

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2555

**The Development of a Nursing Record Model in a Neonatal Intensive Care Unit of
Samutsakhon Hospital**

Miss Udomporn Khamlamloed



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

2012

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ชื่อและนามสกุล นางสาวอุคมพร คำล้ำเลิศ


แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล


สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

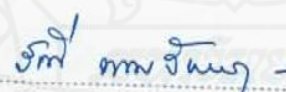
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทร์
3. รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล


วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2555

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชณี นามจันทร์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร
ผู้วิจัย นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ รหัสนักศึกษา 2495100212 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิ
 นามจันทร์ (3) รองศาสตราจารย์วไล กุศลวิศิษฎ์กุล **ปีการศึกษา** 2555

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนพัฒนารูปแบบ (2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร และ (3) เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพการของการบันทึกทางการแพทย์และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งได้จากการคัดเลือกอย่างเจาะจง ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 15 คน และ (2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาอย่างละ 30 แฟ้ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพและแบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (2) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น (3) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ (4) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อตและค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึกและความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.95, 0.95, และ 0.89 ตามลำดับ และความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U test และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พบมี 3 ประการคือ ก. วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่อง ข.แบบบันทึกไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุม และไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีแบบฟอร์มที่มีการบันทึกซ้ำซ้อน ค. ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางการการบันทึกและตัวอย่าง (2) รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย วิธีการบันทึกและแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างรวดเร็ว ครบถ้วนครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง และคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึก ได้ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างรวดเร็ว ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และ (3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของการรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ การพัฒนา การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คุณภาพของการบันทึก การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึก
 หออภิบาลทารกแรกเกิด

Thesis title: The Development of a Nursing Record Model in a Neonatal Intensive Care Unit of Samutsakhon Hospital

Researcher: Ms. Udomporn Komlomboed; **ID:** 2495100212; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Aree Cheevakasemsook Assistant Professor; (2) Dr. Rachanee Namchantra, Assistant Professor; (3) Ms. Wilai Kusolvisitkul, Associate Professor; **Academic year:** 2012

Abstract

The purposes of this research and development were: (1) to explore the problems of a nursing record model before development (2) to develop a nursing record model for a Neonatal Intensive Care Unit of Samutsakhon Hospital, and (3) to compare the effects of using the developed record model in terms of quality of nursing record and nurses' perceived value of the record model before and after the development.

The samples were selected by purposive sampling including 2 groups: (1) fifteen professional nurses who worked at the neonatal intensive care ward, and (2) each thirty nursing records per one implementation. Research tools consisted of (1) a training project and a knowledge test of nursing records, (2) the developed nursing record model, (3) a quality of nursing record audit checklist, and (4) the nurses' perceived value of the nursing record model questionnaire. All tools were tested for validity by five experts, and the reliabilities were examined by Scott's formula and Cronbach's alpha coefficient. The reliabilities of quality of nursing record which included three sections (nursing process completeness, accuracy of charting, and continuity of charting) were 0.95, 0.95, and 0.89 respectively. The reliability of nurses' perceived value of the record model was 0.97. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, and paired t-test.

The major findings were as follows. (1) The problems of the nursing record consisted of (a) the charting method was not based on nursing process, incorrect, incomplete, and discontinuous. (b) inappropriate forms resulted in incomprehensiveness to patients' holistic problems and irrelevance to nursing process, and (c) absence of the charting manual to guide and to be the exemplar of charting. (2) The developed nursing record model comprising charting procedures, forms, and a manual. It facilitated documenting with immediately, completely, holistically to patients' needs, and continuously manners, and (3) the mean scores of the quality of nursing record and the nurses' perceived value of the record model after the development were significantly higher than before ($p < 0.01$).

Keywords: Development, Nursing record model, Quality of nursing record, Nurses' perceived value of the record model, Neonatal intensive care unit

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา และรองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขให้ข้อเสนอแนะ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่าน เป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และให้แนวคิดต่างๆที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณ คณาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่าอย่างยิ่งจนประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญที่สละเวลาในการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่อง ตรวจทานความถูกต้องของภาษา และพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ซึ่งเป็นพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลสมุทรสาครที่ได้กรุณาสับสนุนและให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ที่ให้ทดลองเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณ พี่ น้อง และเพื่อน นักศึกษาปริญญาโท ตลอดจนเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาครทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้ความเอื้อเฟื้อในทุกๆเรื่อง

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ห่วงใยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนเสมอมา คุณประโยชน์ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ครอบครัว คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และมีส่วนสำคัญให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อุคมพร คำล้ำเลิศ

พฤษภาคม 2555

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
ประเด็นปัญหาในการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
การบันทึกทางการแพทย์	11
รูปแบบบันทึกทางการแพทย์	14
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์	25
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์	35
การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ	42
การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	72
ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ	73
ตอนที่ 2 สภาพปัญหา รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	76
ตอนที่ 3 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล สมุทรสาคร	82
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น กับรูปแบบเดิม	87
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98
สรุปการวิจัย	98
อภิปรายผล	104
ข้อเสนอแนะ	111
บรรณานุกรม	113
ภาคผนวก	121
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	122
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	123
ค ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย	124
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาความเที่ยงของเครื่องมือ	126
จ โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง บันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการ พยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล	172
ฉ รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล 1) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนพัฒนา 2) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนา 3) คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการ พยาบาล 4) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น	177
ช ตารางภาคผนวกแสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อน และหลังการทดลอง และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพ	224
ประวัติผู้วิจัย	240

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล	73
ตารางที่ 4.2	สภาพปัญหารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำแนกตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	76
ตารางที่ 4.3	แนวทางการพัฒนาตามสภาพปัญหารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของหอ อภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร	79
ตารางที่ 4.4	เปรียบเทียบลักษณะของแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ...	82
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการ พยาบาลก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน	87
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการ พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม	88
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการ พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม	89
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการ พยาบาล ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนาจำแนก เป็นรายด้านและโดยรวม	91
ตารางที่ 4.9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและ หลังการพัฒนาใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ จำแนกเป็นรายด้าน	92
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้คุณค่าของ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม	93
ตารางที่ 4.11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการ บันทึก ทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายข้อ และ โดยรวม	94
ตารางที่ 4.12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา	97

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพที่ 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
ภาพที่ 3.2 เครื่องมือที่ใช้วิจัย	65
ภาพที่ 3.3 ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์	70
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนา	86



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกทางคลินิกโดยพยาบาลเป็นผู้บันทึกที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล โดย เป็นเครื่องมือสื่อสารรายงานความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้ทราบตรงกัน เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพของการพยาบาล ช่วยให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่อง เป็นสื่อกลางสำหรับการศึกษาวิจัย คิดค้น พัฒนา และสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย และนำไปสู่การคุ้มครองทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (เรณู พุกบุญมี 2553) นอกจากนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 5 ของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540 ไว้ว่า การบันทึกและรายงานบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่อง และสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ นอกจากนี้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ยังใช้เป็นเอกสารสำคัญส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาลหรือการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลด้านกระบวนการ (ทัศนีย์ ทองประทีป และ เบ็ญจา เตากล้า 2543) จะเห็นว่า การบันทึกของพยาบาลมีความสำคัญหลายประการ อย่างไรก็ตามปัจจุบันพยาบาลยังคงประสบปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกหลายประการ

แม้ว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะมีความสำคัญดังกล่าว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากต่างประเทศและประเทศไทยพบว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังคงเป็นปัญหาอยู่จนถึงปัจจุบัน อย่างน้อย 2 ประการใหญ่ๆ ได้แก่ 1) วิธีการบันทึก และ 2) แบบฟอร์มที่ใช้บันทึก (Cheevakasemsook 2005) ตัวอย่างเช่น จากผลการวิจัยและผลการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับปัญหาด้านวิธีการบันทึกในต่างประเทศพบว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน ไม่สะท้อนถึงปัญหาของผู้ป่วยและไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา (Gregory 2008) หรือบันทึกเฉพาะกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ แต่ขาดการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับและการวางแผนเพื่อการจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (Tranter.S. 2009) เป็นต้น

สำหรับผลการศึกษาในประเทศไทย ก็พบปัญหาเกี่ยวกับวิธีการบันทึกคล้ายคลึงกันกับผลการศึกษาในต่างประเทศ อาทิ บันทึกไม่ครบถ้วน ระบุปัญหาไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำ และไม่บันทึกสิ่งที่ทำ ไม่สะท้อนบทบาทพยาบาล และการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Cheevakasemsook 2005; ศิริพร ขัมภลิจิต 2548; ประคิน สุจฉายา 2549) เป็นต้น สำหรับปัญหาด้านแบบฟอร์ม ตัวอย่างเช่น ใช้แบบฟอร์มหลายประเภท แบบฟอร์มแต่ละประเภทมีการบันทึกรายละเอียดมาก และมีเอกสารแยกสำหรับแต่ละวิชาชีพ ทำให้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การรักษา และการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยภาพรวมถูกแยกเป็นส่วนๆ และขาดการเชื่อมโยง (ประคิน สุจฉายา 2549) เป็นต้น โดยสรุป การบันทึกทางการพยาบาลมีประเด็นปัญหาหลายประการและจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนาต่อไป

จากปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลดังที่กล่าวมา ส่งผลให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนา รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างมากมาย เช่น ประคอง อินสอน (2548) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังคลอด ทำให้บันทึกเป็นระบบและสะดวกมากขึ้น มองเห็นปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลชัดเจนขึ้น แต่พยาบาลต้องใช้เวลาในการบันทึกมากขึ้น พรศิริ พันธสี และรัชณี นามจันทร์ (2549) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลของโรงพยาบาลหัวเฉียว พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ประเมินสภาพผู้ป่วยสมบูรณ์ขึ้น สามารถเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลได้ พานทิพย์ ร่ม โปตาล (2551) ได้พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ ทำให้พยาบาลพึงพอใจระบบบันทึกทางการพยาบาลมากกว่าระบบเดิม และบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและเป็นองค์รวมมากขึ้น แต่การใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ยังต้องพัฒนาต่อไป ส่วน พวงเพชร สุริยะพรหม (2553) พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่านโดยใช้รูปแบบ AIE พบว่า ภายหลังจากพัฒนา คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและอยู่ในระดับปานกลางซึ่งยังต้องการพัฒนาต่อเนื่องต่อไปจากการพัฒนารูปแบบการบันทึกที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความพยายามของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทที่เฉพาะของหน่วยงานแต่ละแห่ง แต่ก็ยังมีประเด็นปัญหาบางประการซึ่งต้องการการพัฒนาต่อไป เช่นเดียวกับหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครซึ่งมีประเด็นปัญหาการบันทึกที่ต้องการพัฒนาเช่นกัน

หออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีเจ็บป่วยวิกฤตซึ่งต้องใช้อุปกรณ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ภายใต้อาการดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรการแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง (Ehrenkranz 2006) แตกต่างไปจากผู้ป่วย

วัยอื่นๆ สำหรับหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้ให้บริการการรักษาพยาบาลทารกตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือนและผู้ป่วยเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 เดือน แต่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัมที่มีภาวะเสี่ยงสูงและทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ รวมถึงทารกแรกเกิดที่พ้นจากภาวะวิกฤติและต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด โดยให้บริการได้จำนวน 30 เตียง จะเห็นว่า การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อเอื้อต่อการดูแลรักษาใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้เกิดผลดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพและการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด แต่ปัจจุบันหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลสมุทรสาครยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ต้องการการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ผลการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกกุมารเวชกรรมของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า การบันทึกของหอผู้ป่วยแห่งนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพบางประการในด้านคุณภาพ เช่น เนื้อหาที่บันทึกขาดความถูกต้อง ไม่ครบถ้วนตามการเปลี่ยนแปลงของทารกแรกเกิด ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม มีการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ไม่สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงาน ลายมืออ่านยาก ข้อความที่บันทึกขาดความเป็นปัจจุบัน และฝ่ายพยาบาลได้ปรับปรุงรูปแบบการบันทึกเหล่านี้ แต่ผลการประเมินการบันทึกภายหลังการใช้รูปแบบใหม่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ไม่เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม และไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยทารกแรกเกิดเขียนข้อวินิจฉัยไม่ถูกต้อง และยังคงมีปัญหาเดิมบางประการ เช่น ลายมือยังอ่านยาก เขียนข้อมูลซ้ำๆ เป็นต้น (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร 2550)

โดยสรุป การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสำคัญต่อการให้การดูแลผู้ป่วยและนำไปสู่คุณภาพการพยาบาลแต่พยาบาลยังประสบปัญหาเรื่องการบันทึกทางการแพทย์หลายประการและมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในปัจจุบันรูปแบบการบันทึกของพยาบาลแต่ละแห่งก็ยังมีประเด็นปัญหาบางประการที่ต้องได้รับการแก้ไขพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลสมุทรสาครแม้จะมีการพัฒนามาก่อน แต่ ยังประสบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยยังไม่เคยพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาปรับปรุงรูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดให้เอื้อต่อกระบวนการบันทึก และมีแบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการรักษาดูแลทารกเพียงพอ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพ โดยให้ครอบคลุมตามเนื้อหาถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีความต่อเนื่องของการบันทึกสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของ

หออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น และส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของทารกแรกเกิดให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับ
รูปแบบเดิมในด้านคุณภาพของการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการ
พยาบาล

3. ประเด็นปัญหาในการวิจัย

- 3.1 สภาพปัญหามันบันทึกทางการพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิดมีลักษณะอย่างไร
- 3.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะ
อย่างไร
- 3.3 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึก
ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่
พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

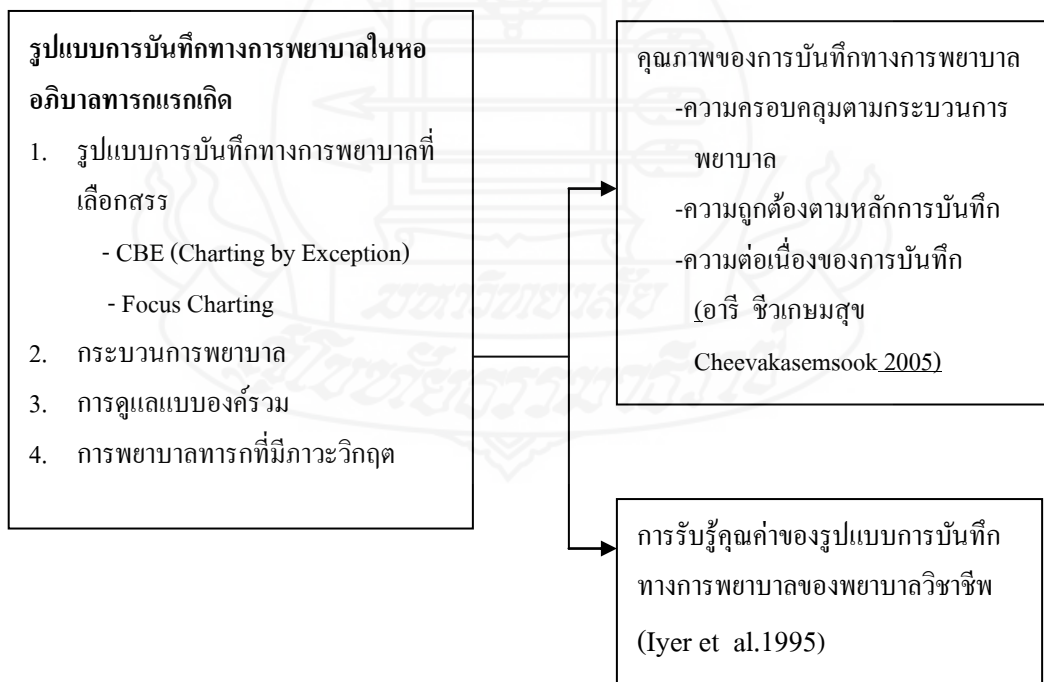
จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบันทึก
ทางการพยาบาลผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด 4 ประการ ได้แก่ 1) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่
เลือกสรรผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบ CBE (Charting by Exception) และรูปแบบโฟกัส (Focus Charting)
เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล มีโครงสร้าง มีแนวทางและมาตรฐานการดูแล
ในแบบฟอร์ม ใช้เครื่องหมายสัญลักษณ์หน้าข้อความที่ต้องการ และเขียนเพิ่มเติมเมื่อการ

เปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย ซึ่งเอื้อต่อการบันทึกข้อมูลที่กระชับ ชัดเจน และสะดวกต่อการบันทึกได้ทันทีภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูลสำคัญ และปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทันเวลา

2) กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลของไอเยอร์และคณะ (Iyer et al.1995) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เนื่องจากสอดคล้องกับการบันทึกของพยาบาลกลุ่มศึกษาที่มีการบันทึก 5 ขั้นตอน

3) แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ผู้วิจัยใช้แนวคิดของสมจิต หนูเจริญกุล (2543) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สอดคล้องการทำงานของพยาบาลที่มองมนุษย์และสุขภาพในลักษณะองค์รวม และให้การดูแลบุคคลที่มีบูรณาการของ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล และ

4) องค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยทารกวิกฤติ ใช้แนวคิดของรัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล (2544) เนื่องจากเป็นแนวคิดด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติตามกระบวนการพยาบาล ดังนั้นกรอบแนวคิดการทำวิจัยครั้งนี้แสดงได้ดังนี้แสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. สมมติฐานการวิจัย

5.1 คุณภาพของการบันทึกหลังจากการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมากกว่าการใช้รูปแบบการบันทึกเดิม

5.2 พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าการใช้รูปแบบการบันทึกเดิม

6. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) (บุญใจ ศรีสถิต นรากุล 2545) ใช้เวลาดำเนินการทดลองประมาณ 10 เดือน (ช่วงเดือนมกราคม-เดือนตุลาคม 2554) มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

6.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

6.1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล

สมุทรสาคร

6.1.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

6.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

6.2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 15 คน

6.2.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ก่อนการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 30 แฟ้ม และหลังการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 30 แฟ้ม

6.3 ตัวแปรในการวิจัยได้แก่

6.3.1 **ตัวแปรต้นคือ** รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด

6.3.2 **ตัวแปรตามคือ** คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

7. นวัตกรรมเฉพาะ

7.1 หออภิบาลทารกแรกเกิด หมายถึง สถานบริการสุขภาพที่รับดูแลรักษาพยาบาลทารกตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือนที่มีภาวะวิกฤติ และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงให้บริการผู้ป่วยเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 เดือน แต่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมที่มีภาวะวิกฤติ และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด

7.2 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด หมายถึง แบบแผนของการบันทึกการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกที่มีอายุแรกเกิดถึง 1 เดือนในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นผู้บันทึก โดยบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทารกแรกเกิดและบิดามารดา แบบแผนการบันทึกนี้พัฒนาขึ้นโดยมีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการได้แก่ ได้แก่

7.2.1 **ขั้นตอนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** เป็นการบันทึกตามตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลดังนี้ 1) ขั้นตอนประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และการประเมินผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง 2) ขั้นตอนวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 3) ขั้นตอนวางแผนการพยาบาล 4) ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล และ 5) ขั้นตอนประเมินผลการพยาบาล

7.2.2 **แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้างและมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล มีแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 7 ชนิด ดังนี้

1) **แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment form)** หมายถึง แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) **แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ (initial assessment form)** เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างสำหรับประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทารกแรกเกิดแรกรับไว้ในโรงพยาบาลตามแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ

(2) **แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพระยะต่อเนื่อง (ongoing assessment form)** เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้างสำหรับบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้จากการประเมินภายหลังแรกรับทุกเวรจนจำหน่ายผู้ป่วย

2) **แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan form)** เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้างมีการพิมพ์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรให้เลือกบันทึก ประกอบด้วย 1) ข้อวินิจฉัยการ

พยาบาลซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพหรือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) เกณฑ์การประเมินผล 3) กิจกรรมการพยาบาล และ 4) การประเมินผลทางการพยาบาล

3) *แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน (Daily nursing intervention form)* เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่มีการพิมพ์ ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำและทำซ้ำๆ สำหรับให้เลือกบันทึก

4) *แบบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note form)* เป็นแบบบันทึกเชิงบรรยายที่ใช้บันทึกความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยและการประเมินผลการตอบสนองเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล โดยบันทึกเฉพาะปัญหาสุขภาพที่ผิดปกติ

5) *แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning form)* เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ใช้บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้รักษา

6) *แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย (Discharge summary form)* เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ใช้บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย และบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่สอนหรือแนะนำแก่บิดามารดาและญาติ

7.2.3 คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึก เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกแต่ละขั้นตอนครอบคลุมทุกแบบบันทึกและมีตัวอย่างของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

7.3 คุณภาพของการบันทึก หมายถึง ลักษณะของการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น โดยมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก สามารถวัดได้จากแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกการพยาบาลซึ่งปรับปรุงจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลดัดแปลงจากอริ ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

7.3.1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนและสอดคล้องกับทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย

7.3.2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกที่ถูกต้องตามหลักของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล บันทึกได้สั้น กระชับรัด ได้ใจความ และสื่อความหมายชัดเจนตั้งแต่การประเมินสุขภาพผู้ป่วยทารกแรกเกิด แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

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

7.4 การรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับคุณประโยชน์ของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในการสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

7.5 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ซึ่งปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด ที่รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในและทำหน้าที่ในการบันทึกหรือเกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ใหม่ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

8.2 เป็นต้นแบบของรูปแบบการบันทึกสำหรับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

8.3 เป็นแนวทางด้านการศึกษาและการวิจัย เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การบันทึกทางการพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล
 - 1.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
 - 1.3 หลักของการบันทึกทางการพยาบาล
2. รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล
 - 2.2 ประเภทของการบันทึกทางการพยาบาล
 - 2.3 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล
 - 3.1 กระบวนการพยาบาล
 - 3.1.1 ความหมายและความสำคัญของกระบวนการพยาบาล
 - 3.1.2 ขั้นตอนของของกระบวนการพยาบาล
 - 3.1.3 การบันทึกทางการพยาบาลกับกระบวนการพยาบาล
 - 3.2 การพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.2.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.2.2 แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.2.3 การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้แบบแผนสุขภาพ
4. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
 - 4.1 ความหมายคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
 - 4.2 ลักษณะของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ
 - 4.3 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
5. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
 - 5.1 ความหมายของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

- 5.2 ปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
 - 5.3 การพยาบาลทารกที่มีภาวะวิกฤตโดยใช้กระบวนการพยาบาล
 - 5.4 การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมการให้การพยาบาล จาก การทบทวนวรรณกรรม เอกสารอ้างอิง ตำราวิชาการต่างๆ ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

1.1.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

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

พอทเทอร์และเพอร์รี่ (Potter and Perry 2005) กล่าวว่า การบันทึก เป็นสิ่งที่ถูกเขียนหรือพิมพ์สำหรับบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบ บันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องมีความถูกต้อง สมบูรณ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจ ดำรงไว้ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลและมาตรฐานของบริการพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่บันทึกจะบ่งบอกถึงระดับของคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียน การรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของการพยาบาล อันได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพร่างกาย

จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2541) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกเกี่ยวกับสถานการณ์จริงในการให้การพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงตั้งแต่แรกรับ เวิร์ดต่อเวิร์ด หรือการติดตามเยี่ยมครอบครัวทุกครั้งจนจำหน่ายเนื้อหาสำคัญประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบและวิเคราะห์เปรียบเทียบปัญหาและความต้องการการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ข้อความที่บันทึกต้องกะทัดรัดเป็นจริง มีเหตุผล และถูกต้องเป็นสำคัญ

ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล คือ ข้อความที่แสดงถึงการพยาบาลทั้งหมดที่จดบันทึกไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

นวลขนิษฐ ธิจิตลือชา (2550) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล คือ การเขียนกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลหมายถึง การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

1.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการบริการทางวิชาชีพพยาบาล แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางที่สำคัญในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกัน นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายที่ยืนยันว่า พยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งยังเป็นเครื่องมือตรวจสอบการประกันคุณภาพซึ่งทำให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer&Camp1995) กล่าวว่า เหตุผลสำคัญที่สุดสำหรับการบันทึกทางการพยาบาลคือ ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การบันทึกทางคลินิกช่วยในการดูแลผู้ป่วย เกิดความต่อเนื่อง ความร่วมมือในการรักษา และประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ความสำคัญประการที่สองของการบันทึกคือการปกป้องทางกฎหมาย บันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลาย่อมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ขณะเดียวกันจะปกป้องพยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาลจากการฟ้องร้อง ในกรณีที่มีสิ่งผิดปกติที่ไม่ควรเกิดขึ้น เมื่อมีการฟ้องร้อง ข้อมูลที่พยาบาลบันทึกไว้จะนำมาใช้พิจารณาถึงสภาพของผู้ป่วย การรักษา และสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความสำคัญประการที่สามคือเป็นข้อกำหนดในการรับรองมาตรฐานในสหรัฐอเมริกา องค์การรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพ (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization = JCAHO) มีข้อกำหนดมาตรฐานประการหนึ่งคือ เอกสารทางการพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานย่อมไม่ได้รับเลือกจากหน่วยงานของรัฐบาลที่ดูแลการจ่ายเงินทดแทน และความสำคัญประการสุดท้ายคือ หน่วยงานที่ดูแลการจ่ายเงินทดแทน และบริษัทประกันสุขภาพ จะพิจารณาความสมเหตุสมผลของการดูแลรักษาเพื่อการจ่ายเงินทดแทนจากเอกสารทางการพยาบาล

สุริย์ ธรรมมิกบวร (2540) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือ รายงานความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นตัวกลางเชื่อมโยงข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้ทราบ ตรงกัน เพราะพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ช่วยให้แพทย์ได้ข้อมูลที่สำคัญ ช่วยให้อาชีพได้ แม่นยำ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล เพราะการบันทึกทางการพยาบาลจะบ่งบอก ถึงสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การบันทึกที่ดีย่อมต้องมาจากการรู้จักผู้ป่วยจริงๆ จะต้องมีการ ปฏิบัติงานจริงมีทักษะในการสังเกต การแปลงข้อมูล ช่วยให้เกิดการพยาบาลต่อเนื่องอย่างมี ประสิทธิภาพ เพราะข้อมูลหลายอย่างจะปรากฏอยู่ในบันทึก แม้บางครั้งการส่งต่อเวรอาจไม่ได้พูด ถึงก็สามารถรู้ได้จากบันทึกทางการพยาบาล สามารถใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็น ข้อมูลในการค้นคว้า ศึกษาต่างตลอดจนการวิจัย เป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการพยาบาล โดย จะเป็นเสมือนเครื่องมือในการสอนและประเมินผล เพราะเมื่อพยาบาลได้บันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยและให้การพยาบาลพร้อมทั้งประเมินผลที่ได้ ซึ่งอาจจะได้ผลหรือไม่เพียงใดย่อมจะนำมาสู่ การพัฒนาการพยาบาลในเรื่องนั้นๆ ได้ต่อไป และการบันทึกที่ดีมาจากการเอาใจใส่ติดตามผู้ป่วย ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมตลอดเวลา ไม่เพียงแต่เป็นการทำงานตามหน้าที่ให้เสร็จไปเท่านั้น ดังนั้น จึงถือว่าการบันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล

สรุปได้ว่า บันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือรายงานความก้าวหน้าอาการ ผู้ป่วย เป็นตัวกลางเชื่อมโยงข้อมูลให้ทีมสุขภาพ ใช้ประเมินและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และ ยังใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย รวมทั้งใช้ในการศึกษาค้นคว้าวิจัย

1.3 หลักของการบันทึกทางการพยาบาล

ดีลูน และแลคเนอร์ (DeLaune and Ladner 2002) ไวท์ (White 2003) และเทย์เลอร์ (Taylor 2005) อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2551) สรุปหลักการบันทึกทางการพยาบาลได้ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์
2. บันทึกให้อ่านง่าย กระชับ ได้ใจความใช้ไวยากรณ์และสะกดคำให้ถูกต้อง
3. บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยตามที่ได้สังเกตมา โดย ไม่ตัดสิน ไม่แปล

ความหมายหรือความเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

4. บันทึกรายละเอียดเพียงพอที่จะนำไปประกอบการตัดสินใจของพยาบาลเพื่อ วางแผนกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยต่อไป

5. หลีกเลี่ยงการใช้คำพูด เช่น ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ละคนจะให้ความหมาย ต่างกัน

6. บันทึกการตรวจเยี่ยมของแพทย์

7. บันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาล และปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วย และปรับปรุงปัญหาให้ทันสมัย
8. ในกรณีเขียนผิด ให้ขีดทับข้อความนั้น และเขียนคำว่า “ผิด” เหนือหรือข้างข้อความนั้น แล้วเซ็นชื่อก่อนที่จะเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
9. ควรเขียนชื่อ และเลขประจำตัวของผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกใบ
10. ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ได้รับการรับรองแล้ว เป็นคำย่อสากล หรือเป็นที่ยอมรับในหน่วยงาน เช่น CPR = Cardio-pulmonary resuscitation IV = Intravenous
11. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ไม่ข้ามบรรทัดและขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่าง
12. ใช้ปากกาและสีหมึกตามที่หน่วยงานกำหนดไว้
13. บันทึกลงในแบบบันทึกที่เหมาะสมถูกต้อง พร้อมลงเวลา วันที่ และเซ็นชื่อทุกครั้ง
14. บันทึกตามเวลาและลำดับก่อนหลังไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง
15. ห้ามใช้เครื่องหมาย ละ (") แทนคำหรือข้อความบรรทัดบน

2. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

2.1 ความหมายของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลหมายถึงเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้กำหนด เป็นหลักหรือเป็นแนวทางในการดำเนินการบันทึกข้อมูล ปัญหา การพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย

2.2 รูปแบบของการบันทึก

รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในปัจจุบัน มีการพัฒนาปรับปรุงหลายรูปแบบ เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงาน ดังที่ วาลัส (Walrus 2003) ได้แจกแจงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้สรุปได้ 8 รูปแบบดังนี้

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)

รูปแบบบันทึกแบบบรรยายเป็นรูปแบบการบันทึกที่พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย โดยบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามลำดับเหตุการณ์ หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหา การพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย รูปแบบการบันทึกแบบบรรยายมีข้อดีและข้อจำกัดดังนี้

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย

1. การบันทึกแบบบรรยายสามารถใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย เช่น ใช้ร่วมกับบันทึกย่อหรือบันทึกความก้าวหน้า
2. ถ้าพยาบาลบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องแล้ว เมื่ออ่านบันทึกจะได้ทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย
3. ง่ายต่อการบันทึกในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยบันทึกไปตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย

1. เป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่ ทำให้ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่าข้อมูลต่างๆสัมพันธ์กันอย่างไร
2. เป็นการบันทึกที่มุ่งงาน (Task-Oriented) ตามเวลาที่พยาบาลได้กระทำ เน้นเรื่องการประเมินผลน้อย
3. ไม่สะท้อนให้เห็นความสามารถการคิดเชิงวิเคราะห์ การตัดสินใจของพยาบาล
4. ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากเป็นการบรรยายโดยไม่มีกรอบแนวคิด หรือใช้ทฤษฎีการพยาบาล ทำให้มีโอกาสขาดการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ

2. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา เป็นการบันทึกข้อมูลตามปัญหาของผู้ป่วยที่พบ ทีมสุขภาพจะบันทึกข้อมูลร่วมกัน โดยเน้นที่ปัญหา การปฏิบัติการแก้ไขและการประเมินผลการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย เช่น การวางแผนการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย ใช้ได้ผลในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีส่วนประกอบ 5 ส่วน คือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่รวบรวมขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ได้แก่ เหตุผลที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย โดยที่ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. รายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ ปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และนำมาเขียนเป็นลำดับติดต่อกันไป
3. แผน (Initial Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลขั้นต้นของแต่ละปัญหา ประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาล และแผนการสอน

4. การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ในรูปแบบของ SOAP คือ

S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย

O (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจ

A (Assessment) คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่า ยังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่

P (Plan) คือ แผนการพยาบาล

ต่อมาได้มีการปรับปรุงให้ขึ้นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเพิ่มเติม

I (Intentions) คือ กิจกรรมการพยาบาล

E (Evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาล

5. การสรุปจำหน่าย (Discharge Summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วย ทั้งหมดอย่างย่อๆ ว่าปัญหาใดที่ได้รับการแก้ไขและปัญหาใดบ้างที่ยังคงอยู่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา

1. ทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน

2. ช่วยให้การค้นหาข้อมูลง่ายและรวดเร็ว

3. สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก

4. ใช้เป็นแนวทางบันทึกที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา

1. ต้องได้รับความร่วมมือ ความสนใจจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจึงจะได้รับประโยชน์เต็มที่

