

การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
จังหวัดนครราชสีมา

พันโทหญิง สุมิตรา มิ่งมิตร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2554

**The Development of a Nursing Record Model for the Delivery Room at
Fort Suranari Hospital in Nakhon Ratchasima Province**

Lt.Col. Sumitra Mingmitr



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

2011

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา
ชื่อและนามสกุล พันโทหญิง สุมิตรา มิ่งมิตร
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
2. อาจารย์ พันเอกหญิง ดร. วัลลภา บุญรอด

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2554

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พันโทหญิง ดร. เพ็ญภา ภักดีวงศ์

ประธานกรรมการ

(อาจารย์ พันโทหญิง ดร. เพ็ญภา ภักดีวงศ์)

Dr. S. J.

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

พันเอกหญิง ดร. วัลลภา บุญรอด

กรรมการ

(อาจารย์ พันเอกหญิง ดร. วัลลภา บุญรอด)

ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

Dr. S. J.

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัย พันโทหญิง สุมิตรา มิ่งมิตร รหัสนักศึกษา 2505100178 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
(2) อาจารย์ พันเอกหญิง ดร. วัลลภา บุญรอด **ปีการศึกษา** 2554

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารีทั้งหมดจำนวน 10 คนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โดยทบทวนวรรณกรรม สุ่มเวชระเบียนผู้คลอดจำนวน 30 รายเพื่อประเมินความถูกต้องและสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล และ สัมภาษณ์เจาะลึกพยาบาลวิชาชีพ 6 คน (2) พัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โดยการจัดสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง (3) นำรูปแบบไปทดลองใช้ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี เป็นเวลา 3 เดือน ประเมินและปรับปรุงรูปแบบโดยการสนทนากลุ่มประเมินความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนทุก 1 เดือน รวม 2 ครั้ง และ ให้พยาบาลวิชาชีพประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนซึ่งกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารีพัฒนาขึ้นและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระยะที่ 1 แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดมีจำนวนมากเกินไป มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเดียวกันในหลายแบบฟอร์ม ขาดการมอบหมายผู้บันทึกในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน หัวข้อในแบบการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุม และความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนเท่ากับร้อยละ 72.24 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนดไว้คือร้อยละ 80 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การกำหนดจำนวนแบบฟอร์มการบันทึกให้คงเหลือ 4 แบบฟอร์ม ได้แก่ 1) แบบประเมินสภาพแรกรับ 2) แบบการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล 3) แบบพาโทกราฟ และ 4) ใบสรุปประวัติการคลอดโดยปรับหัวข้อในแบบการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล ให้ชัดเจน กำหนดผู้บันทึกในแต่ละขั้นตอน ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในห้องคลอดและปรับปรุง ผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนผู้คลอด หลังทดลองใช้ 2 ครั้ง พบว่า เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.35 และ 93.43 ตามลำดับ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการปรับปรุงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.21 เป็นร้อยละ 69.40

คำสำคัญ การพัฒนา บันทึกทางการพยาบาล ห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

Thesis title: The Development of a Nursing Record Model for the Delivery Room at Fort Suranari Hospital in Nakhon Ratchasima Province

Researcher: Lt.Col. Sumitra Mingmitr; **ID:**2505100178;

Degree: Master of Nursing Science (Nursing Administration);

Thesis advisors: (1) Dr. Somjai Puttapitukpol, Associate Professor;
(2) Dr. Wallapa Boonrod, Col; **Academic year:** 2011

Abstract

The objective of this participatory action research was to develop a nursing record model for the delivery room at Fort Suranari Hospital in Nakhon Ratchasima Province.

The sample of this study consisted of ten professional nurses who worked at the delivery room in Fort Suranari Hospital. The research was divided into three phases. *First*, situational analysis was done by reviewing the literature, auditing thirty medical records of the delivery room for accuracy and completeness of nursing records, and in-depth interviewing of six professional nurses. *Second*, the preliminary model was developed based on two focus group discussions of professional nurses. *Third*, the model was implemented and modified for three months. The accuracy and completeness of nursing records was evaluated every month for two months. Furthermore, the professional nurses rated their satisfaction with these records before and after model implementation. The instruments of this research were the evaluation form of the accuracy and completeness of the nursing record developed by the nursing division of Fort Suranari Hospital and satisfaction questionnaires developed by the researcher. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Findings were summarized as follows. *Phase I: there were too many* nursing record forms. The same nursing intervention was recorded in several different forms. No one was explicitly assigned as a recorder in each step. The topics of nursing diagnosis and of a nursing care plan form were inadequate. The accuracy and completeness of these nursing records were 72.24% which was lower than the standard of nursing division (80%). *Phase II:* the nursing record model was developed. In this, only four nursing record forms were selected: 1) an assessment form, 2) a nursing diagnosis and nursing care plan, 3) a partograph, and 4) a summary of delivery record. Next, the topics in nursing diagnosis and in a nursing care plan form were reorganized. Recorders were assigned for each stage. *Phase III*, the modified model was implemented and improved. The accuracy and completeness of nursing records were increased from 91.35% to 93.43% respectively during each month for two months. The professional nurses rated their satisfaction with the record model after (69.40%) implementing higher than before (60.21%).

Keywords: Development, Nursing record, Delivery room, Fort Suranari Hospital

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม พันเอกหญิง ดร.วัลลภา บุญรอด ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและติดตามการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความช่วยเหลือจากท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณพันโทหญิง ดร.เพ็ญภา ภักดีวงศ์ หัวหน้าวิจัยและพัฒนา สังคมศาสตร์และประเมินผล ศูนย์วิจัยและพัฒนาการทหาร กรมวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี กลาโหมที่กรุณาเป็นประธานกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คือ พันเอกหญิง นิชาภา จงอุส่าห์ พันตรีหญิง นภาพิณ จันทขัมมา พันตรีหญิงช่อทิพย์ ศรีอินทร์ พันตรีหญิง รวิสุดา วงษ์สุรสถิตย์ และ พันตรีหญิง สิริลักษณ์ เอื้อนกิ่ง ที่ได้กรุณาตรวจสอบและแนะนำ ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณพันเอกหญิง อัจฉรา อุไรเลิศ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสุรนารี และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและคณะเจ้าหน้าที่ห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารีทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจและเสียสละเวลาเข้าร่วมดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้

สุดท้าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้และที่ขาดไม่ได้คือเพื่อนร่วมงานและบุคคลในครอบครัวของผู้วิจัยทุกท่าน ที่คอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการีและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมา ณ ที่นี้

สุมิตรา มิ่งมิตร

พฤศจิกายน 2554

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี.....	7
การบันทึกทางการแพทย์.....	9
กระบวนการพยาบาล (Nursing Process).....	16
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา.....	20
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research).....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ศึกษารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอด.....	31
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา.....	34
ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา.....	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	38
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอด.....	38
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ระยะดำเนินการ ในเดือนเมษายน 2553 – กันยายน 2553.....	47
ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ เมษายน 2553 – กันยายน 2553.....	48
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปการวิจัย.....	64
การอภิปรายผลการวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้.....	72
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก.....	79
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	80
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	82
ค แบบบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอด.....	84
ง แบบประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน.....	101
จ แบบประเมินความพึงพอใจ.....	104
ประวัติผู้วิจัย.....	107

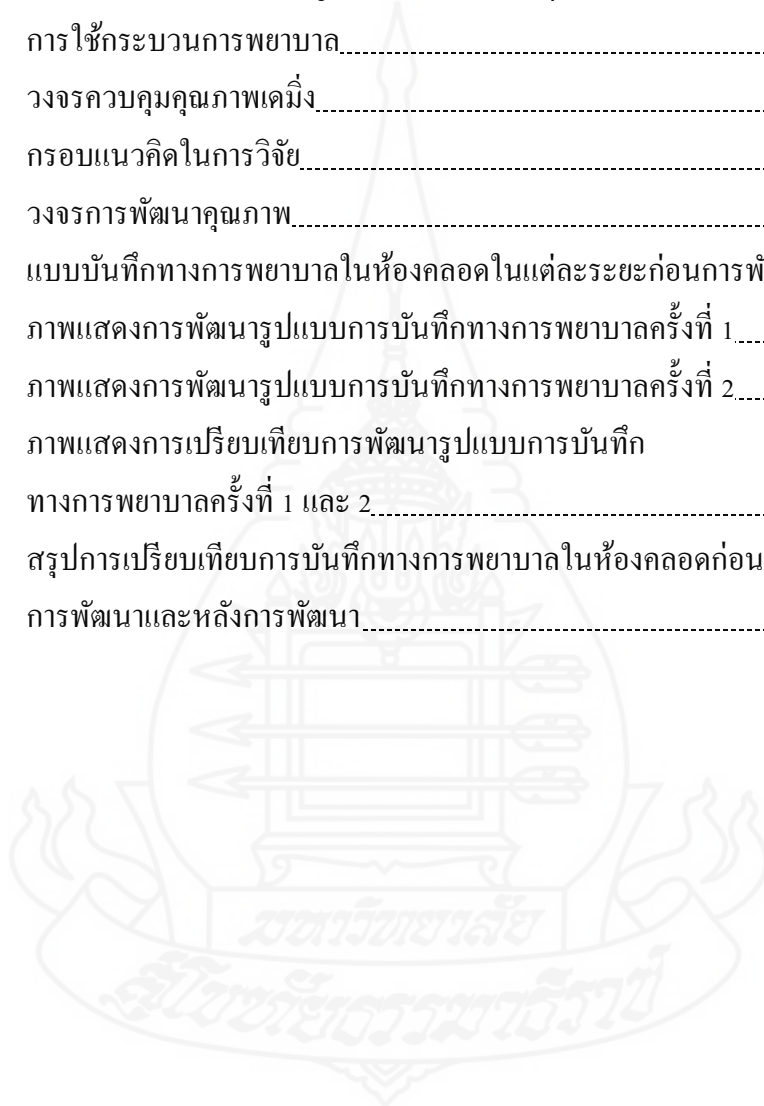
สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ร้อยละของการประเมินก่อนปรับการบันทึกทางการแพทย์ จำแนกตามรายชื่อ.....	42
ตารางที่ 4.2 ร้อยละของการประเมินผลก่อนการปรับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ และหลังการปรับปรุงครั้งที่ 1 (n=33) และครั้งที่ 2 (n=30).....	55
ตารางที่ 4.3 ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดต่อการใช้แบบบันทึก ทางการแพทย์ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ก่อนและหลังการปรับปรุง.....	58



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 แสดงแผนผังการบังคับบัญชาโรงพยาบาลค่ายสุรนารี.....	9
ภาพที่ 2.2 การใช้กระบวนการพยาบาล.....	18
ภาพที่ 2.3 วงจรควบคุมคุณภาพเดิม.....	20
ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	29
ภาพที่ 3.1 วงจรการพัฒนาคุณภาพ.....	36
ภาพที่ 4.1 แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดในแต่ละระยะก่อนการพัฒนา.....	40
ภาพที่ 4.2 ภาพแสดงการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลครั้งที่ 1.....	50
ภาพที่ 4.3 ภาพแสดงการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลครั้งที่ 2.....	54
ภาพที่ 4.4 ภาพแสดงการเปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาลครั้งที่ 1 และ 2.....	60
ภาพที่ 4.5 สรุปการเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดก่อน การพัฒนาและหลังการพัฒนา.....	62



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกทางการแพทย์เป็นการสื่อสารในวิชาชีพการพยาบาลวิธีหนึ่งในรูปของการเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย โดยมีการบันทึกเพื่อสื่อสารเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การตรวจรักษา การปฏิบัติการพยาบาล ผลการปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลดังกล่าว บันทึกทางการแพทย์จึงเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรพยาบาลในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ ทำให้ทีมสุขภาพสามารถรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้สามารถติดตามและประเมินการรักษาและอาการผู้ป่วย ปรับวิธีการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

นอกจากนี้บันทึกทางการแพทย์ยังเป็นหลักฐานสำคัญในการประกันคุณภาพการพยาบาล และเป็นเสมือนสิ่งสะท้อนผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าได้คุณภาพตามมาตรฐานหรือไม่ ซึ่งบันทึกทางการแพทย์ได้ถูกกำหนดให้อยู่ในมาตรฐานหนึ่งในการปฏิบัติ กล่าวคือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสภาพยาบาลได้ประกาศในเรื่องคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กำหนดให้บันทึกทางการแพทย์ เป็นการแสดงถึงการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการ หรือผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสารการดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาลและการวิจัย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551: 70)

เมื่อพิจารณาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 5 เกี่ยวกับการบันทึกและรายงานให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วนถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กระชับ มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2551: 242) ยิ่งทำให้ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้น

การบันทึกในวิชาชีพทางการแพทย์ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเป็นหลักฐานที่สามารถพิสูจน์ได้ถึงการปฏิบัติที่เป็นไปตามเป้าหมายของการบริการสุขภาพ และเป็นหลักฐานที่สะท้อนบทบาทวิชาชีพ ใช้อ้างอิงในทางกฎหมายซึ่งในวิชาชีพการพยาบาลถือว่า บันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการแสดงบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพ และความเป็นอิสระในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล (มณฑา ลิ้มพลกุล 2539: 172-173) โดยขั้นตอนในการบันทึกทางการแพทย์เป็นขั้นตอนหนึ่งและเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติการพยาบาล

ปัจจุบันนี้สภาการพยาบาลและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่างมุ่งเน้นในการบริการวิชาชีพทางการแพทย์ การปฏิบัติงานทุกอย่างต้องมีการบันทึกไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานที่สามารถสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติที่สำคัญ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2542: 25-26) แม้ว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งให้ความสำคัญกับบันทึกทางการแพทย์ มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าจำเป็นต้องพัฒนาทั้งรูปแบบ และการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพอยู่ ดังที่ พรจันท์ สุวรรณชาติ (2540: 540-542) กล่าวว่า ยังพบความบกพร่องของบันทึกทางการแพทย์ ทั้งในการบันทึกด้านข้อมูลไม่ครบถ้วน เขียนตามความรู้สึกนึกคิด เขียนเลียนแบบจากวันก่อน และขาดความต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้ จากการศึกษาของ อุ่น คำเกียรติกมล และคณะ (2547: 30) ซึ่งศึกษาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแพร่ พบว่า การบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยด้านร่างกาย และการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล มีความถูกต้องร้อยละ 92 และร้อยละ 61.5 ตามลำดับ แต่ในด้านความครบถ้วน พบเพียงร้อยละ 50 และร้อยละ 15.2 เท่านั้น นอกจากนี้ในด้านการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลด้านร่างกาย พบว่า มีความถูกต้องเพียงร้อยละ 37.1 และความครบถ้วนเพียงร้อยละ 4.9 เท่านั้น นอกจากนี้ยัง พบอีกว่าลักษณะการบันทึกทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแบบบอกเล่าเรื่องการบันทึกอาการสั้นๆ และซ้ำจากเวรก่อนๆรวมทั้ง บันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าการติดตามและประเมินผล ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกทางการแพทย์ไม่สมบูรณ์ ไม่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความเพียงพอที่จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพทางการแพทย์ได้

จะเห็นได้ว่าการบันทึกทางการแพทย์เป็นสิ่งสะท้อนบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ก็ทราบถึงความสำคัญของการบันทึก แต่พบว่ายังต้องพัฒนาคุณภาพของการบันทึกเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเฉพาะการบันทึกทางการแพทย์ในจุดที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น หอผู้ป่วยอาการหนัก และห้องคลอด เป็นต้น

โรงพยาบาลค่ายสุรนารีเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม มีภารกิจหลักในการให้การรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการทหารในกองทัพภาคที่ 2 ครอบคลุมข้าราชการและประชาชนทั่วไป โดยผู้บริหารระดับสูงมีนโยบายนำระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเข้ามาพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลด้านนี้เพื่อสนองนโยบายดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานของโรงพยาบาลซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 และมีการพัฒนาต่อเนื่องมาตามลำดับ

ห้องคลอดเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลค่ายสุรนารีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่ต้องให้บริการเพื่อตอบสนองต่อผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว และปลอดภัย โดยบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญพิเศษเฉพาะทาง จากสถิติของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี (2552) พบว่า มีผู้คลอดเฉลี่ยเดือนละ 60-80 ราย มีเตียงทำคลอด 5 เตียง และเตียงรอกคลอด 5 เตียง ใช้พยาบาลวิชาชีพทีมเดียวกับหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 8 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คนและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน มีการจัดระบบการมอบหมายงานให้มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องคลอด เวรเข้าบ่าย ดึก เวรละ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาลเวรละ 1 คน และพนักงานช่วยการพยาบาลเวรละ 1 คน กรณีรับผู้คลอดพร้อมกันเกินกว่า 2 คน กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม มาช่วยทำคลอดด้วย ทั้งนี้บุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้คลอดในขั้นตอนต่าง ๆ เป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์ที่ตนเองได้ปฏิบัติแก่ผู้คลอด ตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

แม้ว่าจะมีการกำหนดผู้บันทึกทางการแพทย์ในแต่ละขั้นตอน แต่พบว่าการบันทึกทางการแพทย์ยังต้องการการพัฒนา จากการศึกษาร่องรอยของผู้วิจัย โดยการทบทวนเวชระเบียนในส่วนของบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2552 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2552 โดยใช้แบบประเมินการบันทึกทางการแพทย์ ที่กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารี พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (nursing process) พบว่า การบันทึกในส่วนของกรณีวินิจฉัยการพยาบาลมีความสมบูรณ์น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงมาได้แก่ การประเมินผลการพยาบาลมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 71 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 85 การวางแผนการจำหน่ายมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 89.2 และการประเมินสภาพแรกเริ่มมีความสมบูรณ์สูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 92.8 ตามลำดับ สำหรับการประเมินในภาพรวมพบว่า การประเมินเวชระเบียนห้องคลอด มีความสมบูรณ์ ร้อยละ 68.85 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์ที่กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารีกำหนดไว้ให้มีความสมบูรณ์ ร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังพบว่า บันทึกทางการแพทย์ในส่วนของกรณีวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และ

การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ยังขาดการบันทึกให้ครอบคลุม ต่อเนื่อง และไม่มี การประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน

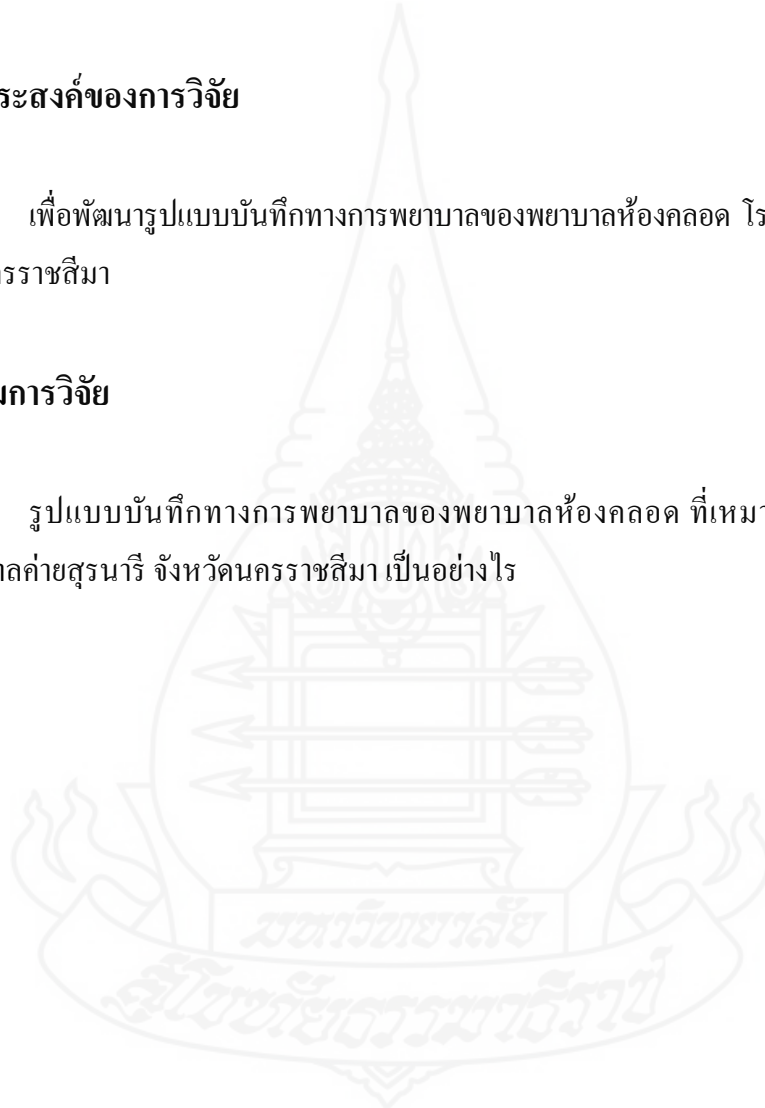
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบบันทึกทาง การพยาบาลในห้องคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี ซึ่งเกิดจากการมี ส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

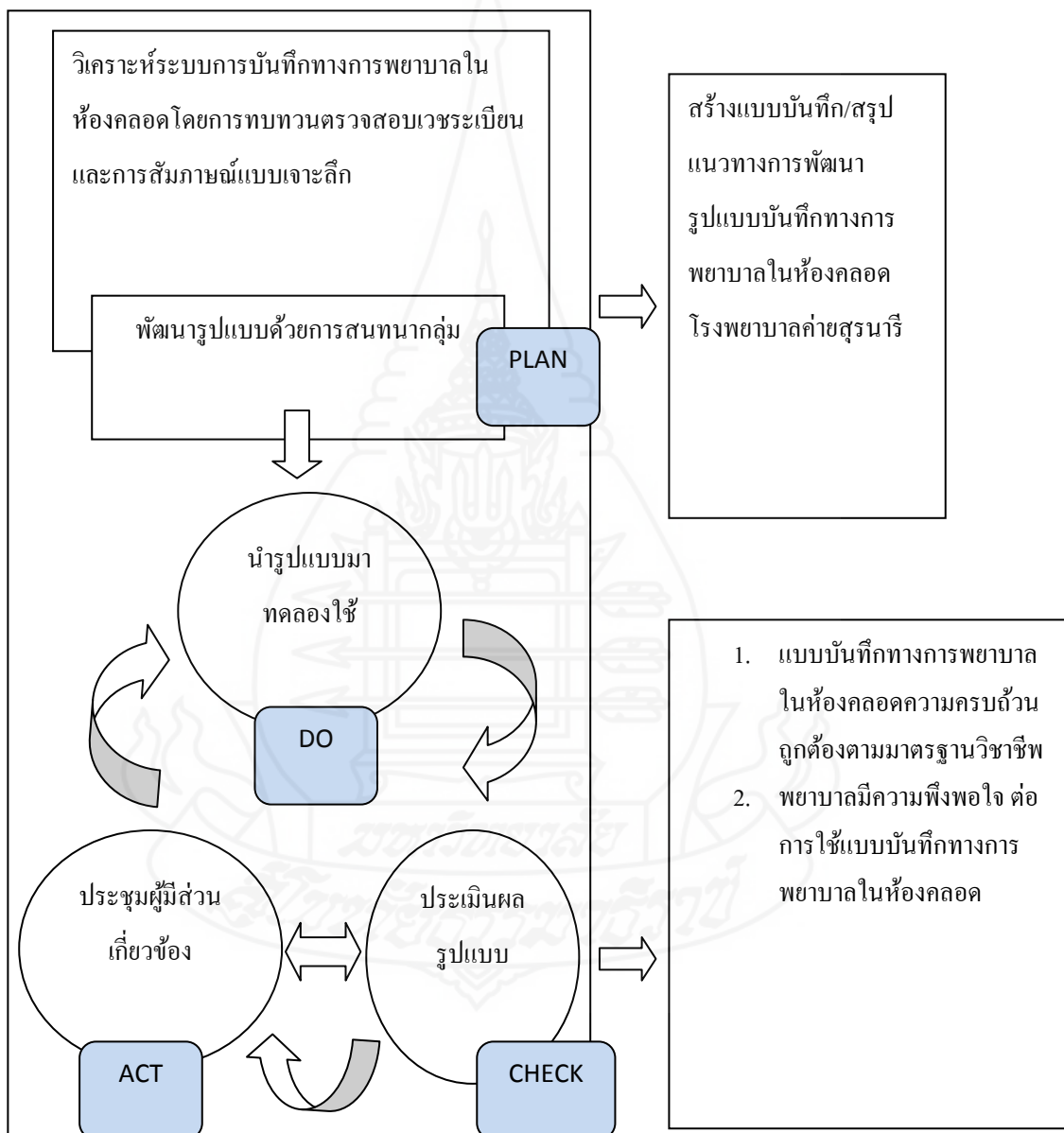
3. คำถามการวิจัย

รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลห้องคลอด ที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร



4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ผู้วิจัยได้ทำการวิจัย และพัฒนา ตามกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบและแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

6. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

6.1 การพัฒนา หมายถึง การเติบโต ความเจริญ ความก้าวหน้า ความรุ่งเรือง

6.2 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ และการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษา และการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เพื่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ

6.3 พยาบาลห้องคลอด หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และได้รับการบรรจุแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการประจำห้องคลอด และหอผู้ป่วย สูติณีเวชกรรม

6.4 โรงพยาบาลค่ายสุรนารี คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม มีภารกิจหลักในการให้การรักษาแก่ข้าราชการในกองทัพภาคที่ 2 ครอบคลุม ข้าราชการและประชาชนทั่วไป

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี

7.2 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอดที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
2. การบันทึกทางการแพทย์
3. กระบวนการพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

โรงพยาบาลค่ายสุรนารี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม ระดับตติยภูมิขั้นสูง มีภารกิจหลักในการให้การรักษาแก่ข้าราชการในกองทัพภาคที่ 2 ครอบครัวข้าราชการและประชาชนทั่วไป

