดา หรือผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นอนุญาตถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเซ็น ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ง. การตรวจวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิของร่างกาย และการหายใจ

จ. การสอนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

(2) การเตรียมร่างกายที่จะทำผ่าตัด (Specific preparation) คือ การเตรียมผิวหนังก่อนที่จะพาผู้ป่วยไปผ่าตัด การเตรียมยาให้ผู้ผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด เป็นต้น

นอกจากการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลันและภาวะเรื้อรังแล้ว ปัญหาด้านการพยาบาลที่มักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรคเรื้อรังเสมอ ๆ ก็คือ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจและขาดความมั่นใจ ในการสร้างสัมพันธภาพและการดำเนินชีวิตในสังคมเนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์ เพื่อให้การพยาบาลได้ดูแลครบองค์รวม คือ การพยาบาลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ/หรือจิตวิญญาณ จึงให้การพยาบาลดังต่อไปนี้ คือ (ปิยวดี ทองทั้งสาย 2548)

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจประเมินสภาพด้านร่างกาย และอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ
2. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ความพิการ การติดต่อ และสภาพร่างกายของผู้ป่วยในปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเข้าใจในเรื่องการดำเนินการของโรค
3. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัว เห็นความสำคัญของการพูดคุย และความคิดเห็นร่วมกัน

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และปัญหาต่าง ๆ โดยพยายามรับฟังด้วยความสนใจ และเป็นกันเอง

5. ให้กำลังใจ และชมเชยผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภูมิใจในคุณค่าของตนเอง

6. แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่น ๆ ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน

7. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มชุมชน เช่น กลุ่มรณรงค์การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการที่มือและเท้า และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่จัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมเข้าสู่ชุมชน

8. ส่งเสริมให้ความหวัง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการค้นคว้าวิจัยต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค

โดยสรุปก็คือ การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย โรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย พยาบาลจะต้องกระทำโดยใช้หลักวิชาความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และศิลปะของการพยาบาลร่วมด้วย จึงจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วย(รัตนา ทองสวัสดิ์ 2541) ในการวิจัยการพัฒนาระบบบันทึกนี้เช่นกัน พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนและการพยาบาลผู้ป่วย โรคเรื้อน เพื่อที่จะได้นำความรู้ดังกล่าวมาให้บริการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่าและมีประสิทธิผล รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และผลของการพัฒนาพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีผู้ศึกษาวิจัย ตัวอย่างเช่น

สายสมร พลเชื้อ และคณะ (2540) ศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ผลวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบใหม่สูงกว่าแบบบันทึกการพยาบาลแบบเดิม ซึ่งการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกคน

ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึก

ทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความครบถ้วนของการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย แต่ในด้านความคล่องตัวมีความแตกต่างกัน ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มใหม่สูงสุดในด้านความครบถ้วนของการบันทึก

จริดาภรณ์ ธนบัตร และยุพิน อังสุโรจน์ (2543) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค จำนวน 15 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัดโรงพยาบาลระนอง และแบบบันทึกการผ่าตัด จำนวน 30 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับดีมาก และด้านความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ในระดับมาก และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้ระบบกระบวนการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

วิชชรีภรณ์ รัตนสาร (2543) ศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบันทึก มี 2 ขั้นตอนที่คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับพอใช้ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับและสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึก พบว่าคุณภาพการบันทึกตามเกณฑ์ความครบถ้วนอยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่เกณฑ์ความถูกต้อง ความชัดเจน และความต่อเนื่องอยู่ในระดับดี

กนกพร ดุสิตกุล และคณะ (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิผลการบันทึก และความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 26 คน และเวชระเบียนแยกความรุนแรงของผู้ป่วย 3 ระดับ คือ emergent urgent และ non-urgent ประเภทละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการ แบบตรวจสอบรายการบันทึกทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการ ใช้บันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้หลังใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการมากกว่าคะแนนความรู้ก่อนใช้บันทึกทางการพยาบาล ประสิทธิผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัย

กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการภายหลังพัฒนามีเปอร์เซ็นต์การบันทึกสูงขึ้น ในเรื่องความถูกต้องครบถ้วนตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลและความถูกต้องของการบันทึกข้อวินิจฉัยตามความเป็นจริง (actual diagnosis)

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ได้ศึกษาผลของการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยให้พยาบาลทีมศัลยกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด โดยให้ร่วมกันเสนอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแบบการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและหลังการทดลอง คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล หลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลอง และหลังการทดลองคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาลก่อนและหลัง การมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาลหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุสูงกว่าก่อนใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook Aree 2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม สังเกตการทำงานพยาบาลทุกคนในแต่ละวัน ตารางกำหนดเวลาสนทนากลุ่ม คู่มือเทคนิคการทำกลุ่ม แบบฟอร์มสังเกตกิจกรรมการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึก การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการบันทึก ระยะที่ 2 การนำสู่การปฏิบัติและปรับปรุงระบบ

4 รอบ และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิผล โดยมีรายละเอียดสำคัญ คือ 1) ส่วนของเนื้อหาในแฟ้มผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) ส่วนของการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแบบฟอร์มที่เป็น โครงสร้างซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม มาตรฐานการดูแล มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ การบริหารเวลาและการบริหารความเสี่ยง 3) ส่วนของการปฏิบัติการประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย และ 4) คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 6 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลซึ่งใช้แบบบันทึกต่อเนื่อง แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และแบบฟอร์มการให้ยา

จากการทบทวนทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้นมีความสำคัญมาก รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีหลายรูปแบบ รูปแบบส่วนใหญ่จะสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม ผลการวิจัยต่าง ๆ ยังพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยร่วมกันเสนอข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีผลเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยใช้การมีส่วนร่วมเพื่อปรับปรุงระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขององค์กรที่สามารถสะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล 2544: 131-132) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย และเพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และความพึงพอใจของพยาบาล มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2551 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

$$O_1 \text{-----} X \text{-----} O_2$$

O_1 = คะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนการทดลอง

X = ระบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

O_2 = คะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์หลังการทดลอง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1.1 พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม 3 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 หอผู้ป่วย 3 และหอผู้ป่วย 4 สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 23 คน

1.1.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม 3 แห่งที่กล่าวมา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรม 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4 จำนวน 15 คน ยกเว้น หอผู้ป่วย 3 เนื่องจาก ผู้วิจัยเป็นหัวหน้าหน่วยงาน การวิจัยอาจมีผลกระทบเกิดตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งทำให้มีผลต่อการ ดำเนินการวิจัยได้ (สมจิต ปทุมานนท์ 2546: 181) ซึ่งคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

- 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยตรงในหอผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย อย่างน้อย 1 ปี
- 2) เป็นผู้เขียนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล
- 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.2.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่ม ตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4 ก่อนและหลังการทดลอง อย่างละ 30 แฟ้ม ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบบบันทึก ทางการพยาบาลดังกล่าวคัดเลือกตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1) เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย โรคเรื้อนที่เข้ามารักษา ใน สถาบันราชประชาสมาสัย อย่างน้อยตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป
- 2) เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย โรคเรื้อนตั้งแต่แรกรับจนถึง จำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่มีการ โยกย้ายระหว่างแผนกภายในสถาบันราชประชาสมาสัย

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ 1) ระบบบันทึกทางการ พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย 2) โครงการอบรม 2 โครงการ ได้แก่ (1) โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการพยาบาลและ (2) โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบบันทึก ทางการพยาบาลใหม่ และ 3) แบบทดสอบความรู้เรื่อง บันทึกทางการพยาบาล (ดังรายละเอียด ในภาคผนวก ง และ จ)

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง) เครื่องมือในการวิจัยมีการนำไปใช้ตามระยะของการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามระยะการทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง	ระยะเตรียมและดำเนินการทดลอง	ระยะประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง
1. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	1. ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย 2. โครงการอบรม 2 เรื่อง ได้แก่ 2.1 เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	1. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	บันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ 3. แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	

2.2 การพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1) ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

(1) ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เนื้อหาและระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม

(2) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ของ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดย

ก. ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ (Audit Charts) ก่อนการดำเนินการพัฒนา จากเพิ่มประวัติของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรม และศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ตรวจสอบจากแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดต่อไปนี้

ก) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่รักษา ในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย เป็นเวลาตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป

ข) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่รักษา ในหอผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้วในข้อ ก) ย้อนหลัง 3 เดือน (มีนาคม-พฤษภาคม 2551) ซึ่งได้แบบ บันทึกทั้งหมด 75 ชุด จากนั้นจึงนำไปเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก หอผู้ป่วยละ 15 ชุด รวมทั้งหมด 30 ชุด

ข. สํารวจความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ให้กับพยาบาล วิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

ค. รวบรวมข้อมูลจากข้อ ก. และข้อ ข. ร่วมกันสรุปเป็นประเด็น ปัญหา 3 ประเด็นดังนี้

ก) ด้านวิธีการบันทึก พบว่า การบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ตามปัญหาของผู้ป่วย การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและการดูแล แบบองค์รวม บันทึกซ้ำซ้อน ภาษาที่เขียนไม่สละสลวย ใช้ตัวย่อไม่เป็นสากล บันทึกไม่เป็นระบบ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลกระจัดกระจายไม่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสาร

ข) ด้านแบบการบันทึกทางการแพทย์ พบว่า แบบบันทึก ขาดรูปแบบที่ชัดเจน ไม่เป็นปัจจุบันทำให้ไม่สะดวกที่จะบันทึก แบบบันทึกไม่เอื้อต่อการบันทึก ตามกระบวนการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ข้อมูลในแบบบันทึกตัวเล็กไม่ชัดเจน ไม่มีแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน

ค) ด้านคู่มือ พบว่า ขาดคู่มือและแนวทางในการเขียนบันทึก ทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานและคู่มือในการเขียนแผนการพยาบาลที่มีอยู่ไม่ถูกต้องตาม หลักการบันทึกและตามกระบวนการพยาบาล

(3) ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งประเด็นปัญหาและอุปสรรคของระบบบันทึกทางการพยาบาลจากข้อ ค.

(4) อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความรู้สำหรับพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล

(5) พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างระบบบันทึกทางการพยาบาลตามประเด็นปัญหาในข้อ ค (ตารางที่ 4.2) และเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกลุ่มการพยาบาล แล้วร่างระบบบันทึกทางการพยาบาลโดยมีการประยุกต์แบบบันทึกทางการพยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (2551) ซึ่งประกอบด้วย

ก. วิธีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การประเมินภาวะสุขภาพ
- 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 3) การวางแผนการพยาบาล
- 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ
- 5) การประเมินผลการพยาบาล

ข. แบบบันทึกทางการพยาบาล 6 ประเภท 7 แบบบันทึก ได้แก่

- 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ
- 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง
- 3) แบบบันทึกแผนการพยาบาล
- 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน
- 5) แบบบันทึกการพยาบาล
- 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ
- 7) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย

ค. คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล

(6) นำร่างระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ทางการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน นักวิชาการการพยาบาล 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 ท่าน และอดีตหัวหน้าพยาบาลและที่ปรึกษาผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา พร้อมทั้งความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขโดยใช้เกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (The Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งถ้าค่า IOC ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเชื่อมั่นว่าเนื้อหานั้นตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (พิสนุ พงศ์ศรี 2549: 245-257)

2) โครงการอบรม 2 โครงการ ได้แก่

(1) โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเนื้อหาของโครงการอบรมเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับประเภทของระบบบันทึก

ทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของระบบการบันทึกทางการพยาบาลและสามารถพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลตามปัญหาที่พบให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นได้ ซึ่งใช้เวลาการอบรมครึ่งวันบ่าย (12.30-16.30 น.) ในวันที่ 21 และ 22 กรกฎาคม 2551 โดยจัดแบ่งเป็น 2 รุ่น ๆ ละ 7 และ 8 คน ตามลำดับ รายละเอียดของโครงการอบรมอยู่ในภาคผนวก จ

(2) โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ ซึ่งเนื้อหาของโครงการอบรมเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลและระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการบันทึกทางการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลและสามารถบันทึกทางการพยาบาลตามระบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นใหม่ได้ ซึ่งใช้เวลาการอบรมครึ่งวันบ่าย (12.30-17.15 น.) ในวันที่ 15 และ 17 กันยายน 2551 โดยจัดแบ่งเป็น 2 รุ่น ๆ ละ 7 และ 8 คน ตามลำดับ รายละเอียดของโครงการอบรมอยู่ในภาคผนวก จ

3) แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลเป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างโดยวัดก่อนและหลังการอบรมโครงการครั้งที่ 2 โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบดังนี้

(1) ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลและแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม

(2) สร้างแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล โดยจัดทำเป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

(3) หาความตรงทางเนื้อหา โดยนำแบบทดสอบความรู้เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวนภาษาและเกณฑ์การทดสอบความรู้ พร้อมทั้งความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขโดยใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับข้อ (6) ของการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะถือว่าแบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีความตรงตามเนื้อหา ตัวอย่างแบบทดสอบความรู้อยู่ในภาคผนวก ง

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และ ส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

(1) ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกให้ครอบคลุม ซึ่งแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 3 ส่วน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)

(2) กำหนดเนื้อหาที่จะต้องตรวจสอบ ออกเป็น 3 ส่วน คือ

- ก. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลจำนวน 31 ข้อย่อย
- ข. ความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวน 14 ข้อย่อย
- ค. ความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 8 ข้อย่อย

(3) สร้างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

ก. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความถูกต้องตามหลักการบันทึกมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คือ

ถ้ามีบันทึก	ให้คะแนนเป็น 1
ถ้าไม่มีบันทึก	ให้คะแนนเป็น 0

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ย ซึ่งแบ่งช่วงต่าง ๆ ตามลำดับค่าพิสัยของคะแนน ดังนี้

0.89-1.00	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก
0.76-0.88	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดี
0.63-0.75	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง
0.50-0.62	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำ
ต่ำกว่า 0.50	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำมาก

ข. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของความต่อเนื่องของการบันทึก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

3 คะแนน	หมายถึง	บันทึกต่อเนื่องครบถ้วน
2 คะแนน	หมายถึง	บันทึกต่อเนื่องบางรายการ
1 คะแนน	หมายถึง	บันทึกต่อเนื่องน้อย
0 คะแนน	หมายถึง	บันทึกไม่ต่อเนื่องหรือบันทึกต่อเนื่องน้อยมาก

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยซึ่งแบ่งช่วงต่าง ๆ ตามลำดับค่าพิสัยของคะแนน ดังนี้

2.50-3.00	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก
2.00-2.49	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ ดี
1.50-1.99	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง
1.00-1.49	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ ต่ำ
ต่ำกว่า 1.00	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ ต่ำมาก

(4) สร้างคู่มือวิเคราะห์แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยดัดแปลงจากคู่มือการวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของอารีชีวะเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)

(5) การหาความตรงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

ก. นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล พร้อมทั้งคู่มือวิเคราะห์ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความครอบคลุมและสำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้วในข้อ (6) ของการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ข. นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา และสำนวนภาษา

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ คือ ข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมดีแต่ต้องปรับบางข้อคำถาม เช่น มีบันทึกที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล การใช้สำนวนภาษาควรปรับให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจง่าย สามารถสื่อสารด้านความหมายที่ตรงกัน

(6) การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยนำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ตรวจสอบกับแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มเดียวกัน จำนวน 10 แพ้ม (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความความเที่ยง โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต (Scott 1945 อ้างถึงใน วิตถาวรณ พันธ์พุทธิ 2540) ดังนี้

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

π = ดัชนีความสอดคล้อง

P_o = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ จำนวน 2 คน

P_e = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล เท่ากับ 0.95 ความถูกต้องตามหลักการบันทึกเท่ากับ 0.85 และความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.94 ตามลำดับ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

(1) ศึกษาเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของ โคนาบีเดียน (Donabedian)

(2) สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 15 ข้อแบ่งเป็นด้าน โครงสร้าง จำนวน 7 ข้อ และด้านผลลัพธ์ จำนวน 8 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลมากที่สุด (81-100%)
4 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลมาก (61-80%)
3 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลปานกลาง (41-60%)
2 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลน้อย (21-40%)
1 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลน้อยที่สุด (1-20%)

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกันหาค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรรมสุต 2542)

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

(3) การหาความตรงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ก. นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบรายละเอียดและพัฒนาข้อคำถามก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้วในข้อ (6) ของการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ข. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อแก้ไขสำนวนภาษาต่อไป ผลของการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ คือ ข้อคำถามส่วนใหญ่มีเนื้อหาครอบคลุมดี มีบางข้อคำถามที่ควรปรับภาษาเพื่อให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจง่าย

(4) การหาความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

นำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งจะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ 2547) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right)$$

n = จำนวนข้อที่ใช้แบบสอบถาม

S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของ

พยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.92

3. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยนี้ดำเนินการในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดังที่กล่าวมาแล้ว เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะที่ 1 การเตรียมการทดลอง

3.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข) ผ่านประธานคณะกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชถึงผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในการวิจัย

3.1.2 ภายหลังจากผู้อำนวยการอนุญาตให้ทำการทดลองและรวบรวมข้อมูลแล้วจึงเรียนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และรายละเอียดของการทดลอง

3.1.3 พัฒนาเครื่องมือวิจัย ทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการดำเนินการทดลอง รวมทั้งหาความตรงตามเนื้อหาโดยถือเกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (The Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งถ้าค่า IOC ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเชื่อมั่นว่าเนื้อหานั้นตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (พิสนุ ฟองศรี 2549: 245-257) และ ความความเที่ยงโดยหาค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งจะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ 2547)

3.1.4 ชี้แจงหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการทดลอง บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.5 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความเข้าใจในกระบวนการวิจัยและพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพร้อมชี้แจงบทบาทของผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคือ ผู้สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ร่วมวิจัย ร่วมพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและร่วมกระบวนการวิจัยโดยบันทึกตามระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น

3.1.6 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการทดลอง จำนวน 30 แพ้ม (แพ้มดังกล่าวย้อนหลัง 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2551) และทำการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกในช่วงเดือนมิถุนายน 2551 โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.1.7 แจกแบบสอบถามแก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเพื่อสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก่อนการพัฒนา

3.1.8 ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากผลการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและจากแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการทดลองพร้อมสรุปประเด็นปัญหาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งได้ประเด็นปัญหาดังที่กล่าวมาแล้ว

3.2 ระยะเวลาที่ 2 พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.2.1 *อบรมพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1* ในเรื่องประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากร ชี้แจงประเด็นปัญหาที่พบในข้อ 3.1.8 และร่วมกันเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.2.2 *พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และร่างรูปแบบ/แนวทางระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล* โดยให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม และผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา/เสนอแนะ พร้อมหาความตรงและความเที่ยงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

3.2.3 *ทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง* เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการอบรมครั้งที่ 2 โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผลการประเมินความรู้ก่อนการอบรมพบว่าผู้เข้าอบรมได้ผลการทดสอบผ่านเกณฑ์

ร้อยละ 80 เท่ากับ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนผู้เข้าอบรมที่เหลือได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79

3.2.4 อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ในเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้มีความรู้และทักษะในการบันทึกทางการพยาบาลตามระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ หัวข้อการบรรยาย ได้แก่ การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล แนะนำและสาธิตการบันทึกตามระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ และคู่มือการใช้ระบบบันทึก ฝึกการบันทึกตามแบบบันทึกการพยาบาลใหม่จากสถานการณ์จำลอง ในวันที่ 15 และ 17 กันยายน 2551 จำนวน 2 รุ่น ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง ในภาคบ่าย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก จ)

3.2.5 ทดสอบความรู้หลังการอบรม ซึ่งถ้าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่กล่าวมาแล้ว) ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากได้คะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ก็ให้ความรู้ใหม่จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ ก่อนการทดลองใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ พบว่า หลังได้รับการอบรมผู้เข้าอบรมสามารถผ่านเกณฑ์เท่ากับ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100

3.3 ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล

3.3.1 นำระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างบันทึกจริงเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยในการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล

3.3.2 ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างบันทึก โดยใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2551 รวม 30 แห่ง เป็นเวลาประมาณ 2 เดือน โดยระยะนี้ผู้วิจัยจะเป็นที่ปรึกษา ติดตามเก็บข้อมูลและร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่โดยติดตามอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

3.4 ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลลัพธ์

3.4.1 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล จากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลจากแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลอง

3.4.2 รวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อ 3.4.1 มาวิเคราะห์ เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล

4. การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 2 เดือน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

4.1 รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง โดยแต่ละครั้งดำเนินการดังนี้

4.1.1 สุ่มแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียวจากแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 เดือน (มีนาคม-พฤษภาคม 2551) ก่อนการทดลอง จำนวน 30 แพ้ม และหลังการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 2 เดือน โดยสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 30 แพ้ม