2. ถ้าการดูแลผู้รับบริการแยกออกเป็นส่วนๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลการบันทึกนี้จะไม่ช่วยแก้ปัญหา

3. การประเมินสภาพและกิจกรรมการพยาบาลปรับใช้กับปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหา การบันทึกตามฟอร์ม SOAPIE ทำให้ต้องใช้เวลามากในการบันทึกและบันทึกซ้ำซ้อน

3. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (Problem intervention Evaluation)

รูปแบบการบันทึกแบบ PIE มีลักษณะคล้ายกับแบบ SOAP คือมุ่งปัญหาของผู้ป่วย ต่างกันที่แบบ SOAP พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทางการแพทย์ แต่รูปแบบ PIE ใช้แนวคิด

ของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยส่วนของปัญหา (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) โดยมีจุดประสงค์ของการพัฒนาระบบนี้ขึ้นเพื่อให้มีความง่าย สะดวก ใช้การบันทึกอย่างสั้นๆ ในการบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวัน

ส่วนประกอบของรูปแบบ PIE ได้แก่

1. แผนบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน ใช้การบันทึกประเมินผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมง เช่น การหายใจ ผิวหนัง กิจกรรม เป็นต้น และการพยาบาลที่ต้องทำเป็นประจำ เช่น การให้ยา การดูแลสุขอนามัย การทำแผล เป็นต้น

2. แผนบันทึกความก้าวหน้าจะเขียนการวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลภายใต้ตัวอักษร PIE

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE

1. การบันทึกจะรวมถึงรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล

2. บันทึกปัญหาที่เป็นปัจจุบัน

3. เป็นรูปแบบที่บันทึกง่าย โยรวมบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบเดียวกัน และใช้แบบบันทึกย่อในการประเมินสภาพและการดูแลผู้ป่วย

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE

1. พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบบันทึกนี้ไปใช้

2. ต้องมีการประเมินปัญหาแต่ละปัญหาทุกเวอร์ ซึ่งต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก บันทึกย่อโดยไม่มีความจำเป็นและทำให้เป็นการบันทึกซ้ำๆ

3. ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง อยู่โรงพยาบาลนาน ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

4. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting By Exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีการกำหนดมาตรฐานของการดูแล (standard of care) ไว้แล้ว และบันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือปัญหาสุขภาพที่นอกเหนือจากที่มีอยู่ในมาตรฐานการดูแลนั้นๆ ส่วนปัญหาสุขภาพที่พบตามแบบมาตรฐานการดูแลที่กำหนดไว้แล้วให้ทำการบันทึกโดยการทำเครื่องหมายหน้าข้อความดังกล่าว ทำบันทึกให้ง่าย และประหยัดเวลาของการบันทึก ลดเวลาบันทึกและการบันทึกที่ซ้ำซ้อน และดี โดยมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน

รูปแบบการบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ได้แก่

1. แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล(Nursing and medical Order Flow Sheets)

2. แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานทางของผู้ป่วย(Graphic form)

3. แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย (Patient-Teaching Record)

4. แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (Patient Discharge Note)

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE

1. เป็นแบบบันทึกที่มีขนาดเหมาะสมใช้บันทึกงานประจำตามมาตรฐานการพยาบาล

2. เป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก

3. การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน

4. มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่ใช้บันทึก

5. แบบบันทึกย่อย(Flow Sheets)เป็นแนวทางที่ทำให้สะดวกและง่ายต่อการ

ดูแล

6. แบบบันทึกย่อย(Flow Sheets)ทั้งหมดจะเก็บไว้ที่เตียงของผู้ป่วยเพื่อสะดวก

ต่อการบันทึกได้ทันที

7. ช่วยลดเวลาการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE

1. การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการดูแลต้องใช้เวลาในการศึกษาและทำความเข้าใจก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ

2. รูปแบบการบันทึกนี้ใช้เวลานานในการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมมาใช้รูปแบบใหม่

3. การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผลการตอบสนองผู้ป่วยอาจบันทึกสรุปย่อเพื่อความสะดวกในแบบฟอร์มหลายแบบฟอร์ม

5. รูปแบบการบันทึกแบบFocus (Focus Charting)

รูปแบบการบันทึกแบบ Focus เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้จะกำหนดเป็น “Focus” แทนคำว่าปัญหา

วิธีการบันทึกด้วยรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการ จะแยกออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนของการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย และส่วนของงานประจำของพยาบาลจะ

บันทึกด้วยแผ่นบันทึกย่อย(Flow Sheets)และส่วนของแผ่นบันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วย ช่อง สำหรับเขียน Focus และ DAR คือ

D = Data คือ ข้อมูลอัตราย ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน Focus

A = Action คือ การปฏิบัติการพยาบาล

R = Response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการ

พยาบาล

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ

1. เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับระบบด้านคลินิก

2. บันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR

3. เป็นรูปแบบบันทึกที่สามารถชี้ปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและใช้สื่อในทีม

สุขภาพ

4. เป็นรูปแบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ ทางการพยาบาล และ สอดคล้องกับข้อกำหนดขององค์การรับรองมาตรฐานในการบริการสุขภาพ (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization JCAHO)

ข้อจำกัดของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ

1. พยาบาลที่บันทึกต้องได้รับการฝึกฝนอย่างมาก ก่อนที่จะใช้รูปแบบนี้ไปใช้

2. เป็นระบบบันทึกที่มีแบบฟอร์มจำนวนมาก จึงยากในการวิเคราะห์ปัญหา

ของผู้ป่วย

6. รูปแบบการบันทึกแบบ FACT(Flow Sheet Assessment Concise Timely)

รูปแบบการบันทึกแบบ FACT เป็นรูปแบบบันทึกการพยาบาลที่ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบบันทึกการพยาบาล CBE การบันทึกแบบนี้จะหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น ข้อมูลซ้ำๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยายามลดเวลาในการบันทึก

ข้อดีของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT

1. การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีความสอดคล้องของภาษาและลักษณะของโครงสร้าง

2. รายละเอียดของการบันทึกสามารถหาได้ในแต่ละขั้นตอนของ

กระบวนการพยาบาล

3. ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึก คือมีความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารในทีม
สุขภาพ

4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อยลง

ข้อจำกัดของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT

1. การบันทึกด้วยรูปแบบนี้ต้องพัฒนาเวลาที่ใช้และวิธีการที่เป็นมาตรฐาน
2. การใช้กระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกนี้มีความยุ่งยากที่จะพิสูจน์

7. รูปแบบการบันทึกแบบ CORE (CORE System)

รูปแบบการบันทึกแบบ CORE เป็นรูปแบบบันทึกการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สุดของการบันทึก โดยบันทึกความต้องการและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมง เมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รูปแบบ CORE ประกอบด้วยดังนี้

1. ฐานข้อมูล (Data Base) เป็นข้อมูล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
2. แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาล
3. แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) เป็นบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการวินิจฉัยและการสอนผู้ป่วย
4. บันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลซึ่งเขียนในรูปของ DAE(Data, action, Evaluation)
5. การสรุปจำหน่าย(Discharge Summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด

ข้อดีของรูปแบบบันทึกการพยาบาล CORE ได้แก่

1. เป็นแบบบันทึกที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล
2. มีระบบ DAE สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล
3. เป็นรูปแบบที่สั้นกะทัดรัด
4. เป็นรูปแบบการบันทึกที่เน้นการบันทึกด้านสังคมและจิตใจ

ข้อจำกัดของรูปแบบบันทึกการพยาบาล CORE ได้แก่

1. พยาบาลต้องได้รับการแนะนำ ฝึกฝนอย่างมากก่อนนำรูปแบบนี้ไปใช้
2. การพัฒนาแบบฟอร์มอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้เวลานาน
3. แบบฟอร์ม DAE ไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

8. รูปแบบการบันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized System)

ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการแพทย์ ข้อมูลจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนบุคลากร

ข้อดีของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ Computerized ได้แก่

1. สามารถหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้อย่างรวดเร็ว
2. สามารถเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ
3. สามารถปรับข้อมูลของผู้ป่วยได้ทันเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ
4. อ่านบันทึกได้ง่ายและสามารถส่งข้อความ ความต้องการของผู้ป่วยให้ทีม

การดูแลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินและการดูแลตามกระบวนการพยาบาล
ข้อจำกัดของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ Computerized ได้แก่

1. คอมพิวเตอร์ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ ถ้าการใช้ไม่ถูกต้อง
 2. มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่ใช้ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์
 3. ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล้มข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถใช้ได้
 4. การพัฒนารูปแบบบันทึกนี้อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้เวลานาน
- สรุปได้ว่า รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาปรับปรุงกันมา

ตลอดเพื่อให้มีประสิทธิภาพ สะดวกในการใช้ ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นคุณภาพของการให้บริการพยาบาล โดยที่แต่ละรูปแบบมีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกันไป การนำรูปแบบใดมาใช้หรือ พัฒนาปรับปรุงขึ้นใหม่ควรเป็นแบบบันทึกที่เหมาะสมกับลักษณะการทำงานของหน่วยงาน

2.3 การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์

กระบวนการเพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังที่ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) กล่าวว่าพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ

2.3.1 การสำรวจสภาพปัญหา (Problem Realization) เป็นขั้นตอนแรกที่สุดที่ผู้ทำการเปลี่ยนแปลงจะต้องทำให้กลุ่มเกิดความเข้าใจ รับรู้ถึงปัญหาและความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีได้หลายสาเหตุ ได้แก่ ระบบการบันทึกที่ข้อมูลมีผลลัพธ์ไม่ได้เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ มีความบกพร่องในทางปฏิบัติ เช่น ให้ยาซ้ำ

2.3.2 การนิยามปัญหา (Problem Definition) เป็นขั้นตอนความเข้าใจถึงสภาพของปัญหา โดยใช้แผนภูมิแกงปลาเป็นเครื่องมือช่วยให้เห็นสภาพที่มาหรือสาเหตุของปัญหาได้

ชัดเจนและครอบคลุม โดยทั่วไปแล้ว ปัญหาของระบบการบันทึกมาจาก 2 สาเหตุที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง คือ จากรูปแบบหรือระบบบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม และถ้าระบบดีอยู่แล้ว ก็เกิดจากพยาบาลผู้บันทึกขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการบันทึก หรือไม่สนใจงาน ปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เมื่อทราบสาเหตุของปัญหาที่แน่ชัดแล้ว จะได้หากลยุทธ์ในการที่เฉพาะเจาะจง

2.3.3 การออกแบบโครงการ (Program Design) เป็นขั้นตอนของการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกใหม่ ซึ่งประกอบด้วย

1. กำหนดสถานที่ที่จะนำโครงการลงไปปฏิบัติ ควรเป็นหอผู้ป่วยบางแห่ง เพื่อง่ายต่อการจัดการ
2. รวบรวมสิ่งต่างๆ ที่จะมาผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงระบบครั้งนี้
3. กำหนดสภาพและข้อจำกัดต่างๆ ในการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกและพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการควบคุมและการประเมินเพื่อเป็นเกณฑ์วัดประสิทธิผลของการเปลี่ยนแปลง
4. จัดให้มีการติดต่อประสานงานที่คล่องตัวตลอดกระบวนการเปลี่ยนแปลง

2.3.4 การปฏิบัติตามแผน (Action Stage) ก่อนลงมือปฏิบัติตามแผน จะต้องศึกษานำร่อง(Pilot Program) ก่อนโดยจัดประชุมสัมมนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง วิธีการของระบบบันทึกทางการแพทย์ใหม่ที่นำมาใช้ ใช้วิธีศึกษานำร่อง 4-6 สัปดาห์ เพื่อให้เพียงพอในการสร้างความคุ้นเคย และทราบปัญหาจุดอ่อนของระบบบันทึกใหม่ นำข้อเสนอแนะ ปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขจุดบ่งพร่องต่างๆ ให้พร้อมสำหรับนำไปปฏิบัติจริงต่อไป

2.3.5 การควบคุม และการประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ทำการเปลี่ยนแปลงจะต้องควบคุมให้พยาบาลผู้บันทึกด้วยระบบบันทึกใหม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ต่างๆ เหล่านี้ คือ ควบคุมคุณภาพในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย วัดความตระหนักถึงนโยบายของบันทึกทางการแพทย์ ทราบจุดอ่อนจุดแข็งในความสามารถของแต่ละบุคคลในการบันทึกทางการแพทย์ และเป็นขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบที่นำมาใช้ใหม่

2.3.6 การย้อนกลับวงจรใหม่ (Reformulation) เป็นขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขระบบใหม่จากข้อมูล และอุปสรรคที่พบในขั้นตอนของการควบคุมและประเมินผล จะต้องย้อนกลับไปวิเคราะห์พิจารณาในขั้นตอนเริ่มต้นทุกขั้นตอน ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน และเป็นวงจรที่มีการเริ่มต้นใหม่ (Recycle)

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook, 2005) กล่าวว่า การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพต้องใช้กระบวนการการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอน เช่นกัน โดยมีการค้นหาปัญหา การวางแผนการ การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบติดตามผลลัพธ์ และการสะท้อนผลลัพธ์ที่ได้ก่อนการปรับปรุงแผนและเข้าสู่วงจรใหม่ของการแก้ไขปัญหานั้นกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการวางแผน ซึ่งจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจปัญหาที่มีอยู่อย่างแท้จริง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1. เตรียมการ เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ รวมถึงกระบวนการทำงาน ให้พยาบาลที่เป็นกรรมการมีส่วนร่วมเป็นการเสริมพลังอำนาจ โดยมีประธานกรรมการเป็นผู้เสริมพลังอำนาจ ซึ่งจะกระตุ้นให้พยาบาลมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ ทั้งยังส่งเสริมการทำงานที่มีประสิทธิภาพของพยาบาล เช่น ให้การยอมรับข้อคิดเห็นของกรรมการสนับสนุนทรัพยากรหรืองบประมาณในโครงการ เป็นต้น

2. ค้นหาปัญหาร่วมกัน ทำให้ตระหนักว่าเป็นปัญหาของทุกคน

3. วางแผนงานการแก้ปัญหา เช่น จัดกลุ่มทำงานตามปัญหาที่พบ อาทิ กลุ่มพัฒนาระบบบันทึก กลุ่มพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับระบบบันทึกใหม่ กลุ่มตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบบันทึกและบริการใหม่โดยการตรวจสอบทางการแพทย์ (Nursing audit)

4. ปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้

5. ตรวจสอบและประเมินผลโครงการ โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีโอกาสตรวจสอบการดำเนินงานเป็นระยะๆ มีการสะท้อนกลับถึงผลการดำเนินงาน ความสำเร็จหรือปัญหาที่เกิดขึ้น การประเมินผลงาน จะทำให้เกิดความเข้าใจการปฏิบัติงานอย่างถ่องแท้ ซึ่งมีผลทำให้พยาบาลเกิดการพัฒนาตนเอง

6. หากพบปัญหาใหม่ต้องแก้ไขปรับปรุง

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ให้ประสบผลสำเร็จต้องกลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาร่วมกับมีการวางแผนงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอน คือ สำรวจปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การควบคุมตรวจสอบประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขเมื่อพบปัญหาอุปสรรค นอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้ได้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ดีที่สุด

2.4 ประเภทของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกต่างๆเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลักในการบันทึก มีหลายรูปแบบ โดยทั่วไปมี 2 ประเภท (อารีชีวะเกษมสุข 2551) มีดังนี้

2.4.1 บันทึกเกี่ยวกับการบริหาร เป็นบันทึกเพื่อแจ้งให้ผู้บริหารทราบ มีประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการพยาบาล สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) บันทึกสำมะโนรายวัน (daily census) 2) บันทึกอุบัติการณ์ (incident report)

2.4.2 บันทึกเกี่ยวกับการบริการ เป็นบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา การปฏิบัติการพยาบาลและความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะต้องบันทึกทุกเวรและเป็นประจำทุกวัน เอกสารเหล่านี้ได้แก่

1) **แบบบันทึกประวัติสุขภาพทางการแพทย์พยาบาล (nursing health history form) หรือแบบประเมินผู้ใช้บริการ (assessment tool หรือ assessment form)** เป็นแบบบันทึกที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อศึกษาแบบแผนสุขภาพและความเจ็บป่วย บังคับเสี่ยงของปัญหา แหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ ข้อมูลในแบบบันทึกนี้ประกอบด้วย ประวัติของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ข้อมูลเกี่ยวกับระบบต่างๆของร่างกาย