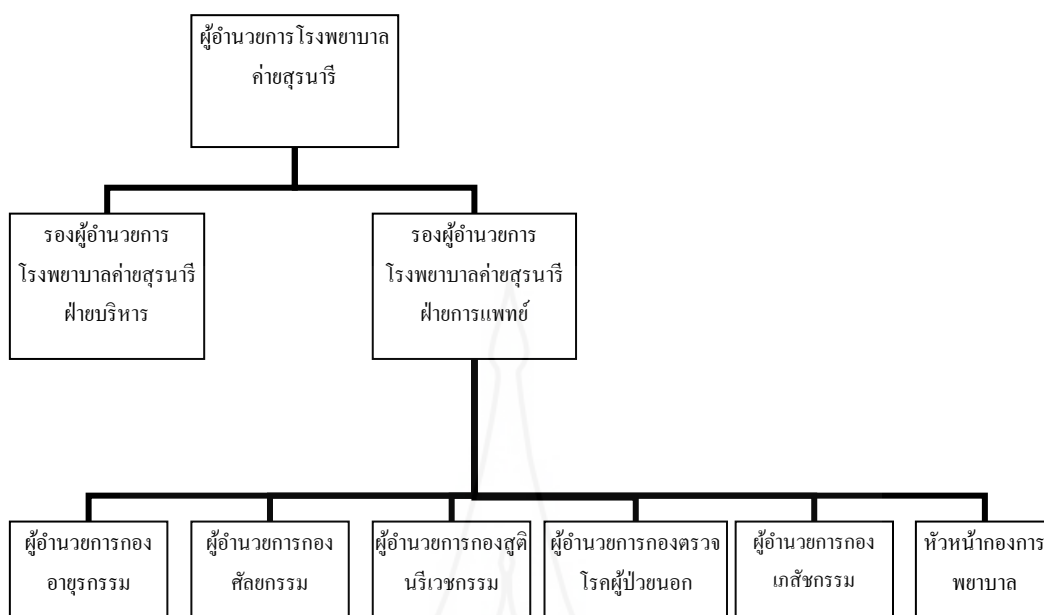
ประวัติความเป็นมาเริ่มมาจากการเป็นหน่วยรักษาพยาบาลเล็ก ๆ ซึ่งก่อตั้งขึ้นพร้อมกับการจัดตั้งกองทหารเป็นครั้งแรกที่เมืองนครราชสีมา โดยจัดตั้งเป็นกองพยาบาลขึ้นหนึ่งกองขึ้นอยู่กับกองทหารบก เมืองนครราชสีมา ในปีพุทธศักราช 2443 ต่อมาในปีพุทธศักราช 2446 มีการขยายกำลังทหารและย้ายที่ตั้งกรมทหารมาที่ค่ายสุรนารี กรมทหารบก เมืองนครราชสีมาได้เปลี่ยนเป็นกองพลที่ 5 กองพยาบาลจึงได้เปลี่ยนเป็นกองพยาบาลที่ 5 และได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองร้อยเสนารักษ์ กองพลทหารบกที่ 5 อีกครั้ง

ในปีพุทธศักราช 2493 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลภาคที่ 2 ขึ้นการบังคับบัญชากับการทหารบกที่ 2 ปีพุทธศักราช 2511 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้โปรดเกล้าฯพระราชทานชื่อ ว่า โรงพยาบาลสุรนารี ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2511 ซึ่งถือว่าเป็นวันสถาปนาหน่วยเป็นต้นมา ขณะนั้นตั้งอยู่บริเวณริมบึงตาค้าว เป็นอาคารไม้ชั้นเดียว 7 หลัง ได้เปิดบริการให้แก่ทหาร ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในพื้นที่ใกล้เคียง ต่อมาในปีพุทธศักราช 2517 กองทัพบกได้ขอ

พระราชทานเดิมคำว่า “ ค่าย ” ลงหลังคำว่าโรงพยาบาล จึงเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ตั้งแต่นั้นมา และย้ายมาเปิดบริการที่อาคาร 6 ชั้นรูปกากบาทในพื้นที่ที่ตั้งปัจจุบัน อาคารหลังนี้ได้ทำพิธีเปิดเมื่อ 8 สิงหาคม 2518 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลตลอดมา

ปัจจุบัน โรงพยาบาลค่ายสุรนารี เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิขั้นสูงของกองทัพบก ขึ้นตรงกับกรมแพทย์ทหารบกฝากการบังคับบัญชาไว้กับกองทัพภาคที่ 2 มีขนาดเตียง 400 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 211 ถนนพิบูลย์ละอียด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีภารกิจให้บริการด้านสุขภาพกำลังพลทหาร ครอบครัวและประชาชนทั่วไปสนองตอบนโยบายภารกิจของกองทัพบก เป็นแม่ข่ายการบริการแพทย์แบบเป็นพื้นที่กองทัพภาคที่ 2 โดยมีวิสัยทัศน์ “เป็นผู้นำบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลทั่วไปของไทยภายในปี 2557 ” ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ตั้งแต่ปี 2544 ผ่านการรับรองครั้งที่ 2 เมื่อปี 2547 ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2551 จากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ผ่านการรับรองโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ระดับทอง เมื่อปี 2553

ห้องคลอดเป็นหน่วยงานหนึ่งขึ้นตรงกับกองสูติรีเวชกรรม โดยมีสายการบังคับบัญชาพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลขึ้นตรงกับกองการพยาบาล มีหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนกพยาบาล หัวหน้าพยาบาล บังคับบัญชาตามลำดับชั้น พนักงานช่วยการพยาบาลและพนักงานรักษาสถานที่ขึ้นตรงกับกองสูติรีเวชกรรม มีรองผู้อำนวยการกองและผู้อำนวยการกองบังคับบัญชาตามลำดับชั้น มีบุคลากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ 10 คน รวมหัวหน้าหอและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาล 10 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 12 คน พนักงานรักษาสถานที่ 2 คน ใช้นุ้บุคลากรร่วมกันกับหอผู้ป่วยสูติรีหลังคลอด โดยมีเข็มมุ่ง “ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ” มีจำนวนเตียงในห้องคลอด 5 เตียง ยอดผู้มาคลอด 60-80 รายต่อเดือน อัตราครองเตียงห้องคลอดเท่ากับร้อยละ 44.04 ผลผลิต (productivity) ทางการพยาบาลในห้องคลอดเท่ากับ ร้อยละ 100.4 (สถิติกองสูติรีเวชกรรมปี 2552)



ภาพที่ 2.1 แสดงแผนผังการบังคับบัญชาโรงพยาบาลค่ายสุรนารี

2. การบันทึกทางการพยาบาล

2.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

มีผู้ให้ความหมายของ “การบันทึกทางการพยาบาล” (Nurses’ note) ไว้หลายท่านในการศึกษาครั้งนี้ขอสรุปความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

การบันทึกทางการพยาบาล คือ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยบรรยายการให้บริการการดูแลผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลสุขภาพซึ่งอาจใช้การบันทึกทางเอกสาร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลในการสังเกตอาการ การปฏิบัติกิจกรรมและผลลัพธ์จากการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ถูกต้องในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้นๆ (College of registered nurses of British Columbia, pub.334)

การบันทึกทางการพยาบาล คือ การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้ด้วยการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจึงเปรียบเสมือนสื่อที่ช่วยให้บุคคลทั่วไปได้ทราบ และมองเห็นงานของพยาบาล ซึ่งการจะเขียนได้ดีจำเป็นต้องใช้ทักษะในการเขียน สติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทั้งด้านศาสตร์และศิลปะ นำมา

ประกอบในการประเมินปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ลงมือปฏิบัติ และการติดตามผลการปฏิบัติ (นวลขนิษฐ ลีจิตลือชา 2551)

การบันทึกการพยาบาล คือ การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้ด้วยการบันทึกการพยาบาล เป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล และยึดถือกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก สามารถสะท้อนให้เห็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาของผู้ใช้บริการ ผลที่เกิดขึ้น ดังนั้นบันทึกทางการพยาบาล จึงเป็นเครื่องมือประกันคุณภาพอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ดีที่สุดทั้งในขณะเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การบันทึกที่ดีควรมีการประเมินผลการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้เรียนรู้ และเกิดเป็นความรู้ใหม่ขึ้น เพื่อนำมาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลต่อไป (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 286-287)

บันทึกการพยาบาลเป็นการบันทึกเกี่ยวกับสถานการณ์จริงในการให้การพยาบาล แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงตั้งแต่แรกเริ่ม เวรต่อเวร หรือการติดตามเยี่ยมครอบครัวทุกครั้งจนกระทั่งจำหน่าย เนื้อหาสำคัญประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบและวิเคราะห์เปรียบเทียบปัญหาและความต้องการการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ข้อความที่บันทึกต้องกะทัดรัดเป็นจริง มีเหตุมีผลและถูกต้องเป็นสำคัญ (จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ 2541: 40-41)

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลวิชาชีพเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษาและการให้การพยาบาล ทั้งนี้บันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนที่แสดงถึงองค์ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์จะช่วยให้งานของพยาบาลเป็นที่ยอมรับของพยาบาลร่วมวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป และ เบ็ญจา เตากล้า 2543)

บันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกแผนการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาล หรือผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และต่อเนื่อง นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง และทันสมัยจะช่วยส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพในด้านการดูแลมีประสิทธิภาพขึ้น (Voutilainen, Isola, & Muurinen 2004)

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล

และการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษา และการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เพื่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ

2.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลจะพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นต่อวิชาชีพการพยาบาลในยุคที่โลกไร้พรมแดนในปัจจุบันนี้มาก ทั้งนี้ได้มีผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลได้กล่าวสรุปถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ โดยขอนำมากล่าวสรุปไว้ดังนี้

ไอเยอร์ และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) กล่าวว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับการบันทึกที่ดีคือความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การบันทึกทางคลินิกช่วยในการดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่อง ความร่วมมือในการรักษา และประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ความสำคัญประการที่สองของการบันทึกคือการปกป้องทางกฎหมาย บันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลาช่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ขณะเดียวกันจะปกป้อง พยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาลจากการฟ้องร้องในกรณีที่มีสิ่งผิดปกติที่ไม่ควรเกิดขึ้น เมื่อมีการฟ้องร้องข้อมูลที่พยาบาลบันทึกไว้จะนำมาใช้พิจารณาถึงสภาพผู้ป่วย การรักษาและสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความสำคัญประการที่สามคือ เป็นข้อกำหนดในการรับรองมาตรฐานในสหรัฐอเมริกา องค์การรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพ

(Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO) มีข้อกำหนดมาตรฐานประการหนึ่งคือ เอกสารทางการพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับรองมาตรฐานย่อมไม่ได้รับเลือกจากหน่วยงานของรัฐบาลที่ดูแลการจ่ายเงินทดแทน และความจริงสำคัญประการสุดท้ายคือ หน่วยงานที่ดูแลการจ่ายเงินทดแทนและบริษัทประกันคุณภาพ จะพิจารณาความสมเหตุสมผลของการดูแลรักษาเพื่อการจ่ายเงินทดแทนจากเอกสารทางการพยาบาล เช่น การทำแผลผู้ป่วยมีความจำเป็นเพียงใด อุปกรณ์ที่ใช้ทำแผลใช้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด เป็นต้น

บุญศรี ปรานณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดณ์กุล (2536: 130-140) กล่าวว่า บันทึกรายงานทางการพยาบาล เป็นบันทึกที่มีความสำคัญทั้งทางด้านวิชาชีพ เนื่องจากจะสื่อสารถึงความรู้ความสามารถของพยาบาล เอกสิทธิ์ทางการพยาบาล และคุณภาพทางการพยาบาล ด้านความร่วมมือประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากบันทึกนี้ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารให้ผู้อื่นรู้สถานการณ์ข้อมูล สิ่ง que ผู้ป่วยได้รับและอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกัน ด้านการศึกษาวิจัยเนื่องจากข้อมูลในบันทึกสามารถนำมาวิเคราะห์ ศึกษา เป็นที่มาของความรู้ต่างๆ ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพได้เป็นอย่างดี และด้านกฎหมาย เนื่องจากการบันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารทางกฎหมายที่ใช้ประกอบการพิจารณาคดี ข้อความที่ปรากฏในบันทึกจึงเป็นได้ทั้งคุณและโทษกับผู้เกี่ยวข้อง

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2554) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล พอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นการแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพ เป็นเอกสารทางการพยาบาลเชิงวิชาชีพ (Professional Nursing Documentation) เนื้อหาที่มีเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลแสดงแนวคิดและทฤษฎีของวิชาชีพทั้งเนื้อหาและการปฏิบัติ รูปแบบการบันทึกมีความเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล

2. บ่งบอกความลึกและความกว้างของการปฏิบัติวิชาชีพ ภาษาที่ใช้มีความเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล ภาษาชี้นำความเป็นวิชาการเฉพาะทางที่ก้าวหน้า

3. ถ้อยคำบอกถึงบทบาทเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล เป็นการกระทำทางการพยาบาลแบบองค์รวม การสอนทางสุขภาพในขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล การให้คำปรึกษาทางสุขภาพในขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล การแสดงความเอื้ออาทร

4. ด้านกฎหมายและจริยธรรม ข้อความแสดงการปกป้องผลทางกฎหมาย ข้อความแสดงการปฏิบัติจริงที่มีผลทางกฎหมาย ข้อความแสดงการกระทำที่ปกป้องผู้ป่วย

College of Registered Nurses of British Columbia (2010) กล่าวถึง เหตุผลของความจำเป็นต้องมีการบันทึกเอกสารทางการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ การบันทึกที่ถูกต้องจะช่วยลดความผิดพลาด และการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง

2. เพื่อเสริมสร้างการพยาบาลที่ดี บันทึกทางการพยาบาลเป็นวิธีการที่ดีที่ช่วยประเมินความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล และช่วยในการตัดสินใจว่าวิธีการดูแลวิธีใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจในการบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ และการใช้จ่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพคุณภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

3. เพื่อบรรลุถึงมาตรฐานเชิงวิชาชีพและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย บันทึกทางการพยาบาลเป็นการแสดงถึงมาตรฐานเชิงวิชาชีพ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ การใช้ความรู้ ทักษะ และวิจารณญาณภายใต้มาตรฐานเชิงวิชาชีพ นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย ในกรณีเกิดการฟ้องร้อง หรือการไต่สวนทางกฎหมาย

จากที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญทั้งในด้านการแสดงบทบาทเฉพาะของวิชาชีพ การสื่อสารระหว่างพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ช่วยส่งเสริมการดูแลที่ดี และเป็นหลักฐานทางกฎหมายอีกด้วย

2.3 ลักษณะของการบันทึกการพยาบาลที่ดี

ได้มีการกล่าวถึงลักษณะการบันทึกที่ดีไว้ ดังนี้

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539: 386) กล่าวว่า การบันทึกการพยาบาลที่ดีควรยึดกระบวนการพยาบาล เป็นพื้นฐานเช่นเดียวกับการพยาบาลผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากผู้ใช้บริการบอกให้ฟัง (subjective data) ข้อมูลที่พยาบาลตรวจสอบพบ (objective data) ที่ได้จากการสังเกตตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือจากแพทย์ ขึ้นต่อไปมีการประเมินปัญหาของผู้ใช้บริการและวางแผนดำเนินการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งประเมินผลการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นการรวบรวมแผนการรักษาพยาบาล และประเมินผลไว้ด้วยกัน เอกสารนี้จะสมบูรณ์เมื่อมีการตรวจสอบ ประเมินผล และนำมาปรับปรุงการพยาบาลได้

บาร์ทอส และไนท์ (Bartos and Knight 1978: 41-48) ให้ข้อคิดว่า ลักษณะของการบันทึกการพยาบาลควรจะเป็นดังนี้คือ

1. มีระบบระเบียบและตรงกับความเป็นจริง
2. สามารถนำมาใช้ปรับปรุงแก้ไขการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการประเมินผลในระหว่างการดูแลผู้ใช้บริการและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. ใช้เป็นข้อมูลการวิจัย และมาตรฐานการพยาบาล
4. เป็นแนวทางให้การดูแลผู้ใช้บริการต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล
5. สามารถนำไปใช้เป็นองค์แห่งความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลต่อไป

บาร์ทอส และไนท์ ได้เสนอวิธีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการบันทึกการพยาบาลดังนี้ คือ เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการบันทึกไว้ในใบบันทึกประวัติของผู้ใช้บริการทางการพยาบาล ประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ใช้บริการที่สัมพันธ์กับปัญหา ซึ่งประกอบด้วยการพยาบาลการตอบสนองของผู้ใช้บริการ โดยอาศัยผลที่คาดหวังซึ่งได้ตั้งไว้ในแผนการพยาบาล

จากที่กล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่าลักษณะของการบันทึกการพยาบาลที่ดีควรยึดกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งมีขั้นตอนต่างๆที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย สะท้อนให้เห็นสภาพของผู้รับบริการ การพยาบาลที่ให้และการตอบสนองต่อการพยาบาลของผู้รับบริการ ก่อให้เกิดความต่อเนื่องต่อการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ข้อมูลที่ควรมีอยู่ในบันทึกการพยาบาล

ปีเตอร์สัน (Peterson อ้างถึงใน ภูษิตา อินทรประสงค์ 2539: 386) ได้ให้ข้อคิดว่าการบันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการควรประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้คือ

1. การรับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการไว้ในโรงพยาบาล มีการลงบันทึกถึงประวัติความเจ็บป่วย อาการนำมาโรงพยาบาล อาการและอาการแสดง ความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น หูตึง ตาบอด ฯลฯ ระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สุขนิสัยส่วนบุคคล สุขวิทยาของร่างกาย มีอะไรบางอย่างที่บ่งชี้ว่าสุขวิทยาไม่ดี เช่น อนามัยของปากและฟัน ความสะอาดของร่างกายทั่วไปนอกจากนี้จะต้องสังเกต และบันทึกถึงบาดแผลต่าง ๆ ด้วย การรับผู้ใช้บริการใหม่และการบันทึกให้ถูกต้องครบถ้วนจะสะท้อนให้เห็นรูปลักษณะของผู้ใช้บริการทั้งหมด

2. อาการแสดง กิจกรรมทางด้านร่างกาย พฤติกรรมอาการหรือสิ่งที่หายไป ในโรคบางโรคเช่น เจ็บหน้าอกในผู้ใช้บริการกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีไข้ในผู้ใช้บริการติดเชื้อ ความดันโลหิตในผู้ใช้บริการที่มีความดันโลหิตสูง จำนวนปัสสาวะ และ uremic symptom ในผู้ใช้บริการโรคไตเรื้อรัง การปวดแผลในผู้ใช้บริการหลังผ่าตัด เป็นต้น

3. ผลของยาหรือการรักษาบางอย่าง เช่น ได้แอสไพรินแล้วไม่หายปวด ซิพธรเต็นเร็วในผู้ใช้บริการโรคหัวใจและหลังได้รับ digitalis มีไข้ให้ paracetamol 2 เม็ด ทางปาก ใช้ลดลงเหลือออก ผู้ใช้บริการดูสุขสบายขึ้น

4. ผลการรักษา ได้ผลกับที่ต้องการหรือไม่ เช่น ทำแผลนี้แล้วได้ผลอย่างไรแผลดีขึ้นหรือไม่ ถ้ามี drainage กลิ่นสี จำนวนเท่าใด ถ้าผู้ใช้บริการใส่ traction ไว้ หรือนอนเตียงพิเศษ ควรบันทึกเกี่ยวกับภาวะทางร่างกาย เช่น สีผิวบริเวณส่วนปลายมือ ปลายเท้า การเคลื่อนไหว อุณหภูมิของผิวหนังอุ่นหรือเย็น ความรู้สึกชา และเจ็บ เป็นต้น

5. ภาวะทางอารมณ์ การบันทึกคำพูดของผู้ใช้บริการไว้เพื่อจะได้รู้ภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ความท้อแท้หมดหวัง ดีใจ เสียใจ เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าใจ อารมณ์ของผู้ใช้บริการสามารถหาคำพูดที่จะสนทนา และเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพได้อย่างถูกต้อง มองเห็นความก้าวหน้าของผู้บริการวันต่อวัน และชี้ให้เห็นว่าพยาบาลสนใจผู้ใช้บริการด้วย จากข้อมูลดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าองค์ประกอบที่ควรมีในการบันทึกการพยาบาลควรมีการประเมินตั้งแต่แรกรับทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ บันทึกกิจกรรมที่สอดคล้องกับโรคที่ผู้รับบริการเป็น บันทึกการประเมินผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับและผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้รวมทั้งติดตามข้อมูลของผู้ป่วยโดยสอบถามอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะได้รับทราบความก้าวหน้าตลอดเวลา

นอกจากนี้ การบันทึกข้อมูลข้างต้นต้องเขียนด้วยความกะทัดรัดสั้น ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง ตรงตามความเป็นจริง เรียงตามลำดับความสำคัญ ถูกต้อง อ่านง่าย และผู้บันทึกต้องลงนามกำกับ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545:287)

2.5 วิธีบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

เทเลอร์, ลิลิชและเลอร์มุน (Taylor, Lillis & LeMone 1989: 310-312) ได้เสนอวิธีบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์
2. บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกต ควรเขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่แปลความหมาย
3. เลี่ยงการใช้คำ เช่น ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ละคนจะให้ความหมายแตกต่างกัน
4. บันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย และปรับปรุงปัญหาให้ทันเหตุการณ์
5. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ไม่ข้ามบรรทัด และขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นบริเวณที่เป็นช่องว่าง

6. ใช้ไวยากรณ์และสะกดคำให้ถูกต้อง
7. กรณีเขียนผิด ให้ขีดทับข้อความนั้นและเขียนคำว่า “ผิด” เหนือ หรือข้างข้อความนั้นแล้วลงชื่อ ก่อนจะเขียนข้อความที่ต้องการต่อไป
8. ควรเขียนชื่อ และเลขประจำตัวผู้ป่วยในแบบฟอร์มบันทึกทุกใบ
9. ใช้คำย่อ และสัญลักษณ์ที่เป็นสากลนิยม
10. ใช้ปากกาและหมึกตามที่หน่วยงานกำหนดไว้
11. ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง

จากข้อมูลเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลทั้งหมด ตั้งแต่ความหมาย ความสำคัญ ลักษณะของการบันทึก องค์ประกอบ วิธีการบันทึก อาจสรุปได้ว่าการบันทึกการพยาบาลที่ดี ควรมีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ ซึ่งผู้บันทึกจะสามารถทำได้ง่ายและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องมีการประเมินผลและมีความต่อเนื่องตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีการบันทึกแบบองค์รวมเป็นรายบุคคล

3. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

3.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ (2541) ได้กล่าวไว้ว่ากระบวนการพยาบาลเริ่มต้นขึ้นพร้อมกับกำเนิดของวิชาชีพการพยาบาล มีสฟอรเรนซ์ ในดิงเกิล เป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดของกระบวนการพยาบาล และได้พยายามที่จะวางโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นถึงความสำคัญของการสังเกต ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการปฏิบัติการพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลต้องรู้จักว่า จะต้องสังเกตสิ่งใดบ้างจากผู้ป่วย สังเกตอย่างไร อาการอะไรบ้างที่แสดงว่าผู้ป่วยดีขึ้นหรือเลวลง สิ่งใดสำคัญหรือไม่สำคัญ สิ่งใดที่แสดงว่า ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งละเลย และเป็นการละเลยในส่วนใด

ลิเดีย ฮอลล์ (Lydia Hall) เป็นพยาบาลคนแรกที่ใช้คำว่า “กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)” โดยใช้เรียกรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ปี 1950 (Gordon, 1995)

ยูรา และวอลช (Yura & Walsh :1983 อ้างถึงในสาตี เถลิมวรรณพงศ์ 2544: 5) ให้ความหมายว่า กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่ต้องการจะดำรงภาวะสุขภาพดีของผู้มารับบริการ ถ้าผู้มารับบริการป่วยก็จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้มารับบริการกลับสู่ภาวะสุขภาพดี แต่ถ้าให้กลับสู่ภาวะสุขภาพดีไม่สำเร็จ ก็ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามสถานะของเขาเท่าที่จะเป็นไปได้

เลเยอร์ แทปพิช และเบอร์โนชี ลอชชี (Lyer, Taptich & Bernoechi-Loscy: 1995 อ้างถึงในศศิธร วีระเวทวัฒน์ 2547) ให้คำจำกัดความว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบการปฏิบัติงานที่พยาบาลใช้ความเชื่อ ความรู้ ทักษะ ในการวินิจฉัยและวางแผนทางการรักษา การตอบสนองของผู้รับบริการต่อปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น

ฟาริดา อิบราฮิม (2546: 190-191) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการพยาบาลเป็นบทบาทในการปฏิบัติงานบริการของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้เกิดการรับรู้ และยอมรับสภาพการณ์ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสมเพื่อสามารถให้ผู้ป่วยดำรงภาวะสุขภาพ กาย จิต สังคมและวิญญาณอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี

พอสรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาล คือ การปฏิบัติการพยาบาลด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถดำรงภาวะสุขภาพกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณได้ดี โดยมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล เกิดเป็นกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับสภาพการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.2 องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นขั้นตอนที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระบบครอบครัวและลักษณะทางชุมชน เพื่อกำหนดความต้องการของผู้ป่วย สภาพปัญหา ความเกี่ยวเนื่องหรือปฏิกิริยาตอบสนอง ในฐานะบุคคล การประเมินผู้ป่วยต้องอาศัยกรอบแนวคิดมีการรวบรวมอย่างเป็นระบบโดยการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาประวัติทางการแพทย์ ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาพยาธิสภาพด้านการเจ็บป่วยทางกาย สังเกตพฤติกรรมทางจิตสังคมซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ศึกษาผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาปฏิกิริยาของร่างกายที่ปรากฏออกมาให้เห็นนอกเหนือจากอาการและอาการแสดงที่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย เพื่อให้การมองปัญหาและการช่วยเหลือเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดในขั้นตอนแรกนำมาวิเคราะห์โดยจัดกลุ่มเพื่อแปลความหมายและสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวเนื่องกับความต้องการ ปัญหา ความเกี่ยวข้อง และปฏิกิริยาตอบสนองในด้านบุคคล การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการพยาบาล ช่วยให้เห็นสภาพการณ์ของผู้ป่วยในเชิงสุขภาพ พยาบาลจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลต่อไป

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการกำหนดยุทธวิธีในการป้องกัน ลดหรือแก้ปัญหาซึ่งกำหนดในการวินิจฉัยการพยาบาล ขั้นตอนในการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย

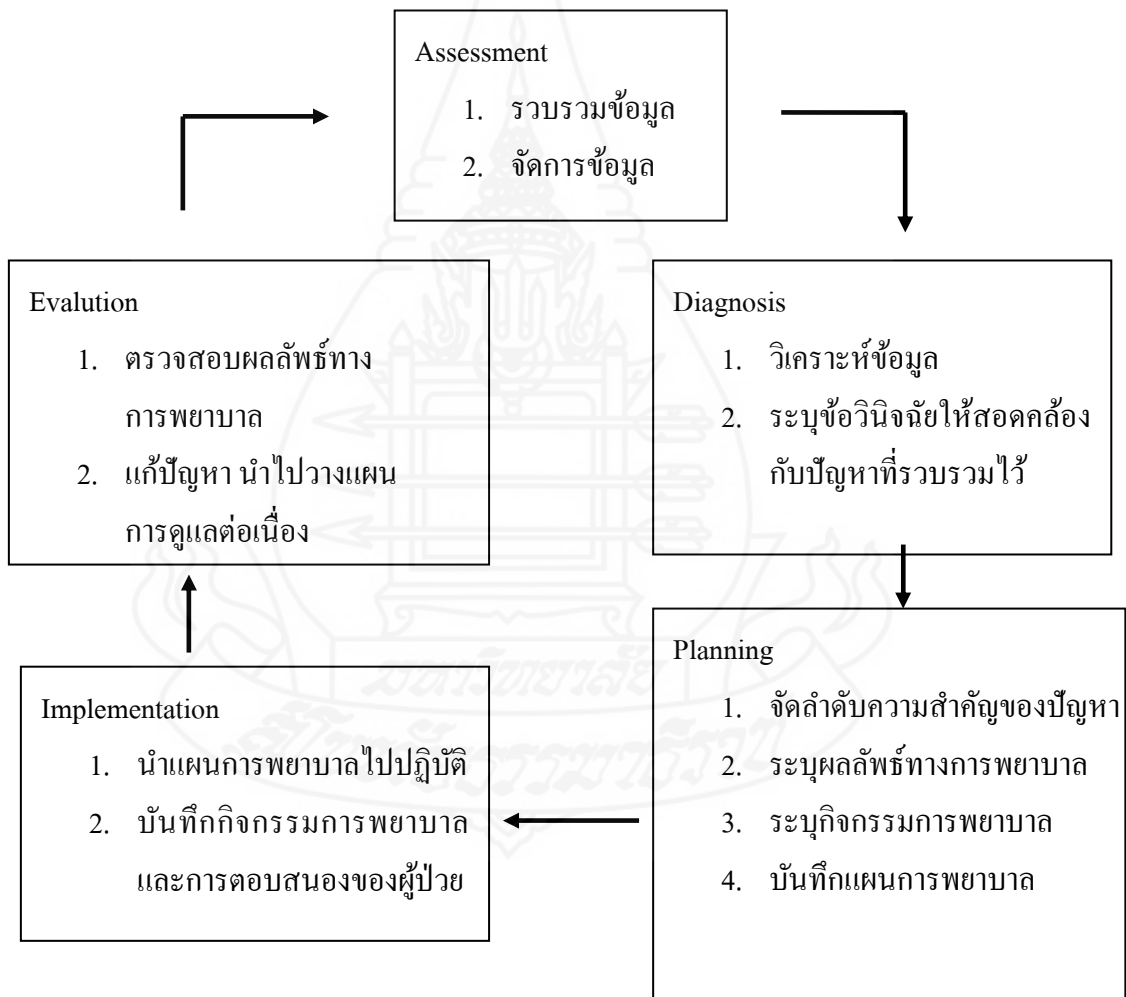
- การกำหนดปัญหาจากการวินิจฉัยการพยาบาลตามลำดับความสำคัญ
- ก่อนหลัง
- กำหนดเกณฑ์ประเมินที่บอกพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าจะได้รับการแก้ไข ลด หรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น
 - กำหนดกิจกรรมการพยาบาลซึ่งคาดหวังให้เกิดพฤติกรรมที่กำหนด
 - บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงตามที่คาดหวังและกิจกรรมตามแบบฟอร์มที่กำหนดในแผนการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการทำกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดในแผนการพยาบาลซึ่งคาดหวังพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่ภาวะสุขภาพ ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลจะมีการสื่อสารแผนการพยาบาลของผู้ป่วยโดยการอภิปรายร่วมกันในทีมพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลอาจกระทำด้วยตัวพยาบาลเอง ให้ผู้ป่วยกระทำ หรือให้ครอบครัวเป็น

ผู้กระทำตามความเหมาะสมกับสถานการณ์โดยยึดแผนการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปและปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมภายหลังการได้รับการพยาบาล บันทึกในรายงานการพยาบาลซึ่งจะสะท้อนให้เห็นการนำไปปฏิบัติและประสิทธิผลของแผนการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของ

กระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่บอกว่าเป้าหมายการดูแลซึ่งกำหนดในแผนการพยาบาลบรรลุความสำเร็จเพียงใด พยาบาลจะประเมินความก้าวหน้า ทบทวนแผนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่ตั้งไว้



ภาพที่ 2.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

ที่มา : เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2549: 31)

3.3 ลักษณะสำคัญของกระบวนการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน 2549: 32)

ได้ให้ลักษณะสำคัญของกระบวนการพยาบาลไว้ว่า

1. ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่เป็นอิสระในการวินิจฉัยปัญหา และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย
2. มีพื้นฐานอยู่บนความรู้ของพยาบาล พยาบาลต้องมีความสามารถในการวินิจฉัยและแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง และนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงต่อเพื่อนร่วมสหสาขาวิชาชีพ
3. มีการวางแผน ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการพยาบาล ในการจัดการและวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยต้องวางแผนการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตรงตามความคาดหวังของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
4. มองให้ถึงเป้าหมายของการดูแล กระบวนการพยาบาลจะต้องมองถึงเป้าหมายในการดูแลทั้งของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย และทีมการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันของผลลัพธ์การพยาบาล
5. มีการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา กระบวนการพยาบาลจะต้องมุ่งแก้ไขปัญหาจากที่สำคัญที่สุดก่อนแล้วค่อยๆ แก้ปัญหาที่มีความสำคัญเรียงตามลำดับ
6. เป็นไดนามิก เพราะสถานะของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา กระบวนการพยาบาลจึงต้องมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติ
7. การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล แต่จะต้องเป็นขั้นตอนที่ต้องรวบรวม ประเมินข้อมูล เพื่อนำไปสู่การเริ่มต้นวางแผนการพยาบาลต่อไป

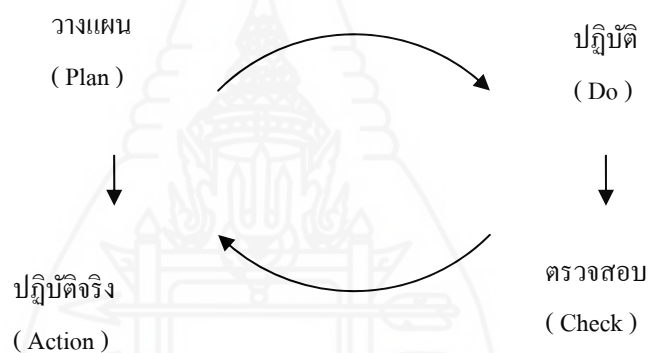
อาจสรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลขั้นตอนทั้ง 5 มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่การประเมินผู้รับบริการแรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลจะต้องใช้ทักษะและความรู้หลายประการ นอกจากนี้ยังต้องมีการบันทึกการพยาบาล เพื่อเป็นการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกการพยาบาลจะช่วยสะท้อนให้เห็นสภาพของผู้รับบริการ การพยาบาลที่ให้และตอบสนองต่อการบริการของผู้รับบริการ ก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกระบวนการพยาบาลที่สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา

2.1 แนวทางการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลในห้องคลอด

แนวคิดในการศึกษาครั้งนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดคุณภาพซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) ของ ดร. เอ็ดเวิร์ด เดมมิง (Dr. W Edwards Deming) โดยเริ่มต้นเผยแพร่แนวคิดในประเทศญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 1950 และแพร่หลายไปทั่วโลกโดยเน้นความเข้าใจในการใช้การควบคุมกระบวนการทำงานโดยผ่านวงจรเดมมิง

วงจรเดมมิง (Deming cycle) คือวงจรในการควบคุมคุณภาพ ดังแผนภาพ



ภาพที่ 2.3 วงจรควบคุมคุณภาพเดมมิง

ซูฮาร์ต วอลเตอร์ แอนดรู (1939) ได้อธิบายว่าวงจร เดมมิง ประกอบด้วย

1. วางแผน (Plan) หมายถึง การวางแผนดำเนินงานอย่างรอบคอบครอบคลุมถึงการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง รวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานอาจประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน วางแผนการจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน ระยะเวลา การดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการและกำหนดงบประมาณที่จะใช้ การเขียนแผนดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของลักษณะ การดำเนินงาน การวางแผน ยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

2. **ปฏิบัติตามแผน (Do)** หมายถึง การดำเนินการตามแผน อาจประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับ การดำเนินการ (เช่น มีการประชุมของคณะกรรมการจัดการเรียนการสอน มีการแสดงความจำนงขอรับนักศึกษาไปยังทบวงมหาวิทยาลัย) และมีผลของการดำเนินการ เช่น รายชื่อนักศึกษาที่รับในแต่ละปี

3. **ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (Check)** หมายถึง การประเมินแผน อาจประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับ การดำเนินงาน การประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน การประเมินผลของการดำเนินงานตามแผนที่ได้ตั้งไว้ โดยในการประเมินดังกล่าวสามารถทำได้เอง โดยคณะกรรมการที่รับผิดชอบแผนการดำเนินงานนั้นๆ ซึ่งเป็นลักษณะของการประเมินตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องตั้งคณะกรรมการอีกชุดมาประเมินแผน หรือไม่จำเป็นต้องคิดเครื่องมือหรือแบบประเมินที่ยุ่งยากซับซ้อน

4. **ปรับปรุงแก้ไข (Act)** หมายถึง การนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน อาจประกอบด้วย การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ว่ามีโครงสร้าง หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานใดที่ควรปรับปรุงหรือพัฒนาสิ่งที่ดีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก และการสังเคราะห์รูปแบบ การดำเนินการใหม่ที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการในปีต่อไป

จูแลน (Juran 1992: 14-1) เป็นผู้นำด้านคุณภาพที่สำคัญ ได้กล่าวว่า “คุณภาพมิใช่อุบัติเหตุแต่ต้องเกิดจากการวางแผนอย่างระมัดระวัง” กล่าวถึงการดำเนินการจัดการคุณภาพจะต้องใช้กระบวนการกำหนดเป้าหมายคุณภาพ การคำนึงถึงลูกค้าภายนอกและภายในองค์กรเข้าใจความต้องการของลูกค้า การปรับปรุงผลิตภัณฑ์ให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้า การค้นหากระบวนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของงาน กระบวนการที่สองคือการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) ได้แก่ การประเมินสภาพปัจจุบันการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเทียบการดำเนินงานในสภาพปัจจุบันกับเป้าหมายที่ต้องการ และปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน กระบวนการสุดท้ายคือ การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) ได้แก่การปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพด้านคุณภาพสูงขึ้นกว่าระดับก่อน ๆ การปรับโครงสร้างภายในองค์กรที่จำเป็นต่อการปรับปรุงคุณภาพ ทีมงานมีหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จและการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นการจูงใจและการฝึกอบรมแก่ทีม

ครอสบี (Crosby 1979: 70-73) เป็นผู้นำการพัฒนาคุณภาพไปใช้จริงและมีคำกล่าวว่า Quality is free กล่าวคือ การดำเนินการปรับปรุงคุณภาพมี 14 ขั้นตอน

1. ความมุ่งมั่นในการบริหารจัดการบนพื้นฐานคุณภาพ กำหนดนโยบายคุณภาพ และการจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพอย่างจริงจัง

2. การปรับปรุงคุณภาพโดยทีม ทุกคนได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์การมุ่งมั่นในการสร้างคุณภาพตลอด 24 ชั่วโมงการทำงาน สมาชิกทีมมีหน้าที่รับผิดชอบพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพร่วมกับหน่วยงานของตน เผยแพร่การทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้นทั่วทั้งแผนก และสนับสนุน โปรแกรมคุณภาพ
3. การวัดคุณภาพ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญและไม่ผิดพลาด เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพเพื่อค้นหาปัญหา ประเมินสภาพปัจจุบัน และการสร้างโปรแกรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดความสูญเสีย
4. ต้นทุนคุณภาพ หมายถึงต้นทุนคุณภาพที่เกิดจากเศษสิ่งของเหลือใช้ การทำซ้ำใหม่ การประกันคุณภาพ การตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพผู้ปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือการผลิต และวิธีการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการตรวจสอบต้นทุน คุณภาพจะทำให้ทีมตระหนักว่าเกิดอะไรขึ้น และควรปรับปรุงอย่างไร
5. ความตระหนักหรือจิตสำนึกในคุณภาพ
6. การปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงแก้ไข
7. การวางแผน ไร้อผิดพลาด (Zero defects planning) โดยอธิบายถึงแนวคิดและโปรแกรมการตรวจสอบทุกระดับ กำหนดความต้องการวัตถุดิบ กำหนดวิธีการผลิตเพื่อมิให้เกิดความผิดพลาด อธิบายโปรแกรมแก้ไขความผิดพลาด (The error-cause-remove program) และวางแผนการจัดการความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
8. สนับสนุนให้การฝึกอบรม (Supervisor training) ต้องให้การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานครอบคลุมในเรื่องเทคนิคการวัดคุณภาพ การวัดต้นทุนคุณภาพ วิธีการตรวจแก้ไขและความตระหนักในคุณภาพโดยเน้น โปรแกรมข้อผิดพลาดที่เป็นศูนย์ และทำให้เกิดขึ้นในทุกแห่งขององค์กร
9. วันแห่งข้อผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero defects day) คือวันที่ให้ทุกคนร่วมกันสร้างนโยบายมุ่งคุณภาพ และให้การยอมรับนำไปปฏิบัติด้วยความสมัครใจ
10. การกำหนดเป้าหมายคุณภาพของระบบที่สามารถนำไปปฏิบัติให้สำเร็จได้
11. การขจัดข้อผิดพลาดหรือสาเหตุของความบกพร่องเป็นวิธีการทางระบบ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าผู้ปฏิบัติสามารถรับข้อมูลการจัดการปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพและนำไปปฏิบัติในงานของตนได้
12. การให้การยอมรับผู้ปฏิบัติงาน

13. การให้คณะกรรมการคุณภาพ (Quality Councils) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ และผู้ปฏิบัติงานในสัดส่วนที่สมดุล ร่วมกันสร้างคุณภาพในหน่วยงาน โดยการวางแผน และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับหลักพื้นฐานการปฏิบัติเพื่อคุณภาพไปยังทุก ๆ แผนกในองค์กร

14. การทบทวนทำทุกขั้นตอนซ้ำใหม่ทั้งหมด (Do it over again) เพราะคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงต่อเนื่องอย่างไม่หยุดยั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพในหลายๆท่าน ผู้วิจัยเลือกแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง โดยใช้วงจรเดมมิ่ง โดยมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนา เพื่อให้ระบบการทำงานมีความผิดพลาดน้อยที่สุดด้วยการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างมีระบบ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าแนวคิด วงจรเดมมิ่ง สามารถนำมาพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน (Plan) นำปัญหาที่เกิดขึ้นมาวางแผนแก้ไขอย่างเป็นระบบโดยผู้วิจัยพบว่าในห้องคลอดยังมีปัญหาในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอดนำมาวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุงแก้ไข

2. นำรูปแบบมาทดลองใช้ (Do)

3. ประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นระยะๆ (Check)

4. การปฏิบัติหลังการตรวจสอบ เมื่อตรวจสอบผลแล้วยังมีปัญหา ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีการสนทนากลุ่มนำมาหาวิธีปฏิบัติ (Act) ให้ได้ผลตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

5. นำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในห้องคลอดที่พัฒนาแล้วมาใช้ในห้องคลอดต่อไป และถ้ายังพบว่ายังมีปัญหา ก็สามารถพัฒนาเป็นวงจรไปได้อย่างต่อเนื่อง

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

3.1 ความหมายของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

De Koning & Martinn (1996 อ้างถึงใน มณี อภานันท์กุล 2550: 9-19) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีรากฐานความเชื่อที่ว่า การทำวิจัยกับมนุษย์ต้องมีการร่วมมือกัน คือ และมีความเป็นประชาธิปไตย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เข้าด้วยกัน เพื่อศึกษาโครงสร้างของสังคมซึ่งมีผลทำให้กลุ่มคนที่ด้อยโอกาสไร้อำนาจ ได้รับการกดขี่และเอา

เปรียบจากคนอื่นในสังคม รวมทั้งการหาวิธีที่จะทำให้โครงสร้างสังคมที่ทำให้คนมีความไม่เท่าเทียมกันเปลี่ยนแปลงไป

Donna (2004 อ้างถึงใน มณี อากานันท์กุล 2550: 9-19) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการสร้างรูปภาพของความรู้โดยผ่านการวิเคราะห์อย่างสร้างสรรค์ ในความเข้าใจที่แตกต่างและจากประสบการณ์ของคนที่มีส่วนร่วมในปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งการวิจัยแบบนี้ยังเป็นการผลิตความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งจะยังเป็นประโยชน์ต่อคนที่ดำเนินชีวิตอยู่ในแต่ละวัน

สุภาวศ์ จันทวานิช (2543: 68) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึงกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เขาเห็นว่าดี เหมาะสม ตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินความเหมาะสมในความเป็นจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติการ แล้วนำผลมาปรับปรุงปฏิบัติการเพื่อนำไปทดลองใหม่ จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจ นำไปใช้และเผยแพร่ได้ วิจัยชนิดนี้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานเมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้รูปแบบการวิจัยยืดหยุ่นได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเป็นแบบมีส่วนร่วมหรือไม่ก็ได้ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือ Participation Action research : PAR ส่วนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบไม่มีส่วนร่วม คือ Action Research

สุวิมล ว่องวานิช (2544: 12) ได้สรุปเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องมีการดำเนินงานที่เป็นวงจรต่อเนื่อง มีกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม และเป็นกระบวนการที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานปกติ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบในการแก้ไขปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้จริง เช่น การนำแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนจะมีลักษณะที่การเรียนการสอนกำลังดำเนินการอยู่ ก็ต้องมีการวิจัยเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างเรียน และทำการปรับปรุงแก้ไขพัฒนาผู้เรียนควบคู่กันไป กิจกรรมการเรียนการสอนการวิจัยและการพัฒนาจึงเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานพร้อมกันในการทำงานปกติ

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การวิจัยเพื่อพัฒนางาน โดยมีความร่วมมือกันของคนที่มีประสบการณ์ นำเอาความรู้ที่ต้องการสังเคราะห์มาปรับปรุง และพัฒนางานที่เกิดปัญหาร่วมกัน เสนอองค์ความรู้ใหม่จากการนำไปปฏิบัติและทดแทนจนได้ผลตามที่คาดหวังไว้ และสามารถนำไปเผยแพร่และใช้ในงานประจำวันได้

3.2 ขั้นตอนในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Mc Kernan (1996 อ้างถึงใน มณี อาภานันท์กุล 2550: 9-19) กล่าวว่าไว้ว่า การวิจัยแบบนี้ต้องเป็นความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยและคนในชุมชน โดยมีการสำรวจพื้นที่ร่วมกันว่าปัญหาอะไร และดำเนินขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหาปัญหา
2. วางแผนเฉพาะตัวปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีการทดลองสมมติฐานโดยการนำแผนการไปใช้
3. ประเมินผลร่วมกันถึงประสิทธิผลของการทำกิจกรรมนั้นๆ มีการติดตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง
4. คนในชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามแผนที่กำหนดมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งสรุปผลเพื่อเผยแพร่ความรู้ที่ได้ไปสู่คนกลุ่มอื่น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้

De Koning&Martinn (1996 อ้างถึงใน มณี อาภานันท์กุล 2550: 9-19) กล่าวว่าไว้ว่าผู้วิจัยและคนในชุมชน สามารถร่วมกันทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมดังขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยและคนในชุมชนวางแผนการวิจัยร่วมกัน
2. ผู้วิจัยและคนในชุมชนร่วมกันเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยและคนในชุมชนร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล เป็นแนวทางแก้ไข
4. ผู้วิจัยและคนในชุมชนร่วมกันนำแนวทางแก้ไขไปปฏิบัติ จากนั้นมาประเมินผลร่วมกัน และเผยแพร่ความรู้ที่ได้สู่สาธารณชน

สรุป จากข้อมูลดังกล่าว อาจสรุปได้ว่าการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความคล้ายคลึงกับวงจรพัฒนาคุณภาพของ Deming ที่ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ (P) การค้นหาปัญหาเพื่อนำไปวางแผน การลงมือปฏิบัติตามแผน (D) ประเมินผลโดยการตรวจสอบ (C) นำไปปฏิบัติจริง (A) โดยสามารถกระทำซ้ำไปซ้ำมาหรือย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขในแต่ละขั้นตอนได้ตลอดเวลาจนสามารถได้ความรู้ใหม่และเผยแพร่สู่หน่วยงานอื่นได้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ในประเทศไทยได้มีผู้ทำการศึกษาไว้มากมายแต่จะขอสรุปเฉพาะที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้โดยเรียงตามลำดับเวลาของปีที่ทำการศึกษาไว้ดังนี้

อารี ชิวเกษมสุข (2534) ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา พบว่าประสิทธิผลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของการบันทึกทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพ รวมทั้งความถูกต้องทางกฎหมายของการใช้รูปแบบการบันทึก ทั้ง 2 รูปแบบไม่แตกต่างกัน การใช้รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลมีความต่อเนื่องของการบันทึกมากกว่าการใช้รูปแบบที่มุ่งปัญหา แต่รูปแบบที่มุ่งปัญหามีความง่ายในการบันทึกมากกว่าการใช้รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล

พิชชดา วิรัชพินทุ และคณะ (2536) ศึกษาเรื่อง การบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยพักค้างรอดูอาการ ศึกษาเฉพาะกรณีตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยให้มีความกระชับและสะดวกแก่การนำไปใช้ โดยคงไว้ซึ่งมาตรฐานและประสิทธิภาพสูงสุด ผลการวิจัยสรุปว่า พยาบาลเห็นด้วยกับรูปแบบใหม่ที่นำมาศึกษาทดลองนี้ว่าดีหรือเหมาะสมกว่ารูปแบบการบันทึกเดิมที่ปฏิบัติอยู่สามารถนำมาใช้รับส่งเวรได้ มีความกะทัดรัดเป็นหมวดหมู่เดียวกัน ช่วยให้การวางแผนการพยาบาลสมบูรณ์ขึ้น

พินิจ ปรีชานนท์ และนวลลลอ ศรีโพธิ์ทอง (2537) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัดต่อความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลพึงพอใจบริการพยาบาลที่ได้รับมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าแบบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลมีความสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ

ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกัน ในด้านความครบถ้วนของการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย แต่ในความคล่องตัวในบันทึกแตกต่างกัน

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าฯ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกการพยาบาลใหม่เนื่องจาก สามารถนำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านการสื่อสาร ด้านการวางแผน ด้านการศึกษาวิจัย และข้อมูลสถิติ ด้านการประเมินคุณภาพการพยาบาลและด้านกฎหมาย

คารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ศึกษาเรื่องผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติกรพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 หลังการทดลองคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนา ขวงคำมา (2548) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม ผลการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม จำนวน 20 แฟ้มประวัติ พบว่ารายการที่พยาบาลบันทึกครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 57.14 โดยรายการที่ต้องเพิ่มการบันทึกให้ครบถ้วน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ เพิ่มการเฝ้าระวังปัญหาเจ็บปวด ตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินความก้าวหน้าของปัญหา 2) การวินิจฉัยการพยาบาล เพิ่มการระบุปัญหาใหม่และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการปรับข้อวินิจฉัยใหม่ เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้นๆ เปลี่ยนแปลงไป 3) การวางแผนการพยาบาล เพิ่มการบันทึกแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาใหม่แต่ละปัญหาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป 4) การปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มการบันทึกการพยาบาล ที่ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง 5) การประเมินผลการ เพิ่ม การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละปัญหาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลประจำการและผู้บริหารพยาบาลทุกระดับ

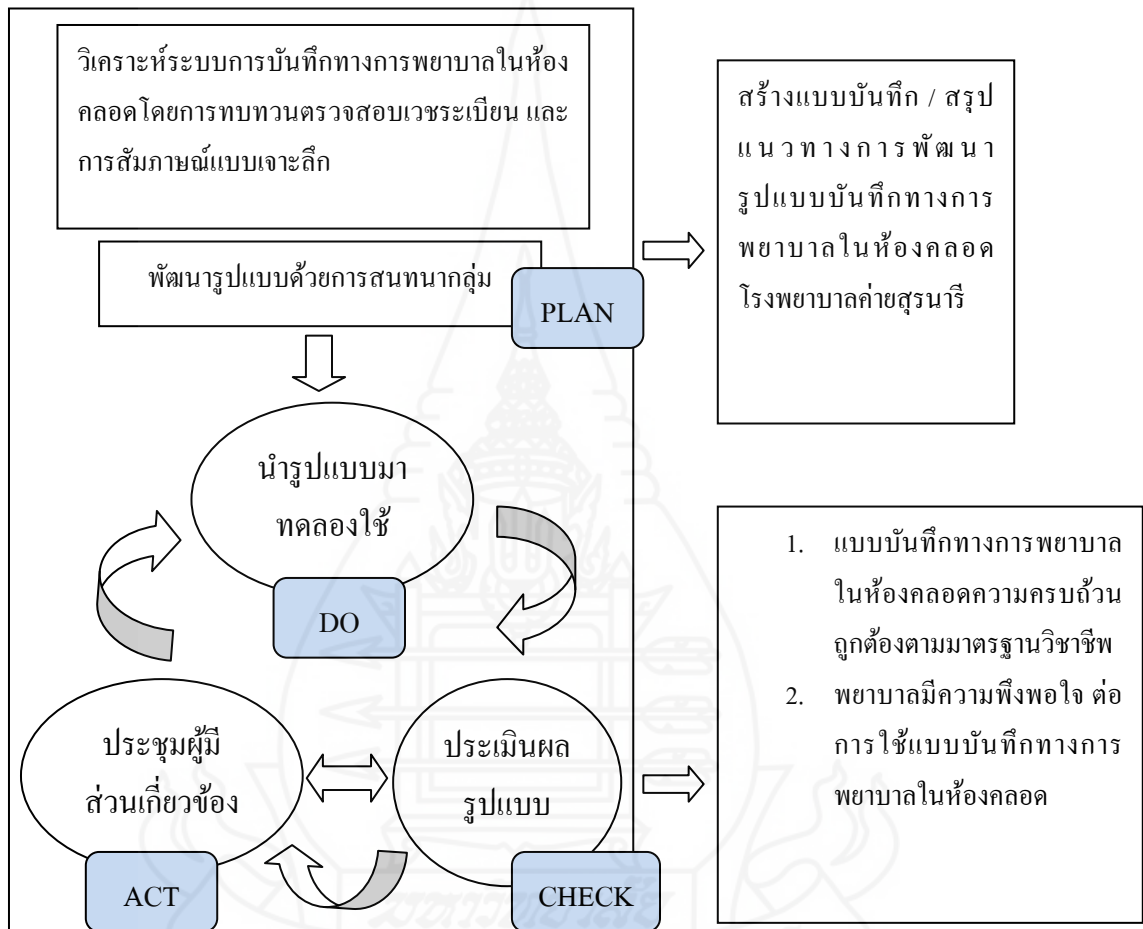
ยังคงต้องมีการพัฒนาการบันทึกการพยาบาลต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บันทึกการพยาบาลมีคุณภาพซึ่งครอบคลุมทั้ง ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน และได้ใจความ