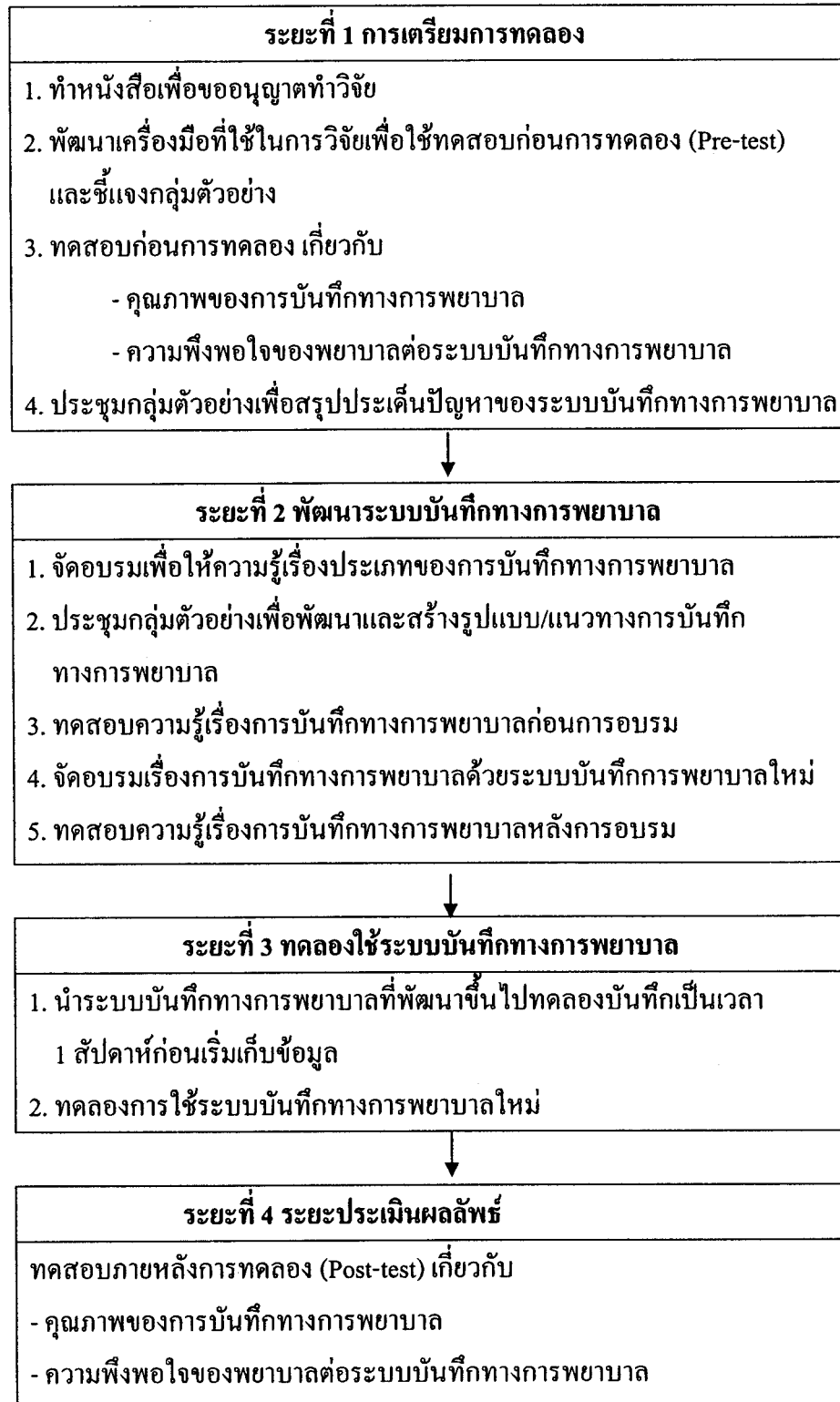
4.1.2 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากแบบบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบตามลำดับ ดังนี้

- 1) อ่านครั้งที่ 1 โดยอ่านแบบบันทึกทั้งฉบับ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 2) อ่านครั้งที่ 2 เป็นการอ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
- 3) อ่านครั้งที่ 3 เป็นการอ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก
- 4) อ่านครั้งที่ 4 เป็นการอ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

4.2 รวบรวมข้อมูลด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดย แจกแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการทดลองเช่นเดียวกับข้อ 4.1 โดยนั้รับแบบสอบถามคืนภายใน 7 วัน หลังแจกแบบสอบถาม

4.3 นำข้อมูลจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากข้อ 4.1 และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากข้อ 4.2 มาวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติตั้งที่จะกล่าวต่อไป

โดยสรุปขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยสรุปได้ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

5. การพิทักษ์สิทธิ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองได้แก่

- 5.1 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ใช้การลงรหัสแทนชื่อ-สกุล
- 5.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ไม่ระบุชื่อ-สกุลของผู้ป่วย

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

- 6.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
- 6.2 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นวิเคราะห์โดย จำนวนค่าร้อยละ มัชฌิมเลขคณิต (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s)
- 6.3 ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกและด้านความต่อเนื่องของการบันทึกใช้สถิติทดสอบทีที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระแก่กัน (Independent groups t-test)
- 6.4 ความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติทดสอบทีที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระแก่กัน (Dependent group t-test หรือ Paired t-test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม และเพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2551 รวมระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ
- ตอนที่ 2 ระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย
- ตอนที่ 3 ผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์
 - 3.1 ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
 - 3.2 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรม และศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย (หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4) จำนวน 15 คน และแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม (หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4) สถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ก่อนการทดลองจำนวน 30 แพ้ม และหลังการทดลองจำนวน 30 แพ้ม โดยแบบบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวเป็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่มีระยะเวลาอนตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป โดยไม่มีการโยกย้ายระหว่างแผนก

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	2	13.3
30-39	4	26.7
40-49	6	40.0
50-59	3	20.0
รวม	15	100.0
อายุเฉลี่ย 41.40 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.25 ปี	อายุต่ำสุด 28 ปี	อายุสูงสุด 54 ปี
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี	15	100.0
ปริญญาโท	0	0.0
ปริญญาเอก	0	0.0
รวม	15	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ปี)		
1-5	6	40.0
6-10	5	33.3
11-15	1	6.7
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	3	20.0
รวม	15	100.0
ค่าเฉลี่ย 9.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.68 ปี	ค่าต่ำสุด 2 ปี	ค่าสูงสุด 28 ปี
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน (ปี)		
1-5	6	40.0
6-10	6	40.0
11-15	1	6.7
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	2	13.3
รวม	15	100.0
ค่าเฉลี่ย 8.07 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.73 ปี	ค่าต่ำสุด 1 ปี	ค่าสูงสุด 25 ปี
การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล		
เคย	13	86.7
ไม่เคย	2	13.3
รวม	15	100.0
การอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล		
เคย	14	93.3
ไม่เคย	1	6.7
รวม	15	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 41.40 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 40.0) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของการเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย 9.47 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1-5 ปี (ร้อยละ 40.0) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในมีระยะเวลาเฉลี่ย 8.07 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในช่วง 1-5 และ 6-10 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 40) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางพยาบาล (ร้อยละ 86.7) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (ร้อยละ 93.3)

ตอนที่ 2 ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย มีการพัฒนาตามประเด็นปัญหาดังแสดงในตารางที่ 4.2 และลักษณะของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พัฒนาขึ้นดังแสดงในตารางที่ 4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 ประเด็นปัญหาและการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

ประเด็นปัญหาของระบบบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนาระบบบันทึกใหม่
1. วิธีการบันทึก	
1.1 บันทึกไม่ถูกต้อง	1.1 มีแนวทางการบันทึกในแบบบันทึก
1.2 ไม่ครบถ้วนตามปัญหาของผู้ป่วย	1.2 1.3 และ 1.4 แบบบันทึกใช้แนวคิด
1.3 ไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม	กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม โดยการเขียนบรรยายเหตุการณ์รวมทั้งใช้
1.4 เขียนบรรยายเหตุการณ์	รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบ โฟกัส (Focus Charting)
1.5 บันทึกไม่ต่อเนื่อง	1.5 ใช้กระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกตั้งแต่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจนถึงการประเมินผลการพยาบาล
2. แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	
2.1 แบบบันทึกโดยภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยายไม่มีแนวทางการบันทึกและไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล	2.1 โดยภาพรวมแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นเชิงโครงสร้างโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติม บางส่วนมีแนวทางการบันทึกและออกแบบ

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ประเด็นปัญหาของระบบบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนาระบบบันทึกใหม่
	บันทึกให้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ทุกขั้นตอนได้ 7 แบบบันทึก (ตารางที่ 4.3)
2.2 แบบบันทึกย่อย	2.2 แบบบันทึกย่อย
2.2.1 แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ ไม่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม รวมทั้งมีข้อตกลงว่า ข้อมูลปกติจะใช้เครื่องหมาย ✓ และเขียนบรรยายเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติเท่านั้น	2.2.1 แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ พัฒนาให้ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม ส่วนข้อตกลงในการบันทึกเช่นเดิม
2.2.2 ไม่มีแบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง	2.2.2 แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง พัฒนาเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง สำหรับประเมินภาวะสุขภาพระยะแรกรับผู้ป่วยภายหลังรับเวร 2 ชั่วโมง ตั้งแต่ภายหลังเวรแรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล บันทึกโดยใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อประเมินอาการแล้ว ไม่พบสิ่งผิดปกติหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินครั้งที่แล้ว และใช้เครื่องหมาย X เมื่อพบสิ่งผิดปกติ
2.2.3 ไม่มีแบบบันทึกการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลและแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานแบบองค์รวม	2.2.3 แบบบันทึกแผนการพยาบาล พัฒนาเป็นแบบบันทึกมาตรฐานและครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม สำหรับใช้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลและแผนการพยาบาล บันทึกโดยมีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้และช่องว่างสำหรับเติมข้อความเพียงบางส่วนในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และวันที่สิ้นสุดปัญหา

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ประเด็นปัญหาของระบบบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนาระบบบันทึกใหม่
<p>2.2.4 ไม่มีแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย</p> <p>2.2.5 ไม่มีแบบบันทึกการสรุปจำหน่าย มีแต่แบบประเมินก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย และไม่มีการบันทึกข้อมูล เช่น ไม่มีสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายรวมทั้งไม่มีรายละเอียดของการบันทึกข้อมูลก่อนจำหน่าย</p>	<p>2.2.4 แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย พัฒนาเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมครอบคลุมข้อมูล 6 เรื่อง ได้แก่ 1) ยา (Medication) 2) อาหาร (Diet) 3) สุขภาพ (Health) 4) การรักษา (Treatment) 5) เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Economic/Environment) 6) การมาตรวจตามนัด (Out patient referral)</p> <p>2.2.5 แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย พัฒนาเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างซึ่งมีรายละเอียด ได้แก่ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายก่อนจำหน่าย ชนิดของการจำหน่าย ปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย การส่งต่อและบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่สอนหรือแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย</p>
<p>3. คู่มือการใช้ระบบบันทึก</p> <p>- ไม่มีคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล</p>	<p>- จัดทำคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยมีแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน และมีตัวอย่างในการบันทึกพร้อมจัดทำแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล</p>

จากตารางที่ 4.2 จะเห็นว่า ประเด็นปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีทั้งหมด 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านวิธีการบันทึก คือ บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล 2) ด้านแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ แบบบันทึกไม่เป็นมาตรฐาน ไม่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล และไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และ 3) ด้านคู่มือ ไม่มีคู่มือการใช้ระบบบันทึกและแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แนวทางในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านวิธีการบันทึก ได้แก่ มีแนวทางในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบ โฟกัส (Focus Charting) ด้านแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้าง มีแนวทางในการบันทึกและทำเป็นมาตรฐานแบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล และด้านคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ จัดทำคู่มือและแนวทางการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบลักษณะของแบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเภทของ แบบบันทึก จำแนกตาม กระบวนการ พยาบาล	ระบบบันทึกแบบเดิม		ระบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
1. แบบ ประเมินภาวะ สุขภาพ (การประเมิน ภาวะสุขภาพ)	- มี 2 แผ่น และเป็น แบบประเมินผู้ป่วยที่มี โครงสร้างตามกรอบ แนวคิดแบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน - ข้อมูลการประเมิน เป็นการประเมินภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยโดย แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลประวัติการ เจ็บป่วยตามแบบ บันทึกของอารี ชีวะเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) - ไม่มีแบบบันทึกการ ประเมินต่อเนื่อง	- เติมข้อความลงใน ช่องว่างและใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่อง () - ให้รวบรวมข้อมูลให้ เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีเร่งด่วนให้ รวบรวมข้อมูลสำคัญ ก่อนและส่งต่อเวรใน เวรถัดไปรวบรวมให้ เสร็จเรียบร้อย	- โครงสร้างแนวคิด เดิม แต่เพิ่มข้อมูล เกี่ยวกับอาการ/อาการ แสดงของผู้ป่วยโรค เรื้อรัง - มี 2 แบบบันทึก ได้แก่ 1. แบบประเมินภาวะ สุขภาพ 2. แบบบันทึกการ ประเมินต่อเนื่อง ครอบคลุมระบบ/ หัวข้อสำคัญที่ต้อง ประเมิน 13 หัวข้อ (รายละเอียดอยู่ใน ภาคผนวก ฉ)	- เหมือนระบบเดิมแต่เพิ่ม แบบประเมินภาวะ สุขภาพต่อเนื่องใช้ เครื่องหมาย ✓ เมื่อ ประเมินอาการแล้วไม่พบ สิ่งผิดปกติ/ไม่มีการ เปลี่ยนแปลงจากการ ประเมินครั้งที่แล้ว และ ใช้เครื่องหมาย X เมื่อพบ สิ่งผิดปกติและมีคู่มือการ ใช้ระบบบันทึก ประกอบการบันทึก
2. แบบบันทึก ข้อวินิจฉัยและ แผนการ พยาบาล (การวินิจฉัย และการวางแผนการ)	- ไม่มีข้อวินิจฉัยการ พยาบาลและแผนการ พยาบาลที่เป็น มาตรฐานมีแต่เพียง แผนการพยาบาล เฉพาะของผู้ป่วยโรค เรื้อรังในโรคหรือ	- บันทึกแบบบรรยาย - ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ในแผนการพยาบาลที่ จัดทำไว้ใน (10 โรค 5 หัตถการ) ที่พบบ่อยในผู้ป่วย	- เป็นแบบบันทึกเชิง โครงสร้างและจัดทำ เป็นข้อวินิจฉัยและ แผนการพยาบาลที่ เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมการดูแล แบบองค์รวม	- ใช้เครื่องหมาย ✓ หรือ วงกลมล้อมรอบหน้าข้อที่ เลือกเกี่ยวกับการวินิจฉัย ทางการแพทย์พยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาลใน แผนการพยาบาลที่ใช้กับ ผู้ป่วยรายนั้น ๆ

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเภทของ แบบบันทึก จำแนกตาม กระบวนการ พยาบาล	ระบบบันทึกแบบเดิม		ระบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
พยาบาล	หัตถการที่พบบ่อย (10 โรค 5 หัตถการ)	โรคเรื้อน		- เขียนบรรยายเพิ่มเติมใน ช่องว่าง เกี่ยวกับความ ผิดปกติของผู้ป่วย
3. แบบบันทึก กิจกรรมการ พยาบาล ประจำวัน (การปฏิบัติ การพยาบาล)	- ไม่มีแบบบันทึก เฉพาะ	- เขียนในแบบบันทึก การพยาบาล	- เป็นแบบบันทึกที่มี ข้อมูลของกิจกรรม การพยาบาลที่ทำเป็น ประจำและที่ปฏิบัติ ซ้ำ ๆ เป็นแบบ Checklist form	- ใช้เครื่องหมาย ✓ หรือ × หรือใช้อักษรย่อใน รายการที่กำหนดไว้
4. แบบบันทึก การพยาบาล (การปฏิบัติ การพยาบาล)	- เป็นแบบบันทึกการ พยาบาลที่มีการเขียน บรรยายในหัวข้อที่ กำหนดไว้ซึ่งได้แก่ วัน เดือน ปี เวลา ปัญหาและสภาพของ ผู้ป่วย กิจกรรมการ พยาบาล การ ประเมินผลและ ชื่อผู้ประเมิน/ตำแหน่ง	- แบบบรรยายตาม ช่องต่าง ๆ ที่กำหนด ไว้	- เป็นแบบเขียน บรรยายเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าทางการ พยาบาลในหัวข้อที่ กำหนดไว้ ได้แก่ วัน เดือน ปี เวลา ลำดับ ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล ข้อมูล/ อาการ/อาการแสดง และกิจกรรมการ พยาบาล เวลา/ ประเมินผล ลงนาม	- เขียนบรรยายในแบบ บันทึกตามกระบวนการ พยาบาลในรูปแบบของ DAR

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเภทของ แบบบันทึก จำแนกตาม กระบวนการ พยาบาล	ระบบบันทึกแบบเดิม		ระบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
5. แบบบันทึก การวางแผน จำหน่าย (การวางแผน จำหน่าย)	- ไม่มีแบบบันทึก เฉพาะ	- บันทึกแบบบรรยาย ลงในแบบบันทึก แผนการพยาบาล	- เป็นแบบบันทึกที่มี โครงสร้างและจัดทำ เป็นแผนการจำหน่าย แบบมาตรฐาน	- ใช้เครื่องหมาย ✓ ใน () หรือหน้าข้อความ ตามความเหมาะสมของ การวางแผนจำหน่าย - เขียนบรรยายเพิ่มเติมใน ช่องว่างตามหัวข้อที่ กำหนด - วางแผนจำหน่ายในเวร เช้า ภายหลังจาก 24 ชั่วโมง หรืออาจทำก่อนเวลาที่ กำหนดตามความ เหมาะสม
6. แบบบันทึก การสรุป จำหน่าย (การสรุปการ จำหน่าย)	- เป็นแบบบันทึกที่มี โครงสร้างที่มีข้อมูล เกี่ยวกับชนิดของการ จำหน่าย สภาพของ ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ คำแนะนำก่อน จำหน่ายและการส่ง ต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง	- เป็นการบรรยาย ข้อความลงในช่องว่าง ที่กำหนดและใช้ เครื่องหมาย ✓ ใน ()	- เป็นแบบบันทึกที่มี โครงสร้างเช่นเดิมแต่ จัดหมวดหมู่ของ ข้อความที่ต้องบันทึก ให้เป็นระบบ เช่น สภาพผู้ป่วยก่อน จำหน่าย ปัญหาที่ ต้องการดูแลต่อเนื่อง - เพิ่มรายละเอียดของ การให้คำแนะนำก่อน กลับบ้าน การนัดพบ แพทย์ครั้งต่อไปและ การติดต่อหากสงสัย หรือมีการผิดปกติ	- เหมือนระบบเดิม

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัยแบบเดิม ส่วนใหญ่มีวิธีการบันทึกและแบบบันทึกทางการแพทย์ไม่เป็นเชิงโครงสร้าง ขาดแบบบันทึกที่เชื่อมต่อกิจกรรมการประเมินต่อเนื่อง และขาดการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และแผนการพยาบาลแบบองค์รวม วิธีการบันทึกส่วนใหญ่เป็นแบบบรรยาย ส่วนระบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง มีแนวทางการบันทึกและทำเป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเฉพาะแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำเป็นมาตรฐานที่เชื่อมต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ และเขียนบรรยายเพิ่มเติมเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยให้บันทึกได้เร็วและต่อเนื่อง รวมทั้งมีคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์เป็นแนวทางในการบันทึก

ตอนที่ 3 ผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์

3.1 ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ จากผลการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
- ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	0.43	0.15	ต่ำมาก	0.80	0.09	ดี
- ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก	0.53	0.11	ต่ำ	0.82	0.06	ดี
- ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	0.98	0.68	ต่ำมาก	1.90	0.27	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำมาก ต่ำ และต่ำมาก ($\bar{X} = 0.43, 0.53$ และ 0.98 ตามลำดับ) แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ดี และปานกลาง ($\bar{X} = 0.80, 0.82$ และ 1.90 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง
จำแนกเป็นรายด้าน

ด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	0.68	0.20	ปานกลาง	0.89	0.06	ดีมาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	0.26	0.26	ต่ำมาก	0.73	0.22	ปานกลาง*
3. การวางแผนการพยาบาล	0.47	0.22	ต่ำมาก	0.79	0.14	ดี
4. การปฏิบัติการพยาบาล	0.50	0.23	ต่ำ	0.76	0.21	ดี
5. การประเมินผลการพยาบาล	0.49	0.28	ต่ำ	0.81	0.21	ดี
6. การสรุปการจำหน่าย	0.20	0.29	ต่ำมาก	0.81	0.22	ดี**
รวม	0.43	0.15	ต่ำมาก	0.80	0.09	ดี

** ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรองลงมา

ตารางที่ 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}=0.43$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=0.80$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการสรุปการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากกว่าด้านอื่น ๆ โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการสรุปการจำหน่ายอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}=0.20$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=0.81$) รองลงมาคือ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวินิจฉัยการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}=0.26$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=0.73$)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
 พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนและหลังการทดลอง
 จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก (รายการ)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
1. บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2. บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วย	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
3. บันทึก วัน เดือน ปี เวลา เหตุการณ์	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
4. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
5. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล	0.93	0.25	ดีมาก	0.93	0.25	ดีมาก
6. บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ	0.87	0.35	ดี	0.93	0.25	ดีมาก
7. บันทึกการวางแผนการพยาบาล	0.57	0.50	ต่ำ	0.90	0.31	ดีมาก
8. บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล	0.47	0.51	ต่ำมาก	0.87	0.35	ดี
9. จัดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด	0.30	0.47	ต่ำมาก	0.77	0.43	ดี
10. ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึก	0.10	0.31	ต่ำมาก	0.93	0.25	ดีมาก**
11. บันทึกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ	0.10	0.31	ต่ำมาก	0.60	0.50	ต่ำ
12. บันทึกอ่านออกทุกข้อความ	0.07	0.25	ต่ำมาก	0.60	0.50	ต่ำ
13. บันทึกใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์	0.00	0.00	ต่ำมาก	0.67	0.48	ปานกลาง*
14. บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด	0.00	0.00	ต่ำมาก	0.33	0.48	ต่ำมาก
รวม	0.53	0.11	ต่ำ	0.82	0.06	ดี

** ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรองลงมา

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.53$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.82$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด คือ ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึก (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.10$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 0.93$) รองลงมาคือ บันทึกใช้คำย่อ และ/หรือสัญลักษณ์ (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.00$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 0.67$) สำหรับข้อที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับดีมากเท่ากันทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือ 1) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล 2) บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย 3) บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วย 4) บันทึก วัน เดือน ปี เวลา เหตุการณ์ และ 5) บันทึกด้วยปากกาสีน้ำ และข้อที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมากทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือ บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.00$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 0.33$)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก (รายการ)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	1.50	0.88	ปานกลาง	2.33	0.44	ดี
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	0.80	0.55	ต่ำมาก	1.70	0.47	ปานกลาง
3. การวางแผนการพยาบาล	0.77	0.69	ต่ำมาก	1.63	0.45	ปานกลาง
4. การปฏิบัติการพยาบาล	0.80	0.92	ต่ำมาก	1.87	0.35	ปานกลาง**
5. การประเมินผลการพยาบาล	0.83	0.91	ต่ำมาก	1.85	0.40	ปานกลาง*
รวมทั้งหมด	0.98	0.68	ต่ำมาก	1.90	0.27	ปานกลาง

** ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรองลงมา

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}=0.98$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.90$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการปฏิบัติการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด (ก่อนการทดลอง $\bar{X}=0.80$ และหลังการทดลอง $\bar{X}=1.87$) และรองลงมาคือ ด้านการประเมินผลการพยาบาล (ก่อนการทดลอง $\bar{X}=0.83$ และหลังการทดลอง $\bar{X}=1.85$)

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและ
หลังการทดลองใช้ระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพของการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		สถิติทดสอบ	p-value
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
- ด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล	0.43	0.15	0.80	0.09	36.158 ^a	<0.001**
- ด้านความถูกต้องตาม หลักการบันทึก	0.53	0.11	0.82	0.03	13.250 ^b (df=46.19)	<0.001**
- ด้านความต่อเนื่องของ การบันทึก	0.98	0.68	1.90	0.27	6.930 ^b (df=58)	<0.001**

a Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

b t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ทุกด้านหลังการทดลองใช้ระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความ
ถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

3.2 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ จากผลการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ (ด้าน โครงสร้าง) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายชื่อและรายด้าน

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึก ทางการแพทย์ (ด้าน โครงสร้าง)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
1. แบบบันทึกมีข้อความที่เอื้อต่อการบันทึก ตามแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม	3.27	0.70	ปานกลาง	4.13	0.52	มาก
2. คู่มือการใช้ระบบบันทึกมีแนวทางการ บันทึกชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ	3.27	0.70	ปานกลาง	4.07	0.46	มาก
3. แบบบันทึกมีข้อความที่ให้แนวทางช่วยให้ บันทึกได้อย่างถูกต้อง	3.20	0.41	ปานกลาง	4.13	0.35	มาก
4. คู่มือการใช้ระบบบันทึกมีเนื้อหาครบถ้วน ตามกระบวนการพยาบาล	3.20	0.68	ปานกลาง	4.07	0.46	มาก
5. แบบบันทึกเอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง	3.13	0.35	ปานกลาง	4.13	0.35	มาก*
6. ข้อความในแบบบันทึกชัดเจน เข้าใจง่าย	2.80	0.68	ปานกลาง	3.67	0.62	มาก
7. แบบบันทึกใช้บันทึกข้อมูลได้ง่ายและ สะดวก	2.60	0.51	ปานกลาง	4.00	0.53	มาก**
รวมทั้งหมด	3.09	0.38	ปานกลาง	4.04	0.28	มาก

** ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรองลงมา

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึก
ทางการพยาบาล (ด้านโครงสร้าง) โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$) แต่
หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ
พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด คือ แบบบันทึก
ใช้บันทึกข้อมูล ได้ง่ายและสะดวก (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.60$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.00$) และ
รองลงมาคือ แบบบันทึกเกี่ยวกับการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (ก่อนการทดลอง
 $\bar{X} = 3.13$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.13$)

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบ
บันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ด้านผลลัพธ์) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายชื่อ

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล (ด้านผลลัพธ์)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S	ระดับ	\bar{X}	S	ระดับ
1. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการสื่อสารในทีมพยาบาล	3.33	0.82	ปานกลาง	4.07	0.26	มาก
2. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ	3.27	0.59	ปานกลาง	4.07	0.46	มาก
3. แบบบันทึกเอื้อต่อการประเมินสภาพผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	3.13	0.64	ปานกลาง	4.33	0.49	มาก**
4. แบบบันทึกช่วยให้มีการใช้เวลาคุ้มค่ากับการ บันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการพยาบาล	3.13	0.52	ปานกลาง	4.07	0.59	มาก
5. แบบบันทึกช่วยให้มีการปฏิบัติการพยาบาล แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง	3.13	0.52	ปานกลาง	5.00	0.53	มาก
6. แบบบันทึกช่วยให้มีการประเมินผลการ พยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย	3.00	0.38	ปานกลาง	4.13	0.34	มาก*
7. แบบบันทึกช่วยให้กำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาลและแผนการพยาบาลแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	2.93	0.59	ปานกลาง	4.13	0.52	มาก**
8. แบบบันทึกเอื้อต่อการบันทึกความก้าวหน้า ของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย	2.80	0.56	ปานกลาง	4.00	0.38	มาก**
รวมทั้งหมด	3.08	0.38	ปานกลาง	4.10	0.30	มาก

** ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด

* ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรองลงมา

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล (ด้านผลลัพธ์) โดยรวมก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากที่สุดมี 3 ข้อ ได้แก่ 1) แบบบันทึกเพื่อการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 3.13$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.33$) 2) แบบบันทึกช่วยให้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.93$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.13$) และ 3) แบบบันทึกเพื่อการบันทึกความก้าวหน้าของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.80$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.00$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองน้อยที่สุด คือ แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารในทีมพยาบาล (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 3.33$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.07$)

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความพึงพอใจของพยาบาล ต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	df	p-value
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
- ด้านโครงสร้าง	3.09	0.38	4.04	0.28	6.984	14	<0.001**
- ด้านผลลัพธ์	3.08	0.38	4.10	0.30	6.633	14	<0.001**
โดยรวม	3.07	0.35	4.06	0.28	7.088	14	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) ในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา และศึกษาพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ตามบริบทของปัญหาที่พบจริง การวิจัยครั้งนี้มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

1.1.2 ศึกษาผลของการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม 3 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 หอผู้ป่วย 3 และหอผู้ป่วย 4 สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 23 คน และแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม 3 แห่งดังกล่าวมาแล้ว ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4 จำนวน 15 คน

(2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่กล่าวมาในข้อ (1) ก่อนและหลังการทดลอง จำนวนอย่างละ 30 แฟ้ม โดยแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังกล่าวเป็นแบบบันทึกของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ระยะเวลาอนตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่มีการโยกย้าย ระหว่างแผนกภายในสถาบันราชประชาสมาสัย

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มี 3 ประเภท ได้แก่

(1) ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งประกอบด้วย วิธีการบันทึก แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือการใช้ระบบบันทึก

(2) โครงการอบรม 2 โครงการ ได้แก่ โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และโครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่

(3) แบบทดสอบความรู้เรื่องบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ประเมินตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ การวินิจฉัยหรือกำหนด ปัญหาสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และการสรุปจำหน่าย จำนวนข้อคำถาม 31 ข้อย่อย ส่วนที่ 2 ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวนข้อคำถาม 14 ข้อย่อย และส่วนที่ 3 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อย่อย พร้อมคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็นด้าน โครงสร้าง จำนวน 7 ข้อ และด้านผลลัพธ์จำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงทางเนื้อหา (content validity) ได้นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ ความครอบคลุม สำนวนภาษา และแก้ไขข้อบกพร่องจากนั้นนำไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ไปทดลองใช้ (Try out) โดยผู้วิจัยนำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ตรวจสอบกับเวชระเบียนเพื่อดูเพิ่มประวัติผู้ป่วย เพิ่มเดียวกัน จำนวน 10 แฟ้ม (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความความเที่ยง โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต (Scott 1945 อ้างถึงใน วิลาวรรณ พันธุ์พฤษ 2540) ได้ค่าความเที่ยงความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล เท่ากับ 0.95 ความถูกต้องตามหลักการบันทึกเท่ากับ 0.85 และความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.94 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ นำไปทดลองใช้ (Try out) ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์เท่ากับ 0.92

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์จากแบบบันทึกในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม (หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4) ก่อนและหลังการทดลอง จำนวนอย่างละ 30 แฟ้ม โดยสุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ ก่อนและหลังการทดลอง โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ ให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถาม

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน โดยค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สถิติ Mann-Whitney U test สถิติทดสอบทีที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระแก่กัน (Independent groups t-test) และสถิติทดสอบทีที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระแก่กัน (Dependent group t-test หรือ Paired t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4 จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 40-49 ปี (ร้อยละ 40) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของการเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 9.47 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1-5 ปี (ร้อยละ 40.0) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในเฉลี่ย 8.07 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในช่วง 1-5 และ 6-10 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 40) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางพยาบาล (ร้อยละ 86.7) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (ร้อยละ 93.3)

1.3.2 ระบบบันทึกทางการพยาบาล

ระบบการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งพัฒนามาบนพื้นฐานบริบทของปัญหาที่พบจริงด้วยแนวคิดของกระบวนการพยาบาลและแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม มีลักษณะดังนี้

1) **วิธีการบันทึก** ได้แก่ บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยาย เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การเขียนบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นการเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และใช้รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับรูปแบบบันทึกแบบมุ่งความต้องการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR (Data Action Response) นอกจากนี้ยังใช้รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) โดยใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย เพื่อลดการบันทึกซ้ำซ้อน ทำให้สะดวก รวดเร็ว ลดเวลาในการบันทึกเนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การปฏิบัติกิจกรรมมักจะดำเนินการซ้ำ ๆ กัน

2) **แบบบันทึกทางการพยาบาล** เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างและมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล โดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน รวมทั้งมีข้อตกลงว่า ข้อมูลที่ปกติจะใช้เครื่องหมาย ✓ และ

เขียนบรรยายเฉพาะข้อมูลที่คิดปกติเท่านั้น แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 6 ประเภท 7 แบบบันทึก ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 7) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย

3) **คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการบันทึกตามระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกแต่ละขั้นตอนครอบคลุมทุกแบบบันทึกและมีตัวอย่างของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

1.3.3 ผลของการศึกษาการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น

1) **คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** จากผลการศึกษาพบว่า

(1) **ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล** คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.43$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.80$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ด้านการสรุปการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากกว่าด้านอื่น ๆ โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการสรุปการจำหน่ายอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.20$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.81$)

(2) **ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก** คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.53$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.82$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด คือ การลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึก (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.10$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 0.93$) สำหรับข้อที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากันอยู่ในระดับดีมากทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือ การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (ก่อนและหลังการทดลอง $\bar{X} = 0.93$) การบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย การบันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วย การบันทึก วัน เดือน ปี เวลา เหตุการณ์ และการบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน (ก่อนและหลังการทดลอง $\bar{X} = 1.00$)

(3) ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 0.98$) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.90$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการปฏิบัติการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.80$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 1.87$) และรองลงมาคือ ด้านการประเมินผลการพยาบาล (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 0.83$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 1.85$)

2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ โดยรวมก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$) แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์หลังการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านโครงสร้างโดยรวม พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านโครงสร้างโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$) แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความพึงพอใจด้านโครงสร้างข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุดคือ แบบบันทึกใช้บันทึกข้อมูลได้ง่ายและสะดวก (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.60$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.00$)

นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านผลลัพธ์โดยรวม พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านผลลัพธ์ โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) ความพึงพอใจด้านผลลัพธ์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบบันทึกเอื้อต่อการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

(ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 3.13$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.33$) 2) แบบบันทึกช่วยให้สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.93$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.13$) และ 3) แบบบันทึกเชื่อมต่อการบันทึกความก้าวหน้าของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 2.80$ และหลังการทดลอง $\bar{X} = 4.00$)

2. อภิปรายผล

2.1 ระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อนในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและคัดยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ

จากผลการศึกษาพบว่า ระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาตรฐานการร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม และปัญหาของระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พบในหอผู้ป่วยดังกล่าวเป็นแบบบันทึกที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้และทำให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น โดยทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาลตามระบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดดังกล่าว รวมทั้งได้รับความรู้และการได้ฝึกการใช้กระบวนการคิดมาใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อใช้ในการลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลได้ดีกว่าเดิม ดังการศึกษาของอัลฟาโร ลิฟีเวอร์ (Alfaro-LeFever 1995 อ้างถึงใน คาราร์ตัน หงษ์ทอง 2547: 95) ได้กล่าวว่า บุคลากรพยาบาลเมื่อมีความรู้ ทักษะ และทักษะที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล ตามลักษณะวิชาชีพโดยใช้กระบวนการพยาบาล บุคคลนั้นจะมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การดูแลผู้ป่วย และทำการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง ส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น

2.2 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง มีข้อสนับสนุนจากผลการวิจัยนี้ที่พบว่า คะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

ข้อที่ 1 คือ คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสูงกว่า ก่อนพัฒนา ทั้งนี้เนื่องมาจาก

2.2.1 มีการจัดทำแบบบันทึกเหมาะสม สะดวก ง่ายต่อการบันทึกมากกว่าระบบ เดิม เนื่องจาก

1) พัฒนมาจากปัญหาที่พบจริง โดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วม เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้พยาบาลวิชาชีพได้เสนอข้อมูลปัญหาด้วยตนเองตามที่ได้พบจริง (Swansburg 1996) ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขตรงประเด็น นอกจากนี้ในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้มีการอบรมพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และความสามารถในการเสนอแนวทางแก้ไขควบคู่กับการใช้รูปแบบการบันทึกที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมประสบความสำเร็จมาแล้วของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) มาเป็นต้นแบบการพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้นกว่าเดิม

2) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ทำให้เื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม การรวบรวมข้อมูลเป็น ไปอย่างรวดเร็วช่วยให้ประหยัดเวลา สะดวกในการค้นหาข้อมูล ดังที่ฟิชชบาร์ค (Fischbach 1991) และไวท์ (White 2003) กล่าวถึงบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องมีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้บันทึกเมื่อจำเป็นต้องใช้หรือต้องการสืบค้นข้อมูล สอดคล้องกับคำกล่าวของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2550) ที่ว่า การบันทึกตามแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง ทำให้พยาบาลบันทึกได้เร็ว มีแนวทางในการบันทึกที่จะเลือกบรรยายได้ด้วยตัวเองและจะทำให้บรรยายไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการพยาบาลได้อย่างชัดเจน

3) ใช้ระบบบันทึกแบบ CBE (*Charting by Exception*) ซึ่งรูปแบบการบันทึกนี้ทำให้บันทึกมีคุณภาพเนื่องจากเป็นแบบบันทึกที่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล ง่ายต่อการนำไปใช้กับแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกสะดวกและง่ายในการบันทึก ช่วยลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน (Walus 2003)

4) มีการกำหนดแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แนวทางการบันทึก จะช่วยให้การบันทึกมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้แนวทางที่กำหนดไว้เพื่อบอกทิศทางกรบันทึก ข้อมูลที่ต้องบันทึกซ้ำให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (Wikipedia 2552)

5) มีแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ทำให้มีแนวทางสำหรับการวินิจฉัย และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ได้อย่างสะดวก (Crisp & Taylor 2005)

6) มีคู่มือการใช้ระบบบันทึกที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ทำให้พยาบาลมีแนวทาง และมีความมั่นใจในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วนครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและหลักการบันทึก ทำให้การบันทึกคุณภาพ สอดคล้องกับไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไชแสง โพธิ์โกสุม (2542) ที่พบว่า การใช้คู่มือแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลทำให้คุณภาพ การบันทึกและคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังทำวิจัยสูงกว่าก่อนวิจัย

เมื่อพิจารณาคูณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเป็นรายด้านอภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความ ครอบคลุมตามกระบวนการโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการโดยรวม อยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และตารางจำนวนและร้อยละของคะแนนคุณภาพของ การบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล (ดังรายละเอียดใน ภาคผนวก ข) ซึ่งจากเดิมไม่มีการบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วยโดยระบุสัญญาณชีพ อาการและ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จำนวน 0 แพ้ม (ร้อยละ 0) แต่หลังจากมีการพัฒนาระบบบันทึก พบว่า มีการบันทึก จำนวน 23 แพ้ม (ร้อยละ 76.7) ทั้งนี้เนื่องจากระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ ได้แก้ไขในประเด็นของแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกเพื่อให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาลได้ ชัดเจนกว่าแบบฟอร์มเดิม โดย

1.1 มีการพัฒนาแบบบันทึกและวิธีการบันทึก ตามแนวคิดของกระบวนการ พยาบาล โดยมีรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus system) ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าของ รูปแบบ DAR (Data Action Response) ทำให้สามารถชี้บ่งปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และใช้สื่อสารในทีมพยาบาลได้เป็นอย่างดีสอดคล้องกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Walus 2003)

1.2 มีแบบบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบ

สรุปการจำหน่าย รวมทั้งแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานโดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งส่งเสริมการบันทึกอย่างต่อเนื่อง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ 2550)

2. ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับดี และจากตารางแสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข) ก่อนการทดลอง พบว่า การบันทึกใช้คำย่อ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลหรือตามที่หน่วยงานกำหนด มีจำนวน 0 แพ้ม (ร้อยละ 0) แต่หลังการทดลองโดยพัฒนาลักษณะวิธีการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้วิธีการใส่เครื่องหมาย ✓ (ถูก) หรือใช้สัญลักษณ์ที่กำหนดลงในช่องว่างหรือหน้าข้อความที่ต้องการบันทึก (check list) ช่วยให้อ่านง่าย ทำให้เป็นหลักฐานที่ชัดเจนกว่าลายมือซึ่งสามารถนำมาตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึกหรือนำมาใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้ พบว่า มีการบันทึก จำนวน 20 แพ้ม (ร้อยละ 66.7) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับสายสมร พลเชื้อ และคณะ (2540) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี พบว่า การรับรู้คุณค่าของแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลทางด้านกฎหมายว่าสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเพื่ออ้างอิงการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแลของตน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ธนบัตร (2542) ที่ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

2.1 มีแนวทางการบันทึก เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่มีทั้งการบรรยาย การเติมคำและการใช้สัญลักษณ์ที่แสดงรายละเอียดที่ชัดเจนและครบถ้วนตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพจนถึงการสรุปจำหน่ายผู้ป่วยตามสถานการณ์จริง ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ทำให้สามารถใช้เป็นแนวทางในการบันทึกได้อย่างถูกต้อง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ 2550)

2.2 มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล แก่พยาบาล และจากการที่พยาบาลพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ทำให้พยาบาลเพิ่มความตระหนักและเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล ส่งผลให้ความถูกต้องตามหลักการบันทึกมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตรศิริ ชันเงิน (2542) ซึ่งพบว่า ทัศนคติต่อ

การเขียนบันทึกทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนั้นผลของการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย จึงส่งผลให้พยาบาลตั้งใจและบันทึกทางการแพทย์ถูกต้องตามหลักการบันทึกมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระดับก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการทดลองพบว่าอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คุณภาพของการบันทึกบางประการทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก ได้แก่ “บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด” ทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับต่ำมากและรองลงมาคือ “บันทึกข้อความด้วยคำที่สั้น กะทัดรัด และบันทึกอ่านออกทุกข้อความ” ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองยังพบว่าอยู่ในระดับต่ำอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลขาดทักษะในการบันทึกทางการแพทย์อย่างถูกต้อง ทำให้พยาบาลไม่เห็นความสำคัญและขาดความเอาใจใส่ในการบันทึก ภาษาที่เขียนไม่สละสลวย (คารารัตน์ หงษ์ทอง 2547)

3. ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง และจากตารางแสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการทดลอง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข) พบว่า ไม่มีการบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรและทุกวัน ภายหลังจาก 24 ชั่วโมง นับจากแรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย จำนวน 16 แพ้ม (ร้อยละ 53.3) แต่หลังการทดลองโดยพัฒนาระบบบันทึกดังกล่าว พบว่า มีการบันทึกมีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในเวรต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 2 ส่วน และไม่ทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย จำนวน 23 แพ้ม (ร้อยละ 76.7) เพิ่มจากเดิมร้อยละ 60 เนื่องจากแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายโดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลรวมทั้งมีการสรุปจำหน่ายได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผลการประเมินได้ข้อมูลที่ครอบคลุมครบถ้วน มีการวางแผนการพยาบาล มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่พบบ่อยและพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงมีแนวทางในการกำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์และเกณฑ์การ

ประเมินผลเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งมีการออกแบบบันทึกที่ใช้ประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไว้ให้บันทึกทุกวันทุกเวร โดยมีข้อวินิจฉัยเป็นจุดเน้นซึ่งนำไปสู่การดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (2534) ที่พบว่า การใช้รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกมากกว่ารูปแบบที่มุ่งปัญหา และอาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) ที่พบว่า การใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเป็นระยะเวลา 2 เดือน ส่งผลให้ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในระดับหนึ่ง โดยมีคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก และจากตารางแสดงจำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนการทดลอง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข) พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาล ด้าน โครงสร้างเกี่ยวกับแบบบันทึกใช้บันทึกข้อมูลได้ง่ายและสะดวกอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40) แต่หลังการทดลอง พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลในด้านดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นระดับมาก จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนา อาจเนื่องมาจาก

2.3.1 พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลตามบริบทของปัญหาที่พบจริง และให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยมีการระดมสมองหรือให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อพัฒนางานและร่วมมือกันระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม หาข้อบกพร่อง/ปัญหา/อุปสรรคต่าง ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำความรู้ที่ได้จากการประชุมมาใช้ในการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล รวมถึงการสร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและการบันทึกทางการพยาบาลทำให้พยาบาลมีความตั้งใจปฏิบัติสู่เป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น สอดคล้องกับกองการพยาบาล (2539) ที่กล่าวว่า การพัฒนาบุคลากรด้วยการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ ทักษะ ความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการบริหารงานจะทำให้พยาบาลประจำการทุกคนเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพดีขึ้น นอกจากนี้ยังได้ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล โดยให้ร่วม

แสดงความคิดเห็นในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด เหมาะสมกับการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลทุกคนจะรู้สึกพึงพอใจในการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ที่ตนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นว่า เมื่อทุกคนรู้สึกมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชา สามารถแสดงความคิดเห็น และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้ร่วมงาน เกิดเป็นความภูมิใจต่อการทำงาน ทำให้พยาบาลเกิดความมุ่งมั่นและตั้งใจปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ทำให้ได้ระบบบันทึกที่ทำให้พยาบาลพึงพอใจได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Van et al. 1995) พบว่า มีการปรับปรุงคุณภาพการบริการของแผนกศัลยกรรมให้ดีขึ้น โดยนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ซึ่งได้มีการปรับปรุงร่วมกันเพื่อการปรับปรุงแบบฟอร์มของเอกสารในการพัฒนาคุณภาพบริการ การระดมสมองหรือให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อพัฒนางาน ส่งผลให้ทุกคนเต็มใจนำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่ไปใช้จริงในการปฏิบัติงาน และทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

2.3.2 ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ ส่งผลลัพธ์ที่ดีแก่ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นกระบวนการกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในความรู้ ความสามารถ ความคิด และพฤติกรรมสะท้อนให้การบันทึกทางการแพทย์มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น เกิดความรู้สึกพึงพอใจ เพราะความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่องานที่ปฏิบัติเมื่อมีความรู้ ความเข้าใจในงาน มีความรู้สึกที่ดีต่องานที่ทำยอมแสดงพฤติกรรมไปในทางที่สอดคล้องกับความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกต่องานนั้น

3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นผู้บริหารขององค์กรพยาบาลควรมีนโยบายสนับสนุนให้มีการนำระบบบันทึกทางการแพทย์

พยาบาลเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งกระตุ้นให้หัวหน้างานและพยาบาลในหน่วยงานอื่นได้มีการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามระบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมซึ่งจะส่งผลให้สามารถพัฒนาระบบบันทึกที่มีประสิทธิภาพและพยาบาลพึงพอใจมากขึ้น

3.1.2 แม้ผลการวิจัยที่พบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ในด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกเกี่ยวกับการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนั้นควรมีการเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพื่อเป็นการพัฒนาระบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดให้มีการอบรมเพิ่มเติมเฉพาะในแต่ละเรื่องเพื่อให้พยาบาลมีทักษะในการบันทึกมากขึ้น จัดให้มีคู่มือหรือแนวทางในการใช้คำย่อที่เป็นสากล เป็นต้น

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และส่วนใหญ่แต่ละด้านอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดของแต่ละด้านยังพบว่า ยังต้องพัฒนาบางเรื่องต่อไปอีก ตัวอย่าง เช่น ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก พบว่า ก่อนการทดลองการบันทึกข้อความด้วยคำที่สั้น กะทัดรัด และอ่านออกทุกข้อความอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองยังอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยจัดให้มีการนิเทศอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงการบันทึกอย่างถูกต้องตามหลักการบันทึกที่ยังมีปัญหา และเป็นการให้คำปรึกษา แนะนำและให้ข้อมูลย้อนกลับ จะทำให้พยาบาลมีการพัฒนาการด้านทักษะในการบันทึกยิ่งขึ้น และเกิดความมั่นใจมากขึ้นเช่นกัน (Nadzam & Nelson 1997)

3.1.4 จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านโครงสร้างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่อง แบบบันทึกใช้บันทึกข้อมูลได้ง่ายและสะดวก เมื่อจำแนกความพึงพอใจของการบันทึกด้าน โครงสร้างเป็นรายชื่อและระดับ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึกการบันทึก วิธีการบันทึกและคู่มือการใช้ระบบบันทึก ดังนั้นควรมีการนำระบบบันทึกนี้ไปใช้ในการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

3.1.5 จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านผลลัพธ์โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยเฉพาะแบบบันทึกเพื่อการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย แบบบันทึกช่วยให้กำหนด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย แบบบันทึกเชื้อต่อการบันทึกความก้าวหน้าของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการนำระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เนื่องจากให้ผลลัพธ์ชัดเจนที่จะส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลเต็มรูปแบบอย่างเป็นรูปธรรม

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ระบบบันทึกที่ทำให้ได้คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจต่อระบบบันทึกของพยาบาลมากกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น

3.2.1 ควรใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นต้นแบบในการศึกษาวิจัยสำหรับหอผู้ป่วยอื่น ๆ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงตัวแปรบางตัว เช่น ทักษะคิดของแพทย์ที่มีต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นต้น

3.2.2 ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้ภายหลังจากการทดลองในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูความคงตัวของระบบการบันทึกนี้ หากระบบการบันทึกนี้มีความคงตัวดีก็จะสามารถเป็นต้นแบบของระบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังประเภทอื่น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

3.3.3 ควรนำระบบบันทึกนี้เป็นต้นแบบสำหรับการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.3.4 เนื่องจากการวิจัยนี้ได้เลือกรูปแบบการบันทึกที่ได้ผลดีแล้วมาเป็นต้นแบบสำหรับพัฒนาระบบบันทึกครั้งนี้ จึงทำให้การพัฒนาไม่ซับซ้อนเกินไปและใช้เวลาไม่ยาวเพราะมีบริบทใกล้เคียงกัน โดยนำต้นแบบที่พัฒนาในหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมซึ่งใกล้เคียงกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้พัฒนาในงานวิจัยนี้ ดังนั้นหากต้องการนำระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกอื่น ๆ ควรใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ระบบการบันทึกที่เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ มากกว่าทำเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาแบบกึ่งทดลอง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร ดุสิตกุลและคณะ (2547) “ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด การพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิผลการบันทึกและความพึงพอใจของ พยาบาล” วารสารวิชาการเขต 12 15, 1 (มกราคม-มีนาคม): 2-9
- กนกวรรณ พุ่มทองดี และวลัยพร นันทสุภวัฒน์ (2528) “การปฏิบัติการพยาบาล” ใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ บรรณาธิการ กระบวนการพยาบาลทฤษฎีการนำไปใช้ ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- กลุ่มการพยาบาล (2550) รายงานผลการนิเทศคุณภาพทางการพยาบาล หน่วยงานผู้ป่วยใน วันที่ 7-10 เมษายน 2550 กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย
- กองการพยาบาล (2539) การควบคุมคุณภาพการพยาบาล เล่มที่ 5 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กฤษฎา มโหทาน และคณะ (2544) คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน พิมพ์ครั้งที่ 2 กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กฤษณะพงศ์ รัศมีประภา (2538) ระบาดวิทยาโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวง สาธารณสุข
- ไขแสง โพธิโกสม (2542) “การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย สตรีกรรม” วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19, 3 (กันยายน-ธันวาคม): 2-17
- ไข่มุก วิเชียรเจริญ (2458) “สถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูล” ใน ประมวล สารชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 8 หน้า 8-40 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- จรีดาภรณ์ ธนบัตร (2542) “ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการ พยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จรีดาภรณ์ ธนบัตร และบุพิน อังสุโรจน์ (2543) “ผลการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้ กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพ พยาบาล” วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 13, 2: 47-56

- จรัญญาณี ภูวสันติ (2548) “การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น” รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จารุวรรณ ต. สกุด และคารา ศัตร์ฐิติ (2536) “ประเมินโครงการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์ จิตเวช” *วารสารพยาบาลศาสตร์* 11, 2 (เมษายน-มิถุนายน): 106-117
- จิตรศิริ ชันเงิน (2542) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) *เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร ศิไชรี้
- คารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) “ผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทัศนีย์ ทองประทีป และเบ็ญจา เตากกล้า (2543) “บันทึกทางการแพทย์กับการประกันคุณภาพทางการแพทย์” *วารสารสภาพพยาบาล* 15, 2: 1-11
- ธงชัย สันติวงษ์ (2540) *การบริหารบุคคล พิมพ์ครั้งที่ 9* กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิชย์
- ธีระ รามสูตร (2535) *ตำราโรคเรื้อน* กรุงเทพมหานคร นิเวศรรมดา
- นิรัตน์ อิมามิ (2549) “เครื่องมือวิจัยทางการแพทย์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 4 หน้า 4-55 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- นวลขนิษฐา ลิขิตลือชา (2548) “การบันทึกทางพยาบาล” ค้นคืนวันที่ 20 ธันวาคม 2550 จาก <http://www.msho.moph.go.th>
- นุสรรา สุขศิริ (2546) “ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลระยอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- บุญศรี ปราบ ณ ศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล (2538) *การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล (2544) “ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์” กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประคอง วรรณสุด (2542) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
เจริญผล
- ประคิน สุขฉายา และคณะ (2549) “บันทึกทางการพยาบาลและผดุงครรภ์: แนวคิดวิธีการบันทึก
และการใช้ประโยชน์” รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร
- ประสงค์ ประณีตพลกรัง และคณะ (2541) ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ กรุงเทพมหานคร
เพชรจรัสแห่งโลกธุรกิจ
- ปรารธนา มั่งมูล (2539) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้
รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาใน
โรงพยาบาลจิตเวช” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปิยวดี ทองทั้งสาย (2548) “การจัดระบบการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน” สถาบันราชประชา
สมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535) จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล กรุงเทพมหานคร
สหมิตรออฟเซต
- ผ่องพรรณ ลาภเจริญ (2543) “ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของกฎหมายต่อการปฏิบัติ
วิชาชีพความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลคุณค่าวิชาชีพกับความสามารถในการ
บันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- พินิจ ปรีชานันท์ และนวลละอ อศรีโพธิ์ทอง (2537) “ผลการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลและ
ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย” ใน *รามาริบดีเวชสาร* 17, 3: 277-282
- พิศณุ ฟองศรี (2549) *เทคนิควิธีประเมินโครงการ* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ห้างหุ้นส่วน
จำกัดพิมพ์งาม
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536) *50 ปีชีวิตและผลงานอาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์*
กรุงเทพมหานคร ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ดันดีผลาชีวะ (2524) *การบันทึกทางการพยาบาล: อนุกรรมการ
บริหารการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร ภาควิชาการพยาบาลการศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- พรชนก ชันชะรุ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาลกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์”
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- พรทิพย์ รัตนวิชัย (2547) “การพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกเพื่อคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา” *วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 1*
 6, 1 (มกราคม-เมษายน 2547)
- พรศิริ พันธสี และคณะ (2548) รายงานโครงการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของ
 โรงพยาบาลหัวเฉียว
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2544) *การบันทึกทางการแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
 จุฬาลงกรณ์ (อัคราณา)*
- เพ็ญทอง มธุรชน (2546) “ผลการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้
 ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า”
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
 บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ราชบัณฑิตยสถาน (2546) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2546 กรุงเทพมหานคร
 นานมีบุ๊คพับลิเคชัน*
- รัตนา ทองสวัสดิ์ (2541) *วิชาชีพการพยาบาล ประเด็นและแนวโน้ม พิมพ์ครั้งที่ 5 เชียงใหม่
 ธนบรรณ*
- รัตนา ศิริจิระชัย (2544)) “ผลการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ต่อประสิทธิภาพการ
 บันทึกและความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์” *วารสารกรมการแพทย์* 26, 2
 (เมษายน-มิถุนายน): 22-29
- รัตนา เครือรัตนไพบูลย์ (2546) “การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยใน
 โรงพยาบาลกำแพงเพชร” *วารสารวิชาการเขต 12* 14, 2 (เมษายน-มิถุนายน): 31-37
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิ์กุล (2549) “การนำเสนอผลการทำวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวล
 สารคดีวิทยานิพนธ์* หน้าที่ 8 หน้า 8-39 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัย
 ธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วิจิตร ศรีสุพรรณ (2547) *การวิจัยทางการแพทย์: หลักการและแนวปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 3
 เชียงใหม่ โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วิพร เสนารักษ์ (2542) *การวินิจฉัยการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์

- วิเชียร เกตุสิงห์ (2543) *คู่มือการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร เจริญผล*
- วิลาวรรณ พันธุ์พุกภัย (2540) *การวิจัยทางการพยาบาล ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์ (2538) “การบันทึกและการรายงาน” ใน *ค่องพรรณ อรุณแสง และมยุรี สีทองอินทร์ บรรณาธิการ การพยาบาลพื้นฐาน การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เล่มที่ 1 ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
- วัชชรีภรณ์ รัตนสาร (2543) “การสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุรินทร์” *รายงานการวิจัย สุรินทร์ โรงพยาบาลสุรินทร์*
- วัลลา ดันตโยทัยและสมจิต หนูเจริญกุล (2543) “กระบวนการพยาบาล” ใน *สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* หน้า 173-186 กรุงเทพมหานคร วีเจ พรินด์ิง
- ศิริพร ขัมภลิจิต (2539) *แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล พิมพ์ครั้งที่ 4 สงขลา เหมการพิมพ์*
- ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) “ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนก *ศุติกรรมต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล*” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- สายสมร พลซื่อ และคณะ (2540) “ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อ *ประสิทธิภาพและการรับรู้ค่าในการบันทึกของพยาบาลประจำการ*” *วารสารการพยาบาล* 14 (มกราคม-มีนาคม): 46-59
- สาตี เถลิมวรรณพงศ์ (2544) *กระบวนการพยาบาล: หลักการและการประยุกต์ใช้* สงขลา อัลลายด์ เพรส
- สภาการพยาบาล (2551) *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง) พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร จุดทอง*
- สมจิต ปทุมานนท์ (2543) *หลักการวิจัยเบื้องต้น สำหรับพยาบาลสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
- สมจิต หนูเจริญกุล (2529) *การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ จากกรบันทึก กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล*
- _____ (2543) *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร วี.เจ.พรินด์ิง

- สมยศ นาวิการ (2536) *การบริหาร* กรุงเทพมหานคร ธรรมสาร
- สถาบันราชประชาสมาสัย (2548) *คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน* พิมพ์ครั้งที่ 5
กรุงเทพมหานคร ศาสนาบ้านบาตร
- สถาบันราชประชาสมาสัย (2552) “ข่าวประชาสัมพันธ์” ค้นคืนวันที่ 20 มีนาคม 2552 จาก
<http://www.thaileprosy.org>
- สิริวัฒนา เกตุวีระพงษ์ (2548) “การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยนเรศวร
- สุขวิภา ร่มโพธิ์ชีและคณะ (2546) “การพัฒนาระบบการบันทึกการพยาบาลเพื่อเตรียมรับ
การตรวจสอบคุณภาพ” ใน *เอกสารรายงานประกอบการศึกษาวิชาสัมมนาการบริหาร
การจัดการทางคลินิก* หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2550) *กระบวนการพยาบาล:
ทฤษฎีและการนำไปใช้* พิมพ์ครั้งที่ 16 ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์ (2543) *กระบวนการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- สุภา สุทัศน์จินดา (2535) “การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในคลินิก” *วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์* 15 (กรกฎาคม-กันยายน): 22-28
- สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) *การบันทึกทางการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- สุปราณี เสนาดิสัย และประไพ พานิช (2547) *การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดการปฏิบัติ*
กรุงเทพมหานคร จุฑทอง
- อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ
พยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- อารี ชิวเกษมสุข (2534) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึก
ทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา” วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- _____ . (2541) *เอกสารประกอบการสอนวิชา พย. 1332 หลักการพยาบาล 1 ภาคปลาย*
ปีการศึกษา 2541 กรุงเทพมหานคร วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- _____ . (2548) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการ
สุขภาพ” *วารสารคุณภาพการพยาบาล* 2, 3: 4-12
- _____ . และจินตนา ยูนิพันธ์ (2548) “การพัฒนาแบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการ
พยาบาลของผู้ป่วย” *วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร* 49,10(ตุลาคม):621-622
- _____ . (2551) *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*
พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- _____ . (2552) “ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งการใช้
กระบวนการพยาบาล” *รายงานการวิจัย* โรงพยาบาลลำลูกกา ปทุมธานี
- ไอลดา เข็มจิตร (2550) “การใช้วิธีทางภูมิปัญญาตะวันออกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพ
เรื้อรังที่มารับบริการสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดสตูล” วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อรสา จรูญธรรม (2541) *เทคนิคการวัดและประเมินผลการเรียนการสอน* กรุงเทพมหานคร
สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตเทคนิคกรุงเทพ
- อุบล เกาสายพันธ์ (2524) “ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่มี
คุณภาพ” วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะ
ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Alfaro-LeFevre, Rosalinda. (1998). *Applying Nursing Process: A Step-by Step Guide*. 4 th ed.
Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- _____ . (2002). *Applying Nursing Process Promoting Collaborative Care*. Philadelphia:
Lippincott Williams & Wilkins.
- Bjorvell, C., Wredling, Regina, and Thorell-Ekstrand, I. (2003b). “Improving documentation
using a nursing model.” *Journal of Advanced Nursing*. 43, 4: 402-410.
- Blatter, B. (1981). *Holistic nursing*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brett, J.L. (1989). Outcome indicator of quality care. In B. Henry, Clara Arndt, D.M. DiVincenti,
& Amarriner-Tomey (Eds.). *Dimensions of nursing administration: Theory, research,
education, practice* (p.p.353-369). Boston: Blackwell Scientific Publications.

- Brooks, J.T. (1998). *An analysis of nursing documentation as a reflection of actual nurse work*.
<http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>
- Cheevakasemsook, Aree (2005). "Facilitating Change: The Development of An Effective Nursing Documentation System In A Medical-Surgical Ward In Thailand." A thesis Submitted Total Fulfillment of The Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy. Charles Sturt University. NSW Australia.
- Crisp, Taylor (2005). *Potter&Perry's fundamentals of nursing*. 2 nd ed. Marrickville Elsevier, Australia.
- Delaune, S.C. and Ladner, P.K. (2002). *Fundamentals of nursing standards & practice*. 2 nd ed. Delmar Thomson Learning, Australia.
- Donabedian, A. (1992). "The role of outcomes in quality assessment and assurance". *Quality Review Bulletin: Journal of quality Improvement*. 18: 356-360.
- Dossy, M.B. and Dossey, L. (1998). "Body-mind-spirit:Attending to holistic care". *American Journal of Nursing* 98: 35-38.
- Egglund, T.E. (1980). "Charting: how and why to document your care daily and fully". *Nurse Management* 80: 39-43.
- Egglund, E.T. and Heinemann, D.S. (1994). *Nursing documentation*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Fischbach, F.T. (1991). *Documenting care : Communication the nursing process and documentation standard*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Gordon, M. (1987). *Nursing Diagnosis:Process and Application*. 2 nd ed. New York: McGraw-Hill.
- International Council of Nurses. (2006b). Chapter 4- the 7-axis model of ICNP version 1. Retrieved March30, 2006,from http://www.icn.ch/icnp_V1book_ch4.htm.
- Iyer, P.W., Taptich, B.J., and Bernocchi, D. (1995). *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. California: W.B. Sanunders.
- Iyer, P.W., and Camp, N.H. (1995). *Nursing Document : A Nursing Process Approach*. 2 nd ed. St. Louis: C.V. Mosby.
- Lubkin, IM., and Larsen, P. (1998). *Chronic illness impact and Intervention*. Sudbury Jones & Bartlett Publishers.