2) **คาร์เด็กซ์ (kardex)** เป็นแบบบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างสั้น มีทั้งข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงเร็วและไม่เปลี่ยนแปลง เช่น สัญญาณชีพ อาหาร เป็นข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงเร็วจะเขียนด้วยดินสอ ส่วนข้อมูลที่ไม่เปลี่ยนแปลง เช่น แผนการรักษาของแพทย์ ชื่อ สกุล จะเขียนด้วยปากกา โดยมีการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ทีมพยาบาลในเวรถัดไป

3) **แบบบันทึกแผนการพยาบาล (nursing care plan form)** เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาของผู้ใช้บริการ วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล บางโรงพยาบาลได้จัดทำแผนการพยาบาลมาตรฐานเพื่อให้การพยาบาลเป็นรายบุคคลขึ้น ซึ่งสร้างโดยยึดปรัชญาทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน

4) **แผ่นกราฟ (graphic sheet)** เป็นแบบบันทึกย่ออยู่ในแฟ้มรายงานผู้ป่วย มีตารางและช่องสำหรับบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนัก ปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เป็นต้น

5) แบบบันทึกย่อย (flow sheet form) เป็นแบบบันทึกรายละเอียดเฉพาะอย่างเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค และติดตามการรักษาได้แก่ แบบบันทึกการให้ยา แบบบันทึกการแสดงอาการทางระบบประสาท เป็นต้น

6) แบบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note form) เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย โดยทั่วไปแบ่งตามระยะการรักษาตัวของผู้ป่วย ดังนี้

(1) บันทึกขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จะบันทึกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วย การกระทำของแพทย์ รวมถึงการตรวจเย็บของทีมสุขภาพ สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลโดยตรงมักนิยมบันทึกสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล

(2) บันทึกสรุป จำหน่ายผู้ป่วย (discharge summary) เป็นการบันทึกสรุปย่อว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยปัญหาอะไร ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างไร ภาวะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังออกจากโรงพยาบาล

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาล เป็นการสื่อสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยจะบันทึกลงในแบบฟอร์มต่างๆ นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นหลักฐานของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นควรบันทึกโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลการพยาบาลแบบองค์รวม และแบบแผนสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 กระบวนการพยาบาล

3.1.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นการนำองค์ความรู้ทางการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล นักการศึกษาวิชาชีพพยาบาลหลายท่าน ได้ให้ความหมายของกระบวนการพยาบาลไว้ ดังนี้

ไรน์และมอนแทค (Rines and Montag 1976) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาโดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ 4 ขั้นตอน (อ้างใน สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ 2543) ได้แก่ การประเมินปัญหาและการคิดวิเคราะห์ปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมการรวบรวมข้อมูล และการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ยูราและวอลซ์ (Yura & Walsh 1983) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งที่ขั้นตอนของกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่ต้องการจะดำรงภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการ ถ้าผู้รับบริการป่วยก็จะให้การดูแลที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการกลับสู่สุขภาพดี แต่ถ้าผู้รับบริการกลับสู่สุขภาพดีไม่สำเร็จ ก็ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามสถานะของเขาเท่าที่จะทำได้

อัลฟาโร-ลีเฟอริ (Alfaro-LeFever 1998) กล่าวว่า เป็นวิธีการให้การดูแลบุคคลอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์อย่างคุ้มค่า

ไวท์ (White 2003) ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการวางแผนและการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะให้การดูแลเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาล ในการรวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล

อารี ชิวเกษมสุข (2551) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบระเบียบสำหรับการวางแผนดูแลให้การพยาบาลแก่ผู้ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

โดยสรุป กระบวนการพยาบาล หมายถึง วิธีการของพยาบาลที่ใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหา และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

3.12 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพ และสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ 5 ขั้นตอน (Layer et al. 1995; Alfaro-LeFevre 2002; อารี ชิวเกษมสุข 2551) ดังต่อไปนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) เป็นขั้นตอนแรกของการกระบวนการพยาบาลที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นการสำรวจค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (อารี ชิวเกษม สุข 2551)

1. การรวบรวมข้อมูล (collecting the data) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มและขณะที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกรายงานต่างๆ ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ข้อมูลอ้อมนัยเป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ให้บริการ/บุคคลที่เกี่ยวข้อง/บุคลากรในทีมสุขภาพ และ 2) ข้อมูลปรัณัยเป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย

2. การตรวจสอบข้อมูล (validating the data) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้ว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง วิธีการตรวจสอบ เช่น การเปรียบเทียบข้อมูลอ้อมนัยกับข้อมูลปรัณัย

3. การจัดกลุ่มข้อมูล (organizing or clustering the data) เป็นการนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาแยกเป็นกลุ่มๆ

4. การบันทึกข้อมูล (record the data) ภายหลักรวบรวมข้อมูลตรวจสอบและจัดกลุ่มข้อมูล พยาบาลจะบันทึกข้อมูลในแบบประเมินผู้ป่วย

การประเมินสภาพแบ่งเป็น 3 ประเภท (Fishbach 1991) ดังนี้

ก. ประเมินสภาพขั้นต้น (initial assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยช่วงแรกเริ่มไว้รักษาใน โรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลในแบบประเมินสภาพระยะแรก

ข. ประเมินสภาพต่อเนื่อง (ongoing assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อยืนยันและเพิ่มเติมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ค. ประเมินสภาพซ้ำ (reassessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยซ้ำในช่วงการประเมินผลการพยาบาลเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินสภาพซ้ำจะนำไปสู่การประเมินสภาพผู้ป่วยใหม่ การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลใหม่

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนต่อจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาล (Nursing Assessment) เป็นการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดมาตรฐานและค่าปกติต่างๆ ซึ่งสามารถ

แปลผลได้ 2 ลักษณะ คือ 1) ข้อมูลที่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด หรือคำปกติ หรือไม่มีปัญหา และ 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด หรือคำปกติ หรือมีปัญหา ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลจะได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล อันประกอบด้วย ข้อความ 3 ส่วน คือ ปัญหาเนื่องจาก และสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (อารี ชิวเกษมสุข 2551: 10)

วิพร เสนารักษ์ (2545) ได้ให้แนวทางในการเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

รักษาพยาบาล

1. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ไม่ใช่ความต้องการการรักษาพยาบาล
2. ใช้ “เนื่องจาก” เชื่อมข้อความสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล
3. ใช้ข้อความที่ไม่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย
4. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

อย่านำเอาคุณค่าและมาตรฐานของตัวพยาบาล มามีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยการพยาบาล

5. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล
6. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล
7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน
8. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถ

แก้ไขเปลี่ยนแปลงได้

9. ควรหลีกเลี่ยงไม่ใช้การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning) เป็นขั้นตอนต่อจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล หลังจากศึกษาข้อมูล และพิจารณาแล้วว่าข้อมูลต่างๆ ดังกล่าว จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ พยาบาลก็วินิจฉัยผลที่เกิดขึ้นจากข้อมูลที่รวบรวมมาได้ เพื่อป้องกันบรรเทา หรือช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามการวินิจฉัยของพยาบาล การวางแผนการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) การวางแผนขั้นต้น (initial planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลช่วงแรกกับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล 2) การวางแผนระยะต่อเนื่อง (ongoing planning) โดยการรวบรวมข้อมูลใหม่ วิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลและปัญหาเดิม 3) การวางแผนเพื่อการจำหน่าย (discharge planning) เป็นการวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนการพยาบาลมี 6 ขั้นตอน (อารี ชิวเกษมสุข 2551) คือ

1. การเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แนวทางการจัดลำดับความสำคัญ มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยมีหลักการสำคัญ 2 ประการคือ 1) ปัญหาที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุด ควรจัดไว้เป็นปัญหาอันดับต้นๆ เพราะพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลอย่างทันที 2) ปัญหาที่คุกคามเกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามแนวคิดของมาสโลว์ควรได้รับการแก้ไขก่อนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ อารมณ์ และสังคม ฟาริดา อิบราฮิม (2541)

2. การกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย โดยที่เป้าหมาย คือผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล (Wilkinson 1992: 166) หรือเป็นข้อความที่แสดงถึงความคาดหวังพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งเป็นผลมาจากการพยาบาล โดยวัตถุประสงค์ในการกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย คือ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

3. การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล เกณฑ์การประเมินผลเป็นข้อความที่กล่าวถึงการตอบสนองของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง สังเกตและวัดได้ใช้ตัดสินว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

4. การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดเทคนิคหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชาการ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ได้กำหนดไว้

5. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล ในแบบบันทึกการพยาบาล

ส่วนประกอบของการเขียนบันทึกทางการพยาบาล มี 4 ส่วน ดังนี้

ก. วันที่ เขียนวันที่เริ่มทำกิจกรรม และต้องทบทวน ปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

ข. คำกริยา ต้องกำหนดสิ่งที่จะปฏิบัติชัดเจนอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

ค. คำอธิบายประกอบ เป็นส่วนที่บอกว่าทำอะไร เมื่อไร บ่อยเพียงไร

ง. ลายเซ็นพยาบาล เพื่อเป็นการยอมรับของพยาบาลทั้งในแง่กฎหมายและจริยธรรม

6. เขียนแผนการพยาบาล ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลตามทีแต่ละสถาบันสร้างขึ้น

4) การปฏิบัติการพยาบาล(Nursing intervention) การปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นการนำแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลตามจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมาย และเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้

5) การประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล(Nursing evaluation)การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการอันเนื่องมาจากการได้รับการพยาบาลว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งพยาบาลจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเข้าปฏิบัติการพยาบาล ขณะปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาล

สรุปได้ว่า ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการทบทวน และการประเมินผลอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่การประเมินเมื่อแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกระบวนการพยาบาล เพื่อสะท้อนให้เห็นสภาพผู้ให้บริการ การพยาบาลที่ให้และการตอบสนองต่อการพยาบาลของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.1.3 การบันทึกการพยาบาลกับกระบวนการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลในอดีตจะเน้นการเขียนกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบความเรียงตามที่ให้บริการ โดยมีได้ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านั้นแก้ปัญหาใดของผู้ป่วย แต่ปัจจุบันมีการพัฒนาองค์ความรู้ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ดังนั้นบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องสะท้อนให้เห็นถึงการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม พยาบาลวิชาชีพ และองค์กรวิชาชีพพยาบาลต่างมีการตื่นตัวในการพัฒนาระบบที่ช่วยเสริมการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยมุ่งที่ระบบที่สามารถให้แนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ แนวคิดต่างๆที่พยาบาลใช้ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่การสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล (ประคิน สุขฉายา และคณะ 2549) ดังนี้

1) NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) สมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลของอเมริกาเหนือ ได้มีการกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เพื่อให้เกิดผลรับทางการพยาบาลตามที่พยาบาลรับผิดชอบ ซึ่งการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (actual problem) 2) ปัญหาที่เสี่ยงต่อการเกิด (risk for problem) และ 3) ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำหรับองค์ประกอบของ

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะใช้ข้อความ การระบุปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุ หรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา อาการและอาการแสดง

2) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (*Nursing Intervention Classification: NIC*) เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นจากกลุ่มพยาบาล ของมหาวิทยาลัยไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประโยชน์ในการบันทึกทางคลินิก (clinical documentation) ในการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลจะรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้โดยอิสระ กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรสุขภาพอื่น รวมทั้งกิจกรรมการดูแลโดยตรง และโดยอ้อม ทั้งนี้ได้มีการกำหนดความหมายของคำว่า การปฏิบัติกิจกรรม (intervention) ว่าเป็น การรักษาใดๆ ที่พยาบาลกระทำภายใต้การตัดสินใจทางคลินิกและความรู้ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมของ NIC จะประกอบด้วย ชื่อ ความหมาย แต่ละชุดของกิจกรรมที่จะชี้นำไปสู่การกระทำและการคิด เกี่ยวกับการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วย

3) การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (*Nursing Outcome Classification: NOC*) ระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นวิธีที่พัฒนาขึ้น โดยกลุ่มพยาบาลของมหาวิทยาลัยไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา เช่นกัน โดยเน้นวิธีการประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้รับ ซึ่ง คำว่า “ผลลัพธ์” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวกับสภาวะ พฤติกรรม หรือการรับรู้ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล โดยในแต่ละผลลัพธ์ จะประกอบไปด้วย ชื่อ ความหมาย และตัวชี้วัดในการประเมินสภาวะของผู้ป่วย

4) การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับนานาชาติ (*International Classification of Nursing Practice: ICNP*) ระบบนี้พัฒนาขึ้น โดยสภาพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses: ICN) ประกอบด้วยการจัดกลุ่มปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (nursing phenomenon) หรือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) และผลลัพธ์ของการพยาบาล (nursing outcome) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างภาษาสากลในการอธิบายปรากฏการณ์และกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งใช้ในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างทีมสุขภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

5) ระบบของโอมาฮา (*Omaha system*) เป็นระบบที่ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลเยี่ยมบ้านในโอมาฮา ซึ่งประกอบด้วย การจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (รญา ภูไพบูลย์, 2542 อ้างใน สุปาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์ 2547)

6) การจำแนกการดูแลสุขภาพที่บ้าน (*Home Health Care Classification: HHCC*) เป็นวิธีการที่พัฒนาขึ้น เพื่อคาดคะเนความต้องการการบริการพยาบาลของผู้สูงอายุ และผู้พิการที่อยู่ภายใต้ระบบการดูแลของรัฐ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่รวมการประเมินการดูแล การสอน และการจัดการ (สุปานี เสนาคิสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์ 2547)

สรุปได้ว่า การบันทึกของพยาบาลสามารถเขียนสะท้อนกระบวนการพยาบาล สามารถเขียนได้หลายวิธี แต่ละวิธีโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม

3.2 การพยาบาลแบบองค์รวม

3.2.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม ดังนี้

องค์รวม เป็นคำแปลมาจากภาษาอังกฤษ คือ Holism หรือ wholism มาจากรากศัพท์ภาษากรีก ว่า holos ซึ่งมีความหมายว่า “ครบถ้วน พร้อมสมบูรณ์ทั้งหมด”(Kramer 1990 อ้างถึงในยูวดี เกตสมพันธ์ 2543) หรือ มีความหมายตามพจนานุกรมภาษาอังกฤษว่า "แนวโน้มนามธรรมชาติในการสร้างองค์ประกอบ (wholes) ที่มีคุณสมบัติมากกว่าผลรวมขององค์ประกอบ"

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (American Holistic Nursing Association: AHNA 1997 cited in Dossey and Dossey 1998) ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย โดยให้การพยาบาลบุคคลอย่างผสมผสานทั้งในด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล ในสภาพแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

วิลเลียม (William 1998) ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมว่า หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลทั้งคน ให้ครบทุกส่วนไม่แยกจากกัน โดยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล

สมจิต หนูเจริญ (2543) ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ สิทธิเสรีภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันออกไป

สรุปได้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือ ผู้ใช้บริการตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลความรับผิดชอบของวิชาชีพ โดยมีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นองค์รวม ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการอาศัยอยู่ ให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเข้าใจในความแตกต่างในความต้องการของแต่ละบุคคล และเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเองตามศักยภาพ

3.2.2 แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม

หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีดังนี้

ยวดี เกตสัมพันธ์ (2543) กล่าวว่า ในการดูแลผู้ป่วยถึงแม้ว่าพยาบาลจะให้การดูแลแบบแยกเป็นส่วน ตามโรค ตามอาการ แต่ตัวผู้ป่วยเองจะยังคงตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลหรือสิ่งแวดล้อมด้วยความเป็นบุคคลทั้งคน ซึ่งประกอบด้วยกาย จิต และวิญญาณ ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความสมบูรณ์และตอบสนองผู้ป่วยในทุกด้าน พยาบาลควรจะเน้นการดูแลที่มีความผสมผสานกันทั้งด้านร่างกาย จิต และวิญญาณ นั่นคือการให้การดูแลแบบองค์รวมนั่นเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการดูแลแบบองค์รวมไว้ ดังนี้ คือ พยาบาลต้องตระหนักถึงคนในลักษณะองค์รวม ที่ไม่สามารถแยกกาย จิต และวิญญาณ ออกจากกันได้ มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้ญาติหรือบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผู้ป่วย รวมถึงการให้ความสนใจถึงผลกระทบจากปัญหาสุขภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกด้านร่วมกับผู้ป่วยในการแยกแยะปัญหา ความต้องการและวางแผนเป้าหมายในการบำบัดทางการพยาบาล มีการปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยถึงแผนการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่วางร่วมกัน และปฏิบัติตามแผนบำบัดทางการพยาบาล โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ มาใช้อย่างเหมาะสม รวมทั้งร่วมกับผู้ป่วยในการประเมินผลการบำบัดทางการพยาบาลว่า สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดต่อผู้ป่วย สามารถให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆกับผู้ป่วยและประชาชนได้ สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนการฟื้นฟู และเจริญพัฒนาของผู้ป่วยโดยการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร รวมทั้งมีการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีการฟื้นฟู หรือวิธีการปฏิบัติอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและการบำบัด และการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องการตระหนักในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เป็นผู้รับฟังและให้ข้อมูลมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดต่อผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลร่วมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีการปฏิบัติร่วมกันอันนำไปสู่สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