ดอกเอื้อง แสนสีระ (2551) ศึกษาการพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลโนนสัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลประจำการหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศการบันทึกการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพการบันทึกการพยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

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

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากผลการศึกษาแนวคิดและทฤษฎี ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในแผนภาพข้างล่างนี้



ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ดังนี้

การบันทึกทางการแพทย์หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ และการตอบสนองของผู้ใช้บริการ ต่อแผนการรักษา และการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เพื่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ การบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญทั้งในด้านการแสดงบทบาทเฉพาะของวิชาชีพ การสื่อสารระหว่างพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ

ช่วยส่งเสริมการดูแลที่ดี และเป็นหลักฐานทางกฎหมายอีกด้วย จากข้อมูลดังกล่าวทำให้พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดโรงพยาบาลค่ายสุรนารีซึ่งพบปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดต่ำกว่ามาตรฐานที่กองการพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสุรนารีกำหนดไว้ให้มีความสมบูรณ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยพบว่ามีความสมบูรณ์ร้อยละ 72.24 จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงร่วมกันแก้ปัญหาโดยการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลในห้องคลอด ใช้การสนทนากลุ่มอย่างมีส่วนร่วมเป็นแนวทางในการพัฒนา



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory action research) เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จำนวน 10 คน

การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ศึกษารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด

ศึกษาสถานการณ์โดยศึกษารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2552 ถึง เดือนมิถุนายน 2552 พยาบาลในห้องคลอด

ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ทักษะที่ใช้ในการวิจัย และรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2552 ถึง เดือนมิถุนายน 2552 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1.1.1 ศึกษาและพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิธีการบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1.2 ศึกษากระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โดยศึกษาเวชระเบียน ในส่วนของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2552 ถึงเดือนมิถุนายน 2552 ซึ่งปรากฏบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้คลอดใน 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะรับใหม่ 2) ระยะรอคลอด 3) ระยะคลอด และ 4) ระยะหลังคลอด โดยศึกษาลักษณะของแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์ม และผู้ลงนามในแบบฟอร์ม ในแต่ละระยะ ของผู้คลอดแต่ละราย

1.1.3 ประเมินความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โดยสุ่มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในเวชระเบียนของผู้คลอดระหว่างเดือน

พฤษภาคม 2552 ถึง เดือนมิถุนายน 2552 จำนวน 30 ราย มาประเมินความถูกต้องตาม แบบประเมิน (Audit Chart Form) ที่กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ได้พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การตรวจประเมินจากภายนอก ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน (2553)

แบบประเมินของกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารี กำหนดให้ผู้ประเมินให้คะแนนความถูกต้อง สมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง บันทึก SD,OD สนับสนุนและทำกิจกรรมได้ครบถ้วนสมบูรณ์ (มีการเพิ่มข้อวินิจฉัยการพยาบาลเมื่อมีปัญหาเพิ่มขึ้น)

4 หมายถึง บันทึก SD,OD สนับสนุนและทำกิจกรรมได้สมบูรณ์ เป็นส่วนใหญ่

3 หมายถึง บันทึกและทำกิจกรรมครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ครอบคลุมการประเมินสภาพแรกรับ

2 หมายถึง บันทึกและทำกิจกรรมไม่ครอบคลุม (แรกรับ)

1 หมายถึง บันทึกและทำกิจกรรมไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย ประเมินใน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินสภาพแรกรับ มี 7 หัวข้อย่อย ได้แก่ (1) อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล (2) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (3) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (4) ประวัติส่วนตัว และข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) (5) บันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย (6) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และประเมินแผลกดทับทุก 7 วัน (7) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ส่วนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล มี 4 ข้อย่อย ได้แก่ (1) เรียงลำดับ ความสำคัญของปัญหาได้ถูกต้อง/ครบถ้วน (2) วินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุม และสัมพันธ์กับ ปัญหา/อาการที่สำคัญ (3) นำ SD,OD มาเป็นข้อมูลสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหา (4) มีการ ทบทวนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล มี 3 ข้อย่อย ได้แก่ (1) วัตถุประสงค์และ เกณฑ์การประเมินผลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัย (2) การวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับอาการและ ปัญหาของผู้ป่วย (3) วางแผนการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล มี 3 ข้อย่อย ได้แก่ (1) ปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลตามที่วางแผนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแผนการรักษา (2) ดูแลความสบายทั่วไปและ ตอบสนองตามปัญหาของผู้ป่วยทันที กรณี Stat.order มีการปฏิบัติภายใน 30 นาที (3) ผู้ป่วยที่มีอาการ

เปลี่ยนแปลงฉุกเฉิน ได้รับการพยาบาลทันที พร้อมบันทึกกิจกรรมพยาบาลและมีการติดตามประเมินผล

ส่วนที่ 5 การประเมินการพยาบาล มี 2 ข้อย่อย ได้แก่ (1) มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้องกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาลและแผนการรักษาที่กำหนดไว้ (2) ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 6 การวางแผนการจำหน่าย มี 3 ข้อย่อย ได้แก่ (1) มีการเตรียมการวางแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับโรค ตั้งแต่แรกเริ่ม ภายใน 24 ชั่วโมง (2) มีการให้ข้อมูล/คำแนะนำเป็นระยะระหว่างการรักษาตามกระบวนการ METHOD (3) มีการประเมินการดูแลสุขภาพตนเองและความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย

1.1.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จำนวน 6 คน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2552 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2553 ตามแนวคำถามหลักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในแต่ละระยะ ปัญหาและอุปสรรคในการบันทึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการประเมิน การทบทวนเวชระเบียนผู้คลอดของกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารี การทบทวนว่าการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของผู้คลอดในแต่ละระยะของการคลอด ส่วนใดที่ตนเองสามารถบันทึกได้เป็นอย่างดี และส่วนใดที่ยังต้องปรับปรุงแก้ไข

ในการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพแต่ละราย ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เชิงลึก เมื่อพยาบาลวิชาชีพแสดงความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดหมาย วัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก การสัมภาษณ์แต่ละรายใช้เวลาระหว่าง 30-45 นาที

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้ร่วมการวิจัยทุกขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2. การดำเนินการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล และการบันทึกเสียงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลัก/ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความยินยอมเท่านั้น

4. การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีกระบวนผู้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมหรือ
ปฏิบัติการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย

หลังการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยจะถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ในกรณี
ที่พบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะนัดสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้มีผู้ที่ถูกสัมภาษณ์เชิงลึก
2 ครั้งจำนวน 3 ราย

1.1.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด

1.1.6 การสรุปข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวม วิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการ
สัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นประเด็นในการดำเนินการ
สังเคราะห์หารูปแบบของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารีต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด

โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

2.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบบันทึกที่ใช้อยู่ เพื่อเป็นร่างใน
การสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดจำนวน 12 คน โดยได้จัดทำ (ร่าง) แบบฟอร์มบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลต่อไปนี้ 1) แบบประเมินสภาพแรกรับ 2) แบบข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล
(Nursing diagnosis and nursing care plan) 3) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurses' note) 4) พาโท
กราฟ (Partograph) และ 5) แบบสรุปประวัติหลังคลอด

2.2 พัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดต่อการใช้รูปแบบบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อ
ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น
เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประเมินเปรียบเทียบความพึงพอใจในระยะก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ
บันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน 10 หัวข้อ กำหนดให้ประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ จาก 5 มีความพึง
พอใจมากที่สุด จนถึง 1 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2.3 การประเมินคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบฟอร์มการบันทึกที่พัฒนาขึ้นจากทีม
พยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี และ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้อง
คลอดต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารีไปหาคุณภาพ
เครื่องมือ ระหว่างเดือนมีนาคม 2553 ถึงเดือนเมษายน 2553 ดังนี้

2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ แบบประเมินสภาพแรกเริ่ม แบบข้อวินิจฉัยและวางแผนทางการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาล พาโทกราฟ แบบสรุประวัติการคลอด แบบสอบถามความพึงพอใจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญห้องคลอด 4 ท่านที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ตรวจสอบความตรงด้านรูปแบบ ความถูกต้องด้านภาษา ด้านความครอบคลุมของเนื้อหาเชิงคุณภาพ จากนั้นปรับปรุงคู่มือโดยนำไปสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบ และตรวจสอบความครอบคลุมจนสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้

2.3.2 การสนทนากลุ่มพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี เพื่อวิพากษ์และปรับปรุงรูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดโดยผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วมาหารือร่วมกันเพื่อหาข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้/สรุปลดดำเนินการในเดือนเมษายน 2553 – มิถุนายน 2553

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

จังหวัดนครราชสีมา

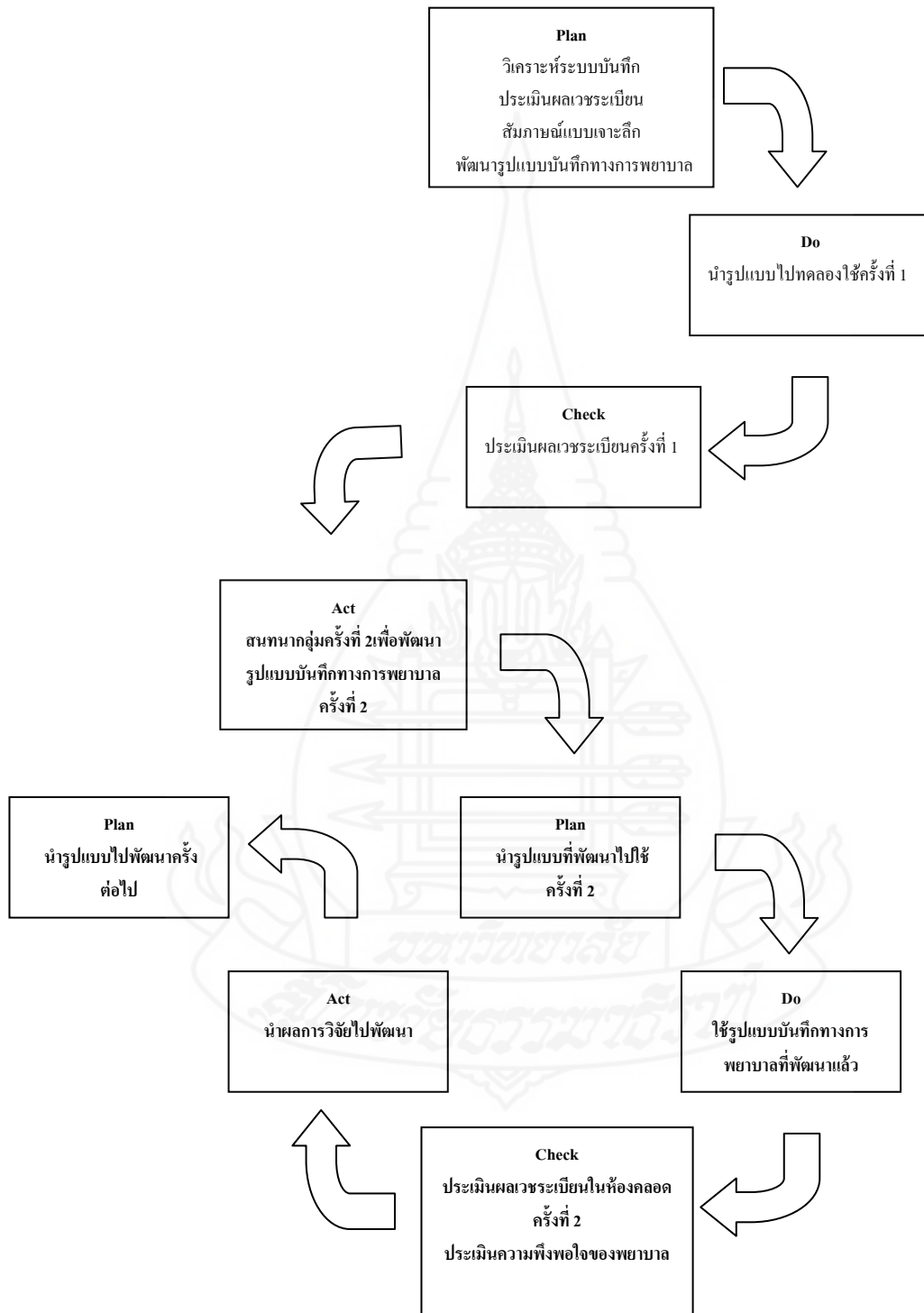
ดำเนินการ เมษายน 2553 – มิถุนายน 2553

ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัย ได้นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดไปใช้ พร้อมทั้งประเมินผลการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ด้วยเทคนิคการสนทนากลุ่มและการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.1 การนำรูปแบบบันทึกที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้ในห้องคลอด ตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 – มิถุนายน 2553 โดยนำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดไปใช้ในเดือนเมษายน 2553 ครั้งที่ 1 แล้วประเมินผล จำนวน 33 หน้าป้าย จากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุง และทดลองใช้ ครั้งที่ 2 ในเดือนมิถุนายน 2553 แล้วประเมินผล 30 หน้าป้าย ซึ่งการทดลองใช้จะปฏิบัติควบคู่กับการสนทนากลุ่มของพยาบาลห้องคลอด จากนั้นประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดทั้งก่อนการปรับปรุงและหลังการปรับปรุงโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด 10 คน

3.2 การสนทนากลุ่มพยาบาลห้องคลอด ประกอบด้วย ผู้ร่วมวิจัย พยาบาลหัวหน้าห้องคลอด รองหัวหน้าห้องคลอด พยาบาลห้องคลอด รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน ประชุมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง ดำเนินการในเดือนเมษายน 2553 – กรกฎาคม 2553

การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัย ได้ดำเนินการพัฒนาแบบตามวงจรพัฒนาคุณภาพ (Deming Cycle) ในการพัฒนาเป็นระยะ



ภาพที่ 3.1 วงจรการพัฒนาคุณภาพ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ดังนี้

3.3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ

ค่าร้อยละ เป็นการแปลงค่าความถี่ให้มีฐานเป็นร้อย เพื่อความชัดเจนในการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลหลายชุดที่มีจำนวนไม่เท่ากัน

3.3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพต่างๆ ไป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิจัยแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาของ ไมล์ และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman 1994) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การลดทอนข้อมูล (data reduction) การจัดระเบียบข้อมูล (data display) และการสรุปการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ออกจากการวิเคราะห์ (conclusion and verification)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ดำเนินการวิจัย เป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1) วิเคราะห์ระบบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด ระยะที่ 2) พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี และระยะที่ 3) นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดไปทดลองใช้ในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โดยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด

ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ระบบการบันทึกการสู่มเวชระเบียนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลผู้คลอด การสัมภาษณ์เจาะลึก

1.1 ผลการวิเคราะห์ระบบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี พบว่า

1.1.1 การบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละระยะของผู้คลอด ได้แก่ ระยะเวลาเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด มีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเวลาเริ่ม พบว่าการบันทึกใช้แบบบันทึก 3 แบบคือ 1) แบบประเมินสภาพแรกรับบันทึกข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลทั่วไป พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพแรกรับ (V/S) 2) หนังสือแสดงความยินยอมบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลกรณี ไม่มีญาติมาด้วย 3) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึกใน 24 ชั่วโมงแรก

2) ระยะเวลาคลอด ใช้แบบบันทึก 3 แบบ คือ 1) แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึก 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึก 3) แบบการ

พยาบาลในระยะรอคคลอด มีผู้บันทึก 3 ระดับ โดยพยาบาลวิชาชีพบันทึกการหดตัวของมดลูก (Uterine Contraction;UC) เสียงหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal Heart Sound,FHS) และบันทึกการให้ยาแก้ปวด ผู้ช่วยพยาบาลเฝ้าดูการไหลของสารน้ำผสมยาเร่งคลอด (Syntocinon) ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพและบันทึก สำหรับ พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพ (Vital)

3) ระยะคลอด ใช้แบบบันทึก 3 แบบ คือ 1) แบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึก 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึก 3) ใบสรุปคลอดมีผู้บันทึกร่วมกัน 3 ระดับ ได้แก่ กุมารแพทย์บันทึกข้อมูลเด็กในกรณีรับเด็กผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผู้ช่วยพยาบาลบันทึกข้อมูลวิธีการคลอด วัน เวลาที่คลอด และพยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลส่วนที่เหลือทั้งหมด

4) ระยะหลังคลอด ใช้แบบบันทึก 3 แบบ คือ 1) แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan) พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้บันทึก 2) แบบบันทึกของพยาบาลมีผู้บันทึก 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาลช่วยลงบันทึกระดับปริมาณเลือดของมารดาหลังคลอด Hct) พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลส่วนที่เหลือทั้งหมด (3) ใบสรุปคลอด พยาบาลวิชาชีพลงบันทึกข้อมูลทั้งหมด รวมถึงปัญหาแทรกซ้อนใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด



มีแบบบันทึกในแต่ละระยะ สามารถสรุปได้ตามภาพที่ 4.1

รับ ใหม่	ผู้บันทึก	- พยาบาล - พนักงานช่วยการพยาบาล (ลง V/S แรกรับ)	- พยาบาล - ผู้ช่วยพยาบาล (กรณีไม่มีญาติมาด้วย)	- พยาบาล (ใน 24 ชม. แรก)
	แบบบันทึก	- แบบประเมินสภาพ แรกรับ	- หนังสือแสดงความ ยินยอม	- การบันทึกการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย
รอ คลอด	ผู้บันทึก	- พยาบาล	- พยาบาล (ใช้ระบบ AIE) - พนักงานช่วย การพยาบาล(ลง V/S)	- พยาบาล (UC , FHS , ให้ยาแก้ปวด - ผู้ช่วยพยาบาล (เฝ้าดูการไหลของสารน้ำผสม Syntocinon) -พนักงานช่วยการพยาบาล (ลง V/S)
	แบบบันทึก	- Nursing Diagnosis Nursing Care Plan	- Nurses' note	- การพยาบาลผู้ป่วยใน ระยะรอคลอด
คลอด	ผู้บันทึก	- พยาบาล	- พยาบาล	- พยาบาล - ผู้ช่วยพยาบาล (การคลอด วัน , เวลา) - กุมารแพทย์ (รับเด็ก ผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้อง)
	แบบบันทึก	- Nursing Diagnosis - Nursing Care Plan	- Nurses' note	- ใบสรุปการคลอด
หลัง คลอด	ผู้บันทึก	- พยาบาล	- พยาบาล - ผู้ช่วยพยาบาล (ลง Hct หลังคลอด) - พนักงานช่วย การพยาบาล (ลง V/S หลังคลอด)	- พยาบาล ลงปัญหาแทรกซ้อนใน 24 ชม. แรกหลังคลอด
	แบบบันทึก	- Nursing Diagnosis - Nursing Care Plan	- Nurses' note	- ใบสรุปคลอด

ภาพที่ 4.1 แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดในแต่ละระยะก่อนการพัฒนา

1.1.2 กิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมต้องบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มมากกว่าหนึ่งแบบฟอร์ม ทำให้เกิดการบันทึกซ้ำซ้อน ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานในการบันทึกโดยไม่จำเป็นและทำให้เกิดการปฏิบัติงานไม่คล่องตัว ตัวอย่าง เช่น เมื่อพยาบาลวิชาชีพให้ยาแก่ผู้ป่วย ผู้คลอด ต้องมีการบันทึกลงในแบบฟอร์มถึง 3 แบบฟอร์ม ได้แก่ (1) แบบบันทึกการพยาบาลในระยะผู้ป่วยรอกคลอด (2) แบบบันทึกทางการพยาบาล(Nurses' note) (3) แบบข้อวินิจฉัยและการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan)

1.1.3 ในแต่ละระยะของการคลอด ซึ่งต้องมีการบันทึก พบว่าไม่มีการมอบหมายผู้บันทึกอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในแบบบันทึกที่มีผู้บันทึกหลายระดับ เช่น ในการพยาบาลผู้ป่วยในระยะรอกคลอดมีทั้งพนักงานช่วยการพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และ พยาบาลวิชาชีพลงบันทึก ซึ่งผู้วิจัยพบว่า ทำให้การบันทึกขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะการกำหนดให้บันทึกข้อวินิจฉัย และการวางแผนทางการพยาบาล ในแบบข้อวินิจฉัย และการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan) แยกจากการประเมินผล ทำให้บันทึกทางการพยาบาลขาดความต่อเนื่องยิ่งขึ้น

1.1.4 การบันทึกในกรณีที่มีผู้ป่วยมารอกคลอดหลายคนในห้องคลอด และกำหนดให้ใช้พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วย สูตินรีฯ มาช่วยทำคลอด นั้นพบว่าบันทึกทางการพยาบาลมีความไม่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงมีความคิดเห็นว่า ควรจะมีการปรับปรุงแบบบันทึกให้เหมาะสม กำหนดผู้บันทึกให้สามารถบันทึกได้ครอบคลุมมากขึ้น สะดวกในการใช้ และได้มาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลในห้องคลอดมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ในเบื้องต้น และจะทำการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติโดยตรงต่อไป

1.2 ผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล (audit chart)

จากเวชระเบียนผู้คลอดจำนวน 30 ราย พบประเด็นปัญหาสรุปได้ดังนี้

1.2.1 ส่วนที่ทำได้ดีและได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีความสมบูรณ์ร้อยละ 80 ได้แก่ การประเมินสภาพแรกรับ มีความสมบูรณ์ร้อยละ 93.5 การวางแผนจำหน่าย มีความสมบูรณ์ร้อยละ 91.6

1.2.2 ส่วนที่มีปัญหาได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ส่วนของการวินิจฉัยของการพยาบาล มีความสมบูรณ์ร้อยละ 43 ส่วนของการวางแผนการพยาบาล มีความสมบูรณ์ร้อยละ 45.3 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมีความสมบูรณ์ร้อยละ 64.4 และส่วนประเมินผลการพยาบาล มีความสมบูรณ์ร้อยละ 73 ซึ่งมีรายละเอียด คือ ด้านข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ไม่ครอบคลุมในด้านภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน การวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่พบคือ ไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ การประเมินผลการพยาบาล ซึ่งไม่ครอบคลุมในมารดาที่มารอคคลอดด้วยภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะพบว่าในส่วนที่ทำได้ดีแล้วมีความสมบูรณ์ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย แรกรับ ซึ่งผ่านเกณฑ์แต่ยังมีประเด็นที่ต้องเพิ่มเติม ในเรื่องของประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past History) ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสูติฯ มากยิ่งขึ้น จากเดิมซึ่งเป็นภาพรวม

ตารางที่ 4.1 ร้อยละของการประเมินก่อนปรับการบันทึกทางการพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ
(n = 30)

ลำดับ	ประเภทการบันทึกการพยาบาล	ร้อยละ ของความ ครบถ้วน
1.	การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	
1.1	อาการสำคัญที่มารพ.	94.00
1.2	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	98.67
1.3	ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	98.67
1.4	ประวัติส่วนตัวและข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon	67.33
1.5	บันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย	98.00
1.6	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และประเมินแผลกดทับ	100.00
1.7	การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	98.00
2.	การวินิจฉัยการพยาบาล	
2.1	เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้ถูกต้อง/ครบถ้วน	40.00
2.2	วินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมและสัมพันธ์กับปัญหา/อาการที่สำคัญ	40.00
2.3	นำ SD, OD มาเป็นข้อมูลสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหา	45.33
2.4	มีการทบทวนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน	60.00
3.	การวางแผนการพยาบาล	
3.1	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัย	50.67
3.2	การวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับอาการและปัญหาของผู้ป่วย	42.00
3.3	วางแผนการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	44.00
4.	การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	
4.1	ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามที่วางแผนการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแผนการรักษา	48.00
4.2	ดูแลความสบายทั่วไปและตอบสนองตามปัญหาของผู้ป่วยทันที	91.33
4.3	ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินได้รับการพยาบาลทันที พร้อมบันทึก	54.67

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลำดับ	ประเภทการบันทึกการพยาบาล	ร้อยละ ของความ ครบถ้วน
5. การประเมินการพยาบาล		
5.1	มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้อง	47.33
5.2	ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	96.67
6. การวางแผนการจำหน่าย		
6.1	การเตรียมการวางแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับโรคตั้งแต่แรกรับ	95.33
6.2	มีการให้ข้อมูล/คำแนะนำเป็นระยะระหว่างการรักษาตามกระบวนการ	90.00
6.3	มีการประเมินการดูแลสุขภาพตนเองและความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย	89.33
ภาพรวม		72.24

จากตารางที่ 4.1 พบว่า การประเมินก่อนปรับประเภทการบันทึกการพยาบาลโดยภาพรวม ร้อยละ 72.24 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การประเมินก่อนปรับการบันทึกการพยาบาลได้ ร้อยละ 100 มีทั้งหมด 1 ข้อ คือ ข้อ 1.6) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและประเมินแผลกดทับ และข้อควรปรับปรุงมากที่สุด ร้อยละ 40.00 มี 2 ข้อ คือ ข้อ 2.1) เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาโดยถูกต้อง/ครบถ้วน และ ข้อ 2.2) วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมและสัมพันธ์กับปัญหา/อาการที่สำคัญ

จากผลของการประเมินเวชระเบียน ทั้ง 30 ราย ทำให้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ได้มีทิศทางและข้อมูลที่จะปรับแบบและปรับผู้บันทึกให้สามารถใช้ประโยชน์ได้ครอบคลุม และสามารถบันทึกได้รวดเร็ว โดยใช้แนวคิดให้ใช้แบบเป็น แบบตรวจเช็คตามรายการ (Check lists) และมีเติมข้อความในช่องว่างโดยใช้กระบวนการการพยาบาลเป็นหลักในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

1.3 ผลสัมฤทธิ์แบบเจาะลึกพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด เน้นการสัมฤทธิ์แบบมีคำถามนำโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ พบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1.3.1 แบบฟอร์มที่ใช้สำหรับบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอดมีมากเกินไป
ดังนี้

“แบบฟอร์มในแต่ละระยะมีมาก ใช้ร่วมกันหลายระดับทำให้สับสน ”

พยาบาลคนที่ 1

“ มีแบบฟอร์มตั้งแต่รับใหม่ จนมารดาออกจากห้องคลอด บันทึกร่วมกันหลายระดับเกิดความไม่ต่อเนื่อง ”