- Mcchinsky, P.M. (1983). *Psychology applied to work*. 4 th ed. California: Wadsworth.
- Nadzam, D.M & Nelson,M. (1997). "The benefits of continuous performance measurement." *Nursing Clinics of North America*. 32(3):543-559.
- Potter, P.A., and Perrey, A.G. (2005). *Basic Nursing:Essentials for practice*. 6 th ed. St Louis: Mosby.
- Schemerhorn, J.R. (1996). *Management and organizational behavior*. Singapore: John Wiley and Sons.
- Seashore and Taber. (1975). "Job Satisfaction Indicators and Their Correlates". *American Behavioral Scientist*, 18 (January/February) : 333-334. Retrieved May 18,2009,from http://abs.sagepub.com/cgi/pdf_extract/18/3/333.
- Swansburg, R.C. (1996). *Management and leadership for nurse mangers*. 2 nd ed. USA: Jone and Barretelett Publishers.
- Taylor, C., Lillis, C., and LeMone, P. (2001). *Fundamentals of nursing :The art &science of nursing care* 4 th. Philadelphia: Lippincott.
- Tornkvist, L., Gardulf, A., and Strender, L.E. (1997). "The opinions of nursing documentation Held by district nurses and by nurses at primary health care centres." Abstract Online. Retrieved July 21, 2006, from <http://gatewayl.ovid.com/ovidweb.cgi>.
- Van, B.C. and other. (1995). "Improving quality of patient care service for out patient". *Nursing Clinic of North America*. 30: 23-30.
- Vroom, V.H. (1964) "Job satisfaction". *Journal of Nursing Standard*. 44, 3: 98-111.
- Walus, Jacqueline-Wigle. (2003). *Fundamentals of documentation. Skill Masters:batter documentation*. New York: Lippincott Williams & Wilkins A Wolter Kluwer.
- Webter's University Dictionary. (1985). Holand: Routedge and Kengan paul.
- Wikipedia, the free encyclopedia. (2552). Retrieved June 1,2009,from <http://en.wikipedia.org/wiki/Guideline>.
- Wilkinson, J.M. (1992). *Nursing process in action A critical thinking approach*. California: Addison-Wesley Publishing.
- Wheeland, R.M. (1993). "Focus charting in a psychiatric facility". *Journal of Psychosocial Nursing* 31 :15-19.

White, L. (2003). *Documentation & the Nursing Process*. Clifton Park: Delmar, a division of Addison-Wesley Publishing.

Yura, H., and Walsh, B.M. (1983). *The Nursing Process: assessing, planning, implementing, evaluation*. New York: Appleton-Century Crofts.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. อาจารย์จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ นักวิชาการพยาบาล กลุ่มงานมาตรฐานการ
พยาบาล สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
4. อาจารย์เรียบ เรืองพาณิชย์ อดีตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล
กรุงเทพคริสเตียนและที่ปรึกษาผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
5. นางปิยวดี ทองทั้งสาย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
สถาบันราชประชาสมาสัย
จังหวัดสมุทรปราการ

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 6/2551

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2495100758

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางพนทิพย์ ร่มโพธิ์ศาล

ที่ทำงาน สถาบันราชประชาสมาสัย อ.ตระปะแดง จ.สมุทรปราการ

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม *อรุณี พิภพขจร*

(อาจารย์ ดร.อรุณี พิภพขจร)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *รศ.ดร.สุจิตต์*

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตต์ หิวงคนนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

๒๒ พ.ค. ๒๕๕๑

วันที่รับรอง

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

ตัวอย่างหนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย



ที่ ศร 0522.26/ 611

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๘ เมษายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะคณาจารย์ภาควิชาวิทยาศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ด้วย นางสาวพานทิพย์ ร่มโพธิ์ศาล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนก
 วิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำ
 วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย"
 โดยมี อาจารย์ ดร.ณวีร์ จีวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการ
 ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาส
 กร เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
 ตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ศาखाวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
 เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทูลสุข หึงคานนท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2504-8096

ตำแหน่งเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกร



ที่ ทธ 0522.26/ 612

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๘ เมษายน 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ กัญญาภาสกร

ด้วย นางทานทีพัชร์ ร่มโพธิ์ศาล นักศึกษานิสิตศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย" โดยมีอาจารย์ ดร.อวีร์ จีวงศมตฺย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เห็น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุตธศุข หิงกานนท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2504-8096

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

**แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน
สถาบันราชประชาสมาสัย**

คำชี้แจง แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 31 ข้อย่อย

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวน 14 ข้อย่อย

ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 8 ข้อย่อย

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบ
บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
เป็นเกณฑ์พิจารณาการตัดสินใจให้คะแนน

ข้อความ	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
1. การประเมินภาวะสุขภาพ		
1.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์		
1.1.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วย		
1.2 ข้อมูลจากการสังเกต/การตรวจร่างกาย		
1.2.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต/การตรวจร่างกาย		
1.3 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล		
1.3.1 มีบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ		
1.4 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน		
1.4.1 มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มอาการเจ็บป่วยและลักษณะของการเจ็บป่วย		
1.4.2 มีบันทึกระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วยและวิธีแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมาโรงพยาบาล		
↓	↓	↓

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ความถูกต้องตามหลักการบันทึกเป็นเกณฑ์พิจารณาการตัดสินใจให้คะแนน

ข้อความ	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
1. มีบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
5. มีการบันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์		
6. มีการบันทึกด้วยถ้อยคำบอกเล่าของผู้ป่วยทุกครั้งโดยไม่แปลความหมาย		
↓	↓	↓

ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก


คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบ
แบบบันทึกทางการแพทย์โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึก
เป็นเกณฑ์พิจารณาการตัดสินใจให้คะแนน

ข้อความ	ผลการตรวจสอบคุณภาพ			
	3	2	1	0
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย				
1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง หรือบันทึกให้ครบ 3 เวร ภายหลังจากแรกรับ				
2. มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรและทุกวันภายหลังจาก 24 ชั่วโมง นับจากแรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย				
↓	↓	↓	↓	↓

คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. คู่มือวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
2. คู่มือวิเคราะห์ความถูกต้องตามหลักการบันทึก
3. คู่มือวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึก

แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	
ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น จะถือว่า "มีการบันทึก" และได้คะแนน = 1 จะต้องมีรายละเอียดดังนี้	
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1. การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ</p> <p>1.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์</p> <p>1.1.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ) : มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย (ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้และไม่มีญาติ)</p>	<p>- 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นลักษณะเป็นวงดำ ขาว ซ้ำขึ้นที่บริเวณแขนขวา ไม่คัน แต่รู้สึกชาบริเวณผื่น</p>
	

แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก	
<p>ขั้นตอนของกระบวนการการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น จะถือว่า “มีการบันทึก” และได้คะแนน = 1 จะต้องมีรายละเอียดดังนี้</p>	
รายการตรวจสอบและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1. มีบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลและแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย) : มีการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย</p>	<p>- แผลผ่าตัดอวัยวะ T=38°C R=32 ครั้ง/นาที่ P=102 ครั้ง/นาที่ BP=110/80 mmHg</p>
<p>2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย) : มีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่รวบรวมได้</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากใส่ขาเทียมไม่ถูกวิธีและเดินไม่ถนัด S: ผู้ป่วยบอกเวลาใส่ขาเทียมจะเดินไม่ถนัด มีอาการเจ็บเมื่อใส่ขาเทียมเดิน O: จากการสังเกตขณะใส่ขาเทียมผู้ป่วยจะเดินไม่ถูกจังหวะ</p>
↓	↓

แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก	
รายละเอียดในการวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึกและเกณฑ์ในการให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>การประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วย</p> <p>1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง หรือบันทึกให้ครบ 3 เวรภายหลังแรกรับ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ และแบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: 1. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อแรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย</p> <p>: 2. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรที่แรกรับผู้ป่วย</p> <p>: 3. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรถัดจากเวรที่แรกรับ</p> <p>: 4. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบบันทึกการพยาบาลใน เวรที่ 3 ของ 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p>	<p>- 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2, 3 และ 4 ครบถ้วน</p> <p>- 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อที่ 1, 2 และ 3 หรือ - ข้อที่ 1, 2 และ 4 หรือ - ข้อที่ 1, 3 และ 4 <p>- 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อที่ 1 และ 2 หรือ - ข้อที่ 1 และ 3 หรือ - ข้อที่ 1 และ 4 หรือ <p>- 0 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามข้อที่ 1 เท่านั้นหรือไม่มี</p>
↓	↓

แบบสอบถามเลขที่ □□

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย” แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวนข้อย่อย 15 ข้อ

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง ทั้งนี้คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ คำตอบของท่านจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

(นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตรล)

นักศึกษาปริญญาโท วิชาเอกบริหารการพยาบาล
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้า () และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

- 1) ปัจจุบันท่านอายุปี
- 2) ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () ปริญญาตรี
 - () ปริญญาโท
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
- 3) ประสบการณ์การปฏิบัติงาน
 - 3.1 ประสบการณ์การปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพ.....ปี.....เดือน
 - 3.2 ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้.....ปี.....เดือน
- 4) ได้รับการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาล
 - () เคย
 - () ไม่เคย
- 5) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล
 - () เคย
 - () ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากที่สุด (81-100%)
- 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาก (61-80%)
- 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลปานกลาง (41-60%)
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อย (21-40%)
- 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อยที่สุด (1-20%)

แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์

ชื่อ _____ นามสกุล _____ ทดสอบครั้งที่ _____ วันที่ _____ / _____ /2551

คำชี้แจง

1. แบบทดสอบความรู้เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ มีทั้งหมด 10 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน รวมเป็นคะแนนเต็ม 10 คะแนน
2. แบบทดสอบเป็นข้อสอบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก คือ ก, ข, ค, ง
3. วงกลมรอบตัวอักษรที่ถูกที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก
4. ใช้เวลาทำแบบทดสอบทั้งหมด 10 นาที

1. การบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญดังต่อไปนี้ ยกเว้น ข้อใด
 - ก. ใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ
 - ข. ใช้ตรวจสอบคุณภาพทางการแพทย์
 - ค. แสดงถึงเอกลักษณ์เอกลักษณ์ของวิชาชีพในทีมพยาบาล
 - ง. ป้องกันการปฏิบัติงานผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์
2. การบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลขั้นตอนใดต้องกระทำเป็นขั้นตอนแรกเสมอ
 - ก. การปฏิบัติการพยาบาล
 - ข. การวินิจฉัยการพยาบาล
 - ค. การประเมินภาวะสุขภาพ
 - ง. การประเมินผลการพยาบาล



ตัวอย่าง

การหาความเที่ยงของแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความ

ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

แฟ้มประวัติ ของผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่าง สัดส่วนจากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	10	0.062	10	0.063	0.001
2	16	0.099	17	0.107	0.008
3	22	0.137	21	0.132	0.005
4	10	0.062	10	0.063	0.001
5	14	0.087	15	0.094	0.007
6	20	0.124	20	0.126	0.002
7	21	0.131	19	0.119	0.012
8	16	0.099	16	0.101	0.002
9	12	0.075	11	0.069	0.006
10	20	0.124	20	0.126	0.002
รวม	161	1.000	159	1.000	0.046

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

P_0 = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่าง
ระหว่างผู้ตรวจสอบ จำนวน 2 คน

P_e = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่
ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการ
ตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

$$\text{Reliability} = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e} \quad P_0 = 1 - 0.046 = 0.954 \quad P_e = (0.137)^2 + (0.131)^2 = 0.019 + 0.017 = 0.036$$

$$\begin{aligned} &= \frac{0.954 - 0.036}{1 - 0.036} = \frac{0.918}{0.964} = 0.95 \end{aligned}$$

ภาคผนวก จ

โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่

โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์

1. หลักการและเหตุผล

การบันทึกทางการแพทย์เป็นการบันทึกเกี่ยวกับแผนการดูแล ปฏิบัติ และติดตาม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นข้อมูลทางการแพทย์ที่ใช้เป็นสื่อกลางสำคัญที่มีผลต่อการวางแผน โดยตรง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร มีประสิทธิภาพสูงสุด การบันทึกทางการแพทย์ต้องอาศัยความเข้าใจและการฝึกฝนให้ชำนาญ การที่จะทำบันทึกให้เป็นประโยชน์อย่างแท้จริง ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความรู้ ความสามารถ และทักษะการสังเกต เพื่ออธิบายในสิ่งที่บุคลากรพยาบาลรู้ สังเกตเห็น และกระทำ ปัญหาสำคัญในการบันทึกทางการแพทย์ คือ การเขียนตามความรู้สึกรุนแรงในขณะนั้น โดยไม่มีการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ไม่มีการวางแผน การตอบสนองของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรพยาบาลจึงต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองเพื่อเรียนรู้ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์และวิธีการบันทึกทางการแพทย์ให้ถูกต้อง เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานสูงสุด

ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกทางการแพทย์ ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับลักษณะของการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันได้ปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเป็น ไปอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้จัดโครงการอบรม เรื่อง ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์ สำหรับทีมการพยาบาลแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม สถาบันราชประชาสมาสัยขึ้น เพื่อให้บุคลากรกลุ่มดังกล่าวมีความรู้เกี่ยวกับประเภทของการบันทึกทางการแพทย์ และนำความรู้มาพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับลักษณะของการทำงานในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมได้เป็นอย่างดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของระบบการบันทึกทางการแพทย์
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ตามปัญหาที่พบให้มีคุณภาพมากขึ้น ได้

3. ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม
หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4 สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 15 คน

4. ระยะเวลาดำเนินการ

การอบรมครึ่งวันบ่าย (12.30-16.30 น.) ในวันที่ 21 และ 22 กรกฎาคม 2551 โดย
จัดแบ่งเป็น 2 รุ่น ๆ ละ 7 และ 8 คน ตามลำดับ

5. สถานที่

ห้องประชุมอาคารสวัสดิการ สถาบันราชประชาสมาสัย

6. วิธีการดำเนินการ

1. เขียนโครงการเสนอหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
2. ประชุมชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ
3. ดำเนินการอบรม เรื่องประเภทของระบบบันทึกทางการพยาบาล

7. งบประมาณ

จำนวนเงิน 1,000 บาท

8. ผลคาดว่าจะได้รับ

ผู้รับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของระบบบันทึกทางการ
พยาบาล และสามารถพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลได้เหมาะสมกับปัญหาที่สำรวจพบจาก
การประชุมกลุ่ม การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและจากการสำรวจความ
พึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึก

9. ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....
(นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล)

10. ผู้เสนอโครงการ

.....
(นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล)

11. ผู้อนุมัติโครงการ

.....
(นางปิยวดี ทองทั้งสาย)
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

กำหนดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์
ณ. ห้องประชุมกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย
วันที่ 21 และ 22 กรกฎาคม 2551 (2 รุ่น)

เวลา	
12.30-13.00 น.	ลงทะเบียน
13.00-13.10 น.	เปิดการอบรม โดย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
13.10-14.10 น.	ความสำคัญและและการบันทึกทางการแพทย์
14.10-14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.20-15.00 น.	ประเภทของระบบบันทึกทางการแพทย์
15.00-15.45 น.	ประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย
15.45-16.30 น.	สรุปผลการประชุมร่วมกัน โดยนำเสนอระบบ การบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พัฒนา ตามปัญหาที่พบจริง

โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่

1. หลักการและเหตุผล

การบันทึกทางการแพทย์ นับเป็นเอกสารสำคัญยิ่งของวิชาชีพ จำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลที่เหมาะสมถูกต้องและครบถ้วน นอกจากนี้ยังทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีรูปแบบขั้นตอน และมีระบบระเบียบ บันทึกทางการแพทย์ในปัจจุบันจะต้องบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลหรือการประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งถือเป็นกิจกรรมจำเป็นหนึ่งของการพยาบาลที่ทำให้การบริการมีคุณภาพ ดังนั้นการที่จะทำให้เกิดการบันทึกทางการแพทย์ที่ดี จะต้องมีการเพิ่มความรู้ ทักษะของกระบวนการพยาบาลให้แก่พยาบาลทุกคน เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการบันทึกทางการแพทย์

ระบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่ เป็นระบบบันทึกที่พัฒนามาจากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของไอเซอร์และคณะ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของสมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมได้ร่วมกันพัฒนาระบบบันทึกขึ้นใหม่ และเพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์ได้ข้อมูลที่เหมาะสม ถูกต้อง และครบถ้วน จึงจำเป็นต้องให้ความรู้ในการบันทึกทางการแพทย์ดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติได้ลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้นมาใหม่ จึงได้จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ขึ้น เพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าอบรม

1. มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นในการบันทึกทางการแพทย์ ตามกระบวนการพยาบาล
2. มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่
3. มีการบันทึกทางการแพทย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยโรคเรื้อนแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม
หอผู้ป่วย 2 และหอผู้ป่วย 4 สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 15 คน

4. ระยะเวลาดำเนินการ

การอบรมครึ่งวันบ่าย (12.30-17.15 น.) ในวันที่ 15 และ 17 กันยายน 2551 โดยจัดแบ่ง
เป็น 2 รุ่น ๆ ละ 7 และ 8 คน ตามลำดับ

5. สถานที่

ห้องประชุมอาคารสวัสดิการ สถาบันราชประชาสมาสัย

6. วิธีการดำเนินการ

1. เขียนโครงการเสนอหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
2. ประชุมชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการ
3. ดำเนินการอบรม เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบบันทึกทางการพยาบาล
ใหม่

7. งบประมาณ

จำนวนเงิน 1,000 บาท

8. ผลคาดว่าจะได้รับ

ผู้รับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบ
บันทึกทางการพยาบาลใหม่และสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้เหมาะสมกับลักษณะของการ
ปฏิบัติงาน

9. ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....
(นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล)

10. ผู้เสนอโครงการ

.....
(นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล)

11. ผู้อนุมัติโครงการ

.....
(นางปิยวดี ทองทั้งสาย)
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

กำหนดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่
ณ. ห้องประชุมกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย
วันที่ 15 และ 17 กันยายน 2551 (2 รุ่น)

เวลา	
12.30-13.00 น.	ลงทะเบียน
13.00-13.10 น.	เปิดการอบรมโดย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
13.10-13.30 น.	ทดสอบความรู้เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ก่อนการ อบรม
13.30-14.30 น.	การบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการ พยาบาล
14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.45-15.15 น.	การบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการ พยาบาล (ต่อ)
15.15-15.30 น.	ทดสอบความรู้เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์หลัง การอบรม
15.30-16.30 น.	แนะนำและสาธิตการบันทึกตามระบบบันทึก ทางการแพทย์ใหม่และคู่มือการใช้
16.30-17.15 น.	ฝึกการบันทึกตามแบบบันทึกการพยาบาลใหม่จาก สถานการณ์จำลองและอภิปราย

ภาคผนวก ฉ

คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์

คู่มือ

**การใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์
ของผู้ป่วยโรคเรื้อน
สถาบันราชประชาสมาสัย**

คำนำ

การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย จัดทำขึ้นเพื่อให้ระบบการบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ มีความเชื่อมโยงและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งในมิติของการใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม และการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อันเป็นกรอบการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และปรับกระบวนการบันทึกให้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพยาบาลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางของการบันทึกทางการแพทย์ซึ่งกำหนดในรูปของระบบการบันทึก แล้วบันทึกในแบบที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์ แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและแบบบันทึกการสรุปจำหน่าย แนวทางในการสร้างระบบบันทึกทางการแพทย์ คือ บันทึกทางการแพทย์ให้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ลงบันทึกให้ง่ายมีคำอธิบายการใช้ภาษา และคำศัพท์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความสะดวกในการบันทึกการพยาบาล และลดการบันทึกซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นลง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการใช้มากยิ่งขึ้น

ผู้จัดทำคู่มือขอกราบขอบขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการจัดทำคู่มือด้วยดีตลอดมา พร้อมทั้งขอบคุณพยาบาลผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่ได้ช่วยกันดำเนินการให้ระบบบันทึกทางการแพทย์ครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยเป็นอย่างดี อันจะเป็นการทำให้ระบบบริการด้านพยาบาลมีหลักฐานที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นต่อไป

พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	
แบบประเมินภาวะสุขภาพ	169
แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง	170
แบบบันทึกแผนการพยาบาล	171
แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน	174
แบบบันทึกทางการพยาบาล	177
แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย	178
แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย	180
บรรณานุกรม	182
ภาคผนวก	
1. แบบบันทึกก่อนการพัฒนา	183
2. ตัวอย่างการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล	189

แบบประเมินภาวะสุขภาพ

(Assessment form)

แบบประเมินภาวะสุขภาพ : เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้รวบรวมข้อมูล และประเมินปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล (Admit)

แนวทางในการบันทึก

รวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ สังเกต และตรวจร่างกายผู้ป่วย เช่น วัดสัญญาณชีพ แล้วลงบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลควรกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความถูกต้อง ฟังระลึกไว้เสมอว่า ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลจะมีความสำคัญต่อความถูกต้องสมบูรณ์ของการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล และควรให้เสร็จสมบูรณ์ ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยใหม่ พร้อมทั้งลงชื่อพยาบาล ผู้ประเมิน วัน เดือน ปี เวลา ที่ประเมิน

คำแนะนำบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพ

รายการ	วิธีการ
1. หลักการบันทึกทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกทันทีที่รับผู้ป่วย - บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มให้ถูกต้อง ครบถ้วน สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และถูกต้องใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล - เขียนผิด <u>ห้ามลบ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ผิด แล้วเซ็นชื่อก่อนเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุนาการณ์ที่สำคัญหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ไม่เกิน 2 อาการ พร้อมทั้งระบุเวลาที่ผู้ป่วยมี
↓	↓

แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง

แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง: เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ประเมินปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย โดยการบันทึกจะใช้แบบ Checklist form ที่มีการบันทึกทุกวัน ทุกเวร โดยใช้สัญลักษณ์ตามที่ระบุในแบบบันทึก