3.3 แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

มาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon 1994) ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยประเมินจากพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของบุคคล รวมทั้งกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวทางการประเมิน ประกอบด้วย 11 แบบแผนดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ
2. อาหารและการเผาผลาญอาหารเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร การเจริญเติบโตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง
3. การขับถ่าย เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียที่ออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ ปัสสาวะสังเสริม ปัสสาวะเสี่ยง และอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน การตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด) การตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไร? สีผิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่) การตรวจร่างกายระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว การทรงตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง
5. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้รับบริการ ปัสสาวะสังเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ
6. สถิติปัญหาและการรับรู้ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ

8. บทบาทและสัมพันธภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

9. เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ บำบัดส่งเสริม บำบัดเสี่ยงและอุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์

10. การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย การเผชิญและความทนทานต่อความเครียด และ

11. ค่านิยมและความเชื่อ เป็นการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคง เข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตตนเอง

ในการประเมินสภาพของผู้ใช้บริการ พยาบาลจะต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิต สังคม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ รวมทั้งระบุสาเหตุของความผิดปกตินั้นๆ

สรุปได้ว่า แนวคิดทางการพยาบาลต่างๆ ได้ให้กรอบการมองบุคคลแบบองค์รวม และให้แนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม แบบแผนสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่ง ที่ให้กรอบในการประเมินสุขภาพ และการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้นำมาเป็นแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนการให้การพยาบาลแบบองค์รวม

4. คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

4.1 ความหมายคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงทั้งต่อการดูแลผู้ป่วย และแสดงให้เห็นคุณภาพของการพยาบาลนักการศึกษาวิชาชีพพยาบาลหลายท่าน ได้ให้ความหมายของคุณภาพการบันทึกไว้ ดังนี้

4.2 ลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ

มีผู้กล่าวถึงลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพไว้ดังนี้

ฟิชช์บาร์ค(Fischbach1991)ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer&Camp1995) และ ไวท์ (2003) กล่าวว่า การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพที่ต้องการมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การบันทึกที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บ่งบอกถึงการพยาบาลที่ให้และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล บ่งบอกว่าพยาบาลได้ดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยระหว่างอยู่รับการรักษา

2. การบันทึกที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาล

3. การบันทึกบ่งบอกถึงสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงต่อเวรเป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพ การบันทึกที่ถูกต้อง (Accurate) ครบถ้วน (Complete) ย่อมเกิดความต่อเนื่องของการดูแล(Continuity of Care)

4. แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกไม่ทำให้พยาบาลต้องเขียนบันทึกซ้ำซ้อน

5. ควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล หรือมาตรฐานการพยาบาลใช้ร่วมด้วย

6. การบันทึกทุกกิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วย รวมถึงบันทึกย่อย (Flow sheets) ซึ่งบ่งบอกข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดและการสังเกตอาการ

7. บันทึกตามลำดับก่อน-หลัง และแสดงความมีเหตุผลในการตัดสินใจ

8. มีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อการค้นหาข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ

9. มีข้อความเป็นหลักฐานด้วยตัวของบันทึกเอง (self-evident statement) ทำให้สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้

พอทเทอร์และเพอร์รี่ (Potter & perry 2005) กล่าวว่า การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพต้องปฏิบัติ ดังนี้

1. บันทึกตามข้อเท็จจริง (factual basis) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลที่ได้รับ ต้องเป็นตามความจริง เป็นสิ่งที่พยาบาลเห็น ได้ยิน สัมผัสได้ และได้กลิ่นโดยไม่ต้องแปล

ความหมาย

2. บันทึกถูกต้องตามความเป็นจริง (Accurate) และเชื่อถือได้ (reliable) โดยเฉพาะการบันทึกตัวเลขต่างๆ เช่น ให้บันทึกว่าผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 4 ซี.ซี. แทนการบันทึกว่าผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ

3. บันทึกครบถ้วน มีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์ (complete detail)

4. บันทึกสั้น กระชับ ได้ความหมายชัดเจน (brief and concise)
5. ข้อมูลอันนี้ต้องสามารถบอกแหล่งที่มาและบริบทได้ (objectivity)
6. บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตรงตามเวลา และบันทึกทันทีหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแล้วเสร็จ (time with current data)
7. บันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและระบบ (logical organization data) เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และบันทึกตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
8. สิ่งบันทึกควรเป็นเรื่องปกปิด (confidentiality) ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาไม่สามารถเข้าถึงบันทึกได้ยกเว้น ได้รับอนุญาตเป็นพิเศษ
9. บันทึกด้วยตัวหนังสือหรือลายมือที่สวยงาม เรียบร้อย อ่านง่าย (legibility) เพื่อให้เข้าใจได้ตรงกัน

ประคิม สุจฉายา และคณะ(2549) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่ดี ควรเป็นการบันทึกข้อเท็จจริง (factual) ที่พรรณนาข้อมูลตามสภาพที่พยาบาลเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น ได้สัมผัส โดยเป็นข้อมูลที่สามารถวัดหรือสังเกตได้ โดยใช้เครื่องมือต่างๆ (objective data) หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และซักประวัติผู้ป่วยและหรือครอบครัว (subjective data) นอกจากนี้สิ่งที่บันทึกต้องสะท้อนข้อมูลหรือการวัดที่ถูกต้อง (accurate) ชัดเจน มีความสมบูรณ์ (complete) และเป็นปัจจุบัน โดยครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วย และการรักษา คำสัญญาชีพ ระดับความเจ็บปวด และการรักษาที่ได้รับ การเตรียมผู้รับบริการเพื่อการวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษ และการผ่าตัด อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ การรักษาในภาวะฉุกเฉินและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ผู้ที่ถูกตามมาดูอาการ การรับใหม่ การย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่น การจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการเสียชีวิต ทั้งนี้การบันทึกต้องทำอย่างเป็นระบบเป็นลำดับ

4.3 แนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp 1995) และ ไชแสง โปธิโกสม (2542) ได้ให้แนวทางการปฏิบัติการเขียนบันทึกการพยาบาลอย่างมีคุณภาพดังนี้

1. กำหนดนโยบายการเขียนบันทึกการพยาบาลไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับระบบวิธีการบันทึกประจำวัน และการติดตามประเมินผลของบุคลากรพยาบาล
2. กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยจำแนกตามภาวะสุขภาพ เวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลักษณะความซับซ้อน และความจำเป็นของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เพื่อให้บุคลากรนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

3. กำหนดแนวการเขียนบันทึกการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลเกี่ยวกับการเขียนบันทึกการพยาบาลเกณฑ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กำหนดการดูแลโดยบุคลากรทุกคนต้องร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปรับปรุงแนวทางการเขียนบันทึกการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของทุกคน

4. กำหนดแนวทางการทำงานเพื่อป้องกันการผิดพลาด ดังนี้

4.1 พยาบาลหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีมควรมีการตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยก่อนปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการบันทึกที่ผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์

4.2 พยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่าย ต้องตรวจสอบความสมบูรณ์ของแฟ้มประวัติผู้ป่วยทั้งหมดก่อนส่งเวร หรือจำหน่ายผู้ป่วย

4.3 ผู้บริหารทุกระดับมีการติดตามประเมินผล ให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้แรงจูงใจแก่บุคลากรพยาบาล

5. ส่งเสริมสนับสนุนความรู้ความสามารถและทัศนคติแก่บุคลากรพยาบาล เกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าทางการปฏิบัติงานพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและประสบการณ์ต่อกัน ในการสร้างแนวปฏิบัติการบันทึกการพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และการพัฒนาศักยภาพเฉพาะบุคคลอย่างต่อเนื่อง

4.4 แนวทางในการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพนั้น สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ และสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน ดังนั้น การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบ ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวทางในการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดแนวทางในการตรวจสอบการบันทึกการพยาบาลคือ หลัก 4C ได้แก่

1. ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วย และเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดง ตามสถานะของโรคและสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลถูกต้อง ตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาล และถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนดรายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

2. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยถูกต้อง และสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

3. บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้จากการปฏิบัติ การพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้ถูกต้อง

4. ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง ความสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

5. บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่าง ๆ ถูกต้อง

2. ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุมครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่องดังนี้

1. ระบุปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยหรือสถานะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งปัญหาด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

2. ระบุกิจกรรม การแก้ปัญหา และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพรวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

3. เขียนรายงานโดยยึดปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล

3. ความชัดเจน (Clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลขชัดเจนอ่านง่ายดังนี้

1. บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงิน หรือสีดำด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย และใช้ตัวย่อสากล

2. บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงิน หรือสีดำด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย และใช้ตัวย่อสากลสากล

3. ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความ ตัวขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

4. ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกที่มีความกะทัดรัดสั้น ได้ใจความตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยอ่านแล้วเข้าใจง่ายและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลและบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ได้กำหนดแนวทางในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และสามารถวัดได้จากแบบตรวจสอบคุณภาพการ

บันทึกการพยาบาล และคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนและสอดคล้องกับทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
2. ความถูกต้องตามหลักการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกที่ถูกต้องตามหลักของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล บันทึกได้สั้น กระชับรัด ได้ใจความ และสื่อความหมายชัดเจนตั้งแต่การประเมินสุขภาพผู้ป่วยทารกแรกเกิด แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
3. ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกอย่างไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมง ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและ/หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2553) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องเป็นบันทึกโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุมการดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความพร้อมช่วยเหลือ สนับสนุน การสอนให้คำแนะนำ การติดตามตามแผนที่วางไว้ โดยแบ่งเนื้อหาในการประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่การวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย
 1. การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ของผู้ป่วย เช่น การปวดแผล วิตกกังวล โอกาสติดเชื้อ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญที่มาประวัติ ความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค
 2. กิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบริหารยา การสังเกตอาการ การจัดทำ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การสังเกตมดลูก การบรรเทาอาการปวด หายใจไม่สะดวก คลื่นไส้อาเจียน การดูแลให้ได้รับน้ำอาหาร การพักผ่อน ความสะอาดของร่างกาย
 3. การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังการให้การพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนดและอย่างต่อเนื่องตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการ

พยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมายและความเหมาะสมของแผนการพยาบาลตลอดเวลา โดยระบุเวลาที่ชัดเจน

4. การประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น ผลการตรวจวินิจฉัย ไม่มีความผิดปกติ อาการแสดงของผู้ป่วย คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่องส่งต่อสถานที่ส่งต่อ การนัดมาตรวจซ้ำ การได้รับยากลับบ้าน การสอบถามความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ สถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ประเภทการจำหน่าย วัน เดือน ปีเวลาที่จำหน่าย การนัดตรวจติดตาม ชื่อแพทย์ผู้นัดตรวจ

5. กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตนหลังคลอด การเลี้ยงดู ให้นมบุตร เป็นต้น

6. มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์

7. ลายมือชื่อพยาบาลที่สามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้บันทึกที่บันทึกโดยนักศึกษาพยาบาลต้องมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ

ในการตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึก มีเกณฑ์โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มาประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน,และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)

2. มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มปรอท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา

3. มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของการวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

4. มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล

5. มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล

6. มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล

7. มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์

8. มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก

9. การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป การปฏิบัติตัว Home health care

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงการตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของ อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) เนื่องจากเป็นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และง่ายต่อการตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึก

5. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

5.1 ความหมายทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีภาวะคุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของทารกในระยะแรกเกิด ทำให้ทารกมีความเสี่ยงสูงต่อความตายและความพิการ ทารกภาวะนี้มักเป็นทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูง (high-risk newborn) โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ หรือน้ำหนักแรกคลอด ซึ่งจะมีโอกาสเจ็บป่วยหรือตายมากกว่าปกติ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ จากการตั้งครรภ์ การคลอดและการปรับตัวของทารกในสิ่งแวดล้อมภายนอกมดลูก หลังคลอดจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลในหน่วยบริบาลทารกอย่างใกล้ชิด จากแพทย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะ ทารกดังกล่าวได้แก่ (The British Pediatric Association and the British Association for Perinatal Pediatric Recommendation, 1875)

1. ทารกที่ต้องช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือให้ความดันบวกในทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง และทารกใน 24 ชั่วโมงแรกหลังใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ทารกที่ได้รับสารอาหารชนิดครบถ้วนทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition)
3. ทารกภาวะผิดปกติทางหัวใจที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ซึ่งรวมทั้งภาวะหยุดหายใจที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. ทารกหลังการผ่าตัดที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด
5. ทารกอายุน้อยกว่า 30 สัปดาห์ ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
6. ทารกภาวะชัก

7. ทารกที่รับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น เพื่อการตรวจวินิจฉัย หรือรักษาเป็นพิเศษ โดยเฉพาะ

8. ทารกที่ได้รับการตรวจรักษาที่สำคัญได้แก่ ใส่สายสวนหลอดเลือดแดง (arterial catheterization) ทำการสวนล้างไตหรือทำเปลี่ยนถ่ายเลือด (exchange transfusion)

5.2 ปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ

ปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง ภาวะที่ไม่สามารถรับอาหารทางลำไส้ได้ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 ภาวะเสี่ยงต่อช็อก เกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือด (circulatory dysfunction) ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย มีผลทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกายถูกกด เกิดความผิดปกติของเซลล์ ซึ่งถ้าเป็นมากหรือไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้เสียชีวิตได้ ภาวะช็อกที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด มักพบร่วมกับภาวะแอสฟิกเซียเมื่อแรกเกิด ภาวะเสียเลือดซึ่งอาจเกิดจากการฉีกขาดของสายสะดือ รกเกาะต่ำ รกรกอกตัวก่อนกำหนด เลือดออกในอวัยวะต่างๆ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน (hypoxic myocardial injury) หรือมีความผิดปกติอื่นของหัวใจ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจล้มเหลว ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เอนโดทอกซิน (endotoxin) ทำให้มีการกระตุ้นระบบไคนิน (kyinin) มีผลทำให้ความดันเลือดลดลง ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ นอกจากนี้แล้วอาการช็อกยังอาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ซึ่งหากทารกไม่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขภาวะนี้อาจส่งผลให้เสียชีวิตได้

5.2.2 ภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากระบบทางเดินหายใจมีการเจริญเติบโตและสมบูรณ์ช้ากว่าระบบอื่นๆ กล่าวคือปอดยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ทั้งโครงสร้างและการผลิตสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) และยังไม่พร้อมในการทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ส่วนทารกครบกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยและมีความผิดปกติ และทารกเกิดหลังกำหนดจะมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์จนถึงขณะคลอด หรือภายหลังคลอด เนื่องจากการสูดสำลักน้ำหรือมีความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดแต่กำเนิด ทำให้เลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (metabolic acidosis) ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไม่ดี ทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะสำคัญ

ต่างๆของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและระบบอื่นๆในร่างกาย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2536)

5.2.3 ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจาก มีความสามารถจำกัดในการปรับอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ ส่งผลให้อุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย (Core body temperature) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม จึงมักพบทารกมีอุณหภูมิร่างกายต่ำได้บ่อย เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิภายในสมองส่วนไฮโปธาลามัสยังเจริญไม่เต็มที่ ประกอบกับมีพื้นที่ผิวกายกว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย มีไขมันสีน้ำตาลน้อย ไม่มีการสันของกล้ามเนื้อและการหลั่งของ nor-epinephrine น้อย ทำให้ไม่สามารถปรับอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ได้ ส่วนทารกเกิดครบกำหนดหรือทารกเกิดหลังกำหนดที่มีภาวะขาดออกซิเจน จากการคลอดลำบาก หรือจากการสูดสำลักที่เท่าร่วมด้วย การที่ทารกมีอุณหภูมิร่างกายต่ำทำให้ร่างกายต้องมีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหยุดหายใจ ภาวะหายใจลำบาก และเขียวได้ นอกจากนี้ร่างกายต้องมีการเผาผลาญเพิ่มขึ้นซึ่งต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหยุดหายใจ ภาวะหายใจลำบาก และเขียวได้ นอกจากนี้ร่างกายยังต้องใช้พลังงานเพิ่มอีกด้วย จึงอาจพบน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะกรดได้