พยาบาลคนที่ 2

“แบบบันทึกมีหลายแบบ ทำให้สับสน ไม่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล”

พยาบาลคนที่ 3

“แบบฟอร์มมีมากเกินไป ไม่สะดวกต่อการนำไปใช้ ”

พยาบาลคนที่ 4

“แบบฟอร์มในแต่ละระยะใช้ร่วมกัน ทำให้ไม่สะดวก บางครั้งสับสนลงไม่ครบ ”

พยาบาลคนที่ 5

“ แต่ละระยะช่วยกันลงหลายระดับ ทำให้การลงไม่ต่อเนื่องกันตามกระบวนการพยาบาล ”

พยาบาลคนที่ 6

1.3.2 ด้านความครอบคลุมของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และผลของการประเมินเวชระเบียนซึ่งพยาบาลหลายคน มีความเห็นว่าแบบบันทึกยังขาดแบบบันทึก ในด้านข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผลของการประเมินเวชระเบียนได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าวของพยาบาล ดังนี้

“ ยังขาดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล การเขียน Nurses' note ยังมีปัญหา ”

พยาบาลคนที่ 1

“ การซักประวัติไม่ครอบคลุม การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล การให้กิจกรรมทางการแพทย์และการประเมินผลไม่สอดคล้องกับการประเมินผู้ป่วยแรกรับ น่าจะมีแบบบันทึกที่เอื้อต่อการลงข้อมูลให้สะดวก และครอบคลุมมากขึ้น ถ้ามีบุคลากรน้อยก็จะได้สามารถบันทึกได้ทันเวลา ”

พยาบาลคนที่ 2

“ ส่วนที่มีปัญหาไม่ครบ ได้แก่ *Nursing Care Plan* ขาดการเติมปัญหา เนื่องจากเขียนไม่ทัน และข้อมูลไม่สมบูรณ์ควรมีแบบที่สามารถใช้ได้ง่ายและเติมข้อความบางส่วนเพื่อช่วยให้ครบถ้วนมากขึ้น ”

พยาบาลคนที่ 3

“ ส่วนที่ทำได้ไม่ดี ในส่วนที่ไม่มี *SD, OD* ไม่สอดคล้องกับ *Nursing Care Plan* โรค *Asthma* (หอบหืด), *DM* (เบาหวาน) ไม่ได้นำข้อมูลมาเขียนในใบ *Nursing Care Plan* ควรจัดกิจกรรมพัฒนาในเรื่อง *Nursing Care Plan* เพิ่มเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่แม่และเด็ก ”

พยาบาลคนที่ 4

“ ส่วนที่บกพร่อง *Nursing Diagnosis* ไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยเรื่องการให้ *Oxytocin, Post term*, ผู้ป่วยมี *Macronium, Thyroid*, โรคหัวใจ *Asthma* ยังไม่มี *Care Plan* ในเรื่องโรคเหล่านี้ควรพัฒนาโดยพยาบาลควรลงบันทึกในการจับ *Uterine contraction, Nursing Care Plan* และ *Nurses' note* ควรจะไปด้วยกัน ”

“ เขียน *Nursing Care Plan*, เขียนเรื่องปัญหาไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย บางปัญหาไม่ได้เขียนเพิ่ม *Routine Care Plan* ใน *Case* ปกติมีครบ ปัญหาที่พบใน *Case* ไม่ปกติในเรื่อง *PIH* ควรพัฒนาในเรื่องการบันทึกให้ตรงประเด็นคือที่ *Assessment* ไว้ ”

พยาบาลคนที่ 5

1.3.3 ด้านความซ้ำซ้อนของการลงบันทึก ในแต่ละแบบของการบันทึก มีการลงซ้ำซ้อนในกิจกรรมการพยาบาลมากกว่า 1 แบบฟอร์ม ดังคำกล่าวของพยาบาล ดังนี้

“ การลงกิจกรรม เช่น การให้ยาแก้ปวด (*Pethidine*) ต้องลงในแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล (*Nurses' note*) ด้วย ”

พยาบาลคนที่ 1

“ การลงการจับ *Uterine Contraction* ต้องลงในแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาล และลงในใบการพยาบาลผู้ป่วยในระยะรอคลอก ”

พยาบาลคนที่ 2

“ การลงกิจกรรมการพยาบาล ต้องลงในแบบฟอร์มหลายอัน ทำให้ซ้ำซ้อนเสียเวลา ”

พยาบาลคนที่ 3

“ มีความซ้ำซ้อนของการบันทึกกิจกรรม ทำให้บางครั้งลงได้ไม่ครบ ”

พยาบาลคนที่ 4

“ แบบฟอร์มมีหลายแบบฟอร์ม บางครั้งใช้ร่วมกันหลายระดับ ทำให้สับสนลงได้ไม่ครบถ้วน ”

พยาบาลคนที่ 5

“ บางครั้งน้องผู้ช่วยพยาบาล และน้องพนักงานช่วยการพยาบาลก็ลืมลงทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ”

พยาบาลคนที่ 6

1.4 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ดังนี้

1.4.1 แบบฟอร์มที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน มีมากเกินไป และซ้ำซ้อนกิจกรรมในการบันทึกแบบฟอร์มมากกว่า 1 แบบฟอร์ม

1.4.2 ระยะเวลาของการบันทึก ไม่มีการกำหนดผู้บันทึกให้ชัดเจน ในแต่ละแบบบันทึก มีผู้บันทึกหลายระดับ เช่น ในแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะระอคลอด มีทั้งพนักงานช่วยการพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และพยาบาลลงบันทึก

1.4.3 แบบฟอร์มเรื่องข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล (Nursing Diagnosis, Nursing Care Plan) ของการคลอดผิดปกติ (Abnormal labor) มีไม่ครอบคลุมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงได้นำประเด็นปัญหาดังกล่าว มาดำเนินการวิเคราะห์หารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาล ค่ายสุรนารี ระยะดำเนินการ ในเดือนเมษายน 2553 – กันยายน 2553

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยได้ข้อสรุปร่วมกัน คือ รูปแบบในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี เป็น 3 ประเด็น คือ

1) แบบฟอร์มในแต่ละขั้นตอนในการบันทึก ตั้งแต่รับใหม่ รอคคลอด คลอด และหลังคลอด 2) ระบบของการบันทึก กำหนดผู้บันทึกให้ชัดเจน 3) เพิ่มรูปแบบบันทึกในเรื่องข้อวินิจฉัยการพยาบาลในเรื่องการคลอดไม่ปกติ และในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

2.1 การสร้างเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้จัดทำร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ซึ่งประกอบไปด้วย ในส่วนรับใหม่ แบบประเมินสภาพแรกเริ่ม มีการปรับข้อมูลเพิ่มเติม ส่วนรอคลอดมีการปรับรูปแบบข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan) ในส่วนการคลอดที่ผิดปกติ (Abnormal Labor) และในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเดิม มีเฉพาะการคลอดปกติ (Normal Labor) 4 ข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลปรับเพิ่ม เป็น 12 ข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล ระยะคลอด จากเดิมบันทึก 3 แบบคือ (1) แบบข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล (2) แบบบันทึกทางการพยาบาล (3) ใบสรุปการคลอด ปรับลดลงเหลือบันทึก 2 แบบ ได้แก่แบบบันทึกทางการพยาบาล และใบสรุปการคลอด

2.2 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินสภาพแรกเริ่ม แบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) และการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ในส่วนการคลอดที่ผิดปกติ (Abnormal Labor) และในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอดต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องคลอด และได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาปรับปรุงและพัฒนาให้มีความชัดเจนและถูกต้อง ก่อนนำไปสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ต่อไป

**ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่
เมษายน 2553 – กันยายน 2553**

ทีมผู้ร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารีอย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้แบบบันทึกทางการพยาบาล และปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องคลอด ดังนี้

**3.1 การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
ครั้งที่ 1**

ดำเนินการ ในวันที่ 20 เมษายน 2553 มีผู้เข้าร่วมสนทนาทั้งหมด 13 คน โดยนำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ในห้องคลอด เป็นเวลา 1 เดือน ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2553 และได้นำปัญหาและอุปสรรคการใช้รูปแบบ ตลอดจนแนวทางแก้ไขปรับปรุง ผลการสนทนากลุ่มสรุปได้ดังนี้

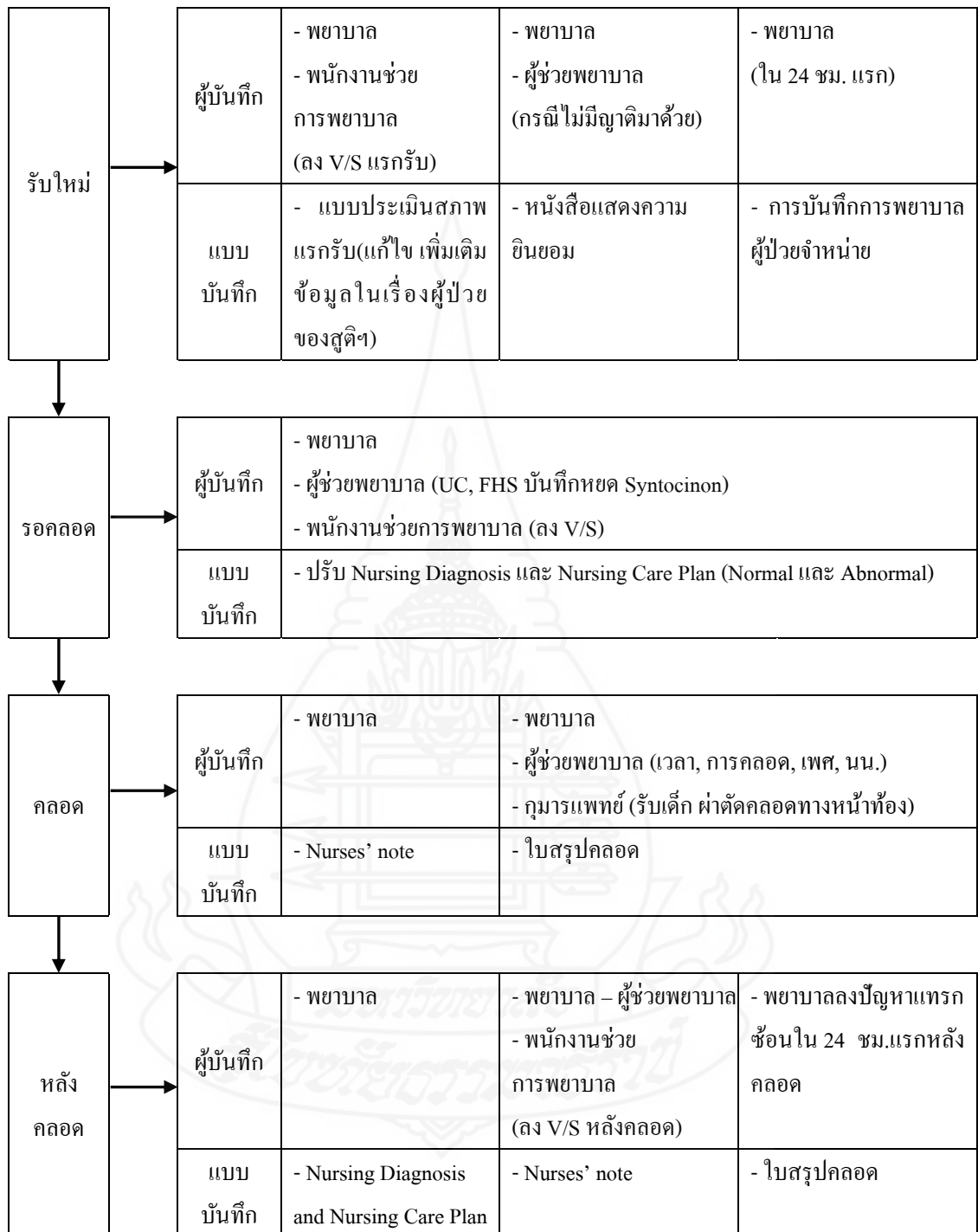
รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดปรับเปลี่ยนโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก จะพบว่ามี การปรับเปลี่ยนในส่วนรับใหม่ แบบประเมินแรกรับ มีการแก้ไขข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องการเจ็บป่วยในอดีต (Past History) ของผู้ป่วยที่มารอคคลอดเพิ่มมากขึ้น ตัดข้อมูลบางส่วนออก เช่น เรื่องการประเมินความเสี่ยง จากผลกดทับ และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีความคิดเห็นว่าผู้มารอคคลอดไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Barden scale และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ Hendrich fall risk (2002) ทุกราย

การบันทึกทางการพยาบาลในระยะรอคลอดมีปรับรูปแบบข้อวินิจฉัยและวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan) จากเดิมมีเฉพาะ การคลอดปกติ (Normal Labor) มี 4 รูปแบบ ปรับเพิ่มรูปแบบการคลอดผิดปกติ (Abnormal Labor) และมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็น 12 รูปแบบ (ตามภาคผนวก) ตัดการบันทึกในการบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) ออกในระยะรอคลอดและการพยาบาลผู้ป่วยในระยะรอคลอดออก มาบันทึกในกิจกรรมรวมกันในแบบข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan)

การบันทึกทางการพยาบาลในช่วงระยะคลอดปรับรูปแบบการลงบันทึกจากเดิม มี 3 รูปแบบ ลงบันทึกเฉพาะในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) และใบสรุปคลอด จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ได้มีการปรับรูปแบบบันทึกดังนี้ ระยะรับใหม่ มีแบบบันทึก 3 แบบ ได้แก่

1) แบบประเมินสภาพแรกเริ่ม (แก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลในเรื่องผู้ป่วยสูติฯ) กำหนดให้พยาบาลบันทึก และพนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพแรกเริ่ม(V/S) หนังสือแสดงความยินยอม บันทึก โดยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล (กรณีไม่มีญาติมาด้วย) การบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้บันทึก **ระยะรอคลอก** มีแบบบันทึก 2 แบบ คือ 1) แบบข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล (ปรับเพิ่มให้มีรูปแบบการคลอกที่มีภาวะผิดปกติและมีภาวะแทรกซ้อน) บันทึก โดยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลบันทึก Uterine Contraction, FHS ฝ้าดูการไหลของสารน้ำผสมหยดยา เร่งคลอก (Syntocinon) ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึก สัญญาณชีพ(V/S) 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) บันทึกโดยพยาบาล พนักงานช่วย การพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพตามเวลา **ระยะคลอก** มีแบบบันทึก 2 แบบ 1) แบบบันทึกทางการ พยาบาล (Nurses' note) บันทึกโดยพยาบาล 2) ใบสรุปคลอก พยาบาลบันทึกส่วนใหญ่ ผู้ช่วย พยาบาลบันทึกวิธีการคลอก วัน เวลา กุมารแพทย์บันทึกรับเด็กผ่าตัดคลอกทางหน้าท้อง **ระยะหลัง คลอก**มีแบบบันทึก 3 แบบ 1) แบบบันทึกข้อวินิจฉัยและการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan) พยาบาลบันทึก 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) มีผู้บันทึกดังนี้ พยาบาลบันทึกส่วนใหญ่ พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพหลังคลอก 3) ใบสรุปคลอกพยาบาลบันทึก ดังภาพที่ 4.2





ภาพที่ 4.2 ภาพแสดงการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลครั้งที่ 1

3.2 การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ครั้งที่ 2

ดำเนินการในวันที่ 27 กันยายน 2553 เวลา 13.30 – 15.30 น. โดยนำผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกในเวชระเบียนผู้คลอด จำนวน 30 ราย มาร่วมสนทนา โดยมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 ท่าน และได้นำปัญหาและอุปสรรคในการทดลองใช้ มาสนทนาปรึกษาหารือ เพื่อให้ได้รูปแบบตามที่ต้องการ โดยผลการสนทนากลุ่ม สรุปได้ดังนี้

3.2.1 ปัญหาที่พบ

1. ยังมีการใช้ใบการพยาบาลในระยะรอคลอด ซึ่งได้ตัดออกไปแล้วเพราะซ้ำซ้อนเนื่องจากพยาบาลมีการสับเปลี่ยนทั้งหัวหน้าห้องคลอด รองหัวหน้าห้องคลอด รวมทั้งมีการลาออกและรับพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดใหม่และยังไม่ได้เขียนคู่มือการบันทึกให้ชัดเจน
2. การประเมินสภาพแรกรับขาดข้อมูลบางอย่าง เช่น ข้อมูลญาติ หมายเลขโทรศัพท์ การประเมินสุขภาพ 11 ด้านตามแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon) ไม่ครบทุกระบบ เนื่องจากขาดการส่งต่อข้อมูลในกรณีรับใหม่หลายคนบันทึกไม่ครบถ้วน
3. การเขียนกิจกรรมการพยาบาล เช่น การบันทึกการให้ยาเร่งคลอด อาทิ Syntocinon, Methergine พบว่ามีการบันทึกไม่ครบทุกครั้ง
4. จากการสุ่มตรวจพบว่า มีการบันทึก โดยระบุว่าปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ แต่เมื่อตรวจสอบจากผู้คลอดพบว่ามิได้รับการพยาบาลดังกล่าว เช่น การนวดกระเบนเหน็บเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์
5. ในรายที่เร่งคลอด (Induction) ไม่มีการเขียนข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเพิ่มว่าเกิดปัญหาอะไร เมื่อให้ยาเร่งคลอดแล้วไม่มีการเขียนประเมินผลที่เห็นชัดเจนว่ามารดามีระยะการหดตัวของมดลูกเป็นอย่างไร ผลการเร่งคลอดทำให้การรอคลอดดำเนินไปตามปกติหรือไม่
6. เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการเพิ่มข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan) เช่น ผู้คลอดที่มีปัญหาน้ำเดินเกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ไม่พบการวางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อ
7. การประเมินผลการพยาบาล ขาดการประเมินผลตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในแผนการพยาบาล เช่น ในผู้คลอดที่ให้ยาเร่งคลอด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตก และได้กำหนดไว้เป็นเกณฑ์การประเมินว่าต้องมีการประเมิน Sign Bandlet's ring แต่พบว่าไม่มีการประเมินในแบบบันทึก

8. การบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) ในห้องคลอดขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากบันทึกในแบบฟอร์มที่แตกต่างกัน อาทิ มารดามีปัญหาไม่สามารถคลอดได้พยาบาลวิชาชีพบางรายจะบันทึกในแบบวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล บางรายบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล

9. การบันทึกการหดตัวของมดลูก (U/C), การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (FHS), การลงสัญญาณชีพ (V/S) ในแบบข้อวินิจฉัยและวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan) ขาดความต่อเนื่อง เพราะบันทึกไม่สมบูรณ์ ทำให้การประเมินผลไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

3.2.2 แนวทางพัฒนา

1. มีการปรับปรุงแบบประเมินสภาพแรกรับ (Assessment) เพิ่มเติมเล็กน้อยใน PI (Present illness) และประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดเพิ่ม (อื่น ๆ.....) ตัดสิทธิการรักษาออกเนื่องจากมีอยู่ใน Sticker ชื่อผู้ป่วยแล้ว

2. รูปแบบข้อวินิจฉัยและการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan) ข้อวินิจฉัยเรื่องมารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์ เนื่องจากมีการหดตัวของมดลูก เพิ่มวัตถุประสงค์จากเดิม บรรเทาอาการไม่สุขสบายของมารดา เป็น บรรเทาอาการไม่สุขสบายของมารดา, มารดาและทารกไม่เกิดอันตรายจากยาบรรเทาปวด ซึ่งเดิมมีข้อวินิจฉัย เรื่องมารดาและทารกอาจได้รับอันตรายจากยาบรรเทาความเจ็บปวด

3. ปรับมาใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) ในการบันทึกข้อมูลสรุปภาวะของผู้ป่วยก่อนออกจากห้องคลอดและเพื่อให้บันทึกข้อมูลไม่ซ้ำซ้อนและมีความต่อเนื่องเดิมหลังสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ไม่มีการกำหนดทำให้ไปลงไว้หลังข้อวินิจฉัยที่ 1 ในเรื่องมารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์ ทำให้การสื่อความหมายในทีมไม่ชัดเจน จึงมีการกำหนดใหม่ในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2

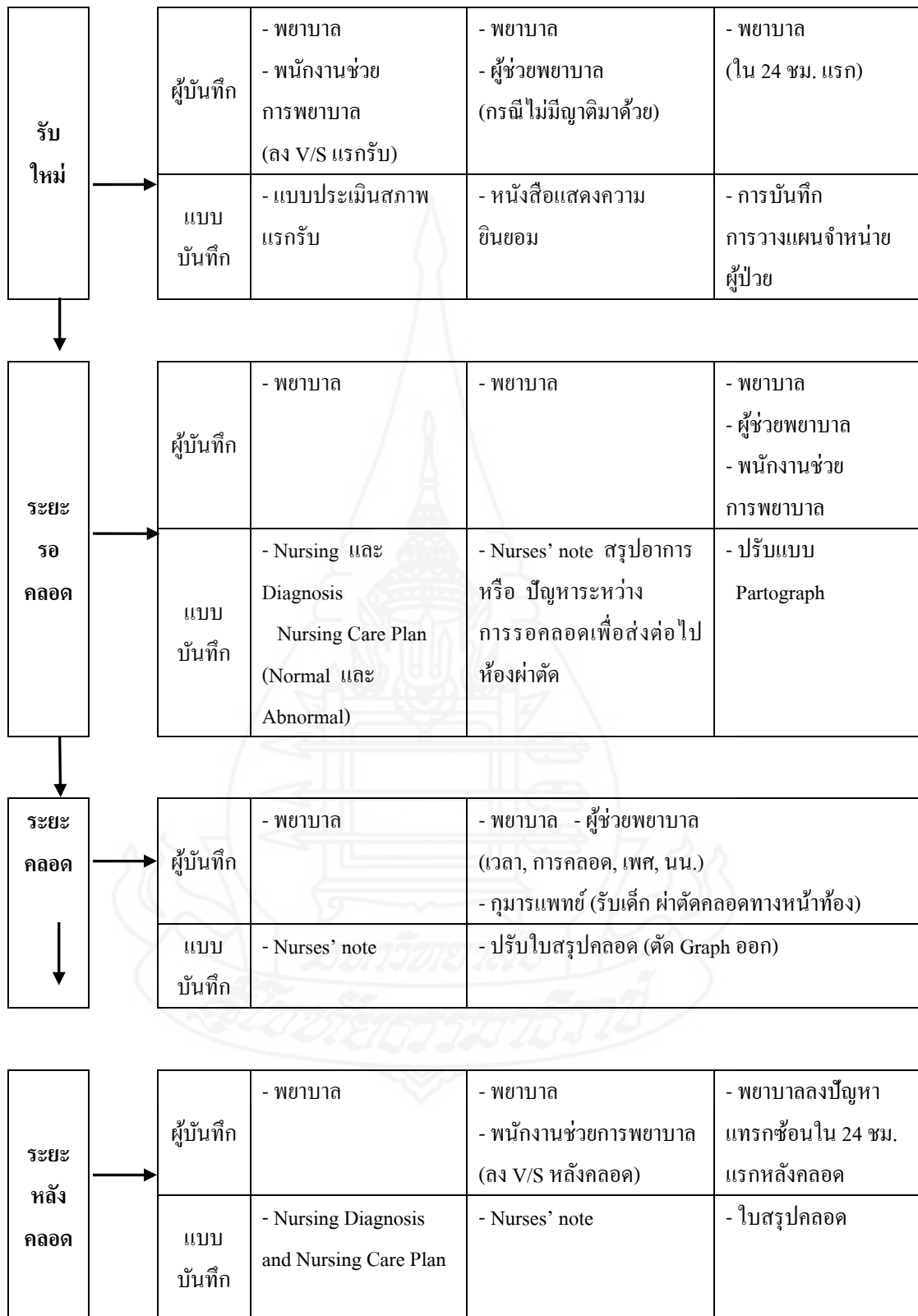
4. เพิ่มแบบ Partograph เนื่องจากเดิมบันทึกในกราฟเดิมอยู่ร่วมกับใบสรุปคลอดซึ่งไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากไม่มี Alert Line และ Action Line ซึ่งพัฒนาเพิ่มเติมจากการตรวจประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2553 ได้ให้ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเป็น โอกาสพัฒนาในห้องคลอด “ควรพัฒนาแบบบันทึกกราฟติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งทางโรงพยาบาลมีการบันทึก Partograph ดูแลการคลอดอยู่แล้ว แต่แบบบันทึกกราฟไม่ชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลทำให้การประเมินภาวะผิดปกติของการคลอดไม่ถูกต้อง ทำให้การดูแลล่าช้า และการแก้ปัญหาได้ไม่ทันท่วงที” ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงได้พัฒนาแบบ Partograph โดยมีสูติแพทย์ร่วมออกแบบด้วย

5. ปรับใบสรุปประวัติการคลอดเพิ่มข้อมูลในเรื่อง Apgar Score และตัด Graph ออกไป

จากการสนทนาดังกล่าวสรุปได้ดังนี้ ระยะเวลาเริ่มมีแบบบันทึก 3 แบบ ดังนี้

- 1) แบบประเมินสภาพแรกเริ่ม พยาบาลบันทึกและพนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพแรก
รับ(V/S) 2) หนังสือแสดงความยินยอม พยาบาลบันทึกและผู้ช่วยพยาบาลบันทึกกรณีไม่มีญาติมา
ด้วย 3) การบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยจำหน่าย พยาบาลบันทึก ระยะเวลาคลอดมีแบบบันทึกดังนี้
- 1) ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล พยาบาลบันทึก 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล(Nurses'
note) พยาบาลบันทึก 3) ใบ Partograph (ปรับใหม่) บันทึกร่วมกันโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วย
พยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล ระยะเวลาคลอดมีแบบบันทึก 2 แบบ คือ 1) แบบบันทึก
ทางการพยาบาล(Nurses' note) พยาบาลบันทึก 2) ใบสรุปคลอด(ตัด Graph) ออก พยาบาล, ผู้ช่วย
พยาบาลและกุมารแพทย์บันทึก ระยะเวลาหลังคลอดมีแบบบันทึก 3 แบบ คือ 1) แบบข้อวินิจฉัยและ
วางแผนการพยาบาล(Nursing Diagnosis และ Nursing Care Plan) พยาบาลบันทึก 2) แบบบันทึก
ทางการพยาบาล(Nurses' note) พยาบาลบันทึกและพนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกสัญญาณชีพ
หลังคลอด 3) ใบสรุปคลอดพยาบาลบันทึก ดังภาพที่ 4.3





ภาพที่ 4.3 ภาพแสดงการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลครั้งที่ 2