แนวทางในการบันทึก

แบ่งเป็นการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยในแต่ละระบบ/หัวข้อจะต้องมีอาการและอาการแสดงตามรายละเอียดของแต่ละระบบ ซึ่งส่วนประกอบของแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แสดงถึงลำดับของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย/ข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญ ที่พยาบาลจะต้องประเมิน

ส่วนที่ 2 การประเมินอาการผู้ป่วยแบ่งเป็นระบบ/หัวข้อที่สำคัญที่ต้องประเมิน จำนวน 13 หัวข้อ ได้แก่ 1) ระบบหายใจ 2) ระบบการไหลเวียนโลหิต 3) ระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก 4) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 5) ผิวหนัง 6) ระบบย่อยอาหาร 7) ระบบขับถ่าย ปัสสาวะ 8) ภาวะโภชนาการ 9) ภาวะสมดุลของน้ำ/เกลือแร่ในร่างกาย 10) ความสุขสบาย 11) จิต อารมณ์ สังคม 12) พลังอำนาจ และ 13) การดูแลตนเอง ซึ่งในแต่ละหัวข้อจะมีคำอธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ปกติไว้ โดยละเอียดตามตารางประเมินในแต่ละหัวข้อได้อย่างครบถ้วน เพื่อให้เป็นแนวทางแก่พยาบาลผู้ประเมิน

ส่วนที่ 3 วันที่/เดือน/ปี/เวร เป็นช่องสำหรับบันทึก วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน โดยให้บันทึกตามวันและเวลาจริง พร้อมทั้งประเมินในเวรเช้า บ่าย และดึก ในแต่ละวันด้วยเป็นการตรวจสอบว่าได้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 ลงชื่อ ให้ลงชื่อพยาบาลผู้ประเมินผู้ป่วยในแต่ละเวรให้ชัดเจนหรือสามารถสืบค้นได้ว่าใครเป็นผู้บันทึก

แบบบันทึกแผนการพยาบาล
(Nursing care plan form)

แบบบันทึกแผนการพยาบาล: เป็นแบบบันทึกที่ใช้บันทึกการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลซึ่งการวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของการกำหนดกลวิธีในการป้องกันลดหรือแก้ปัญหา โดยกำหนดไว้เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 รูปแบบ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในปัญหาที่พบบ่อย (Common problem) และปัญหาเฉพาะ (Specific problem) ซึ่งในแต่ละข้อประกอบด้วย

1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหา พร้อมลงชื่อพยาบาลผู้ซึ่งวางแผนการพยาบาล
2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. เกณฑ์การประเมินผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Outcome Criteria)
4. กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)
5. วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดปัญหา ลงชื่อพยาบาลผู้ซึ่งพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้รับการแก้ไข/ช่วยเหลือ หรือเปลี่ยนเป็นปัญหาใหม่

แนวทางในการบันทึก

1. ประเมินปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่ามีข้อใดบ้างและ/หรือปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่ามีข้อใดบ้างแล้วเลือกปัญหา (สำหรับปัญหาเฉพาะจะอยู่ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเพิ่มเติม) จากนั้นรวมปัญหาของผู้ป่วย โดยเรียงลำดับปัญหาที่สำคัญเป็นลำดับแรกพร้อมลงหมายเลขหน้าข้อ NS. Dx
2. เขียนรายละเอียดเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสมลงในช่องว่าง “.....” และขีดฆ่าข้อความไม่ต้องการออก พร้อมทั้งลงชื่อ วัน เดือน ปี ที่พบว่าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหา
3. ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ในข้อความที่เลือก/ต้องการ
4. กรณีที่ต้องการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้ระบุวันที่ เวลา ที่เกิดใหม่ลงมาจากปัญหาเดิมตามลำดับได้ (ในกรณีข้อมูล-อาการไม่แตกต่างจากเดิม) แต่กรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการเปลี่ยนไปจากแผนที่วางไว้จากเดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่
5. กรณีปัญหาสิ้นสุด หรือเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาลใหม่ ให้ระบุ วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดปัญหาทุกครั้ง พร้อมลงชื่อพยาบาลผู้พบว่าปัญหาของผู้ป่วยสิ้นสุดแล้ว

6. รวมปัญหาที่พบในผู้ป่วยโดยใช้ตัวเลขตามข้อของ NS. Dx เรียงลำดับปัญหาตามข้อ 1 ในตอนท้ายของแบบบันทึกแผนการพยาบาล
7. บันทึกชื่อ-สกุล อายุ HN/AN โรค/สภาวะของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง

คำแนะนำในการบันทึก

ช่องที่ 1 บันทึก วัน เดือน ปี เวลาและการลงชื่อ ให้บันทึก วันที่ เดือน ปี เวลาที่บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลพร้อมลงชื่อผู้บันทึกไว้บรรทัดล่าง ต่อจาก วัน เดือน ปี ของแต่ละครั้งที่มีการบันทึก/ปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ช่องที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ต้องพิจารณาปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้จากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแรกรับทั้งหมดนั้นว่า ปัญหาใดควรได้รับการดูแลช่วยเหลือก่อน-หลัง โดยใช้เกณฑ์ว่า ปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด หรือทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายมากที่สุด เป็นปัญหาที่ควรได้รับการช่วยเหลือก่อน เนื่องจากทั้งนี้ผู้ป่วยอาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้นอกจากปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้จากแบบประเมินภาวะสุขภาพแล้ว ควรมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล กล่าวคือ ปัญหาใดหมดไปให้บันทึกวันที่สิ้นสุดปัญหา และลงชื่อผู้บันทึกไว้ในช่องที่ห้า (ช่องสุดท้าย) ปัญหาใดที่เกิดขึ้นภายหลังจากแรกรับ (พิจารณาจากข้อมูลผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากข้อมูลแรกรับ) ควรมีการบันทึกเพิ่มเติม และการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถบันทึกได้ 2 รูปแบบ คือ ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงและปัญหาที่ยังไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่อาจจะเกิดขึ้นได้ (ภาวะเสี่ยง) ถ้าไม่ได้รับการดูแลหรือป้องกันอย่างเหมาะสม

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

ส่วนแรก () มี หรือ () เสี่ยงต่อ หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพหรือเป็นภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ส่วนที่กำหนดในแต่ละข้อเป็นข้อความที่บอกสาเหตุของปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้คำว่า “เนื่องจาก” เชื่อมสาเหตุของแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ส่วนที่ 3 บันทึกข้อมูลสนับสนุน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และข้อมูลที่รวบรวมได้ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ข้อมูลจากการตรวจของแพทย์ ข้อมูลจากผลการตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการ ผลเอ็กซ์เรย์ ผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติ

ช่องที่ 3 เกณฑ์การประเมินผล/ผลที่คาดจะเกิดกับผู้ป่วย เป็นผลลัพธ์ของงานหรือ เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางหรือเกณฑ์ในการพิจารณาว่าจะประเมินผลการ พยาบาลที่ได้จากข้อบ่งชี้อะไร หรือพฤติกรรมใดของผู้ป่วยที่จะทำให้พยาบาลทราบว่าภายหลังจาก ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแล้วนั้น ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะเกิดอะไรขึ้น

ช่องที่ 4 กิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วย แก้ปัญหาผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ของงาน หรือผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยในการปฏิบัติการ พยาบาลควรครอบคลุม 4 บทบาทของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย

ส่วนประกอบของการเขียนกิจกรรมการพยาบาล มี 4 ส่วน ดังนี้

1. วันที่ จะต้องเขียนวันที่เริ่มทำกิจกรรม และต้องทบทวนพร้อมทั้งปรับปรุง กิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป
2. คำกริยา ต้องกำหนดสิ่งที่จะปฏิบัติอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
3. คำอธิบายประกอบ เป็นส่วนที่บอกว่าจะทำอย่างไร เมื่อไร หรือบ่อยเพียงไร หรือที่ไหน
4. ปลายเซ็นของพยาบาล ภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย เพื่อ บอกถึงการยอมรับของพยาบาลทั้งในแง่กฎหมายและด้านจริยธรรม

ช่องที่ 5 วันสิ้นสุดปัญหา/ลงชื่อ ให้บันทึก วัน เดือน ปี ที่ปัญหานั้น ๆ ของผู้ป่วย สิ้นสุดลง และลงชื่อพยาบาลที่เป็นผู้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยว่า “สิ้นสุดแล้ว”

แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน

แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน: เป็นการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละวันโดยใช้แบบ Checklist form โดยมีคำจำกัดความดังต่อไปนี้

1. Personal care หมายถึง การดูแล/การทำความสะอาดร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่

Self bath (S)	หมายถึง	การทำความสะอาดร่างกาย โดยผู้ป่วยทำเอง
Partial bed bath (P)	หมายถึง	การทำความสะอาดร่างกาย โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลทำให้บางส่วน
Complete bed bath (C)	หมายถึง	การทำความสะอาดร่างกาย โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลทำให้ทั้งหมด

2. Perineal care หมายถึง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

Clean and dry (C)	หมายถึง	การดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยเจ้าหน้าที่พยาบาล
Self Clean (S)	หมายถึง	การดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยตัวผู้ป่วยเอง

3. Wound care หมายถึง การดูแลพยาบาลบาดแผลต่าง ๆ

Wet Dressing (W)	หมายถึง	การทำความสะอาดแผลชนิดเปียก
Dry Dressing (D)	หมายถึง	การทำความสะอาดแผลชนิดแห้ง

4. Nutrition care หมายถึง การดูแลทางด้านโภชนาการ

Self care (S)	หมายถึง	การรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองทางปาก
Assist (A)	หมายถึง	การรับประทานอาหารโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือ
		Naso-Gastic tube feeding (NG) หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง

5. Safety Precaution หมายถึง การดูแล/ป้องกันการเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยหรือการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

Side Rail up	หมายถึง	การยกเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล
Call bell within Reach	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถเรียกเจ้าหน้าที่โดยสั่นกระดิ่ง/กดกริ่งได้เองเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

6. Patient check หมายถึง การตรวจสอบสภาพผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล
ครอบคลุมกิจกรรมต่อไปนี้ เช่น

No patient distress present หมายถึง การสังเกตเห็นผู้ป่วยไม่มีอาการของความ
ไม่สุขสบาย เช่น ไม่มีอาการไอหรือไม่มีแขนอ่อนแรง

7. Environment check หมายถึง การตรวจดูสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย

Check light หมายถึง การดูแลแสงสว่างรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยให้เพียงพอ

Temperature หมายถึง การดูแลด้านอุณหภูมิรอบ ๆ ตัวของผู้ป่วยให้
เหมาะสม

Noise หมายถึง การดูแลด้านเสียง

Cleanliness หมายถึง การดูแลด้านความสะอาด

8. I.V check หมายถึง การดูแลป้องกันอาการแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ การดูแลควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำ
เป็นต้น

9. Psychosocial Support หมายถึง การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิต
วิญญาณ

10. Teaching for Preventing/Managing disability หมายถึง การสอน/การจัดการให้
ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการ

Hand (H) หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน
ความพิการของมือ

Eye (E) หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน
ความพิการของตา

Foot (F) หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน
ความพิการของเท้า

แนวทางในการบันทึก

1. เอกสาร 1 แผ่น ใช้ได้ 4 วัน โดยบันทึกเวลาที่มีกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละวัน
2. ถ้าให้กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละเวลาใดๆ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องเวลานั้น ๆ
3. ในส่วนที่มีอักษรย่อ ให้ลงอักษรย่อลงในช่องแต่ละเวลาที่ทำกิจกรรม เช่น การดูแล
โดยการทำแผลวิธี Wet Dressing ให้บันทึกว่า “W” ในช่อง Wound Care
4. กิจกรรมการพยาบาลข้อ 1-7 เป็นกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน สำหรับ ข้อ 8-11
ให้เพิ่มเติมได้เมื่อมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องการ

5. ลงชื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน
6. บันทึกชื่อ-สกุล อายุ HN/AN โรค/สภาวะของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง

แบบบันทึกการพยาบาล

แบบบันทึกการพยาบาล: เป็นการบันทึกความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวันและแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยให้บันทึกเฉพาะสิ่ง/ปัญหาสุขภาพที่ผิดปกติหรือข้อมูลเพิ่มเติมโดยให้บันทึกแบบบรรยายในรูปของ DAR ได้แก่

D=Data คือ ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวัดผลการตรวจต่าง ๆ

A= Action คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย

R= Response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

แนวทางในการบันทึก

1. ช่องแรก วันที่/เวลา ให้บันทึกวันที่และเวลาที่พบปัญหาของผู้ป่วย
2. ช่องที่ 2 NS.Dx# ให้บันทึกลำดับของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. ช่องที่ 3 ข้อมูล/อาการ/อาการแสดงและกิจกรรมทางการพยาบาล ให้บันทึกข้อมูล/อาการ/อาการแสดงของผู้ป่วยตามข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพทั้งแรกรับและต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ลงบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามที่ปฏิบัติจริง
4. ช่องที่ 4 เวลา/ประเมินผล ให้ลงบันทึกเวลาและผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลหรือผลการตอบสนองของผู้ป่วยภายหลังให้การพยาบาล
5. ช่องที่ 5 ลงนาม ให้บันทึกชื่อของพยาบาลผู้ประเมินผล

- หมายเหตุ**
1. บันทึกเวลาที่แพทย์มาเยี่ยมตรวจด้วยทุกครั้ง
 2. ยาที่ให้ผู้ป่วยเป็น one day dose ให้ลงบันทึกด้วยและให้ใช้หมึกสีน้ำเงินเขียนทั้งหมด ยกเว้น ยาฉีดและยาทาภายนอกให้ใช้หมึกสีแดง
 3. ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาลและข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่ได้เพิ่มเติมขณะปฏิบัติการพยาบาล หรือจากการตรวจของแพทย์ ผล LAB และผลการตรวจอื่น ๆ จะเป็นข้อมูลย้อนกลับ ไปปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมแผนการพยาบาลได้

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย

แนวทางในการบันทึก

1. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกต้องควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยต้องมีการประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. การบันทึก การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรบันทึกเป็นระยะ ๆ ตามกิจกรรมที่ได้ทำให้กับผู้ป่วยซึ่งในที่นี้ให้บันทึกการวางแผนจำหน่ายทุกเวรเช้า ภายหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง หรืออาจทำก่อนเวลาที่กำหนดตามความเหมาะสม
3. การวางแผนการจำหน่าย ไม่ควรบันทึกทุกอย่างพร้อมกันในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย ให้บันทึกการวางแผนเพื่อการจำหน่ายครอบคลุมทั้ง 6 เรื่อง คือ Medication และ Diet ทำวันที่ 2 ของการ Admit Health/Treatment/Environment & Economic/Out patient referral ทำวันที่ 3 ของการ Admit และวันที่เหลือจากนั้นให้ทบทวน/ติดตาม/อธิบาย หรือสอนเพิ่มเติมตามความเหมาะสม จนผู้ป่วย/ญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้
4. รายละเอียดของสิ่งที่ต้องประเมินเพื่อวางแผนจำหน่าย ได้แก่
 - 4.1 Medication หมายถึง การเข้าใจและผลข้างเคียงของยา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และผลข้างเคียงของยาที่ควรระวัง
 - 4.2 Diet หมายถึง การรับประทานอาหารเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค
 - 4.3 Health หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น/การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน/ชุมชน เป็นการอธิบายถึงเป้าหมายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การป้องกันความพิการ การดูแลแผล เป็นต้น
 - 4.4 Treatment หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยให้ประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเอง หรือญาติมีความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอหรือไม่มีความรู้ พยาบาลจะต้องสอน/สาธิต/ให้ข้อมูลหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล จนเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้

4.5 Environment & Economic หมายถึง สิ่งแวดล้อม เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการ จัดสิ่งแวดลอมที่บ้านให้เหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย และตามสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

4.6 Out patient referral หมายถึง การมาตรวจตามแพทย์นัด/อาการสำคัญที่ควร มาโรงพยาบาล เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัด และแหล่ง บริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน หากพบว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน รวมถึงการ แจ้งเบอร์โทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยติดต่อกลับหากพบว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

5. ต้องมีการประเมินผลการสอน/การให้ข้อมูล/การฝึกทักษะต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยหรือญาติ หรือผู้ดูแลจนกว่าจะเข้าใจ ยอมรับ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ

6. เซ็นชื่อพยาบาลผู้สอนทุกครั้งในช่องที่ 1 ของแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายซึ่งใน ที่นี้ผู้สอนไม่จำเป็นต้องเป็นคนเดียวกันสอนทุกเรื่อง

7. เมื่อสอนทุกเรื่องแล้ว ให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง บันทึกเหตุผลของผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลในช่องที่ 2 ของแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายโดยใช้

8. เครื่องหมาย ✓ หน้า () ว่าเหตุใดจึงได้รับการวางแผนจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อจะได้นำ ข้อมูลไปวิเคราะห์เมื่อให้กิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลว่าผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร

แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย

แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย: เป็นการสรุปข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แนวทางในการบันทึก

การบันทึกให้เติมคำลงใน “.....” หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามข้อมูลที่พบ/ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วย ซึ่งแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายประกอบด้วย

1. วันที่รับใหม่/รับย้าย และวันที่จำหน่าย เวลาที่อยู่โรงพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ให้เขียนบันทึก วัน เดือน ปี ให้ชัดเจน
2. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อนำไปบันทึกเป็นข้อมูลสำคัญในการรักษาของผู้ป่วย โดยการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้ดูแล รวมทั้งบันทึกชื่อของการทำหัตถการ (ถ้ามี)
3. ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยใคร อย่างไร มีใครมารับกลับบ้านหรือกลับเอง ทั้งนี้เพื่อนำมาวิเคราะห์ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
4. ชนิดของการจำหน่าย ให้ระบุด้วยว่า แพทย์อนุญาต เสียชีวิต หนีกลับ หรือส่งต่อ ซึ่งหากมีการส่งต่อให้ระบุเหตุผลและสถานที่รับผู้ป่วยไว้รักษาให้ชัดเจน เพื่อจะได้ติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เป็นการบันทึกสิ่งที่มีผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น สัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัวหรือในกรณีมีแผลอยู่ที่ตำแหน่งใด ชนิดของแผลเป็นแบบไหน
6. ปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง เป็นการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลยังผู้ที่เกี่ยวข้อง/ผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต่อหลังจากจำหน่ายซึ่งการบันทึกต้องบันทึกปัญหาความต้องการการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตสังคม/และหรือจิตวิญญาณ หากพบว่ามีปัญหาให้บันทึกไว้อย่างละเอียด
7. การให้คำแนะนำหรือทบทวนคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย ซึ่งหัวข้อที่ให้คำแนะนำจะเป็นเรื่องของความต้องการดูแลต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด จำนวนครั้งในการทำแผล วิธีการทำแผล (ถ้ามี) ยากลับบ้าน อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยต้องนำติดตัวไป อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน สิ่งเสพติดที่ควรละเว้น รวมทั้งอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากคำแนะนำ/สอนจะต้องมีการประเมินผลหลังการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย

8. การเยี่ยมบ้าน เป็นการประสานงานเพื่อร่วมมือกันช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย ตามความเหมาะสม โดยระบุหน่วยงานที่ต้องตามไปดูแลผู้ป่วยค่อที่บ้าน/นิคมที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่

9. การลงนามผู้รับคำแนะนำและพยาบาลผู้บันทึก ให้บันทึกวันที่และเวลา ทั้งนี้เพื่อ เป็นหลักฐานในการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

บรรณานุกรม
คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- ฟาริดา อับราฮิม (2546) *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 1*
กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์
- พรศิริ พันธสี และคณะ (2548) รายงานโครงการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของ
โรงพยาบาลหัวเฉียว
- วิพร เสนารักษ์ (2542) *การวินิจฉัยการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2* ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- ศิริพร ชัมภลิจิต (2539) *แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล พิมพ์ครั้งที่ 4* สงขลา
เทมการพิมพ์
- ศิริพร ชัมภลิจิต (2542) *คู่มือวินิจฉัยการพยาบาล 1995-1996* กรุงเทพมหานคร บุ๊คเน็ตจำกัด
- สมจิต หนูเจริญกุล (2536) *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2*
กรุงเทพมหานคร วี.เจ.พรินต์
- อารี ชิวเกษมสุข (2551) *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*
พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- Gordon, M. (1987) *Manual of Nursing Diagnosis 1986-1987*. New York: McGraw-Hill.
- Gordon, M. (1987) *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 2 nd ed. New York:
McGraw-Hill.

แบบบันทึกก่อนพัฒนา

สถาบันราชประชาสมาสัย แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง	ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี H.N.....
	หน่วยงาน..... ห้อง..... เตียง..... ประเภทผู้ป่วย..... ทางคลินิก.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล..... เวลาที่สาธิตพบผู้ป่วย..... สาธิตโดย () เติมน้ำเอง () ธรรมดา () ธรรมดา () ธรรมดา () ธรรมดา
 ประเภททางรับผู้ป่วย () รับใหม่ จาก () OPD () ER ผู้ให้ข้อมูล () ผู้ป่วย () ผู้อื่น เกี่ยวข้องเป็น
 () รับย้าย จาก () ICU () อื่นๆ..... สิทธิในการรักษา () เบิกไม่ได้ () เบิกได้ ระบุสิทธิ.....