5.2.4 ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พบได้บ่อยทั้งในทารกแรกเกิด เนื่องจากกลไกการป้องกันโรคของทารกยังทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ทารกมีความสามารถในการกำจัดเชื้อได้จำกัด ถึงแม้ว่าทารกจะสามารถสร้างอิมมูโนโกลบูลินได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ แต่ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ และจะได้รับจากมารดาโดยผ่านทางรกเพียงตัวเดียวคือ IgG ซึ่งสามารถจะป้องกันการติดเชื้อได้เพียงอย่างเดียวเท่านั้น IgM ซึ่งมีบทบาทในการต่อต้านเชื้อแบคทีเรียแกรมลบจะไม่ผ่านรก ทำให้ทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบได้ง่ายกว่าเด็กโต นอกจากนี้ขบวนการจับกินเชื้อโดยเม็ดเลือดขาว (Phagocytosis) และภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อเชื้อโรคยังพัฒนาไม่สมบูรณ์สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุส่งเสริมให้ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ประกอบกับการได้รับการรักษา หรือทำหัตถการต่างๆในระยะหลังคลอด เช่น การให้ออกซิเจนด้วยวิธีต่างๆ การดูดเสมหะ หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ภาวะติดเชื้อที่พบบ่อยคือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

5.2.5 ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงหรือภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกแรกเกิดมีการสร้างบิลิรูบินจำนวนมากจากการที่เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นเพียง 80-90 วัน ร่วมกับการทำงานของตับในการเปลี่ยนอันคอนจูเกตบิลิรูบินที่เกิดจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ เช่น การไม่เข้ากันของหมู่เลือดระหว่างมารดากับทารก ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และการขับถ่ายบิลิรูบินลดลง นอกจากนี้ภาวะภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะอุตันของท่อทางเดินน้ำดี ภาวะสูดสำลักที่เท่าในน้ำคร่ำ ภาวะหายใจลำบากหรือภาวะหยุดหายใจในทารกแรกเกิดยังเป็น

สาเหตุให้ลิธิรูบินในเลือดสูงขึ้นได้ เมื่อมีลิธิรูบินคั่งในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากทำให้ลิธิรูบินผ่านเข้าเนื้อสมองมาก ทำให้มีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดภาวะลิธิรูบินคั่งที่สมองได้สูง ทำให้มีการทำลายเนื้อสมองซึ่งหากทารกไม่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขภาวะนี้อาจส่งผลให้เสียชีวิตในที่สุด

5.2.6 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของไตในการรักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้แก่การทำงานของท่อไตในการดูดซึมกลับโซเดียมมีน้อย ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นและเจือจางยังไม่เต็มที่ เมื่อได้รับน้ำเกินเฉียบพลันเฉียบพลันจึงไม่สามารถขับน้ำที่เกินได้เร็วเท่าผู้ใหญ่ การดูดซึมกลับของไบคาร์บอเนต และขับถ่ายโปแตสเซียมและไฮโดรเจนไอออนทำได้น้อย (ประสิน จันทรวีทัน , 2548) ส่วนทารกครบกำหนดครบกำหนดและทารกเกิดหลังกำหนดที่มีภาวะขาดออกซิเจนและมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมักพบภาวะนี้ร่วมด้วย เนื่องจากความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม นอกจากนี้ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อาจเนื่องมาจาก ความเจ็บป่วยของมารดาในระยะตั้งครรภ์ เช่นเป็น โรคเบาหวาน เป็น โรคของต่อมไทรอยด์ หรือทารกมีการติดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์ หรือมีความพิการแต่กำเนิดเกี่ยวกับการเผาผลาญอาหาร ทารกจะมีอาการซึมลง ท้องอืด สั่น กระจกหรือชักเกร็ง ความดันโลหิตลดลง ซีพจรเบาเร็ว หัวใจเต้นเร็ว หายใจช้าลงหรือหยุดหายใจ ซึ่งหากทารกไม่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขภาวะนี้อาจส่งผลให้เสียชีวิตในที่สุด

5.3 การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยใช้กระบวนการพยาบาล

สิ่งจำเป็นในการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต คือ กระบวนการตัดสินใจ ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจเรื่องกาย จิตสังคมของทารก ในกระบวนการตัดสินใจนี้ จำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤตได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ต้องเชี่ยวชาญในการประเมินสภาพทารก วิเคราะห์ปัญหา และลำดับความสำคัญดังนั้นการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตและทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูงดังกล่าวนอกจากจะให้การดูแลอย่างดียิ่งแก่ทารกในปัญหาด้านพยาธิสภาพและจิตสังคมแล้วยังต้องครอบคลุมถึงสิ่งแวดล้อม และครอบครัวที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยกระบวนการพยาบาลจะช่วยพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตและทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการปฏิสัมพันธ์กับทารก และให้การดูแลทารกได้ครอบคลุมทั้งด้านกายและจิตสังคม ตลอดจนครอบครัวของทารก ซึ่งขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการดูแลทารกวิกฤตประกอบด้วย

5.3.1 การประเมินสภาพ

พยาบาลจะเริ่มประเมินสภาพของทารกในทันทีที่รับทารกไว้ในความดูแล ในขั้นตอนนี้จะมีการประเมินปัญหาของทารกจากข้อมูลที่ได้รับรวบรวมได้ ซึ่งในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลในตอนแรกที่ทารกมาถึงหน่วยบริบาลทารก จะต้องทำอย่างรวดเร็วพร้อมๆ กับการเริ่มให้ การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้การกำหนดเวลาในการปฏิบัติพยาบาล จะเป็นเรื่อง ที่สำคัญที่สุด ภายใน 3-4 นาที ที่ทารกมาถึงหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด ควรซักประวัติคร่าวๆ และ ทำการตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความรุนแรงของสถานการณ์ หรือปัญหาที่สำคัญของทารก และระบบของร่างกายที่ถูกกระทบ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ พยาบาลจะต้องแปลผลโดยอาศัยความรู้และ ประสบการณ์ และครอบคลุมปัญหาทั้งด้านกายและจิตสังคมของทารกทั้งนี้เพื่อการวางแผนที่เหมาะสม เมื่อภาวะวิกฤตของทารกคลี่คลายลง ก็ควรประเมินสภาพของทารกอย่างสมบูรณ์ การ ประเมินสภาพเป็นกระบวนการที่ต้องกระทำต่อเนื่อง ไม่สมบูรณ์ได้ในครั้งเดียว การประเมินสภาพ ที่สมบูรณ์ครบถ้วน จะทำให้ได้ข้อมูลที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลทารกได้อย่างสมบูรณ์ และต่อเนื่อง การประเมินสภาพควรครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติด้านกาย จิตสังคม การตรวจ ร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทารก

เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ และวิณา จิระแพทย์ (2548) กล่าวว่า ประวัติสุขภาพ เป็นฐานข้อมูลสำคัญที่นำไปสนับสนุนการวินิจฉัยภาวะสุขภาพของทารก ข้อมูลประวัติสุขภาพของ ทารกสามารถรวบรวมได้จากบันทึกการฝากครรภ์ รายงานการคลอด บันทึกหลังคลอด (postpartum record) หรือจากสมุดสุขภาพทารก รวมทั้งข้อมูลจากการบอกเล่าของมารดาและผู้ทำคลอด ฐานข้อมูลประวัติสุขภาพที่มีความหมายสำหรับการประเมินภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดที่ควร รวบรวมมีดังนี้

1. บันทึกการฝากครรภ์ ประกอบด้วย อายุมารดา ประวัติการเจ็บป่วย ทางด้านอายุรกรรม ประวัติการคลอด (จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอดครบ/ ก่อนกำหนด ผลการตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อนๆ การคาดคะเนอายุครรภ์) ผลการตรวจด้วยคลื่นเสียง ความถี่สูงก่อนคลอด ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ความพอเพียงของการฝากครรภ์ (adequacy of ANC)
2. บันทึกหลังคลอด ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของมารดา บันทึกสัญญาณชีพของทารก บันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับ activity และสภาพของทารก บันทึก เกี่ยวกับสิ่งผิดปกติทางร่างกาย ประวัติการได้รับนม การถ่ายปัสสาวะ และการถ่ายอุจจาระ รวมทั้ง การสังเกตสายสัมพันธ์มารดาทารก
3. บันทึกการคลอดและวิธีคลอด ประกอบด้วย วันและเวลาคลอด เวลาที่ ลูกน้ำแตก ระยะเวลาการคลอด (labor) stage ที่ 1,2 ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติของการคลอด

วิธีคลอด (delivery) วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก(หากใช้) ความต้องการการกู้ชีพ คะแนน Apgar น้ำหนักแรกเกิด หมู่เลือดของมารดา

4. การสัมภาษณ์มารดา-บิดา ประกอบด้วย การรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ การคลอดและวิธีคลอด ความเจ็บป่วยในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของลูกคนอื่น ๆ(หามี) ระดับการศึกษาของมารดา-บิดา การเตรียมการและการวางแผนการดูแลทารก แหล่งสนับสนุนทางสังคม แผนการได้รับการติดตามทางการแพทย์

5.3.2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำได้โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแปลผลข้อมูลที่รวบรวมได้ จากการประเมินสภาพด้านกาย และจิตสังคมของทารก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นกลุ่มของอาการ อาการแสดงที่บรรยายถึงปัญหาสุขภาพของทารกที่เกิดขึ้นจริง หรือหลีกเลี่ยงต่อการเกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลสามารถป้องกันหรืออย่างน้อยทำให้บรรเทาลงได้ ใช้ในการกำหนดปัญหาสุขภาพของทารกว่ามีความซับซ้อน มีลำดับความสำคัญสูงสุด มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในระยะยาวหรือเกิดขึ้นจริงอย่างไร

5.3.3 การวางแผนการพยาบาล

ในแผนการพยาบาล จะระบุปัญหาของทารกตามลำดับความสำคัญ ในกรณีทารกอยู่ในภาวะวิกฤต เช่น มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ ปัญหานี้จะมีความสำคัญสูง พยาบาลต้องรีบให้การดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาคือเมื่อทารกอาการดีขึ้น ความสำคัญของปัญหานี้ก็ลดลำดับลงในแต่ละปัญหาเมื่อกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลแล้ว จะกำหนดกิจกรรมการพยาบาลแล้ว จะกำหนดกิจกรรมการพยาบาล โดยระบุชนิดของกิจกรรมที่จะทำ ใครเป็นผู้ทำ ทำเมื่อใด โดยทุกกิจกรรม พยาบาลจะมุ่งให้เกิดผลแก่ทารก ทั้งนี้กิจกรรมการพยาบาลจะต้องได้รับการพิจารณา ร่วมกันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารก และจะต้องได้รับการทบทวน ปรับปรุงตามความจำเป็นตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล จะเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับทารก และกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหของทารก เป็นแผนที่ทำให้พยาบาลทุกคนทราบถึงปัญหาของทารก ตามลำดับความสำคัญ วัตถุประสงค์ระยะสั้น ระยะยาว และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ ซึ่งจะช่วยให้ทารกให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด

5.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการนำกิจกรรมการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาปฏิบัติ ซึ่งบางครั้งจะมีกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมอยู่ด้วย ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ทารกภาวะวิกฤติ พยาบาลต้องใช้ความคิด วิเคราะห์ ประเมิน และการตัดสินใจบนพื้นฐานของความรู้ ก่อนตัดสินใจว่า จะทำกิจกรรมใด ทำเมื่อใดและทำได้อย่างไร

ต้องใช้ทักษะทางเทคนิคสูงในการแก้ปัญหาของทารกตลอดจนต้องประสานกันในการดูแลทารก ทั้งนี้โดยยึดทารกและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในตอนนี้ ควรเก็บรวบรวมข้อมูลของทารกไปด้วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อทารก ทำให้ปัญหา ความรู้สึกและ ภาวะสุขภาพของทารกเปลี่ยนแปลง

5.3.5 การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลเป็นการประเมินผลดูว่าวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลนั้นบรรลุผลหรือไม่จากการให้การพยาบาล นอกจากประเมินว่ากิจกรรมการพยาบาลได้ทำหรือไม่ ซึ่งการประเมินผลนี้อาจทำได้ทันทีทันใด ระยะสั้น หรือระยะยาว โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมิน อาจร่วมกับสมาชิกอื่นๆในทีมสุขภาพ จากการประเมินผล ถ้าวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลไม่บรรลุผลหรือปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข หรือมีปัญหาใหม่เกิดขึ้น จะต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่ตามความเหมาะสม และเนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์นั้นมีพลวัตร และการเปลี่ยนแปลงได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เจ็บป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมินผลแผนการพยาบาลเป็นระยะๆ หรืออาจต้องประเมินผลซ้ำๆ

6. การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ก่อนจะกล่าวถึง ความหมายของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จะกล่าวถึงความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

6.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ (perception) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีการเลือก การประมวลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมาให้ความหมายและได้ภาพของโลกที่มีเนื้อหา (Schiffman and Kanuk 1999)

แกริสัน และมากูน (Garrison & Magoon, 1972) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งทางสมองตีความ หรือ แปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสต่าง ๆ ของร่างกาย กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร

โรบบินส์ (Robbins 2003) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่ปัจเจกบุคคล จัดระบบหรือตีความสิ่งที่ประสาทสัมผัสได้ เพื่อให้ความหมายให้กับสภาพแวดล้อมของสิ่งนั้น ๆ

กันยา สุวรรณแสง (2540) เสนอว่า กระบวนการรับรู้ ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักคือ 1) กระบวนการภายนอกหรือสิ่งเร้า 2) กระบวนการภายในหรือการรับรู้ และ 3) กระบวนการแสดงออกหรือปฏิกิริยาตอบสนอง

สรุป การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลประมวลและตีความข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสต่าง ๆ ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า

6.2 ความหมายของคุณค่า

คุณค่า (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542) หมายถึง สิ่งที่มีประโยชน์หรือมีคุณค่าสูง

สิวลี ศิริไล (2539) กล่าวว่า หมายถึง คุณค่า หมายถึง คุณสมบัติได้จากการประเมินแง่ใดแง่หนึ่ง ความงาม ความไพเราะ เป็นคุณค่าทางศิลปะ ความดี ความถูกต้อง เป็นคุณค่าทางจริยธรรม ความมีประโยชน์เป็นคุณค่าทางเศรษฐกิจ ในชีวิตประจำวันมนุษย์ต้องเลือกสิ่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล แนวความคิด วิชาชีพ การกระทำ การตัดสินใจเลือกเกิดขึ้นจากการประเมินหรือให้คุณค่าแก่สิ่งต่างๆ ตามความรู้สึก ตามเหตุผล ตามความคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต พฤติกรรมตลอดจนจริยธรรมของบุคคล

รัตนา ทองสวัสดิ์ (2531) กล่าวว่า คุณค่าหมายถึงการกระทำที่กลุ่มคน หรือคนใดคนหนึ่งยอมรับนับถือ เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติหรือยอมรับไว้เป็นคุณสมบัติของตนเอง

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) กล่าวว่า คุณค่าหมายถึง คุณค่าทางจิตใจของบุคคลหรือกลุ่มชนที่แสดงถึงความต้องการ หรือความคาดหวังต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่แวดล้อมบุคคลนั้น ๆ คุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของปรัชญา ซึ่งแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่มจะต้องมีไว้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน

สรุป คุณค่า หมายถึง สิ่งที่มีประโยชน์ตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคล

6.3 ความหมายของรูปแบบ

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของรูปแบบทั้งในลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของรูปแบบว่า หมายถึงรูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนวซึ่งเป็นที่ยอมรับ สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเช่นนั้น

Stoner & Wankel (1986) ได้ให้ความหมายของรูปแบบว่า เป็นการจำลองสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้ง่ายขึ้น

Willer (1986) กล่าวว่า รูปแบบเป็นการสร้างความคิดรวบยอดของปรากฏการณ์ ด้วยวิธีการของเหตุผลที่มีจุดหมายเพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในนิยามที่แสดงถึงความสัมพันธ์และ ข้อเสนอของระบบรูปนัยที่เกี่ยวข้อง

พลสุข หิงคานนท์ (2540) กล่าวว่า รูปแบบเป็นสิ่งที่แสดงโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา

สรุป รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ ขององค์ประกอบต่างๆ ของสิ่งที่ศึกษา

6.4 ความหมายของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์

จากคำศัพท์ที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลประมวลและศึกษาประมวลและตีความประโยชน์ของ องค์ประกอบของการเขียนข้อมูลด้านการปฏิบัติการพยาบาล