ส่วนผลของการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตั้งแต่ก่อนปรับ แสดงใน ตารางที่ 4.2 และหลังการปรับปรุงครั้งที่1 และครั้งที่2 มีผลการประเมินดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของการประเมินผลก่อนการปรับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ และหลังการปรับปรุงครั้งที่1 (n=33) และครั้งที่2 (n=30)

ลำดับ	ประเภทการบันทึกทางการแพทย์	ร้อยละของความครบถ้วน		
		ก่อนการปรับปรุง	หลังการปรับปรุง	
			ครั้งที่1	ครั้งที่2
1. การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ				
1.1	อาการสำคัญที่มา รพ.	94.00	87.88	88.67
1.2	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	98.67	89.09	97.33
1.3	ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	98.67	94.54	99.3
1.4	ประวัติส่วนตัวและข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon	67.33	89.70	92.00
1.5	บันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย	98.00	98.18	90.00
1.6	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และประเมินแผลกดทับ	100.00	96.97	NA
1.7	การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	98.00	100.00	NA
2. การวินิจฉัยการพยาบาล				
2.1	เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้ถูกต้อง/ครบถ้วน	40.00	92.12	87.33
2.2	วินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมและสัมพันธ์กับปัญหา/อาการที่สำคัญ	40.00	90.30	89.33
2.3	นำ SD, OD มาเป็นข้อมูลสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหา	45.33	92.12	96.00
2.4	มีการทบทวนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน	60.00	90.91	95.33
3. การวางแผนการพยาบาล				
3.1	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัย	50.67	90.91	95.30
3.2	การวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับอาการและปัญหาของผู้ป่วย	42.00	88.48	94.00
3.3	วางแผนการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	44.00	87.27	96.67

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ลำดับ	ประเภทการบันทึกการพยาบาล	ร้อยละของความครบถ้วน		
		ก่อนการปรับปรุง	หลังการปรับปรุง	
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
4. การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล				
4.1	ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามที่วางแผนการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแผนการรักษา	48.00	80.00	91.30
4.2	ดูแลความสุขสบายทั่วไปและตอบสนองตามปัญหาของผู้ป่วยทันที	91.33	94.54	100
4.3	ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินได้รับการพยาบาลทันที พร้อมบันทึก	54.67	83.64	95.33
5. การประเมินการพยาบาล				
5.1	มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้อง	47.33	80.61	71.33
5.2	ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	96.67	93.94	96.67
6. การวางแผนการจำหน่าย				
6.1	การเตรียมการวางแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับโรคตั้งแต่แรกเริ่ม	95.33	96.97	100
6.2	มีการให้ข้อมูล/คำแนะนำเป็นระยะระหว่างการรักษาตามกระบวนการ	90.00	94.54	97.33
6.3	มีการประเมินการดูแลสุขภาพตนเองและความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย	89.33	96.97	95.33
ภาพรวม		72.24	91.35	93.43

ผลของการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตั้งแต่ก่อนปรับ จากตารางที่ 2. และหลังการปรับปรุงครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า

1. การประเมินก่อนปรับประเภทการบันทึกทางการพยาบาลโดยภาพรวม ร้อยละ 72.24 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การประเมินก่อนปรับการบันทึกทางการพยาบาลได้ร้อยละ 100 มีทั้งหมด 1 ข้อ คือ ข้อ 1.6) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและประเมินแผลกดทับ และข้อควรปรับปรุงซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ได้แก่ 1.4 ประวัติส่วนตัวและข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon ร้อยละ 67.33 2.1) เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาโดยถูกต้อง/

ครบถ้วนร้อยละ 40 2.2) วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมและสัมพันธ์กับปัญหา/อาการที่สำคัญ ร้อยละ 40 2.3) นำ SD,OD มาเป็นข้อมูลสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหา ร้อยละ 45.33 มีการทบทวนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 60 3.1) วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัย ร้อยละ 50.67 3.2) การวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับอาการและปัญหาของผู้ป่วย ร้อยละ 42 3.3) วางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับอาการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 44 4.1) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่วางไว้สอดคล้องกับแผน ร้อยละ 48 4.3) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินได้รับการพยาบาลทันที พร้อมบันทึก ร้อยละ 54.67 และ 5.1) มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้อง ร้อยละ 47.33

2. หลังการปรับปรุงครั้งที่ 1 พบว่าผลการประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียนโดยภาพรวม ร้อยละ 91.35 เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า ข้อที่การประเมินประเภทการบันทึกการพยาบาลครั้งที่ 1 ได้ร้อยละ 100 มีทั้งหมด 1 ข้อ คือ ข้อ 1.7) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และข้อที่ควรปรับปรุงมากที่สุด ร้อย 80.00 มีทั้งหมด 1 ข้อ คือข้อ 4.1) ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามที่วางแผนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแผน

3. หลังการปรับปรุงครั้งที่ 2 พบว่าผลการประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียนโดยภาพรวม ร้อยละ 93.43 เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า มีข้อที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด มีทั้งหมด 1 ข้อ คือ ข้อ 5.1) มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้อง ร้อยละ 71.33

4. การเปรียบเทียบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่าในแต่ละรายข้อที่มีคะแนนลดลง ได้แก่ 1.5 บันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของในแต่ละรายข้อที่มีคะแนนลดลง ได้แก่ 1.5 บันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย จากร้อยละ 98.1 เป็นร้อยละ 90 2.1 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้ถูกต้อง/ครบถ้วนครั้งที่ 1 ร้อยละ 92.12 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 87.33 2.2 วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมและสัมพันธ์กับปัญหา/อาการที่สำคัญ ครั้งที่ 1 ร้อยละ 90.30 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 89.33 5.1 มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้อง ครั้งที่ 1 ร้อยละ 80.61 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 71.33 และ 6.3 มีการประเมินการดูแลสุขภาพตนเองและความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย ครั้งที่ 1 ร้อยละ 96.97 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 95.33 ส่วนในหัวข้อที่บันทึกได้ร้อยละ 100 ได้แก่ 6.1 การเตรียมวางแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับโรคตั้งแต่แรกรับ จากผลการวิจัยที่อาจมีผลรายข้อคะแนนลดลงหรือเพิ่มขึ้นเนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นในส่วนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ แต่ข้อที่ต้องปรับปรุงดังได้กล่าวไว้คือ 5.1 มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้อง ซึ่งยังพบการบันทึกไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญที่จะนำไปพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 4.3 ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลใน
ห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ก่อนและหลังการปรับปรุง (n=9,n=10)

ลำดับ	ความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอด /แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด	ก่อนการ ปรับปรุง	หลังการ ปรับปรุง
		n=9	n=10
1.	ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก	64.44	78.00
2.	สามารถใช้สื่อสารกัน ในทีมการพยาบาลได้ชัดเจน	64.44	78.00
3.	สามารถใช้สื่อสารกันระหว่างสหสาขาได้ชัดเจน	64.44	74.00
4.	สามารถบันทึกได้ครอบคลุมทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วย	62.22	78.00
5.	ความซ้ำซ้อนของการบันทึก	44.44	60.00
6.	ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากต้นแบบของกิจกรรม การพยาบาลเฉพาะ โรคได้อย่างครอบคลุม	60.00	42.00
7.	สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกได้อย่างดี	66.66	76.00
8.	สามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อทำการทบทวนได้ง่าย	62.22	78.00
9.	ท่านเสียเวลาในการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล	51.06	54.00
10.	ความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึก	62.22	76.00
	รวม	60.21	69.40

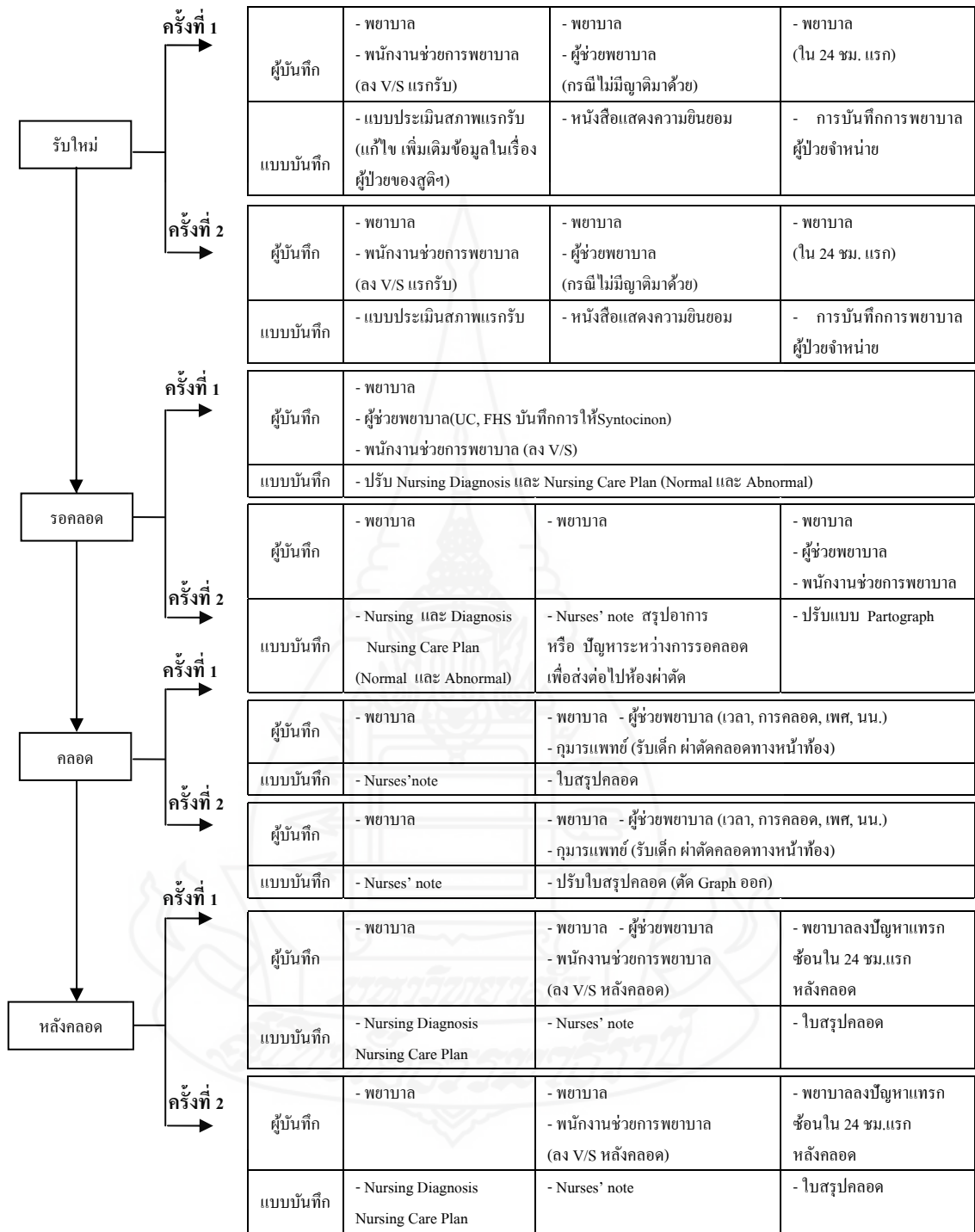
จากตารางที่ 4.3 ก่อนการปรับปรุงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลค่ายสุรนารี (ก่อนการปรับปรุง) โดยภาพรวมร้อยละ 60.21 เมื่อมีการพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 7)สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกได้อย่างดี ร้อยละ 66.66 รองลงมา คือ ข้อ 1)ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก ข้อ 2)สามารถใช้สื่อสารกัน ในทีมการพยาบาลได้ชัดเจน ข้อ 3)สามารถใช้สื่อสารกันระหว่างสหสาขาได้ชัดเจน ร้อยละ 64.44 และ ข้อ 4)สามารถบันทึกได้ครอบคลุมทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วย ข้อ 8)สามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อทำการทบทวนได้ง่าย ข้อ 10)ความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึก ร้อยละ 62.22 ตามลำดับ

หลังการปรับปรุง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลค่ายสุรนารี (หลังการปรับปรุง) โดยภาพรวมร้อยละ 69.40 เมื่อมีการพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 1)ความสะดวก

และง่ายต่อการบันทึก ข้อ 2)สามารถใช้สื่อสารกันในทีมการพยาบาลได้ชัดเจน ข้อ 4)สามารถบันทึกได้ครอบคลุมทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วย ข้อ 8)สามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อทำการทบทวนได้ง่าย ร้อยละ 78.00 รองลงมา คือ ข้อ 7)สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกได้อย่างดี ข้อ 10) ความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึก ร้อยละ 76.00 และ ข้อ 3)สามารถใช้สื่อสารกันระหว่างสหสาขาได้ชัดเจน ร้อยละ 74.00 ตามลำดับ

หลังจากนำแบบบันทึกการพยาบาลไปทดลองใช้ 2 ครั้ง ในห้องคลอดโรงพยาบาลค่ายสุรนารี ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัย ได้นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาแล้วไปใช้ และได้ประเมินผลความสมบูรณ์ของการบันทึกในระยะเวลาเป็น 30 รายในเดือนพฤศจิกายน 2553 ซึ่งได้ผลของการวิจัยตั้งแต่ก่อนปรับ และหลังปรับ ดังภาพที่ 4.4 และภาพที่ 4.5





ภาพที่ 4.4 ภาพแสดงการเปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลครั้งที่ 1 และ 2

การพัฒนาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า

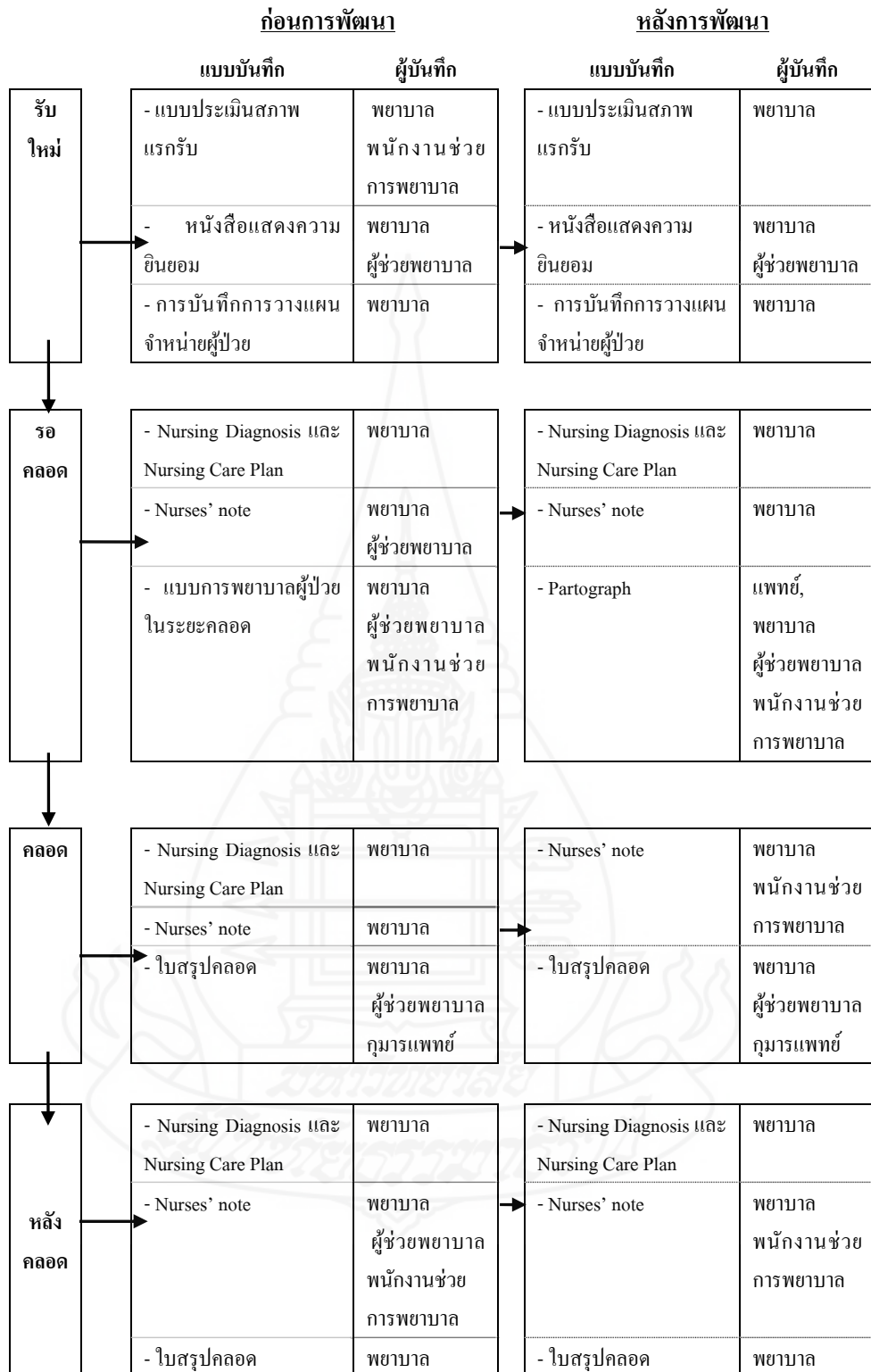
ระยะรับใหม่ มีการปรับแบบประเมินสภาพแรกเริ่มมีการบันทึกประวัติทางสถิติเพิ่มขึ้นในตั้งแต่ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 มีการบันทึกในส่วนอื่นเหมือนเดิม

ระยะรอกตลอด มีการลงบันทึกในรูปแบบวินิจัยและวางแผนการพยาบาลที่พัฒนาในครั้งที่ 1 ในครั้งที่ 2 มีการบันทึกทั้งใน รูปแบบวินิจัยและวางแผนการพยาบาลและแบบบันทึกทางการพยาบาลในกรณีไม่สามารถตลอดได้ต้องไปผ่าตัดตลอดบุตรทางหน้าท้อง และเพิ่ม Partograph ในการเฝ้าระวังผู้มารอกตลอด

ระยะคลอด มีการปรับแบบสรุปคลอดในครั้งที่ 2 แต่ในส่วนอื่นบันทึกเหมือนเดิม

ระยะหลังคลอด มีการบันทึกเหมือนเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง





ภาพที่ 4.5 สรุปการเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดก่อน
การพัฒนาและหลังการพัฒนา

จากภาพที่ 4.5 สรุปผลการวิจัยพบว่า

ระยะรับใหม่ แบบบันทึกมี 3 แบบเหมือนเดิมแต่มีการพัฒนาแบบประเมินสภาพแรก
รับ และกำหนดให้พยาบาลบันทึกทั้งหมด ลดการบันทึกของพนักงานช่วยการพยาบาล

ระยะรอคอด แบบบันทึกมี 3 แบบไม่เหมือนเดิม เพิ่ม 1) รูปแบบข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลจากเดิมมี 4 รูปแบบ เพิ่มเป็น 12 รูปแบบ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลเดิมใช้
บันทึกทั้งพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลบันทึกในระหว่างรอคอดในห้องคลอด ปรับบันทึกเฉพาะ
พยาบาลในกรณีไม่สามารถคลอดเองได้ 3) เลิกใช้แบบการพยาบาลผู้ป่วยในระยะรอคอด พัฒนา
Partograph ใช้แทนร่วมกับการบันทึกของแพทย์ด้วย

ระยะคลอด เดิมมี 3 แบบ เหลือ 2 แบบ กำหนดให้ไม่มีการบันทึกในแบบข้อวินิจฉัย
และวางแผนการพยาบาล มีการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยพยาบาลและพนักงานช่วย
การพยาบาลเป็นผู้บันทึก

ระยะหลังคลอด แบบบันทึกมี 3 แบบเหมือนเดิม มีการกำหนดให้แบบบันทึกทางการ
พยาบาล บันทึก โดยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลลดการบันทึกของผู้ช่วยพยาบาล



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2552 – พฤษภาคม 2553 การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด ประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด และการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด 2) พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โดยจัดสนทนากลุ่มพยาบาลห้องคลอด เพื่อปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด และจัดระบบการบันทึกการพยาบาลในห้องคลอด 3) นำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอดมาทดลองใช้โดยประเมินประสิทธิภาพของแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด นำมาประเมินผลการบันทึกเพื่อให้ได้รูปธรรมที่สามารถนำมาใช้ได้ และจัดสนทนากลุ่มพยาบาลห้องคลอด เพื่อหาข้อปัญหาและร่วมกันพัฒนาจนสามารถได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

กลุ่มเป้าหมายได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่

1) แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ร่วมกันพัฒนาขึ้น นำมาใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม พ. ศ. 2550 2) แบบวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล (Nursing diagnosis และ nursing care plan) ซึ่งกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารีพัฒนาขึ้น และปรับใช้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2550 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) ซึ่งกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ได้พัฒนาขึ้นจากแบบบันทึกเดิมซึ่งโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกกำหนดให้ใช้นำมาพัฒนาเป็นแบบบันทึกของโรงพยาบาลค่ายสุรนารีตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2550 โดยคัดแปลงตามหลักการของข้อมูลที่ควรบันทึกใน

แบบบันทึกทางการแพทย์ของนิตยา ศรีญาณลักษณ์(2545:288)ใช้ระบบAIE (การประเมินผู้ป่วย, การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล, การประเมินผลการพยาบาล, assessment,intervention,evaluation) ในการบันทึก และกำหนดให้ทุกหอผู้ป่วยใช้บันทึกความต่อเนื่องทุกเวรและทุกวันขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 4) พาโทกราฟ (Partograph) เป็นแบบกราฟประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ที่กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้น และกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารี กำหนดให้ใช้ร่วมกับแบบบันทึกทางการแพทย์ 5) ใบสรุปประวัติหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประมวลผลข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยปรับปรุงจากแบบนิเทศคุณภาพบริการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โดยมีการปรับเกณฑ์การให้คะแนนผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารองค์การพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสุรนารี 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ห้องคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้แบบบันทึกอย่างสูงสุด โดยการให้ผู้ร่วมวิจัยประเมินจากการแสดงความคิดเห็นเป็น 5 ระดับตามทฤษฎีของลิกเกอท สเกล(Likert Scale)

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ระบบเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด ประเมินผลเวชระเบียน จำนวน 30 ราย และการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยจัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 นำผลที่ได้มาจากการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอดมาทดลองใช้ และประเมินผลเวชระเบียนจำนวน 33 ราย นำผลที่ได้มาสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 มาพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอด

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้ในห้องคลอดครั้งที่ 2 จำนวน 30 ราย ประเมินผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียน จนได้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในห้องคลอดตามมาตรฐาน เหมาะสม และสอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี

โดยวัดผลจากการประเมินผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ด้วยแบบประเมินผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียนที่กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรนารีออกแบบเอง ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารีด้วยแบบ สอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และความพึงพอใจ มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2552-เดือนมิถุนายน 2552 ครั้งที่ 2 เดือนเมษายน 2553 ครั้งที่ 3 เดือนมิถุนายน 2553 ประเมินผลความพึงพอใจเมื่อกรกฎาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โดยมุ่งเน้นการพัฒนาโดยใช้กระบวนการพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ 4 ระยะ คือ ระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยปรับรูปแบบบันทึกที่พัฒนาแล้วและปรับการกำหนดผู้บันทึก ให้สอดคล้องกับภาระงานและบริบทของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี

2. การประเมินผลเวชระเบียนหลังทำการพัฒนาครั้งที่ 2 พบว่าผลของการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ได้ร้อยละ 93.43 ในแต่ละข้อประเมิน มีข้อที่ต้องพัฒนาในการบันทึกที่คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 อยู่ 1 ข้อ คือ 3.1 มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้องมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 71.33

3. เมื่อเปรียบเทียบรายชื่อ จากการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 หลังจากพัฒนาแล้ว จะพบว่าข้อที่มีผลคะแนนลดลงมีทั้งหมด 3 ข้อ คือ

1) การบันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วยมีความสมบูรณ์ลดลงจากเดิม ร้อยละ 8.18

2) เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้ถูกต้อง/ครบถ้วนมีความสมบูรณ์ลดลงจากเดิม ร้อยละ 4.79

3) วินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมและสัมพันธ์กับปัญหา/อาการสำคัญมีความสมบูรณ์ลดลง ร้อยละ 0.97

4) มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้องมีความสมบูรณ์ลดลง ร้อยละ 9.28

5) มีการประเมินการดูแลสุขภาพกายเองและความพร้อมของญาติก่อนมีความสมบูรณ์ลดลง ร้อยละ 1.64

4. เมื่อเปรียบเทียบกับประเมินผลความพึงพอใจก่อนและหลังการปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์ในหอคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 60.21 เป็นร้อยละ 69.40

2. การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในหอคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ที่พัฒนาการมุ่งเน้นการใช้กระบวนการพยาบาลในหอคลอด ผู้วิจัยอภิปรายดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอคลอด มีอายุอยู่ในช่วง 23-45 ปี ทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอคลอด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุด จำนวน 3 คน รองลงมา มีประสบการณ์การทำงาน 3 ปี จำนวน 3 คน และประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 4 คน การที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอคลอด จำนวนร้อยละ 40 มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี นั้น เนื่องจากภาวะขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี อันเป็นผลจากความรู้สึกไม่มั่นคงอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ จะเห็นได้จากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.3) ปฏิบัติงานในอัตราลูกจ้างชั่วคราว ทำให้มีการหมุนเวียนลาออก เพื่อไปบรรจุในโรงพยาบาลของรัฐ หลังจากปฏิบัติงานได้ 1-3 ปี

ปัจจัยด้านการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพข้างต้น ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอคลอดซึ่งเป็นทีมเดียวกับหอผู้ป่วยสูติฯ 502 ระบุว่ามีการะงานมาก จนไม่สามารถบันทึกการพยาบาลในหอคลอดได้ครบถ้วน เมื่อได้มีการสนทนากลุ่มเพื่อนำปัญหา มาพัฒนารูปแบบบันทึกโดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำให้รูปแบบบันทึกมีความสมบูรณ์ถูกต้องตามมาตรฐาน ลดการบันทึกซ้ำซ้อน มีการกำหนดผู้บันทึกชัดเจนในแต่ละระยะของการบันทึกในหอคลอด ซึ่งเป็นการบรรเทาปัญหาจากการที่พยาบาลวิชาชีพถูกหมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานในหอคลอดอันเนื่องมาจากการขาดแคลนพยาบาลที่มีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนตลอดเวลา การนำปัญหาพัฒนาาร่วมกันจะช่วยให้อุปแบบบันทึกที่พัฒนาแล้วสามารถเป็นกรอบการเขียนและนำมาใช้ได้ถึงแม้จะมีการหมุนเวียนของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย รัตนา ยวงคำมา (2548) โดยมีการพัฒนาแนวทางบันทึกการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการบันทึกการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 3 ขั้นตอน ผลการตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึก ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พบว่าบันทึกได้ครบถ้วน 8 รายการร้อยละ 50 ไม่สามารถบันทึกได้ครบถ้วนอีก 6 รายการ มีการบันทึกร้อยละ 65 และเสนอแนะว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลต้องมีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้บันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจนและได้ใจความ