บุคคลที่ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 สถานที่ติดต่อ..... โทร.....

V/S นกขบ T = °C P = ครั้ง/นาที R = ครั้ง/นาที BP = mm Hg น้ำหนัก..... กิโลกรัม
 อากาศสำคัญเมื่อรับใหม่/รับย้าย.....

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
 การเจ็บป่วย () ปฏิเสธ () โรคหัวใจ.....ปี () ความดันโลหิตสูง.....ปี () เบาหวาน.....ปี () อื่นๆระบุ.....
 รักษาโดย () ร้อยเอก () คลินิก () โรงพยาบาล..... ภูมิประเทศ () ไม่เคย () เคย ระบุอากาศ/เวลา.....
 การแพ้ยา/อาหาร/สารใดๆ () ไม่มี () มี ระบุอาการ.....
 การผ่าตัด () ไม่เคย () เคย ระบุการผ่าตัด/เวลา.....
 ประวัติสุขภาพครอบครัว โรคทางพันธุกรรม () ไม่มี () มี ระบุผู้เป็น..... () ชาติพันธุ์ () อื่นๆระบุ.....
 โรคติดต่อ () ไม่มี () มี ระบุผู้เป็น..... () วัณโรค () วัณโรค ปีก () อื่นๆระบุ.....
 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเรื้อรัง (สภาพทั่วไป/ด้านร่างกาย/จิตใจ/อารมณ์)

ข้อมูลแบบประเมินความต้องการของผู้ป่วย (Physiological Needs)	
1. การรับและตอบสนองต่อสภาพ	
ในขณะ 1 ปีที่ผ่านมาสุขภาพของท่าบเป็นอย่างไร () แย่มาก () เป็นปกติ () เป็นปกติ () อื่นๆระบุ.....	
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย () ร้อยเอก () ไปคลินิก () ไปโรงพยาบาล () อื่นๆระบุ.....	
ชาติที่ใช้ประจำ () ไม่มี () มี ระบุ.....	
บุพชี () ไม่สูบ () สูบ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่.....ปี ปริมาณ...../วัน () ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่.....ปี	
สุรา () ไม่ดื่ม () ดื่ม ระยะเวลาที่ดื่ม.....ปี ปริมาณ...../วัน () ระยะเวลาที่เลิกดื่ม.....ปี	
การได้จับญาติกับ (เฉพาะเด็กและวัยที่มีปัญหาเกี่ยวข้อง) () ครอบกัณฑ์ () ไม่ครอบกัณฑ์ ระบุ.....	
2. การรับประทานอาหาร	
รับประทานอาหาร วันละ.....มื้อ () ธรรมดา () ไม่ธรรมดา เพราะ.....	
ความอยากอาหาร () ปกติ () เพิ่มขึ้น () ลดลง ในช่วง.....เดือนที่ผ่านมา ดื่มน้ำ (รวมเครื่องดื่ม) ปริมาณ.....แก้ว/วัน	
การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก () ปกติ () เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. ในช่วง.....เดือนที่ผ่านมา	
เมื่อรับประทานอาหาร/น้ำดื่ม/ผลไม้ () ปกติ () ไม่ปกติ เช่น เหนื่อย/คลื่นไส้ เป็นเป็นๆ หายๆ มีฟันปลอม () อื่นๆ ระบุ.....	
เมื่อพูด () ปกติ () หืด () เหนื่อย () อื่นๆ ระบุ..... เปลี่ยน () ปกติ () บวมแดง () แดง () อื่นๆ ระบุ.....	
ผิวหนัง - สีผิว () ปกติ () หืด () เหนื่อย () รอยคล้ำ () มีจุดดำ/จุด/จุดเลือดออก	
- ลักษณะ () ปกติ Skin Turgor ปกติ () แห้ง () บวม () อื่นๆ ระบุ.....	
- ตึง () ไม่มี () มี ระบุตำแหน่ง..... - แผล () ไม่มี () มี ระบุตำแหน่ง.....	
เล็บ () ปกติ: สีชมพู เล็บทำนม 160 องศา () ม่วงคล้ำ () นิ้วปูด () เล็บขบ () อื่นๆ ระบุ.....	
3. การขับถ่าย	
การถ่ายอุจจาระ () ปกติ () ระบุ ความถี่..... () ท้องเสีย () ท้องผูก () อื่นๆ ระบุ.....	
- การใช้ยาระบาย () ไม่ใช่ () ใช้ ระบุความถี่..... - ระบุทิศทางของน้ำท้อง () ไม่มี () มี ระบุ.....	
- กายเสียน้ำของลำไส้ () ปกติ: 6-12 ครั้ง/นาที () มีปกติ ระบุ..... ครั้ง/นาที	
การขับถ่ายปัสสาวะ: ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ () ไม่มี ปัสสาวะ () เหลือ () ขุ่น () อื่นๆ ระบุ.....	
() ถ่ายปัสสาวะลำบาก () ถ่ายปัสสาวะกระชั้นกระบ่อย () ตอนปัสสาวะเป็นครั้งคราว () ปัสสาวะขุ่นปนหนองน้ำคั่ง	

ข้อมูลแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย (Physiological Needs) ต่อ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย
 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน () ได้ () ได้เล็กน้อย () ไม่ได้
 การเคลื่อนไหว () ROM ปกติ () กล้ามเนื้ออ่อนแรง (บริเวณ).....
 กำลังของกล้ามเนื้อ () ปกติ () อ่อนแรง แขน () ข้อมือระดับ..... () ขวาระดับ..... ขา () ข้อมือระดับ..... () ขวาระดับ.....
 ระดับ 5 = เคลื่อนไหวหรือ ด้านแรงของผู้ตรวจได้
 ระดับ 4 = เคลื่อนไหวหรือ ด้านแรงของผู้ตรวจได้บ้าง
 ระดับ 3 = เคลื่อนไหวหรือ ด้านแรงในมือได้ แต่ ด้านแรงของผู้ตรวจไม่ได้
 ระดับ 2 = เคลื่อนไหวหรือ ด้านแรงในมือไม่ได้ เคลื่อนไหวในแนวราบ
 ระดับ 1 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือ เมื่อคำพูดมีการเคลื่อนไหวเล็กน้อยบ้าง
 ระดับ 0 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือ ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

ระดับความรู้สึกตัว () รู้สึกตัวดี () ง่วงซึม () ซึม () ไม่ตื่นตัว () หลับลึก () ไม่มีสติ () สับสน () ไม่มีสติ
 ลักษณะการหายใจ () ปกติ () หายใจเร็ว () ออกแรงมาก ใช้กล้ามเนื้ออกและหน้าท้อง () ขึ้นๆ ระบุ.....

5. การพักผ่อนนอนหลับ
 ปฏิบัติการนอน ปกตินอนวันละ..... ชม. การนอนกลางวัน () ไม่มี () มี..... ชม. มีปัญหาการนอนหลับ () ไม่มี () มีระบุ.....
 การใช้ยาช่วยหลับ () ไม่เคย () ใช้ประจำ () ใช้เป็นครั้งคราว

6. สถิติปัญหาการเจ็บป่วย
 การเจ็บป่วยทุกชนิด เวลาและสถานที่ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....
 การเจ็บป่วยทางประสาทสัมผัสและการมองเห็น
 - การมองเห็น () ปกติ () ตามัว () สายตาสั้น () สายตายาว () สายตาสีเทา () ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์ () ขึ้น ระบุ.....
 - การได้ยิน () ปกติ () หูตึง () หูตึง () หูหนวก () ใช้เครื่องช่วยฟัง () ขึ้น ระบุ.....
 ความจำและการจดจำ () ปกติ () ความจำไม่ดี () สูญเสียความจำ () คิดตอบไม่เหมาะสม
 ความเจ็บปวด () ไม่มี () มี บริเวณ..... ระดับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (วงกลมรอบระดับที่ปวดตามที่ผู้ป่วยบอก)
 ระบุ.....
 10 (วงกลมรอบระดับที่ปวดมากที่สุด)

7. เขตสุขภาพจิต (เฉพาะรายที่มีปัญหาหรือสงสัย)
 ประจำเดือนครั้งแรก อายุ..... ปี ประจำเดือนครั้งสุดท้าย พ.ศ..... การมีประจำเดือน รอบประจำเดือน..... วัน/รอบ เป็นนาน..... วัน/ครั้ง
 การตั้งครรภ์ในครรภ์ () มี () ไม่มี ความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ () ไม่มี () มี ระบุ.....

8. บทบาทและสัมพันธ์ทางสังคม
 บทบาทในครอบครัว () หัวหน้าครอบครัว () สมาชิกในครอบครัว ผู้รับผิดชอบเงินเลี้ยงชีพ ระบุ.....
 ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ () ทั้งหมด () บางส่วน () ไม่ได้รับผิดชอบ ผู้ดูแลเงินเลี้ยงชีพ ระบุ.....
 สัมพันธ์ทางสังคมกับสมาชิกในครอบครัว () รานรื่น รักใคร่กัน () ไม่รื่นรื่น ระบุ.....

9. การรับรู้สุขภาพและทัศนคติ
 การดูแลสุขภาพด้วยพฤติกรรม () ไม่มีความร่วมมือ () เฉยๆ () กระวนกระวาย () ก้าวร้าว () ไม่ยอมให้ความร่วมมือ () อธิบาย () ขึ้น ระบุ.....
 สภาพอารมณ์ / จิตใจ () เหมาะสม () โกรธ () นอยด์ () วิตกกังวล () ขึ้น ระบุ.....
 ผู้ป่วย/ญาติสามารถที่จะดูแลตนเอง/ผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยที่บ้าน () สามารถ () ไม่สามารถ สาเหตุ (ระบุ).....

10. การประเมินภาวะความเครียดและการปรับตัว การตัดสินใจเรื่องสำคัญ () คิดคนเดียว () ให้ผู้อื่นตัดสินใจให้
 วิธีการเมื่อเกิดความเครียด () ระบายให้ผู้ฟัง () โยน () เล่นกีฬา () ทำบุญ () ขึ้น ระบุ.....
 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด/ไม่สบายใจปัจจุบัน () ไม่มี () ความเจ็บป่วย () ครอบครัว () ขึ้น ระบุ.....

11. คุณค่าและความเชื่อ
 นับถือศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () ขึ้น ระบุ..... มีจิตอยู่ในขณะเจ็บป่วย () ครอบครัว () ศาสนา () ขึ้น ระบุ.....

หัวใจ..... ลงชื่อพยาบาล..... วัตถุประสงค์..... เวลา.....
 หัวใจ..... ลงชื่อพยาบาล..... วัตถุประสงค์..... เวลา.....

รวบรวมข้อมูลให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง โดยกรณีไม่ผ่าน ให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อน และต้องส่งมาให้เสร็จก่อนปิดประวัติผู้ป่วย

การให้ข้อมูลผู้ป่วยรับแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล

ชื่อผู้ส่ง	ผู้รับข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
1. การแนะนำสถานที่ในห้องพัก สิ่งอำนวยความสะดวกและการพยาบาล การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลที่ทำงาน		
2. ชื่อแพทย์เจ้าของไข้ เวลาเยี่ยมตรวจ การแจ้งผลการรักษา แก่ผู้ป่วย		
3. แผนการรักษาของแพทย์		
4. ขึ้น ระบุ		

กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

แบบบันทึกแผนการพยาบาลแรกรับ-จำหน่าย

โรค.....

ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... HN.....

หอผู้ป่วย.....

วัน-เดือน- ปี ลงชื่อ	ชื่อวินิจฉัยทางการ พยาบาล	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วันเดือนปีที่ สิ้นสุด ปัญหา ลงชื่อ

แบบบันทึกการพยาบาล

วคป/เวลา	ปัญหา และสภาพผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล	ผู้บันทึก ตำแหน่ง
Name of potion		Age	Hospital Number	
Department of service		Ward	Attending Physician	

กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

แบบประเมินก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วย

ชื่อสกุล.....	อายุปี จำหน่ายวันที่เวลา.....
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	แพทย์เจ้าของไข้
สภาพปัญหาผู้ป่วยเพื่อการวางแผนจำหน่าย	กิจกรรมการสอน/การดูแลต่อเนื่อง
1.....	○ การทำแผล ○ การฉีดยา ○ อาหารทางสายยาง
2.....	○ เช็ดสะดือ ○ ผื่น ○ หยอดตาเช็ดตา
3.....	○ อื่นๆ.....
4.....	
ชนิดของการจำหน่าย	คำแนะนำก่อนจำหน่าย (M-E-T-H-O-D)
○ แพทย์อนุญาต ○ ขอลกลับบ้าน ○ หนีกลับ	○ ยา (Medication)
○ ไม่สมัครอยู่ ○ ถึงแก่กรรม ○ อื่นๆ.....	○ สิ่งแวดล้อม (Environment)
○ ส่งรักษาต่อที่.....	○ การดูแลรักษา (Treatment)
เด็กหลังคลอด	○ ภาวะสุขภาพ (Health)
○ จำหน่ายพร้อมมารดา ○ จำหน่ายไม่พร้อมมารดา	○ การมาตรวจตามนัด (Outpatient Referral)
○ ถึงแก่กรรม	○ อาหาร (Diet)
สภาพก่อนจำหน่าย	○ การใช้สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน
ระดับความรู้สึก ○ ความรู้สึก ○ สับสน ○ ไม่รู้สึกตัว	○ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด.....
○ พุดจาได้ ตอบโต้ได้แต่ไม่ชัด
ด้านร่างกาย ○ หายดูแลตัวเองได้ ○ ไม่ตื่นต้องการดูแลตลอด
ยังมีอาการ ○ บวม ○ ชีด ○ เหลือง ○ อ่อนเพลีย	การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) เรื่อง.....
○ มีแผล.....
○ อื่นๆ.....	ผู้รับคำแนะนำก่อนจำหน่าย
ด้านจิตใจ/อารมณ์ ○ แจ่มใสร่าเริง ○ ก้าว ○ ซึม	○ ผู้ป่วย ○ ญาติ (ระบุ)
○ หงุดหงิด ○ มีสีหน้าวิตกกังวล ○ นุนเฉียว	
อุปกรณ์การรักษาพยาบาลที่นำกลับไป	ลงชื่อผู้จำหน่าย.....
○ NG. Tube ○ Foley's Catheter ○ Silver tube	ลงชื่อผู้มารับผู้ป่วย/ผู้ป่วย.....
○ อื่นๆ.....	

ตัวอย่าง

แบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นใหม่และการบันทึกข้อมูล

แบบประเมินภาวะสุขภาพ

ชื่อ นายมานะ นามสกุล อคทน อายุ 47 ปี เพศ ชาย หอผู้ป่วย อายุรกรรม 4 HN 947-00747 AN 33910-51
 วันที่รับการรักษา 25 มิถุนายน 2551 เวลา 10.30 น. โดย เดิน รดน้ำ รนอน ประเภทผู้ป่วย 2b
 ประเภทการรับผู้ป่วย รับใหม่ จาก OPD ER ส่งต่อจาก(ระบุ)..... รับย้าย จาก ICU OR หอผู้ป่วย.....
 ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ อื่นๆ..... ผู้นำส่ง ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ อื่นๆ.....
 บุคคลที่ติดต่อได้ นางมุ้งมัน อคทน เกี่ยวข้องเป็น ภรรยา เบอร์โทร 087-8888888

สัญญาณชีพแรกรับ BP 120/85 mmHg T 37.9.°c P 88/ min R 22/ min น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 180 เซนติเมตร
 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล(อาการสำคัญ ระยะเวลาที่มีอาการสำคัญ) มีแผลใต้ฝ่าเท้าขวา บวม แดง มีกลิ่นเหม็นมากและมีDischarge สีคล้ายหนองเป็นมา 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน(ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ/ลักษณะอาการ/วิธีการแก้ไข/เหตุผลที่มาโรงพยาบาล) 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีแผลใต้ฝ่าเท้าขวา ขนาดกว้าง 2 เซนติเมตร ยาว 3 เซนติเมตร ทำแผลเองไม่ได้ไปพบแพทย์ 1 สัปดาห์ก่อนมาแผลไม่ดีขึ้นจึงไปรักษาที่สถานีนอนามัย ได้ยามารับประทาน และให้มาทำแผลที่อนามัยทุกวัน แต่เนื่องจากต้องออกไปทำสวนทุกวันจึงไม่ได้ทำแผลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งแผลใหญ่ขึ้น และมีกลิ่นเหม็น

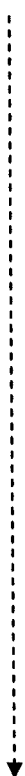
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว

การเจ็บป่วย ปฏิเสธ เบาหวาน ปี ความดันโลหิตสูง ปี วัณโรค ปี มะเร็ง ปี โรคหัวใจ ปี
 โรคตับ ปี อื่นๆ(ระบุ)..... รักษาโดย คลินิก โรงพยาบาล
 การเกิดอุบัติเหตุ ไม่เคย เคย (ระบุ)..... เมื่อ.....
 การแพ้(ยา อาหาร อื่นๆ) ไม่มี มี(ระบุ).....

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

โรคทางพันธุกรรม ไม่มี มีระบุเป็น..... เบาหวาน อื่นๆ.....
 โรคร้ายแรง/โรคติดต่อ ไม่มี มีระบุเป็น...มารดา..... โรคเรื้อน อื่นๆ.....

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ(สภาพทั่วไปด้านร่างกาย/จิตใจอารมณ์) ชายไทยวัยกลางคน รูปร่างสูงใหญ่ ผิวดำแดง นิ้วมือและนิ้วเท้าถูกเป็นบางนิ้ว
 สีหน้าแสดงความวิตกกังวลและบอกว่ากลัวถูกตัดขา เท้าขวาบวม แดง มีแผลใต้ฝ่าเท้า แผลมีกลิ่นเหม็น และมี Discharge ซึม



หมายเหตุ รวบรวมข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมง โดยกรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อนและส่งเวรต่อให้เวรถัดไปรวบรวมให้เสร็จเรียบร้อย

แบบบันทึกแผนการพยาบาล

วิธีการบันทึก : แผนการพยาบาลส่วนนี้เป็นแผนการพยาบาลของปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยส่วนใหญ่

ให้ใส่เครื่องหมาย ใน () หน้าข้อความที่เลือก หรือเขียนรายละเอียดได้ตามความเหมาะสม ชิดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก พร้อมทั้งลงชื่อกำกับกรณีที่ต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้ระบุวันที่ เวลาที่เกิดใหม่ตามลำดับลงมาจากเดิมได้ (ในกรณีข้อมูล – อาการไม่ต่างจากเดิม) แต่กรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการเปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้จากของเดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่

หากพบปัญหาเพิ่มเติมให้บันทึกลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเพิ่มเติมหรือบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเปล่าตามปัญหาของผู้ป่วย กรณีเปลี่ยนแบบแผนการพยาบาลใหม่ หรือ ปัญหาสิ้นสุด ให้ระบุวัน – เวลาสิ้นสุดปัญหาทุกครั้ง

วันที่เริ่มปัญหา เวลา / ลงชื่อ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล ผลที่คาดหวังจะเกิดกับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่สิ้นสุดปัญหา เวลา / ลงชื่อ
25 / มี.ย /2551 เวลา 10.30น. ลงชื่อ ตะวัน	<input checked="" type="checkbox"/> มี () เสี่ยงต่อ ข้อ 1 การเกิดแผลและ/หรือเกิดความ พิการที่ตา/มือ/เท้า เนื่องจาก () ความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดลง () ความเจ็บป่วย จาก -ภาวะแพ้ -เส้นประสาทอักเสบ <input checked="" type="checkbox"/> มีความผิดปกติของระบบ ประสาท () อื่นๆระบุ..... ข้อมูลสนับสนุน -มีแผลได้ฝ่าเท้า -ผู้ป่วยบอกว่าขาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง	-ไม่เกิดความพิการ -ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้อง	1.ตรวจ/ประเมินระดับความพิการ 2.ตรวจ/ประเมินการสูญเสียหน้าที่ของ เส้นประสาทตามแบบบันทึกการตรวจความพิการ (ป.พ 1) 3.แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองใน เรื่องการป้องกัน ความพิการที่เท้า อย่างถูกต้องเหมาะสม 4.จัดให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5.กรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเส้นประสาทอักเสบ ดูแล ให้ผู้ป่วยใส่เสื้อก้ออนบริเวณที่เส้นประสาท อักเสบ 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับขาคตามแผนการรักษาของ แพทย์พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา 7.แนะนำให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และความ พิการที่อาจเกิดขึ้น 8.....	27/ มี.ย /2551 เวลา15.00น. ลงชื่อ มาลี
	⋮	⋮	⋮	

แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน

คำชี้แจง : ในช่องกิจกรรมเขียนตัวย่อหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่วงเวลาที่เจ้าหน้าที่ทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยหรือเพิ่มเติมกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องการ

- **Personal care** : bid / prn. – S=Self bath, P-partial bed bath, C-complete bed bath
- **Nutrition care** : tid/prn. – S=self care, A=assist, NG=tube feeding
- **Wound care** : OD/bid/prn. – W=wet dressing, D=dry dressing
- **Perineal care** : bid/prn. – C=Clean and dry, S=self clean
- **Safety precaution** : q 2hrs/prn. – 2 - side rail up, call bell within reach
- **Patient check** : q 2hrs/prn. – patient seen and checked by nurse, no parent distress present

- **Environment check** : every shift – check light, temperature , noise, cleanliness
- **IV check** : q 2-4 hrs/prn. – site check (no signs and symptom of phlebitis or inflammation), correct flow & solution
- **Neurovascular check** : q 2 hrs/prn. – extremely warm and non-cyanotic, capillary refill 1-2 seconds, no numbness or tingling, moves extremity on command, pulse present
- **Psychosocial support** : prn -
- **Teaching for preventing or managing disability**: OD/ prn. H=hand, E=eye, F=foot

กิจกรรมการพยาบาล (เขียนด้วยกระวีวิธีการ)	วันที่ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2551																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Personal care : bid/prn					/	s													s					
2. Nutrition care : tid/prn					/		s				s				s									
3. Wound care : OD/bid/prn					/				w									w						
4. Perineal care : bid/prn					/	s												s						
5. Safety precaution : q 2 hrs/prn					/																			
6. Patient check : q 2 hrs/prn					/	✓				✓				✓				✓			✓			
7. Environment check : q 4 hrs/prn					/			✓													✓			
8. Teaching of Preventing disability OD					/				F															
9.					/																			
10.					/																			
11.					/																			
ลงชื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติ																								

กิจกรรมการพยาบาล (เขียนด้วยกระวีวิธีการ)	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Personal care : bid/prn																								
2. Nutrition care : tid/prn																								
3. Wound care : OD/bid/prn																								
4. Perineal care : bid/prn																								
5. Safety precaution : q 2 hrs/prn																								
ลงชื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติ																								

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย นายมานะ อคทน อายุ 47 ปี HN 947-00747 AN 33910-51 โรค/ภาวะ Planta ulcer Rt foot

Raj Pracha Samasai Insitute

แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing Progress Note)

วันที่ เวลา	NS.Dx#	ข้อมูล/อาการ/อาการแสดงและกิจกรรมการพยาบาล	เวลา/ประเมินผล	ลงนาม
25 มิ.ย.51	1,,3	ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลใต้ฝ่าเท้า มีไข้ = $37.9.^{\circ}\text{c}$	-ผู้ป่วยเข้าใจในแผนการรักษา	
10.30น.		บ่นปวดแผล แผลที่ใต้ฝ่าเท้ามีแผลมีกลิ่นเหม็นและมี Discharge	และสีหน้าคลายวิตกกังวล	
		ซึม ในเวร ได้อธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจพร้อม	-เวลา 14.00 น. วัด ไข้= $36.9.^{\circ}\text{c}$	
		ให้ยาแก้ปวดลดไข้ Paracetamal 2 tabs และทำแผลให้ใหม่		
		สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง _____		ดวงเดือน RN
25 มิ.ย.51	2,4	ผู้ป่วยมีนิ้วมือ นิ้วเท้าทุก เท้าทั้ง 2 ข้างชาเสี่ยงต่อการเกิดความ	-ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถ	
14.00น.		พิการ เวร ได้อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลและ	ปฏิบัติตามคำแนะนำได้	
		การดูแลตนเองที่มือและเท้าพร้อมสอนการออกกำลังกายที่มือ		
		และเท้าให้แก่ผู้ป่วยและญาติ _____		ตะวัน RN

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย นายมานะ อดทน อายุ 47 ปี HN 945-00747 AN 33910-51 โรค/ภาวะ Planta ulcer Rt foot

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย

INP-DOC 07

- คำชี้แจง: - ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน () หรือหน้าข้อความหรือเขียนเพิ่มเติมในรายละเอียดในช่องว่างตามความเหมาะสมในช่องต่าง ๆ
- การวางแผนเพื่อการจำหน่ายครอบคลุม 6 เรื่อง คือ Medication / Diet ทำวันที่ 2 ของการ Admit , Health / Treatment / Environment & Economic Out patient referral ทำวันที่ 3 ของการ Admit และวันที่เหลือทบทวน / ติดตาม / อธิบายหรือสอนเพิ่มเติมตามความเหมาะสม
- ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายทุกเวรเช้า ภายหลังรับไว้ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง หรืออาจทำก่อนเวลาที่กำหนดตามความเหมาะสม

ว.ด.ป./เวลา	ปัญหาของผู้ป่วยเรื่อง	กิจกรรมการพยาบาล	เวลา / ประเมินผล
วันที่ 26 / มิ.ย / 2551 เวลา 10.30 น. ลงชื่อ ควงใจ	Medication : (✓) Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า () ขาดความรู้/ข้อมูลเรื่องยา (✓) ไม่มีความรู้เพียงพอในเรื่องการใช้ยา () อื่นๆ.....	1. อธิบายชื่อยาฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการรับประทานยา และข้อระวังอาการข้างเคียง ข้อห้ามการใช้ยา 2. อธิบายวิธีการ: ขนาด ปริมาณ ความถี่ วิถีทาง ระยะเวลา 3. สอน/สาธิตการบริหารยาที่ต้องใช้ที่บ้าน 4. ให้กำลังใจญาติและผู้ป่วยในการใช้ยา 5. ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการใช้ยา	เวลา.....น. (✓) ผู้ป่วย () ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า (✓) เข้าใจ / ขอมรับ (✓) ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่ 26 / มิ.ย / 2551 เวลา 14.30 น. ลงชื่อ ควงดาว	Diet : (✓) Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า (✓) ขาดความรู้/ข้อมูล () ไม่มีประสบการณ์ () อื่นๆ.....	1. อธิบายความคิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร/การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรับประทานของของผู้ป่วย 2. แนะนำชนิดและแหล่งอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3. อธิบายปริมาณของอาหารที่ควรได้รับแต่ละวัน 4. แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ 5. ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	เวลา.....15.00.....น. (✓) ผู้ป่วย (✓) ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า (✓) เข้าใจ / ขอมรับ (✓) ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
↓	↓	↓	↓

หมายเหตุ รายละเอียดที่นอกเหนือจากระบุในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย ให้เขียนเพิ่มเติมในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล

Raj Pracha Samasai Institute

แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย

ชื่อผู้ป่วย นายมานะ อคทน อายุ 47 ปี HN 947-00747 AN 33910-51 หอผู้ป่วย อายุรกรรม 4

วันที่รับใหม่/รับย้าย 25 มิถุนายน 2551 วันที่จำหน่าย 20 กรกฎาคม 2551..รวมเวลา 25 วัน

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Planta ulcer Rt foot การทำหัตถการ Debridement วันที่ 26 มิถุนายน 2551

ผู้ป่วยกลับบ้านโดย () กลับเอง (✓) ญาติมารับ () ส่งกลับระบุ.....

ชนิดของการจำหน่าย(✓) แพทย์อนุญาต () เสียชีวิต () หนีกลับ () ส่งต่อ/ย้ายไปรักษาต่อเนื่องจาก.....

เหตุผลที่ส่งต่อ/ย้าย. () ต้องการการดูแลต่อเนื่อง () ไม่สมควรได้รับการรักษาต่อ เหตุผล..... () อื่นๆ.....

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

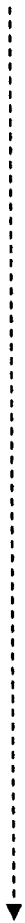
T= 37.3°C (กรณีมีไข้หรือเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี) P= 78 ครั้ง/นาที R=22 ครั้ง/นาที BP=110/70 mmHg

(✓) รู้สึกตัวดี () ตึบสน () ซึมไม่รู้สึกรู้ตัว () แขนขามีแรงดี () แขนขาอ่อนแรง ระบุ.....

(✓) มีบาดแผลที่ () มือ (✓) เท้า () อื่นๆ ระบุตำแหน่ง ได้ฝ่าเท้าขวา

ชนิดของแผล(✓) Simple () Complicated () แผลกดทับ () อื่นๆ.....

ปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง การดูแลแผลได้ฝ่าเท้า ผู้ป่วยยังไม่ค่อยมั่นใจว่าจะทำได้ถูกวิธีหรือไม่ เกรงว่าหากดูแลไม่ดี อาจเกิดแผล
กลับซ้ำได้.....



ลงชื่อพยาบาลผู้ให้คำแนะนำ นางดวงดาว สุขดี

วันที่ 20 กรกฎาคม 2551 เวลา 14.00 น.

ภาคผนวก ข

**ตารางภาคผนวกแสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการทดลอง
และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการทดลอง**

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ตามความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง

ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ				
1.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์				
1.1.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วย	29	96.7	30	100.0
1.2 ข้อมูลจากการสังเกต/การตรวจร่างกาย				
1.1.2 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต/การตรวจร่างกาย	21	70.0	29	96.7
1.3 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล				
1.3.1 มีบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	19	63.3	19	63.3
1.4 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน				
1.4.1 มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มอาการเจ็บป่วยและลักษณะของการเจ็บป่วย	17	56.7	28	93.3
1.4.2 มีบันทึกระยะเวลาที่มีอาการและวิธีแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมาโรงพยาบาล	10	33.3	14	46.7
1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการแพ้ยา				
1.5.1 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยา สารอาหารและ/หรือสารอื่นๆ	28	93.3	30	100.0
1.5.2 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เกี่ยวกับการผ่าตัดและ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมา	26	86.7	30	100.0
1.6 ประวัติสุขภาพของครอบครัว				
1.6.1 มีบันทึกประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคเรื้อนและ/หรือโรคติดต่ออื่นๆของสมาชิกในครอบครัว	26	86.7	30	100.0
1.7 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ				
1.7.1 มีบันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	18	60.0	30	100.0
1.7.2 มีบันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย	10	33.3	23	76.7
1.8 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมิน	20	66.7	30	100

ตารางภาคผนวกที่ 1 (ต่อ)

ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย				
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบและหลักการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล	11	36.7	29	96.7
2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณ ได้ถูกต้องตามรูปแบบและหลักการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	4	13.3	22	73.3
2.3 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อการวางแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้อง	8	26.7	15	50.0
3.การวางแผนการพยาบาล				
3.1 มีบันทึก/หลักฐานแสดงถึงการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล	26	86.7	30	100.0
3.2 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงแผนกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและครบทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล	20	66.7	30	100.0
3.3 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงแผนกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อการวางแผนจำหน่าย	9	30.0	17	56.7
3.4 มีบันทึกแผนกิจกรรมการพยาบาล โดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติ ของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ	0	0.0	17	56.7
3.5 มีบันทึกปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย	15	50.0	25	83.3
4.การปฏิบัติการพยาบาล				
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล	29	96.7	29	96.7
4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล	6	20.0	20	6.7
4.3 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้	10	33.3	19	63.3

ตารางภาคผนวกที่ 1 (ต่อ)

ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.การประเมินผลการพยาบาล				
5.1 มีการบันทึกประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้	26	86.7	29	96.7
5.2 มีการบันทึกการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย/เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลที่กำหนดไว้	7	23.3	21	70.0
5.3 มีบันทึกการประเมินผลการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขหรือยุติข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย	15	50.0	25	83.3
5.4 มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่าย	11	36.7	22	73.3
6. การสรุปการจำหน่าย				
6.1 มีการบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วยโดยระบุสัญญาณชีพ อาการและ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	0	0.0	23	76.7
6.2 มีการบันทึกแสดงถึงปัญหาที่ต้องการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	10	33.3	26	86.7
6.3 มีการบันทึกการให้คำแนะนำ/ทบทวนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย	10	33.3	28	93.3
6.4 มีการประเมินผลการสอน/สาธิต/หรือการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ	1	3.3	23	76.7
6.5 มีบันทึกการส่งต่อปัญหาการดูแลต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	9	30.0	21	96.7

ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ก่อนและหลังการทดลอง

ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก (รายการ)	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ	26	86.7	28	93.3
2. บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล	13	43.3	26	86.7
3. บันทึกการวางแผนการพยาบาล	18	60.0	27	90.0
4. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล	28	93.3	28	93.3
5. บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย	30	100.0	30	100.0
6. บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วย	30	100.0	30	100.0
7. บันทึก วัน เดือน ปี เวลา เหตุการณ์	30	100.0	30	100.0
8. บันทึกอ่านออกทุกข้อความ	2	6.7	18	60.0
9. บันทึกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับรัด	4	13.3	18	60.0
10. บันทึกใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์	0	0.0	20	66.7
11. ลงชื่อ และตำแหน่ง ของผู้บันทึก	3	10.0	28	93.3
12. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน	30	100.0	30	100.0
13. ชิดเส้นตรง ทับข้อความที่เขียนผิด	9	30.0	23	76.7
14. บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด	0.0	0.0	10	33.3

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนการทดลอง

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	ระดับคะแนน								รวม (แฟ้ม)	คิด เป็น
	0		1		2		3			
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ		
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย										
1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง หรือบันทึกให้ครบ 3 เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง	0	0.0	11	36.7	1	3.3	18	60.0	30	100.0
2. มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรและทุกวันภายใน 24 ชั่วโมงนับจากแรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	16	53.3	7	23.3	5	16.7	2	6.7	30	100.0
การวินิจฉัยการพยาบาล										
3. มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมในวันต่อ ๆ มาในแบบแผนการพยาบาล	8	26.7	20	66.6	2	6.7	0	0.0	30	100.0
การวางแผนการพยาบาล										
4. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึก	11	36.7	15	50.0	4	13.3	0	0.0	30	100.0
5. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข สิ้นสุดหรือเปลี่ยนแปลงไป	13	43.3	11	36.7	6	20.0	0	0.0	30	100.0
การปฏิบัติการพยาบาล										
6. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร	14	46.7	8	26.7	7	23.3	1	3.3	30	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 3 (ต่อ)

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	ระดับคะแนน								รวม (เพิ่มเติม)	คิด เป็น
	0		1		2		3			
	พบ แต่	ไม่ พบ	พบ แต่	ไม่ พบ	พบ แต่	ไม่ พบ	พบ แต่	ไม่ พบ		
การประเมินผลการพยาบาล										
7. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการ พยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร ในแบบบันทึกการพยาบาล	14	46.7	8	26.7	7	23.3	1	3.3	30	100.0
8. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัยการ พยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มี การแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึก แผนการพยาบาล	14	46.7	8	26.7	7	23.3	1	3.3	30	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก หลังการทดลอง

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	ระดับคะแนน								รวม (เพิ่ม)	คิดเป็น
	0		1		2		3			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย										
1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมงหรือ บันทึกให้ครบ 3 เวรภายหลังแรกรับ	0	0.0	1	3.4	13	43.3	16	53.3	30	100.0
2. มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรและทุกวันภายหลัง 24 ชั่วโมงนับจากแรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	1	3.4	23	76.7	6	19.9	30	100.0
การวินิจฉัยการพยาบาล										
3. มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมในวันต่อมาในแบบบันทึกแผนการพยาบาล	0	0.0	9	30.0	21	70.0	0	0.0	30	100.0
การวางแผนการพยาบาล										
4. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึก	0	0.0	9	30.0	21	70.0	0	0.0	30	100.0
5. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขสิ้นสุดหรือเปลี่ยนแปลงไป	0	0.0	13	43.3	17	56.7	0	0.0	30	100.0
การปฏิบัติการพยาบาล										
6. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร	0	0.0	4	13.3	26	86.7	0	0.0	30	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 4 (ต่อ)

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	ระดับคะแนน								รวม (เพิ่มเติม)	คิดเป็น
	0		1		2		3			
	ไม่เคย	บางครั้ง	ไม่เคย	บางครั้ง	ไม่เคย	บางครั้ง	ไม่เคย	บางครั้ง		
การประเมินผลการพยาบาล										
7. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล	1	3.3	3	10.0	26	86.7	0	0.0	30	100.0
8. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล	0	0.0	4	13.3	26	86.7	0	0.0	30	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ก่อนการทดลอง

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบ บันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ระดับคะแนนความพึงพอใจ										รวม(เต็ม)	คิดเป็น
	1		2		3		4		5			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านโครงสร้าง												
1. แบบบันทึกเชื่อมต่อการบันทึกตาม กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	0	0.0	0	0.0	13	86.7	2	13.3	0	0.0	15	100.0
2. แบบบันทึกใช้บันทึกข้อมูลได้ง่าย และสะดวก	0	0.0	6	40.0	9	60.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
3. แบบบันทึกมีข้อความที่ให้ แนวทางช่วยให้บันทึกได้ อย่าง ถูกต้อง	0	0.0	0	0.0	12	80.0	3	20.0	0	0.0	15	100.0
4. ข้อความในแบบบันทึกชัดเจน เข้าใจง่าย	0	0.0	4	26.7	9	60.0	2	13.3	0	0.0	15	100.0
5. แบบบันทึกมีข้อความที่เชื่อมต่อ การบันทึกตามแนวคิดของการ พยาบาลแบบองค์รวม	0	0.0	2	13.3	7	46.7	5	33.0	1	6.7	15	100.0
6. คู่มือการใช้ระบบบันทึกมีเนื้อหา ครบถ้วนตามหลักกระบวนการ พยาบาล	0	0.0	1	6.7	11	73.3	2	13.3	1	6.7	15	100.0
7. คู่มือการใช้ระบบบันทึกมีแนว ทางการบันทึกชัดเจนและง่ายต่อการ ปฏิบัติ	0	0.0	1	6.7	11	73.3	2	13.3	1	6.7	15	100.0
ด้านผลลัพธ์												
8. แบบบันทึกเชื่อมต่อการประเมิน สภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่าง ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย	0	0.0	2	13.2	9	60	4	26.7	0	0.0	15	100.0
9. แบบบันทึกช่วยให้กำหนดข้อ วินิจฉัยการพยาบาลและแผนการ พยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	3	20	10	66.7	2	13.3	0	0.0	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 5 (ต่อ)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบ บันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ระดับคะแนนความพึงพอใจ										รวม(เพิ่ม) (พหุ)	คิดเป็น
	1		2		3		4		5			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
10. แบบบันทึกช่วยให้มีการ ปฏิบัติการและประเมินผลการ พยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง	0	0.0	1	6.7	11	73.3	3	20.0	0	0.0	15	100.0
11. แบบบันทึกเอื้อต่อการบันทึก ความก้าวหน้าของอาการและอาการ แสดงของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ/ หรือ จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	5	33.3	9	60.0	1	6.7	0	0.0	15	100.0
12. แบบบันทึกช่วยให้มีการ ประเมินผลการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย	0	0.0	1	6.7	13	86.7	1	6.7	0	0.0	15	100.0
13. แบบบันทึกช่วยให้มีการใช้เวลา คุ้มค่ากับการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ต่อการพยาบาล	0	0.0	1	6.7	11	73.3	3	20.0	0	0.0	15	100.0
14. แบบบันทึกช่วยบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารในทีม พยาบาล	0	0.0	3	20.0	4	26.7	8	53.3	0	0.0	15	100.0
15. แบบบันทึกช่วยบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีม สุขภาพอื่น ๆ	0	0.0	1	6.7	9	60.0	5	33.3	0	0.0	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
หลังการทดลอง

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล	ระดับคะแนนความพึงพอใจ										รวม(เป็น %)	คิดเป็น
	1		2		3		4		5			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านโครงสร้าง												
1.แบบบันทึกเพื่อการบันทึกตามกระบวนการ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	86.7	2	13.3	15	100.0
2. แบบบันทึกใช้บันทึกข้อมูลได้ง่ายและสะดวก	0	0.0	0	0.0	2	13.3	11	73.3	2	13.3	15	100.0
3. แบบบันทึกมีข้อความที่ให้แนวทางช่วยให้ บันทึกได้อย่างถูกต้อง	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	86.7	2	13.3	15	100.0
4. ข้อความในแบบบันทึกชัดเจน เข้าใจง่าย	0	0.0	0	0.0	6	40.0	8	53.3	1	6.7	15	100.0
5. แบบบันทึกมีข้อความที่เกี่ยวกับการบันทึกตาม แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม	0	0.0	0	0.0	1	6.7	11	73.3	3	20.0	15	100.0
6. คู่มือการใช้ระบบบันทึกมีเนื้อหาครบถ้วนตาม หลักกระบวนการพยาบาล	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	86.7	2	13.3	15	100.0
7. คู่มือการใช้ระบบบันทึกมีแนวทางการบันทึก ชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ	0	0.0	0	0.0	1	6.7	12	80.0	2	13.3	15	100.0
ด้านผลลัพธ์												
8. แบบบันทึกเพื่อการประเมินสภาพผู้ป่วย แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	66.7	5	33.3	15	100.0
9. แบบบันทึกช่วยให้กำหนดข้อวินิจฉัยการ พยาบาลและแผนการพยาบาลแบบองค์รวมอย่าง ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	0	0.0	1	6.7	11	73.3	3	20.0	15	100.0
10. แบบบันทึกช่วยให้มีการปฏิบัติและ ประเมินผลการพยาบาลแบบองค์รวมอย่าง ต่อเนื่อง	0	0.0	0	0.0	2	13.3	11	73.4	2	13.3	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 6 (ต่อ)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึก ทางการพยาบาล	ระดับคะแนนความพึงพอใจ										รวม(เฉลี่ย) (หมู่)	คิดเป็น %
	1		2		3		4		5			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
11. แบบบันทึกเฝ้าต่อการบันทึกความก้าวหน้า ของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ/ หรือ จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	0	0.0	1	6.7	13	86.6	1	6.7	15	100.0
12. แบบบันทึกช่วยให้มีการประเมินผลการ พยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	86.7	2	13.3	15	100.0
13. แบบบันทึกช่วยให้มีการใช้เวลาคุ้มค่ากับการ บันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการพยาบาล	0	0.0	0	0.0	2	13.3	10	66.7	3	20.0	15	100.0
14. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการสื่อสารในทีมพยาบาล	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	93.3	1	6.7	15	100.0
15. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ	0	0.0	0	0.0	1	6.7	12	80.0	2	13.3	15	100.0

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล
วัน เดือน ปีเกิด	26 ธันวาคม 2505
สถานที่เกิด	อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง สถานศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2529
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.