2.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด

2.2.1 แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ เดิมที่พัฒนาร่วมกันกับวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก และโรงพยาบาลค่ายต่างๆสังกัดกองทัพบก เริ่มใช้ 1 มกราคม 2550

การพัฒนาเพิ่มเติมโดยพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ในส่วนข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ การตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ G (Garvida) -P(Parity) -A-(Abortion) L(Live) , GA, ครั้งที่ของการมาฝากครรภ์ การได้รับวัคซีน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการฝากครรภ์ คือ VDRL, HbsAg, HIV, Hct, OF, DCIP, Blood Group น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ส่วนสูง ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อนๆ น้ำหนักเมื่อมาฝากครรภ์แต่ละครั้ง น้ำหนักทารกแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อนซึ่งพบว่าหลังการพัฒนาเกิดความครอบคลุมในประเด็นของ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน/ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดยิ่งขึ้น ทำให้สามารถนำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลให้สามารถทำได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การประเมินความสมบูรณ์ของบันทึกในเวชระเบียน ส่วนประวัติการเจ็บป่วยในอดีต พบว่ามีความสมบูรณ์ถึงร้อยละ 99.3 ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการการคลอด มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนคลอด ซึ่งกล่าวถึงการประเมินในระยะแรกรับว่าต้องปฏิบัติดังนี้ ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้มาคลอด ประเมินปัญหาแรกรับเกี่ยวกับประวัติการเจ็บครรภ์ การมีน้ำเดิน หรือมูกเลือด ตรวจสัญญาณชีพ ตรวจครรภ์ ตรวจทางช่องคลอด รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจากประวัติการฝากครรภ์ และซักประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ประเมินความพร้อมในการคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บันทึกข้อมูลการประเมินอย่างครบถ้วน (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 2542) และแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (2553) โดยกำหนดให้บันทึกการพยาบาลในระยะคลอด (Labor record) ต้องมีรายละเอียดการบันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับ ได้แก่ ประวัติทางสูติศาสตร์ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Obstetric history Garvida) จำนวนครั้งของการคลอด (Parity) การแท้งบุตร(Abortion) การคลอดบุตรมีชีวิต (Live) ประวัติ

ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันคาดคะเนกำหนดคลอด(EDC) อายุครรภ์(Gestational age) ประวัติการฝากครรภ์(ANC history) ภาวะแทรกซ้อน (complication risk) การเฝ้าระวังความเสี่ยง (monitoring) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : 46)

ส่วนที่ตัดออก ได้แก่

1. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) หัวข้อที่9 เพศและการเจริญพันธุ์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก โรคทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยให้นำไปลงบันทึกในช่องอื่น...ในหัวข้อประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

2. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีความคิดเห็นว่าผู้มารอคคลอดมานอนรอคลอดในห้องคลอดไม่นาน ไม่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ

3. การประเมินความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีความคิดเห็นว่าผู้มารอคคลอดทุกคนมีความเสี่ยงในระดับสูงให้มีการเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนดไว้

2.2.2 รูปแบบข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเดิมมี 4รูปแบบเฉพาะกรณีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนและระยะรอคลอดปกติ (Normal Labor) ได้แก่

1. มารดาและทารกอาจได้รับอันตรายจากการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดผ่าตัดคลอด
 2. ไม่สุขสบาย: เจ็บครรภ์เนื่องจากการหดตัวของมดลูก
 3. วิตกกังวล: กลัว (Anxiety/Fear) เนื่องจาก.....
 4. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน: ชักจากความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์
 ส่วนที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้มีการพัฒนารูปแบบข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติมในเรื่องการคลอดที่ผิดปกติ (Abnormal Labor) และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะรอคลอด ดังนี้

1. มารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากการหดตัวของมดลูก
 2. มารดาและทารกอาจได้รับอันตรายจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
 3. มารดาและทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหอบหืด
 4. มารดาอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการทำงานของหัวใจมากกว่าปกติ
 5. มารดามีโอกาสเกิดภาวะต่อมไทรอยด์วิฤตจากการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ และเจ็บครรภ์คลอด
 6. ทารกอาจได้รับอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากการหดตัวของมดลูกก่อนกำหนด

7. มารดาและทารกมีโอกาสได้รับอันตรายถึงชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
8. มารดามีภาวะ Hypovolemic Shock จากการเสียเลือดระหว่างคลอด
9. มารดาและทารกอาจได้รับอันตรายจากการทำ Painless labor
10. มารดาและทารกอาจได้รับอันตรายจากยาบรรเทาความเจ็บปวด
11. มารดาและทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในโพรงมดลูกเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดมากกว่า 24 ชั่วโมง

12. วิตกกังวล / กลัว (Anxiety / Fear) เนื่องจากการคลอดบุตร/การผ่าตัด

จากผลของการพัฒนาทั้งในเรื่องรูปแบบและการกำหนดผู้บันทึกทำให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการบันทึกในห้องคลอด โดยมีรายละเอียดการบันทึกมีการบันทึกองค์ประกอบทางการพยาบาลโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุม การดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Caring) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Giving) ความพร้อมช่วยเหลือสนับสนุน (Supporting) การสอนให้การแนะนำ (Teaching) การติดตามตามแผนที่วางไว้ (Monitoring) โดยแบ่งเนื้อหาในการประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) กิจกรรมทางการพยาบาล (Nursing intervention) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcome) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553: 45-46) และจากมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนคลอด กล่าวถึงว่าพยาบาลวิชาชีพต้องวินิจฉัยปัญหา/กำหนดแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอด บันทึกรายงานเกี่ยวกับข้อมูลและการพยาบาลในระยะก่อนคลอดให้สมบูรณ์ครบถ้วน (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข : 2542) และยังคงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เฮลสกี อเมนเวทและคณะ (Alske Ammenwert : 2001) ศึกษาเกี่ยวกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ให้มีความสมบูรณ์และเต็มเต็มในส่วนที่ขาดหายไป จากผลการวิจัยดังกล่าวอาจสรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลควรต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากผลการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ครั้งที่ 2 ทำให้มีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกขั้นตอน ยกเว้นในเรื่องการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ถูกต้องสอดคล้อง มีความสมบูรณ์ร้อยละ 71.33 ซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล ยังมีส่วนสำคัญในเรื่องข้อมูลของผู้ป่วยที่สามารถจะสะท้อนการบอกเล่าความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยเอง (subjective data) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮเลนน่า ลิตเทน และคณะ (Heleena Laitinen:2009) ซึ่งพบว่า การนำความคิดเห็นหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการบอกกับพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการนำมาพัฒนาเพื่อช่วยประหยัดเวลาและทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

2.2.3 พาโทกราฟ (Partograph) เดิมอยู่ในใบสรุปคลอด ไม่มีรายละเอียด Fetal Heart Sound ; มีแต่ graph Cervical dilatation, Effacement, Station ในระยรรอคคลอด พัฒนาเพิ่มในเรื่อง FHS (Fetal Heart Sound) การปรับ Oxytocin ; การจับการหดตัวของมดลูก (Contraction) และการวัดสัญญาณชีพ (T, PR, RR, BP) การลงบันทึกปีศาจวะ ซึ่งตรงกับรายละเอียดการประเมินผู้คลอดระยรรอคคลอด : วัน เวลา ชีพจร ความดันโลหิต ความก้าวหน้าของการคลอด(การหดตัวของมดลูก,การขยายตัวและความบางของปากมดลูก,ลักษณะของเยื่อหุ้มรก (Progress of labor,uterine contraction, cervical dilatation & effacement, status of membrane) การประเมินทารก (fetal assessment) เสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound, FHS) การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ (fetal movement)และการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก (station), การให้ยา,ภาวะแทรกซ้อน (complication) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553: 46) จากการพัฒนา พาโทกราฟ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การดูแลในระยรรอคคลอดสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกล เอ เวน ไรน์ และคณะ(Gail A. Wainwright: 2008) ได้พัฒนาเครื่องมือในการบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ (END-IT) ในโรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ (trauma center) ที่รัฐเพนซิลวาเนีย ทำให้สามารถประมวลผลได้รวดเร็ว พยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมนี้ช่วยลดสิ่งที่ละเลยและสิ่งที่ผิดพลาดลงได้ 21%เช่นเดียวกับ partograph เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ช่วยลดความผิดพลาดในการเฝ้าระวังมารดาในระยรรอคคลอดได้ โดยมีการเปรียบเทียบ action lineกับ alert line ใน active phase

2.2.4 แบบสรุปประวัติการคลอดพัฒนามาจากใบสรุปคลอด โดยตัดกราฟ (graph) ในระหว่างรอคลอดออก เพิ่มการประเมินระบบคะแนนที่ใช้ประเมินสภาพทารกแรกคลอด (Apgar score) ในส่วนผลลัพธ์ของการคลอด เพื่อให้ประเมิน Apgar score (1 นาที, 5 นาที) ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้การประเมินระยรรอคคลอดและระยรรหลังคลอดครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับรายละเอียดการประเมินระยรรอคคลอด: วันที่ , ระยรรเวลาการคลอดแต่ละระยรร (stage) (ของเด็กและรก) วิธีการคลอด, การระยรรความรู้สึก (ถ้ามี), การให้ยา,การตัดฝีเย็บ (episiotomy)ภาวะแทรกซ้อน (complication)การประเมินระยรรหลังคลอด มารดา: การให้ยา,การตรวจรก (placenta checked) ภาวะแทรกซ้อน (complication) การเสียเลือด (blood loss) สัญญาณชีพ (vital signs) หลังคลอด 2 ชั่วโมง ทารก: เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, Apgar score (1 นาที, 5 นาที),ภาวะแทรกซ้อน (complication) การตรวจร่างกายทารกหลังคลอด (Physical examination) ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (head to toe assessment) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553: 46)

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ที่พัฒนาขึ้นมีความพึงพอใจคิดเป็น

ร้อยละ 69.40เพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนการพัฒนาร้อยละ 9.19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรม ต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล พบว่าความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาลหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี สูงกว่าก่อนใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ควรมีการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยสร้างข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ครอบคลุมช่วยให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสูงขึ้น

3.1.2 ควรมีการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยให้ผู้มีส่วนรับผิดชอบในการบันทึกมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้บริหารการพยาบาลให้การสนับสนุนด้านนโยบาย และการพัฒนาความรู้และทักษะ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

3.2.1 ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในระบบอิเล็กทรอนิกส์

3.2.2 ควรวิจัยเพื่อหารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในส่วนของ การลดความซ้ำซ้อน และการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มากขึ้น



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล (2539) *คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- _____. (2542) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2* กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2541) “การบันทึกทางการพยาบาล” *วารสารกองการพยาบาล*
25 (มกราคม-เมษายน): 41
- ดอกเอื้อง แสนสิทธิ์ (2551) “การพัฒนาระบบการนิเทศการบันทึกการพยาบาลของ
โรงพยาบาลโนนสัง” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*
สาขาวิทยาการบริบาลการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) “ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบ
องค์รวมต่อการปฏิบัติกรพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของ
พยาบาลใน การใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล” *วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริบาลการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์*
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และคณะ (2547) *การบริหารอัตรากำลัง* กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาล พี.เอ.ลีฟ วิ่ง
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) *การบริหารการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร ประชุมช่าง
- นัทธมณ จินดาสมุทร (2553) “การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
สำหรับผู้คลอด โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร”
*วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒน
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*
- นันทนา น้ำฝน (2538) *เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ* สงขลา เทมการพิมพ์
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2551) “สมรรถนะของพยาบาลกับการบันทึกทางการพยาบาล”
ในการประชุม COP บันทึกทางการพยาบาล วันที่ 20 กันยายน 2551
ห้องประชุมจามจุรี สภากาพยาบาล

- แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (2553)
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพ
 สถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2553) แนวทางการบันทึกและการตรวจประเมิน
 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)
 กรุงเทพมหานคร ยูเนี่ยน อุลตราไวโอเร็ด
- บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล (2536) การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล
 พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- “พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ
 วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 และกฎหมาย
 ที่เกี่ยวข้อง (2551)” กรุงเทพมหานคร
- พิชชดา วิรัชพินทุ และคณะ (2536) “การศึกษาการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาและการพยาบาล
 ผู้ป่วยพักค้างรอดูอาการ” กรณีศึกษาที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช
 วารสารพยาบาลศาสตร์ 11 (เมษายน-มิถุนายน) : 184-194
- พัชรินทร์ ชุนซัง (2550) “การวิจัยและพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
 สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์
 จังหวัดสกลนคร” วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ และ กุลยา ตันดิผลาชีวะ (2546) การบันทึกทางการพยาบาล
 อนุกรรมการบริหารการพยาบาล ลำดับที่ 4 กรุงเทพมหานคร ภาควิชาการพยาบาลศึกษา
 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- _____ . (2554) เอกสารประกอบการประชุมของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย OTP :
 แนวคิดเชิงบูรณาการสู่คุณภาพการพยาบาลยุคฐานความรู้
 รุ่นที่ 2 21-23 กุมภาพันธ์ 2554 กรุงเทพมหานคร
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) เส้นทางสู่พยาบาลยอดเยี่ยม กรุงเทพมหานคร
 สุขุมวิทการพิมพ์
- ฟารีดา อิบราฮิม (2546) ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล กรุงเทพมหานคร
 สามเจริญพาณิชย์
- ภูษิตา อีทรประสงค์ (2539) คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ
 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- มณฑา ลิ้มทองกุล (2539) การบันทึกทางการพยาบาล หน่วยบริการการศึกษา
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล

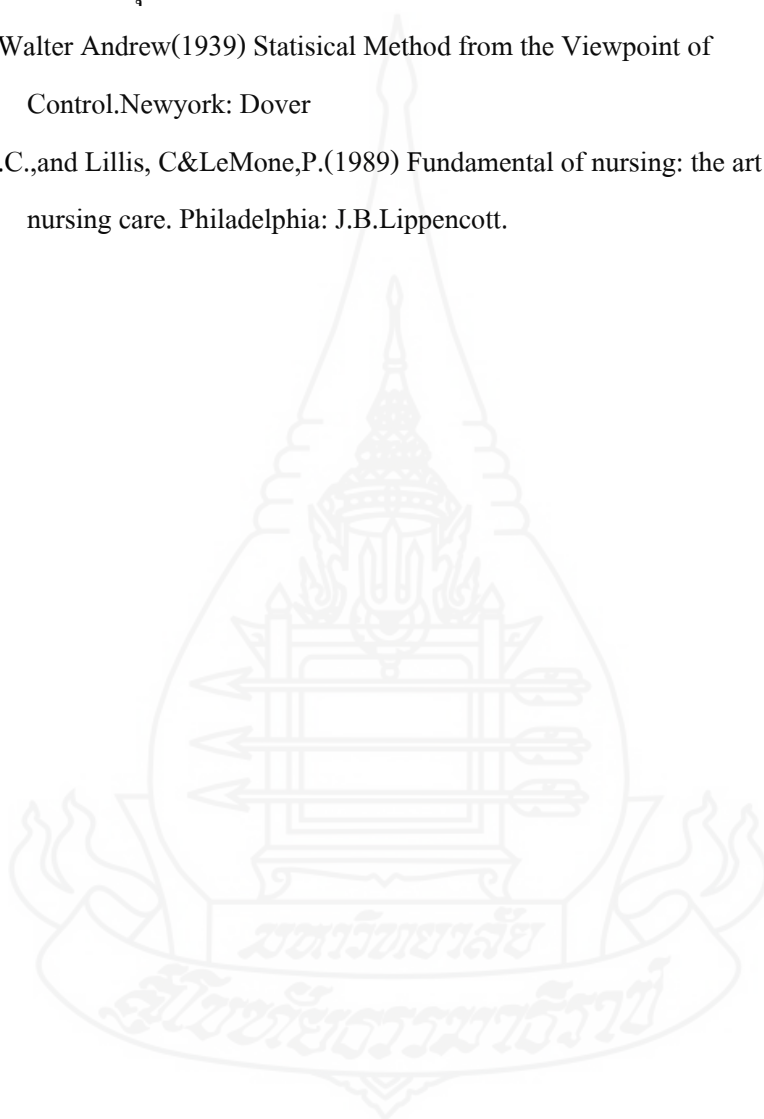
- มณี อภานันท์กุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ใน
ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 9 หน้า 9-19
- ยุวดี ฤชา และปรีชาติ กุ๊ซ (2549) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณในการทำ
วิทยานิพนธ์” ในประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 7 หน้า 7-9
- บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี
รัตนา ขวงคำมา (2548) “การพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) “ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกสูติ
ต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุรพรรณ พนมฤทธิ์ (2541) กระบวนการพยาบาล โครงการสวัสดิการวิชาวศานัน
พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี* นนทบุรี หนังสือดีวัน
- อารี ชิวเกษมสุข (2534) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึกพยาบาล
ที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- องุ่น คำเกียรติกมล และคนอื่นๆ (2547) “คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลแพร่” *วารสารโรงพยาบาลแพร่* 12,1 (มกราคม – มิถุนายน) : 30
- Bartor and Knight (1978). “Documentation of Nursing Process” Supervisor Nurse.
6, 6 July : 41-48.
- Crosky P.B. (1980). *Quality is Free*. New York : Penquin Book.
- College of Registered Nurses of British Columbia.(2007).The CRNBC Practice Standard
Documentation.Pub.No.334.Vancouver,Canada.
- Deming, W.E. (1986). *Out of Crisus*. Maschusetts : Institute of Technology.

- De Koning and Martinn M, (1996). *Participatory research in health : Issue and experiences*.
London : Zed Books.อ้างถึงใน มณี อภานันท์กุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ในประมวลสารประชุมวิชาการวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 9 หน้า 9-19 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- Donna, L.(2004) “Action research”.In Seale, C.,Gobo,G.,Gubrium,J.F. and Silverman, D.,*Qualitative research practice*.(pp. 536-538).London:Sage.
อ้างถึงใน มณี อภานันท์กุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ในประมวลสารประชุมวิชาการวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 9 หน้า 9-19 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- Elske, Ulrike, Ansgar, Cornelia, Ronald and Reinhold, (2001) “Nursing process documentation systems in clinical routine-prerequisites and experiences”.*International Journal of Medical Informatics*,64:187-200
- Gail, Christy and Ruth A.(2008) “Emergency Nurse Documentation Improvement Tool”.
Journal of Trauma Nursing,15,Number 1,January-March:16-18
- Heleena Laitinen,Marja Kaunonen and Paivi Astedt-Kurki.(2010) “Patient-focus nursing Documentation expressed by nurses” *Journal of Clinical Nursing* 19,489-497
- Huberman, M.A. and Miles, M.B.(1994).”Data management and analysis method.” In Denzin, N. and Y.S.,eds. *Handbook of qualitative research*.Thousand Oaks, CA: Sage.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.(2003) *Comprehensive accreditation manual of healthcare organization:The official handbook* .St. Louis: Mosby.
- McKernan,J.Curriculum.(1996) *action research: A handbook of methods and resources for the reflective practitioner*. London: Kogan Page.อ้างถึงในใน มณี อภานันท์กุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ในประมวลสารประชุมวิชาการวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 9 หน้า 9-19 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- Potter, C. and Petty, G.A. (1995) *Foundation nursing theory and practice : Documentation and reporting*. St.Louis : C.V. Mosby.

Lyer, P.W., and Camp, N.H. (1999) *Nursing documentation : A nursing process approach*. 3rd ed. St.Louis : Mosby.อ้างถึงใน ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) “ผลของการมีส่วนร่วมในสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกสูติต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Shewhart,Walter Andrew(1939) *Statistical Method from the Viewpoint of Control*.Newyork: Dover

Taylor, M.C.,and Lillis, C&LeMone,P.(1989) *Fundamental of nursing: the art and science of nursing care*. Philadelphia: J.B.Lippencott.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ศูนย์วิจัยการบรรณารักษ์

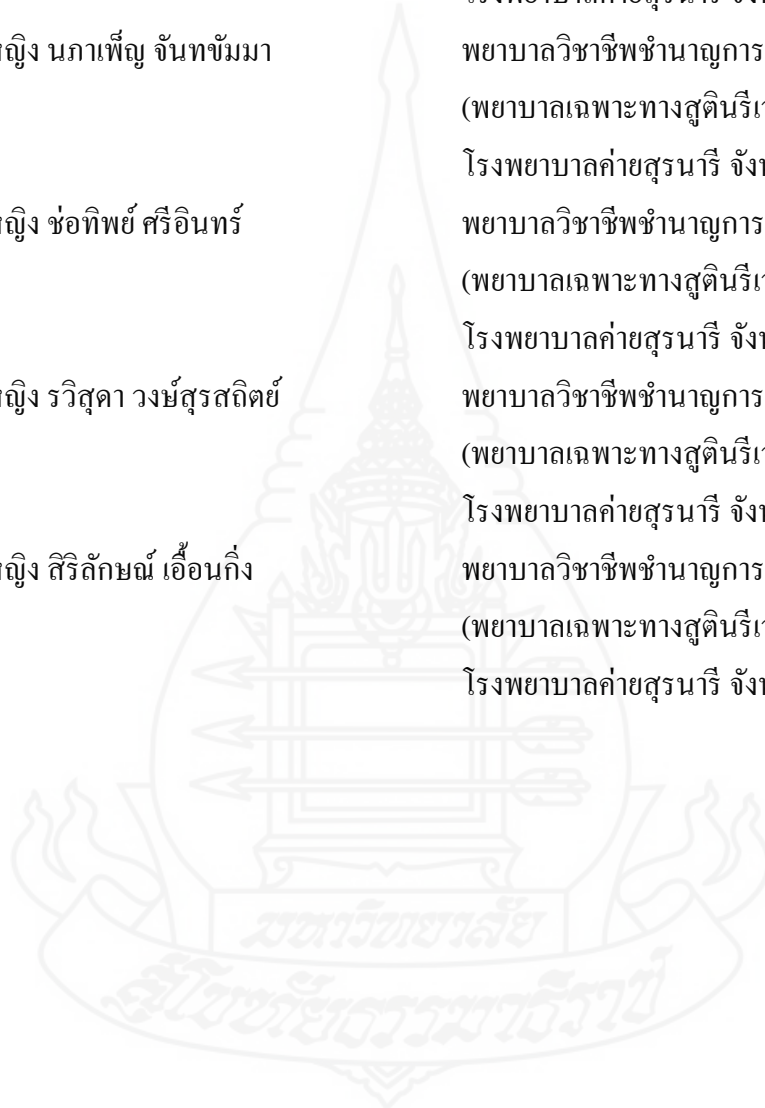
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. พันเอกหญิง นิชาภา จงอุตส่าห์ | แพทย์หญิงชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการกองสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา |
| 2. พันตรีหญิง นภาเพ็ญ จันทขัมมา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(พยาบาลเฉพาะทางสูตินรีเวชกรรม)
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา |
| 3. พันตรีหญิง ช่อทิพย์ ศรีอินทร์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(พยาบาลเฉพาะทางสูตินรีเวชกรรม)
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา |
| 4. พันตรีหญิง รวิสุดา วงษ์สุรสถิตย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(พยาบาลเฉพาะทางสูตินรีเวชกรรม)
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา |
| 5. พันตรีหญิง สิริลักษณ์ เอือนกิ่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(พยาบาลเฉพาะทางสูตินรีเวชกรรม)
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา |



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 27/2554

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
เลขที่โครงการ/รหัส ID 2505100178
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย พันโทหญิง สุมิตรา มิ่งมิตร
ที่ทำงาน โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ต.หนองไผ่ล้อม อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม 

(อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติติวิทยานันท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง 2 มิถุนายน 2554

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด





โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
SURANARI HOSPITAL

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมแรกรับ
(OBSTETRIC / GYNECOLOGY ADMISSION DATABASE)

ติด STICKER
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี
HN.....AN.....

ห่อผู้ป่วย.....ห้อง / เตียง.....
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....เวลา.....น. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อกได้.....

ข้อมูลทั่วไป
รับใหม่จาก OPD ER รับส่งต่อจาก.....เวลา.....น. โดย เดินมา รถนั่ง รถนอน อื่นๆ.....
ประวัติส่วนตัว สถานภาพสมรส.....ระดับการศึกษา.....อาชีพ.....ศาสนา.....
คำรักษา ไม่มีปัญหา มีปัญหา ระบุ.....

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน/ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
G.....P.....A.....L..... GA.....wks. By LMP U/S ANC.....ครั้งที่.....
 No ANC ได้รับ dT.....dose VDRL ครั้งที่ 1.....ครั้งที่ 2.....HbsAg.....HIV ครั้งที่ 1.....ครั้งที่ 2.....
Hct ครั้งที่ 1.....Vol% ครั้งที่ 2..... Vol% OF.....DCIP.....Blood Group.....
BW. ก่อนตั้งครรภ์.....BW. ปัจจุบัน.....kgs. ส่วนสูง.....cm.
ครรภ์ที่.....วิธีคลอด.....น้ำหนักทารก.....กรัม ภาวะแทรกซ้อน.....
ครรภ์ที่.....วิธีคลอด.....น้ำหนักทารก.....กรัม ภาวะแทรกซ้อน.....
ครรภ์ที่.....วิธีคลอด.....น้ำหนักทารก.....กรัม ภาวะแทรกซ้อน.....
อื่นๆ.....

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ.....
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล (ภายใน 1 ปี) ไม่เคย เคย ระบุ.....
ประวัติการผ่าตัด ไม่เคย เคย ระบุ.....
ประวัติการแพ้ (ยา/อาหาร /สารเคมี/เลือด) ไม่มี มี ระบุ.....
ประวัติการไอ้ช้ำและผลึกนิ่วจัสสุขภาพ ไม่มี มี ระบุ.....
ผลการตรวจร่างกาย PV Osdilated.....Cms, Eff.....%, Station....., ส่วนน้ำ Vx. Br. , MI MR ML
FHS.....b/m, D/I.....
เต้านม ปกติ ผิดปกติ คือ.....
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มี มี ระบุ.....
สัญญาณชีพแรกรับ T =°C P =ครั้ง/นาที R = ครั้ง/นาที BP = mmHg, Hct =vol%

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ชักถามจาก ผู้ป่วย บิดา/มารดา สามี/ภรรยา ญาติ.....
สุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ดี ไม่ดี ระบุ.....
การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ไปรพ. / สถานีอนามัย รื้อยาปรับประทานเอง อื่นระบุ.....
ความคาดหวังเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในครั้งนี้ คิดว่าหาย ไม่แน่ใจ ไม่หาย
การเสพติด ไม่เคย เคย สูบบุหรี่..... มวน/วัน เป็นเวลา.....ปี ดื่มสุรา...../วัน เป็นเวลา.....ปี
 ปัจจุบันเลิกเสพ..... ปัจจุบันยังไม่เลิกเสพ.....

2. ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร
อาหารที่รับประทาน.....มื้อ/วัน (ระบุพฤติกรรมการรับประทาน).....น้ำดื่ม.....แก้ว/วัน
ปัญหาการรับประทานอาหารก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ ไม่มี มี ระบุ.....

3. การขับถ่าย
การขับถ่ายปัสสาวะ ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....
การขับถ่ายอุจจาระ ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....


4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย
 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันปัจจุบัน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในเรื่อง.....
 การออกกำลังกาย สม่ำเสมอ นานๆครั้ง ไม่เคย.....

5. แบบการนอนหลับ
 อุปนิสัยในการนอนหลับ ปกตินอนวันละ.....ชม. เพียงพอ ไม่เพียงพอ
 ปัญหาการนอนหลับ ไม่มี มี ระบุ.....
 การใช้อาบน้ำ ไม่เคย ใช้น้ำร้อน ใช้เป็นครั้งคราวระบุ.....

6. สถิติปัญหาและการรับรู้และประสาทสัมผัส

การรับรู้	ก่อนการเจ็บป่วย		แรกเริ่ม		หมายเหตุ (ระบุสิ่งที่ไม่ปกติ)
	ปกติ	ไม่ปกติ	ปกติ	ไม่ปกติ	
รับรู้บุคคล เวลา สถานที่					
ความจำและการโต้ตอบ					
ประสาทสัมผัส					

ความเจ็บปวด ไม่มี มี บริเวณ.....
 ลักษณะการปวด เป็นครั้งคราว ตลอดเวลา อื่นๆ.....
 ระดับ 0 1 - 2 3 - 4 5 - 6 7 - 8 9 - 10
 ไม่ปวด เล็กน้อย ปานกลาง ปวดมาก ปวดมากๆ ปวดมากที่สุด



7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
 การเจ็บป่วยครั้งนี้ผลกระทบต่อ(ภาพลักษณ์, อารมณ์และจิตใจ, ความสามารถ).....
 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด / ไม่สบายใจในปัจจุบัน ไม่มี มี ระบุ.....

8. บทบาทและสัมพันธภาพ
 การเจ็บป่วยครั้งนี้ผลกระทบต่อบทบาทในด้าน (ครอบครัว / อาชีพ / การศึกษา / สัมพันธภาพในครอบครัว / ผู้อื่น)
 ไม่มี มี ระบุ.....

9. เทศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ประจำเดือนครั้งแรกอายุ.....ปี, LMP....., นาน.....วัน
 การมีประจำเดือน ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....
 ประวัติการคุมกำเนิด เคย ไม่เคย ระบุ.....ระยะเวลาที่ใช้.....

10. ความเครียดและความทนต่อความเครียด
 การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ตัดสินใจเอง ให้ผู้อื่นตัดสินใจให้
 วิธีแก้ไขความเครียดเมื่อไม่สบายใจ ปรึกษาผู้ไว้ใจ ทำงานอดิเรก แยกตัว ใช้อา อื่นๆ ระบุ.....
 ผู้ป่วย/ญาติ สามารถที่จะดูแลตนเอง / ผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยที่บ้าน ได้ ไม่ได้ ระบุ.....

11. ความเชื่อและค่านิยม
 การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่ามาจาก คุณลักษณะที่ไม่ถูกต้อง ตามวัย เคราะห์กรรม อื่นๆระบุ.....
 สิ่งยึดเหนี่ยวในขณะที่เจ็บป่วย ครอบครัว ศาสนา อื่นๆระบุ.....

ผู้ประเมิน.....RN วันที่.....เวลา.....น.
 ผู้ให้ข้อมูล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

หมายเหตุ รวบรวมข้อมูลให้เสร็จภายใน 24 ชม. กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อนและต้องส่งเวรไปรวบรวมเพิ่มเติมให้เสร็จ

ใบสรุปประวัติการคลอด

- * รับเข้าห้องคลอดวันที่.....เวลา.....น. ต้องการทำTR ทำ ไม่ทำ ไม่แน่ใจ
- * สาเหตุรับป่วย เจ็บครรภ์ เร่งคลอด โดยมีข้อบ่งชี้คือ..... น้ำเดินวันที่.....เวลา.....
 active bleeding vagina สาเหตุคือ..... ผล NST ผิดปกติ อื่นๆ.....
- * ประวัติการฝากครรภ์
 - G.....P..... GA/by date.....wks. GA/by U/S.....wks.
 - สถานที่ ANC รพ.ค่ายฯ > 4 ครั้ง รพ.ค่ายฯ < 4 ครั้ง รพ. อื่นๆ คลินิก ไม่ฝากครรภ์
 - โรคประจำตัว ไม่มี มี คือ..... รับประทานยาที่สำคัญ คือ.....
 - Lab ANC ครั้งที่ 1 ปกติ ผิดปกติ คือ.....
 ครั้งที่ 2 ปกติ ไม่ได้ตรวจซ้ำ ผิดปกติ คือ.....
 - กรณีฝากครรภ์ที่รพ. เข้าอบรมครรภ์คุณภาพ บันทึกเส้นทางการรก 2 กราฟ Val lop Weight log
 ไม่ได้ เพราะ.....
 - ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ไม่มี มีคือ PIH Gestational DM clas..... Abnormal line fetus คือ.....
 IUGR Preterm BPVจาก..... อื่นๆ..... Previous Admit เมื่อ.....เรื่อง.....

สรุปผลลัพธ์การคลอด

- * AROM /SROM /PROM วันที่.....เวลา..... น. ลักษณะน้ำคร่ำ ปกติ ผิดปกติ คือ.....
- * Sedation วันที่.....เวลา..... น. ขณะปากมดลูกเปิด.....ซม. * ปากมดลูกเปิดหมด วันที่.....เวลา..... น.
- * ทารกคลอด วันที่.....เวลา..... น. เพศ..... BW..... gms.
 (กรณีน้ำหนัก<2500กรัมและGA<37 wks. พบ BS=.....wks.) น้ำหนักแรก.....กรัม
- * Apgar score

นาที	1	5
สีผิว		
ชีพจร		
Reflex		
กล้ามเนื้อ		
หายใจ		
รวม		

- ทารกมี Anomaly. ไม่มี มี.....
- คลอดโดยวิธี N/L V/E เพราะ F/E เพราะ
 C/S เพราะ
- ภาวะแทรกซ้อน(birth injury new born) ไม่มี มี คือ.....
- ส่งไป NICU เพราะ..... การติดตาม Case ที่ NICU ผลลัพธ์ ปกติ mild illness คือ
 Severe illnessคือ Death Refer เพราะ.....
- * EBL.....CC (กรณี PPH EBL.....CC ,HCT เปลี่ยนแปลงก่อน/หลังคลอด.....%)
- สาเหตุจาก uterine atony birth canal injury,hematoma รกค้าง อื่นๆ
- รักษาโดย ให้เลือด.....unit อื่นๆ.....
- * ภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ไม่มี มี คือ.....
- * ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ไม่มี มี คือ.....
- * ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดใน 24 ชม. ไม่มี มี คือ.....
- ผู้ทำคลอด.....ผู้เขียนผล.....
- กุมารแพทย์รับเด็ก.....
-
- ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN..... สิทธิการรักษา.....



โรงพยาบาลสุรนารี (SURANARI HOSPITAL)
NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLAN

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่..... มารดาไม่สุขสบายเชิงครรภ์ เนื่องจากมีการหดรัดตัวของมดลูก
วัตถุประสงค์ บรรเทาอาการไม่สุขสบายของมารดา, มารด และทารก ไม่เกิดอันตรายจากยาบรรเทาปวด
เกณฑ์การประเมิน มารดาสามารถทนต่ออาการได้ไม่กระสับกระส่ายหรือร้องครวญคราง ในขณะที่คลอด
 มารดาสามารถแสดงความเจ็บปวดได้โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การเพ่งจุดการสนใจหรืออุบหนำได้อย่างถูกวิธี
 มารดาไม่เกิดภาวะหายใจลำบาก หายใจปกติสม่ำเสมอ อัตรา 16-24 b/m
 ไม่เกิดภาวะ fetal distress FHS อยู่ในช่วง 120-160 b/m

วันที่วางแผน	ข้อมูลต้นฉบับ	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่ปฏิบัติ	เวลา	กิจกรรมที่ให้	ประเมินผล	ลงชื่อ	
.....	- LP.....ม. D/I..... Intensity..... Os dilate.....cm EF.....% Membrane..... Presentation..... Station.....	1. อธิบายกระบวนการคลอดและบอกความก้าวหน้าของการคลอด 2. จัดทำอนันให้มารดาผ่อนคลายในท่า Semifowler, นอนในท่าที่สุขสบาย 3. สอนวิธีการเผชิญความเจ็บปวด เช่น Relaxation technique, Focal point, อุบหนำที่พร้อมทั้งเป็น Coach ให้มารดาในขณะที่ปฏิบัติ 4. ช่วยควบคุมระดับให้ขณะมดลูกหดรัดตัว 5. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา -ขณะรีดนมและหึ่งดึดยา สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น หายใจช้าลง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น -Check V/S ทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะ BP, PR และทั้ง FHS ทุก 30 นาที -ให้ยา Antidose ระบุ.....

ชื่อ-สกุล..... อ.ญ.....ปี HN.....AN.....
ห้อง/เตียง.....หอผู้ป่วย.....
องค์การพยาบาล รพ.สุรนารี
แผ่นที่ 1

วันที่ วางแผน	ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่ ปฏิบัติ	เวลา	กิจกรรมที่ให้	ประเมินผล	ลงชื่อ
.....	SD..... OD.....	<p>p6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา</p> <p>p7. Record I/O ทุก 1 ชม. ถ้า Urine < 30 cc/hr รายงานแพทย์</p> <p>p8. แนะนำและช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยดูบ่นที่ท้อง หอนลมหายใจและให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษา</p> <p>p9. ช่วยเหลือมารดาในการทำกิจกรรม เพื่อลดการใช้พลังงานของผู้ป่วย ลดการทำงานของหัวใจ</p> <p>p10. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด</p> <p>p10.1 Observe uterine contraction q 1 hr</p> <p>p10.2 ตรวจภายในทุก 2 ชม. เพื่อเข้าสู่ระบบ Active เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการพยาบาล</p>	.....	.....	.....	.....	.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
 ห้อง/เตียง.....หอผู้ป่วย.....
 องค์กรพยาบาล รพ.ค่ายสุรนารี แผ่นที่ 4/2



โรงพยาบาลสุรนารี (SURANARI HOSPITAL)
NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLAN

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มารดาและทารกมีโอกาสได้รับอันตรายซึ่งชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
เกณฑ์การประเมิน P1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจเต้น เวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ถ้ารุนแรงจะมีอาการซึม กับสน ซักและหมดสติ
P 2. BS อยู่ระหว่าง 80-120 mg%
P 3. PR 60-100 b/m, RR 16-24 1/m, BP 100/60-130/80 mmHg.

วันที่ วางแผน	ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่ ปฏิบัติ	เวลา	กิจกรรมที่ให้	ประเมินผล	ลงชื่อ
SD:	P1. จัดให้นอนท่า Semi Fowler's P2. ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร และความดัน โลหิตทุก 1 ชม. P3. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากและให้ ให้ได้รับยา และสารน้ำ.....ตามแผนการรักษา P4. สังเกตภาวะน้ำตาลต่ำ และติดตามประเมินผล P5. ฟัง FHS q 1 hr. ในระยะ Latent 15 นาที - 30 นาที ในระยะ Active on fetal monitor P6. แนะนำและช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวด โดยการอุ้มหน้าท้อง หอนลมหายใจและให้ยาระงับ ความเจ็บปวดตามแผนการรักษา..... P7. Observe uterine contraction q 1 hr. ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์ P8. PV q 4 hr. (Latent) q 2 hr. (active) ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์	.....	.....	.....	.....	.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....อาชีพ.....ปี HN.....AN.....
ห้อง/เตียง.....หอผู้ป่วย.....
องค์การพยาบาล รพ.ค่ายสุรนารี แผ่นที่ 7



โรงพยาบาลสุรนารี (SURANARI HOSPITAL)
NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLAN

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือ..... มารดาและทารกอาจได้รับอันตรายจากการทำ Painless labour
วัตถุประสงค์
- มารดาและทารกไม่ได้รับอันตรายจากการทำ Painless labour
- มารดาทุ้ออาการเจ็บครรภ์ถึง

เกณฑ์การประเมิน P มารดาไม่เกิด High or Total block P ไม่เกิด Fetal distress FHS อยู่ในช่วง 110-160 b/m
P มารดาไม่เกิด Hypotension , Low CC , BP > 90/60 mmHg , PR= 60-100b/m
P มารดาไม่เกิด Cardio-Respiratory arrest

วันที่ วางแผน	ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่ ปฏิบัติ	เวลา	กิจกรรมที่ให้	ประเมินผล	ลงชื่อ	
.....	- G.....P..... - LP.....M. D/L..... Intensity..... - Os dilate.....cms EF=.....% Station..... เวลา.....วันที่..... - Medication.....	P1. อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงขั้นตอนของการทำและ อาการหลังทำ Epidural block P2. Monitor BP , HR , FHS ทุก 5-15 นาที ถ้า BP < 90/60 mmHg , HR < 60 or > 100 b/m FHS < 110 or 160 b/m Notify แพทย์ P3. Hypotension with isotonic solution 500-1000cc ก่อนเริ่มทำ P4. ขณะทำให้มารดาอนาคะแดง หรือนั่ง หลังทำ ให้นอนหงาย ประมาณ 15 นาที เพื่อให้ไขกระดูกกระจาย ไป 2 ซี่งท่า ๆ กัน หลังจากนั้นจัดท่า Semi-lateral position P5. ประเมินความเจ็บปวด และอาการชา หลังฉีดยา 3-5 นาที เพื่อดูประสิทธิภาพของยา P6. ระวังการเลื่อนหลุดของ Catheter P7. สังเกตอาการ High or Total block เช่น แน่น หน้าอก หายใจติดขัด วิตกกังวล หรือใบหน้าดำมี Notify แพทย์

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
ห้อง/เตียง.....หอผู้ป่วย.....
องค์การพยาบาล รพ.สุรนารี แผนกสูติ



โรงพยาบาลคำชะโนด (SURANARI HOSPITAL)
NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLAN

ชื่อวินิจฉัยการพยาบาลที่.....มารดาและทารกอาจได้รับอันตรายจากยารักษาความเจ็บปวด
วัตถุประสงค์ มารดาและทารกอาจไม่ได้รับอันตรายจากยารักษาความเจ็บปวด
เกณฑ์การประเมิน P1. มารดาไม่เกิดภาวะหายใจลำบาก หายใจปกติมีค่าเสแอสัตรา 16-24 b/m
P2. ไม่เกิดภาวะ Fetal distress FHS อยู่ในช่วง 120-160 b/m

วันที่ วางแผน	ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่ ปฏิบัติ	เวลา	กิจกรรมที่ให้	ประเมินผล	ลงชื่อ	
.....	- ได้รับความช่วยเหลือ วันที่.....เวลา.....น.	P1. อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงแผนการรักษามารดาเองแพทย์ เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา พร้อมทั้งให้คำแนะนำถึงอาการ ที่จะเกิดขึ้นมาทั้งหมดถึงได้รับยา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน และอาการหายใจที่ถี่มารดาและทารก เป็นต้น P2. ให้มารดาปัสสาวะ และจัดท่าให้มารดาสุขสบาย P3. งดประวัติการแพ้ก่อนฉีดยา ให้ฉีดยาซ้ำ ๆ ประมาณ 5-10 นาที P4. ขณะฉีดยาและหลังฉีด สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น หายใจช้าลง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น P5. Check V/S ทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะ BP, RR และฟัง FHS ทุก 15-30 นาที P6. เตรียมยา Antidote และ Set resuscitation ทารกให้ พร้อม (ในรายที่คลอดก่อน 2 ชม. หลังให้ยา)

ชื่อ-สกุล.....ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
ห้อง/เตียง.....หอผู้ป่วย.....
องค์การพยาบาล รพ.คำชะโนด วันที่ 10



โรงพยาบาลค่ายสุรนารี (SURANARI HOSPITAL)
NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLAN

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่..... มารดาและทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในโพรงมดลูกเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตก

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมิน P 1. มารดา Pulse ไม่เกิน 100 bpm , อุณหภูมิไม่เกิน 37.5° C

P 2. FHS 120-160 bpm.

P 3. Amniotic ไม่มี foul smell สีปกติ

วันที่ วางแผน	ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่ ปฏิบัติ	เวลา	กิจกรรมที่ให้	ประเมินผล	ลงชื่อ	
.....	- น้ำคาวปลา.....น. วันที่..... เจ็บครรภ์เวลา.....น. วันที่..... Os dilate.....cm Eff.....% Station..... Fern test..... Grossly leakage.....	P 1. V/S ทุก 4 ชม. T >37.5° C, P >100 bpm รายงานแพทย์ P 2. ประเมิน FHS ทุก 4 ชม. ถ้า FHS < 120 bpm. หรือ > 160 bpm. รายงานแพทย์ P 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ P 4. ดูแลให้มารดาพักผ่อน P 5. ช่วยเหลือมารดาในการทำกิจวัตรประจำวัน P 6. Perineal care ให้ทุกครั้งหลังการขับถ่าย และอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง P 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา..... P 8. สังเกตลักษณะ กลิ่น สี และปริมาณของ น้ำคร่ำที่ออก ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
ห้องเคียง.....หอผู้ป่วย.....
องค์การพยาบาล รพ.ค่ายสุรนารี แผ่นที่ 11



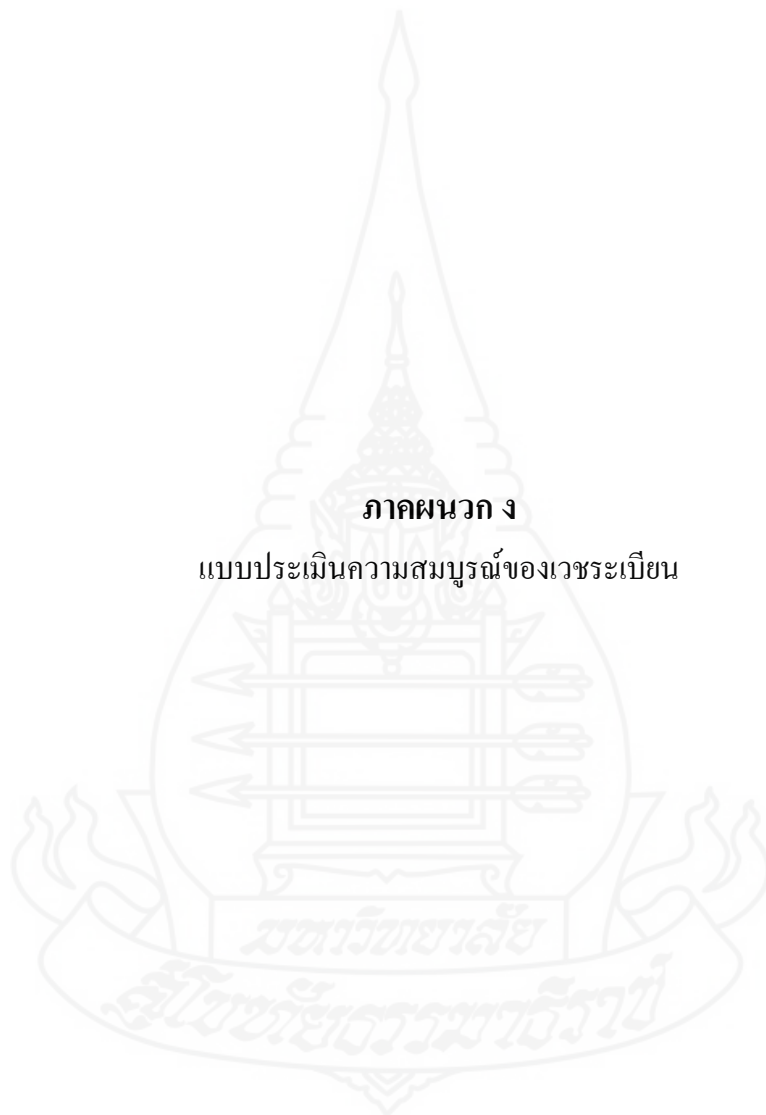
โรงพยาบาลสุรนารี (SURANARI HOSPITAL)
NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLAN

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่.....วิตกกังวล/กลัว (Anxiety / Fear) เนื่องจากกรคลอดบุตร / การผ่าตัด
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
เกณฑ์การประเมิน

P ผู้ป่วยนอนหลับได้ วันละ 6 – 8 ชม.
P สิ้นน้ำขึ้นเขม

วันที่ วางแผน	ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันที่ ปฏิบัติ	เวลา	กิจกรรมที่ให้	ประเมินผล	ลงชื่อ
.....	SD : OD	P 1. สร้างสัมพันธภาพ และดูแลให้เกิดความมั่นใจ/ สบายใจ โดยใช้คำพูดซ้ำๆ ทำทางสงบ แสดงความเห็น ใจ เข้าใจ (โดยพยักหน้า, สัมผัส, เสียงฯ) ไม่เร่งรัดให้ ผู้ป่วยพูดหรือตัดสินใจ P 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้, เสียงสงบ, ปลอดภัย, มีแสงสว่าง พอเหมาะ จัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายความวิตกกังวล P 3. เสนอวิธีผ่อนคลาย ได้แก่ สอนการหายใจ	...................................	...................................	...................................	...................................	...................................

ชื่อ-สกุล.....อาญ.....ปิ HN.....AN.....
ห้อง/เตียง.....หอผู้ป่วย.....
องค์กรพยาบาล รพ.สุรนารี แผ่นที่ 12



ภาคผนวก ง

แบบประเมินความสำเร็จของเวทีเขียน

แบบ Audit Chart การใช้ Nursing Process

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ..... ward รับป่วย.....ย้ายไป ward.....
 ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล.....วัน ตั้งแต่.....ถึง..... Dx.....

การบันทึกทางการพยาบาล	5	4	3	2	1	0
1. การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (10%) ได้คะแนน.....						
1.1 อาการสำคัญที่มา รพ.						
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน						
1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต						
1.4 ประวัติส่วนตัวและข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon						
1.5 บันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย						
1.6 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และประเมินแผลกดทับทุก 7 วัน						
1.7 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม						
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (20%) ได้คะแนน.....						
2.1 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้ถูกต้อง/ ครบถ้วน						
2.2 วินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมและสัมพันธ์กับปัญหา/ อาการที่สำคัญและ โรคที่เป็นอยู่						
2.3 นำ SD , OD มาเป็นข้อมูลสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหา						
2.4 มีการทบทวนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน						
3. การวางแผนการพยาบาล (10%) ได้คะแนน.....						
3.1 วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล						
3.2 การวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับอาการและปัญหาของผู้ป่วย						
3.3 วางแผนการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง						
4. การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล (30%) ได้คะแนน.....						
4.1 ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามที่วางแผนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแผนการรักษา						
4.2 ดูแลความสุขสบายทั่วไปและตอบสนองตามปัญหาของผู้ป่วยทันที กรณี Stat. order มีการปฏิบัติภายใน 30 นาที						
4.3 ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินได้รับการพยาบาลทันที พร้อมบันทึกกิจกรรมพยาบาล และมีการติดตามประเมินผล						
5. การประเมินการพยาบาล (20%) ได้คะแนน.....						
5.1 มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ ๆ ถูกต้องสอดคล้องกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาลและแผนการรักษาที่กำหนดไว้						
5.2 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง						
6. การวางแผนการจำหน่าย (10%) ได้คะแนน.....						
6.1 มีการเตรียมการวางแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับโรค ตั้งแต่แรกรับ ภายใน 24 ชม.						
6.2 มีการให้ข้อมูล/ คำแนะนำเป็นระยะระหว่างการรักษาตามกระบวนการ METHOD						
6.3 มีการประเมินการดูแลสุขภาพตนเองและความพร้อมของญาติ ก่อนจำหน่าย						

ผู้ประเมิน..... วันที่..... คะแนน.....

ผู้รับประเมิน..... วันที่.....

ชื่อควรปรับปรุง.....

.....

.....

เกณฑ์การประเมิน

- 5 หมายถึง บันทึกที่ SD , OD สนับสนุนและทำกิจกรรมได้ครบถ้วนสมบูรณ์ (มีการเพิ่มข้อวินิจฉัยการพยาบาลเมื่อมีปัญหาเพิ่มขึ้น)
- 4 หมายถึง บันทึกที่ SD , OD สนับสนุนและทำกิจกรรมได้สมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่
- 3 หมายถึง บันทึกและทำกิจกรรมครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ครอบคลุมการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
- 2 หมายถึง บันทึกและทำกิจกรรมไม่ครอบคลุม (แรกรับ)
- 1 หมายถึง บันทึกและทำกิจกรรมไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย

ปรับปรุง 24 มิ.ย.52



ภาคผนวก จ
แบบประเมินความพึงพอใจ



แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยห้องรอกคลอด รพ.ค่ายสุรนารี
คำชี้แจง

โปรดระบุมุมความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริง โดยการระบุมุมความคิดเห็นทั้งใน

แบบฟอร์มก่อนปรับปรุงและแบบฟอร์มหลังการปรับปรุง ตามลำดับจากเห็นด้วยมากที่สุด คือ 5

ไปจนเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ 1

ลำดับ	หัวข้อ	ก่อนปรับปรุง					หลังปรับปรุง				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1	ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก										
2	สามารถใช้สื่อสารกันในห้องพยาบาลได้ชัดเจน										
3	สามารถใช้สื่อสารกันระหว่างสหสาขาได้ชัดเจน										
4	สามารถบันทึกได้ครอบคลุมทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วย										
5	ความซ้ำซ้อนของการบันทึก										
6	ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากต้นแบบของกิจกรรมการพยาบาลเฉพาะโรคได้อย่างครอบคลุม										
7	สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกได้อย่างดี										
8	สามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อทำการทบทวนได้ง่าย										
9	ท่านเสียเวลาในการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์										
10	ความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึก										

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พันโทหญิง สุมิตรา มิ่งมิตร
วัน เดือน ปีเกิด	7 กรกฎาคม 2501
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรเทียบเท่าอนุปริญญา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ.2522 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช พ.ศ.2536 พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2546
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลค่ายสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่ง	หัวหน้าแผนกพยาบาลสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