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น

จิตรดาภรณ์ ธนบัตร (2542) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคทุกคน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง พบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้าน ความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการบริหารความเสี่ยงอยู่ใน ระดับดี ด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับดีมาก และด้านความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ใน ระดับมาก

จิตรศิริ ชันเงิน (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข พบว่า ทักษะการประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์ เป็นการพัฒนาวิชาชีพให้มีเอกลักษณ์ ใช้เป็นหลักฐานกฎหมาย เป็นประโยชน์ในการส่ง เวิร์สื่อสาร ประสานงานเกี่ยวกับผู้ป่วย ทำให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ ทราบปัญหาและอาการของผู้ป่วยได้ถูกต้องแสดงถึงคุณภาพบริการ และเป็นประโยชน์ในการ ศึกษาวิจัย ปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกการพยาบาล ได้แก่ การ

ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การได้รับความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาล การตรวจสอบและการนิเทศ บรรยายภาคีในการทำงาน ความมีประสิทธิภาพของเครื่องมือเครื่องใช้ในหน่วยงาน แบบฟอร์มที่เหมาะสมสะดวกมีมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ปัจจัยที่ขัดขวางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้แก่ ภาระงาน ความยุ่งยากและความเร่งด่วนของงาน และการมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากเกินไป

สายสมร พลเชื้อ และ ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ (2542) ศึกษาเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลและควรมีการนิเทศงานเป็นระยะเพื่อเพิ่มความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติ และให้ข้อเสนอแนะว่า กลุ่มงานการพยาบาลควรมีนโยบายชัดเจนในการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกการพยาบาลและวิธีเขียนบันทึกโดยมีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้และเอื้ออำนวยให้เกิดความพร้อมในการบันทึก

เพ็ญทอง มธุรชน (2546) ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกการพยาบาลใหม่เนื่องจากสามารถนำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านการสื่อสาร การวางแผน การศึกษาวิจัย และข้อมูลสถิติ การประเมินคุณภาพการพยาบาล และด้านกฎหมาย

ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) ได้ศึกษา ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกสูติกรรมต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาลก่อนและหลัง การมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกสูติกรรมผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล หลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกสูติกรรม สูงกว่าก่อนใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกสูติกรรม

พรทิพย์ รัตนวิชัย (2547) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลเพื่อคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการพยาบาลหลังใช้รูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่สูงกว่าการใช้รูปแบบเดิมและประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าเดิม

พรศิริ พันธสี และรัชณี นามจันทรา (2549) ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลของ โรงพยาบาลหัวเฉียว โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของ

ผู้ปฏิบัติงาน พบว่า รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยได้สมบูรณ์ขึ้นและสามารถเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook Aree 2005) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดสำคัญ คือ 1) เนื้อหาในแฟ้มผู้ป่วยประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มที่เป็นโครงสร้างซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การดูแล แบบองค์รวม มาตรฐานการดูแล มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล การบริหารเวลา และการบริหารความเสี่ยง 3) การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย และ 4) คู่มือบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกทางการพยาบาล 6 แบบฟอร์ม ได้แก่แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลต่อเนื่อง แบบบันทึกสรุปจำหน่าย แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และแบบฟอร์มการให้ยา ผลการศึกษา ด้านปฏิบัติการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พยาบาลผู้บันทึกมีความพึงพอใจ ความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในการบันทึกมากขึ้น

พานทิพย์ ร่มโพตาล (2551) ได้ศึกษาพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลตามบริบทของปัญหาที่พบจริงและให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนางานและร่วมกันหาข้อบกพร่อง/ปัญหาอุปสรรคต่างๆเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำความรู้ที่ได้จากประชุมมาใช้ในการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล รวมถึงการสร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความตั้งใจปฏิบัติสู่เป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวมและยังพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลมีผลในการเพิ่มคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจต่อรูปแบบการการบันทึกทางการพยาบาล แต่ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของทารกที่มีภาวะวิกฤตด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบที่ทางการพยาบาลของทารกแรกเกิดมีภาวะวิกฤต โดยใช้การมีส่วนร่วมเพื่อปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับทารกที่มีภาวะ

วิกฤต สามารถสะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมนำไปสู่
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์และพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด และเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพของการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1.1 พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 17 คน

1.1.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2

กลุ่มดังนี้

1.2.1 พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวน 15 คน โดยไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้เขียนบันทึกทางการแพทย์และเป็นผู้วิจัยอีก 1 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1) เป็นผู้ปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงในหออภิบาลทารกแรกเกิด อย่างน้อย 1 ปี

2) เป็นผู้เขียนบันทึกข้อมูลทางการแพทย์

3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

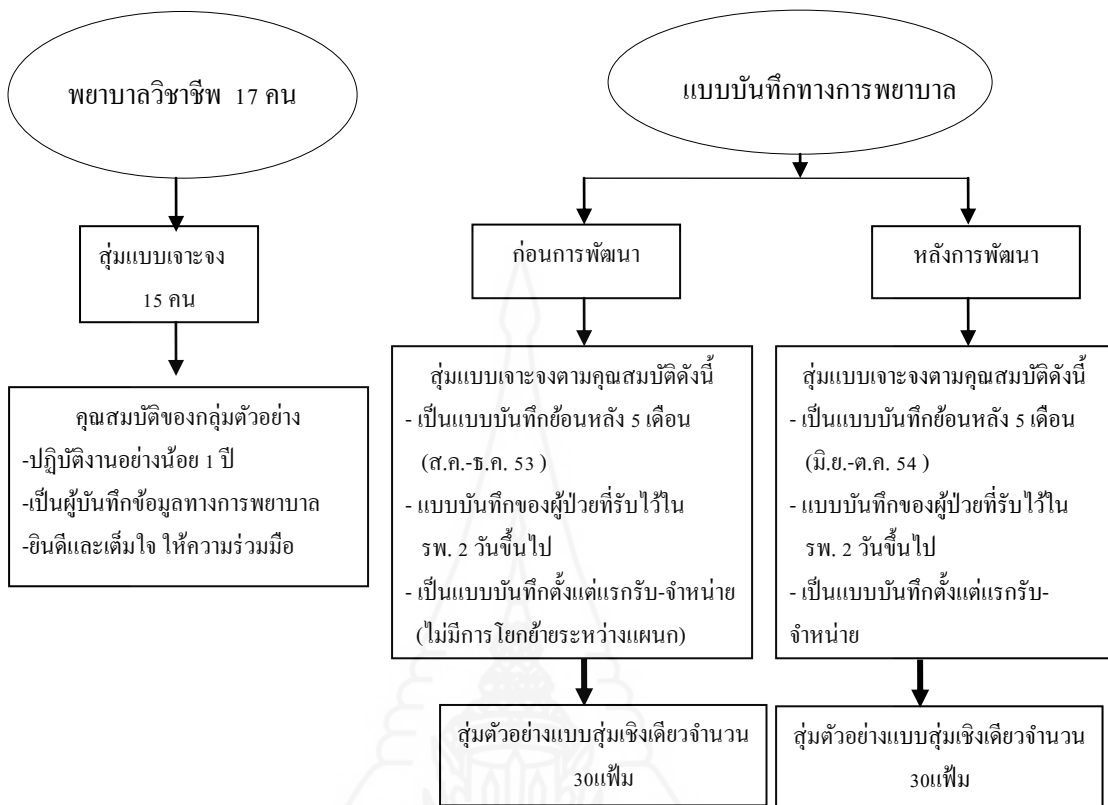
1.2.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างเจาะจงตามลักษณะที่กำหนด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 30 แฟ้ม ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์หลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยมีลักษณะดังนี้

- 1) เป็นแบบบันทึกการพยาบาลของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เข้ามารักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างน้อย 2 วันขึ้นไป
- 2) เป็นแบบบันทึกการพยาบาลของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เข้ามารักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยไม่มีการโยกย้ายระหว่างแผนกภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร
- 3) เป็นแบบบันทึกการพยาบาลของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ผู้ปกครองยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษารวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ โดยไม่มีผลใดๆทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงาน หรือผลอย่างอื่นใดที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ต้องการเปิดเผย และข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้นำเสนอโดยภาพรวม ไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง หรือชื่อของผู้ป่วยที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วและเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบแสดงความจำนงเข้าร่วม โครงการวิจัย

โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยมีรายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 3.1





ภาพที่ 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ 1) โครงการอบรม 2 ครั้ง ได้แก่ โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาครั้งที่ 1 เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล และ โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพครั้งที่ 2 เรื่องบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นและ 2) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล (ดังรายละเอียดในภาคผนวก จ)

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และคู่มือวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และ 2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์

2.2 วิธีพัฒนาเครื่องมือ

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เนื้อหาและรูปแบบบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤติที่จำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ศึกษา รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

2. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา โดย

ก. ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ก่อนการดำเนินการพัฒนา จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และคู่มือตรวจจากแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่บันทึก โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 แฟ้ม โดยสุ่มแบบเจาะจงด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้

ก) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยวิกฤติที่รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป

ข) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยดิ่งที่กล่าวมาแล้วในข้อ ก) ย้อนหลัง 5 เดือนตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนเดือนธันวาคม 2553 จากนั้นจึงสุ่มโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (simple random sampling) จำนวน 30 ชุด

ค. สํารวจการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยแจกแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ให้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา

ง. รวบรวมข้อมูลข้อมูลจากข้อ ก และข้อ ข ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหา 3 ประเด็นคือ ด้านวิธีการบันทึก ด้านแบบฟอร์มการบันทึกและด้านคู่มือการบันทึก

ง. ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษา เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มเติมก่อนสรุปประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่รวบรวมได้จากข้อ ค.

จ. อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาครั้งที่ 1 เรื่อง ประเภทของรูปแบบของบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความรู้สำหรับพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

ฉ. พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาเพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลตามประเด็นปัญหาในข้อ ค. ข้อ (3) และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกลุ่มการพยาบาล แล้วร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 1) แบบฟอร์ม 7 แบบ ได้แก่ แบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพระยะแรกเริ่ม แบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพระยะต่อเนื่อง แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน แบบฟอร์มบันทึกการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกการวางแผนจำหน่ายและแบบฟอร์มสรุปจำหน่าย 2) วิธีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และ 3) คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

3. นำร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน นักวิชาการทางการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการในด้านการดูแลทารกวิกฤต 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วยความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีของความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) (วรณ์ดี แสงประทีปทอง 2548) ดังนี้

ให้ + 1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ - 1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

จากนั้นนำผลการพิจารณาลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไป
คำนวณหาค่าดัชนีของความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคำจำกัดความของตัวแปรด้วย
สูตร

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

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่า คำถามข้อนั้นใช้ได้ ถ้า
คำถามข้อใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 แสดงว่าคำถามนั้นวัดไม่ตรงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจะต้องปรับปรุง
และแก้ไขจนข้อความมีคุณภาพตามเกณฑ์

ผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิต่อรูปแบบบันทึก
ทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 7 แบบฟอร์ม และคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังที่
กล่าวมาให้มีการปรับปรุงเนื้อหาและภาษาทั้ง 7 แบบฟอร์ม

2) *แบบทดสอบความรู้* เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลเป็นแบบทดสอบที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรมตาม โครงการอบรมที่กล่าวมา
โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง
2. สร้างแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล โดย
จัดทำเป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ(Multiple choice) 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ
3. หาความตรงทางเนื้อหาโดยนำแบบทดสอบความรู้เรื่อง การบันทึก
ทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวน
ภาษาและเกณฑ์การทดสอบความรู้ พร้อมทั้งความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขโดยใช้เกณฑ์
เช่นเดียวกับข้อ (6) จึงจะถือว่าแบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีความ
ตรงตามเนื้อหา

ผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิของข้อคำถามแต่
ละรายข้อดังนี้

คงคำถามเดิม	6	ข้อ
ปรับปรุงเนื้อหาและภาษา	4	ข้อ
เหลือข้อคำถาม	10	ข้อ

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุดได้แก่

1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกให้ครอบคลุม ซึ่งแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 3 ส่วน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ และคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) ซึ่งมีเนื้อหาที่จะต้องตรวจสอบ แบ่งเป็น 3 ส่วน 58 ข้อย่อยดังนี้

- ก. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 35 ข้อย่อย
- ข. ความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวน 15 ข้อย่อย
- ค. ความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 8 ข้อย่อย

2. ร่างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

ก. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ในส่วนของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความถูกต้องตามหลักการบันทึกมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้คือ

ถ้ามีบันทึก ให้คะแนนเป็น 1

ถ้าไม่มีบันทึก ให้คะแนนเป็น 0

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพบันทึกตามระดับ

ค่าเฉลี่ยของการบันทึกทางการแพทย์ (อารี ชิวเกษมสุข Cheevakasemsook 2005) ดังนี้

0.89 – 1.00 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก

0.76 – 0.88 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดี

0.63 – 0.75 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง

0.50 – 0.62 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำ

ต่ำกว่า 0.50 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำมาก

ข. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ในส่วนของความต่อเนื่องของการบันทึกมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน (อารี ชิวเกษมสุข Cheevakasemsook 2005) ดังนี้

3 คะแนน หมายถึง บันทึกต่อเนื่องครบถ้วน

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

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึก (อารี ชิวเกษมสุข Cheevakasemsook 2005) ดังนี้

2.50 – 3.00	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก
2.00 – 2.49	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดี
1.50 – 1.99	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง
1.00 – 1.49	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำ
ต่ำกว่า 1.00	ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำมาก

3. หากความตรงตามเนื้อหาของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึก

ทางการพยาบาล

ก. นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

พร้อมทั้งคู่มือวิเคราะห์ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา กับ วัตถุประสงค์เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

ผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิของข้อคำถามแต่ละรายข้อดังนี้

แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวนเดิม 34 ข้อ

ที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 คะแนน และบางข้อมีการปรับปรุงแก้ไขหรือเพิ่มเติม ดังนี้

คงคำถามเดิม	10	ข้อ
ปรับปรุงเนื้อหาและภาษา	24	ข้อ
เพิ่มเติมข้อคำถาม	1	ข้อ
เหลือข้อคำถาม	35	ข้อ

แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวนเดิม 16 ข้อย่อย

คงคำถามเดิม	7	ข้อ
ปรับปรุงเนื้อหาและภาษา	7	ข้อ
ตัดข้อคำถาม	1	ข้อ
เหลือข้อคำถาม	15	ข้อ

แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 8 ข้อย่อย
 คงคำถามเดิม 8 ข้อ

ข. นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา

4. หาความเที่ยง(Reliability) ของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการนำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไปให้พยาบาล 2 คนตรวจสอบกับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มเดียวกันจำนวน 10 แพ้ม (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต (Scott 1945 อ้างถึงใน วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ 2540) ดังนี้

$$\pi = \frac{p_0 - p_e}{1 - p_e}$$

p_0 = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของ สัดส่วนของ ความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

p_e = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ ตรวจสอบ ได้สูงสุดกับค่าที่สุ่มรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการ ตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ส่วนของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.95 ความถูกต้องตามหลักการบันทึกเท่ากับ 0.94 และความต่อเนื่องของการบันทึก เท่ากับ 0.89 ตามลำดับ

5. ร่างคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยดัดแปลงจากคู่มือการวิเคราะห์แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)หาความตรงตามเนื้อหาของคู่มือวิเคราะห์แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ก. นำคู่มือวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พร้อมทั้งคู่มือวิเคราะห์ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

ข. นำคู่มือวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา

2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์
ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและปรับปรุง
แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกของ อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)

2. สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบันทึก
ทางการแพทย์ โดยปรับเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยแต่ละข้อ
คำถามมีลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับมีเกณฑ์การให้
คะแนนดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	รับรู้คุณค่าของรูปแบบมากที่สุด (81-100%)
4 คะแนน	หมายถึง	รับรู้คุณค่าของรูปแบบค่ามาก (61-80%)
3 คะแนน	หมายถึง	รับรู้คุณค่าปานกลาง (41-61%)
2 คะแนน	หมายถึง	รับรู้คุณค่าน้อย (21-40%)
1 คะแนน	หมายถึง	รับรู้คุณค่าน้อยที่สุด (1-20%)

การแปลผลคะแนนการรับรู้คุณค่าต่อการบันทึกทางการแพทย์
โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกัน หาค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปลค่าเฉลี่ยโดยให้
ความหมายคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้คุณค่า
4.50-5.0	มากที่สุด
3.50-4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

3. การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของ
การใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์

ก. นำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์
ที่ปรับปรุงขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ รายละเอียดและพัฒนาข้อคำถาม
ก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและสำนวนภาษา
โดยถือเกณฑ์การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว
ในข้อ (3) ของการพัฒนาเครื่องมือ

ผลการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิของข้อคำถาม แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 25 ข้อดังนี้

คงคำถามเดิม	10	ข้อ
ปรับปรุงเนื้อหาและภาษา	15	ข้อ
เหลือข้อคำถาม	25	ข้อ

ข. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อแก้ไขสำนวนภาษาต่อไป

4. หาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกที่ตรงตามเนื้อหาแล้วไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการในหออภิบาลทารกโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 18 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งจะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ 2547) โดยใช้สูตรดังนี้

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

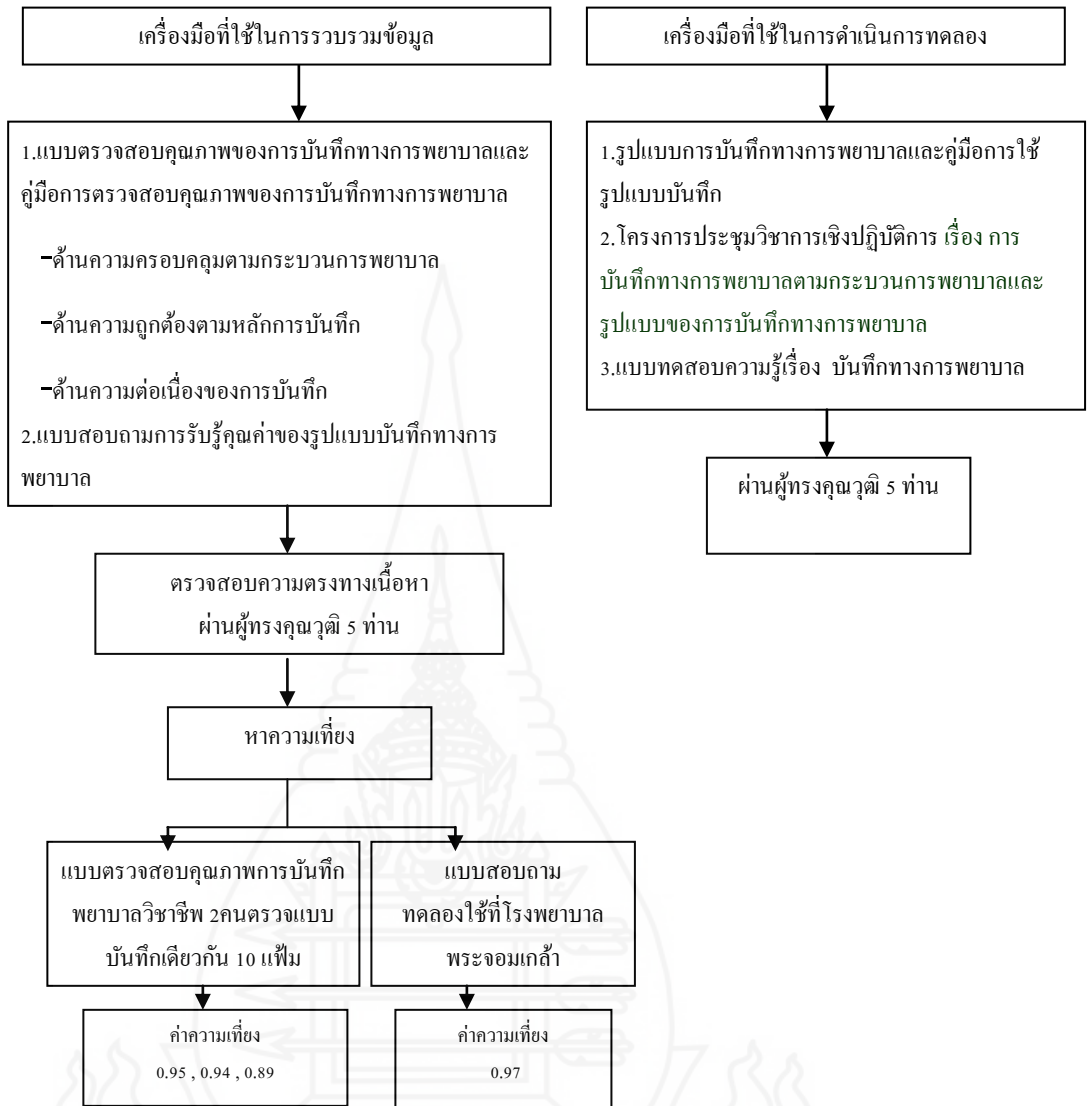
n = จำนวนข้อที่ใช้แบบสอบถาม

s_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดหรือกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.97

โดยสรุปเครื่องมือในการวิจัยมีรายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 3.2



ภาพที่ 3.2 เครื่องมือที่ใช้วิจัย

3. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

3.1 ระยะที่ 1 การเตรียมการพัฒนา

การเตรียมการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ มีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย โดยเสนอรายงานรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการทดลองให้รับทราบ

3.1.2 เรียนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิดให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและรายละเอียดของการพัฒนา

3.1.3 พัฒนาเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล การหาความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือดังที่กล่าวมาแล้วในข้อ (3)

3.1.4 ชี้แจงพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลระดับผู้บริหารทุกคน แพทย์ประจำที่ต้องใช้แฟ้มรายงานประวัติผู้รับบริการให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการพัฒนา บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา

3.1.5 จัดประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งชี้แจงบทบาทของผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา โดยผู้วิจัยคือผู้ประสานงานให้คำปรึกษาในการวิจัยแก่พยาบาลกลุ่มที่ศึกษา และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาคือผู้ร่วมวิจัย มีบทบาทในการร่วมกันพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น

3.2 ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหา

การศึกษาสภาพปัญหาของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีวิธีการดังต่อไปนี้

3.2.1 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการพัฒนา จำนวน 30 แฟ้ม โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.2.2 สัมภาษณ์รับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้อยู่ในปัจจุบันด้วยแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3.2.3 สรุปปัญหาการบันทึกทางการแพทย์และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ จากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

3.2.4 ร่วมประชุมกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา ดำรงปัญหา เกี่ยวกับปัญหาการบันทึกจากข้อ 3.2.3 ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ก่อนการพัฒนา และสรุปประเด็นปัญหาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

3.3 ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์มีวิธีการดังนี้

3.3.1 ทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ก่อนการอบรม โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความรู้ก่อนการอบรม

3.3.2 อบรมพยาบาลวิชาชีพพยาบาลกลุ่มที่ศึกษาครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ตามประเด็นปัญหาที่พบในข้อ 3.1.9 และร่วมกันเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยแบ่งพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่มย่อย ในวันที่ 16 และ 18 มกราคม 2553 ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง ในภาคบ่าย (รายละเอียดดูในภาคผนวก จ)

3.3.3 พัฒนาปรับปรุงและร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนา เพื่อให้มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลและลักษณะปัญหาของผู้ป่วยโดยที่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษามีส่วนร่วมพัฒนาและผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเสนอแนะ

3.3.4 นำกร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหา ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือข้อที่ (3)

3.3.5 อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา ครั้งที่ 2 การบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลและของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ (ภาคผนวก จ) ที่ต่อเนื่องจากการอบรมครั้งที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการบันทึกทางการแพทย์ตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่มย่อย ในวันที่ 20 และ 24 เมษายน 2553 แต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง ในภาคบ่าย (รายละเอียดดูในภาคผนวก จ)

3.3.6 ทดสอบความรู้หลังการอบรม โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80% ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากได้คะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ก็ให้ความรู้ใหม่เป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ พบว่า หลังได้รับการอบรมผู้เข้าอบรมสามารถผ่านเกณฑ์เท่ากับ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100

3.4 ระยะที่ 4 หลังการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่

3.4.1 นำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา ใช้ฝึกบันทึก 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการบันทึกทางการแพทย์ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.4.2 ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษานบันทึกการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 5 เดือน โดยจะบันทึกข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนของการประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินการพยาบาลและการสรุปจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล

3.4.3 ประเมินผลลัพธ์ โดยตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์จากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์จากแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนา รวบรวมข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ดังรายละเอียดที่กล่าวต่อไปในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 2 เดือน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษา ดังนี้

4.1 รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ จำนวน 2 ครั้งคือก่อนและหลังการพัฒนาโดยแต่ละครั้งดำเนินการดังนี้

4.1.1 สุ่มแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลย้อนหลัง 5 เดือน (สิงหาคม-ธันวาคม 2553)ก่อนการทดลอง จำนวน 30 แพ้ม และหลังการทดลอง 5 เดือน (มิถุนายน - ตุลาคม 2554) โดยสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 30 แพ้ม

4.1.2 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์จากแบบบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบ อารี ชิวเกษมสุข(Cheevakasemsook 2005) ตามลำดับดังนี้

อ่านครั้งที่ 1 โดยอ่านบันทึกทั้งฉบับ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อ่านครั้งที่ 2 เป็นการอ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึกตามแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

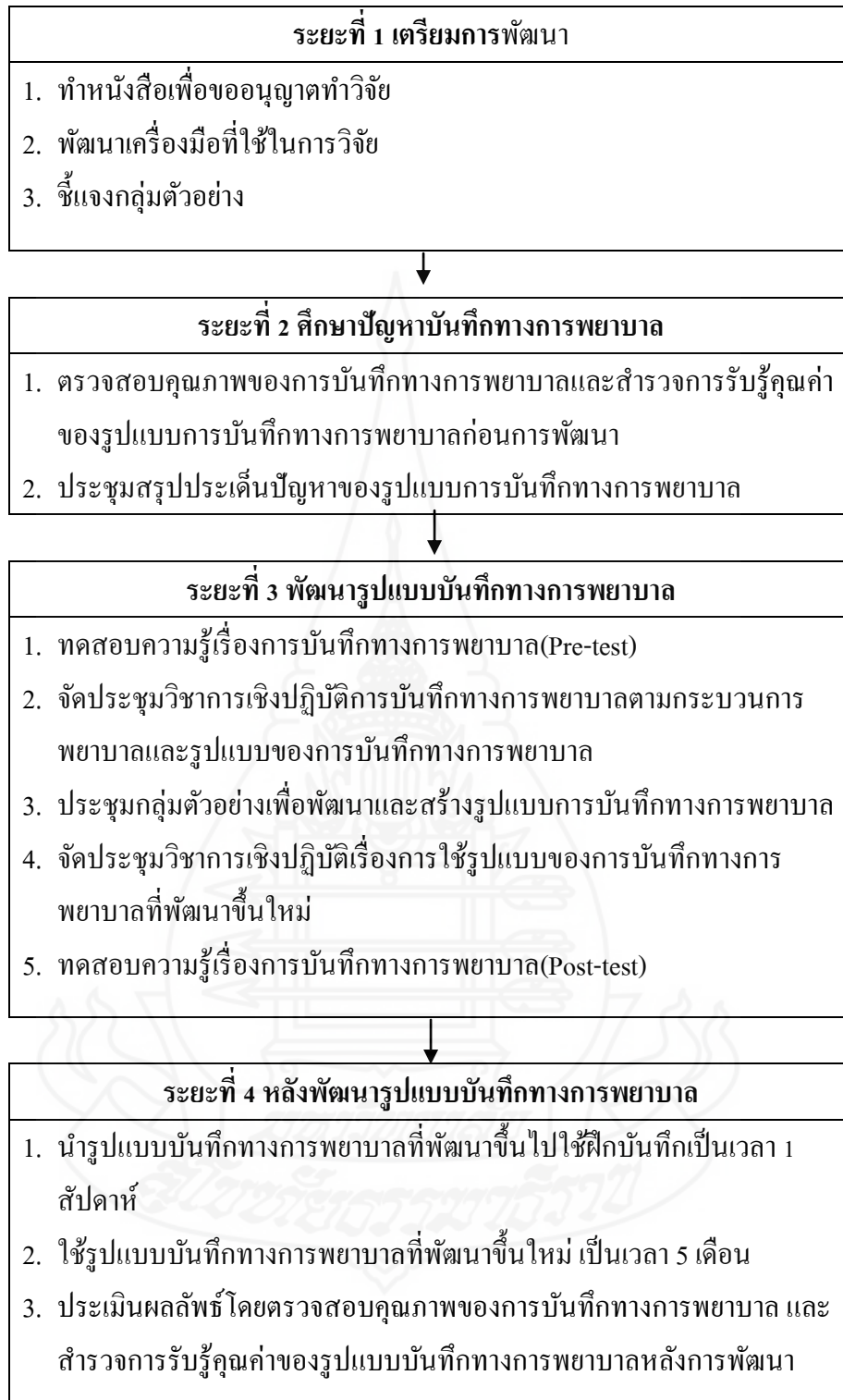
อ่านครั้งที่ 3 เป็นการอ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึกตามแบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

อ่านครั้งที่ 4 เป็นการอ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาการบันทึกตามแบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

4.2 รวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้ต่อคุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยแจกแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการพัฒนาเช่นเดียวกับข้อ 4.1 โดยนั้ได้รับแบบสอบถามคืน 7 วันหลังแจกแบบสอบถาม

นำข้อมูลจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

โดยสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังแสดงในภาพที่ 3.3



ภาพที่ 3.3 ขั้นตอนพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเภทมีรายละเอียดดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ วิเคราะห์สภาพปัญหาบนที่กทางการพยาบาล โดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ได้แก่การจัดประเภทข้อมูล

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

5.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s)

5.2.2 ความรู้เรื่องบันทึกทางการพยาบาล คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบแบบการบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์โดย คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s)

5.2.3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบสมมุติฐาน พบมีการแจกแจงของข้อมูลในประชากร แจกแจงเสรี (Distribution – Free) จึงใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

5.2.4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบสมมุติฐาน พบมีการแจกแจงของข้อมูลในประชากร แจกแจงปกติ (Normal Distribution) จึงใช้สถิติทดสอบที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test หรือ Paired t- test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร และเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิมในด้านคุณภาพของการบันทึก และการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึก ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2554-ตุลาคม 2554 รวมระยะเวลา 10 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ตอนที่ 3 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล
สมุทรสาคร

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิมในด้านคุณภาพของการบันทึกและด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครพยาบาล จำนวน 15 คน และแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ก่อนพัฒนา 30 แพ้ม และหลังพัฒนา 30 แพ้ม โดยแบบบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวเป็นของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป โดยไม่มีการโยกย้ายระหว่างแผนก

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=30)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	5	33.3
30-39	7	46.7
40-49	3	20.0
รวม	15	100.0
อายุเฉลี่ย 32.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.19 ปี	อายุต่ำสุด 23 ปี	อายุสูงสุด 45 ปี
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี	14	93.3
ปริญญาโท	1	6.7
รวม	15	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ปี)		
1-5	4	26.7
6-10	3	20.0
11-15	3	20.0
16-20	3	20.0
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	2	13.3
รวม	15	100.0
ประสบการณ์เฉลี่ย 11.53 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.74 ปี ค่าต่ำสุด 2 ปี ค่าสูงสุด 22 ปี		
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหออภิบาลทารกแรกเกิด (ปี)		
1-5	4	26.7
6-10	4	26.7
11-15	2	13.3
16 - 20	3	20.0
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	2	13.3
รวม	15	100.0
ประสบการณ์เฉลี่ย 11.07 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.04 ปี ค่าต่ำสุด 2 ปี ค่าสูงสุด 25 ปี		
การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล		
เคย	11	73.3
ไม่เคย	4	26.7
รวม	15	100.0
การอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล		
เคย	11	73.3
ไม่เคย	4	26.7
รวม	15	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.6 ปี มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.3) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของการเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย 11.53 ปี มีประสบการณ์ระหว่าง 1– 5 ปีมากที่สุด และ(6-10 ปี) เท่ากัน (ร้อยละ 26.7) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีระยะเวลาเฉลี่ย 11.1 ปี มีประสบการณ์ในช่วง 1-5 และ 6-10 ปีมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางพยาบาล (ร้อยละ 73.3) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (ร้อยละ 73.3)



ตอนที่ 2 สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของหอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของหอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่รวบรวมจากตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และการประชุมกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีสภาพปัญหาดังแสดงในตารางที่ 4.2 และแนวทางการพัฒนาตามสภาพปัญหาปัญหาดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 สภาพปัญหารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของหอภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำแนกตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

สภาพปัญหารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์		
ผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์	ผลการสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์	ผลการประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง
1. การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพมีระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.47$)	1. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกในด้านการประเมินภาวะสุขภาพมีระดับน้อย ($\bar{x} = 2.64$)	1.1 แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม 1.2 แบบประเมินการบันทึกประเมินต่อเนื่องมีข้อมูลการประเมินสุขภาพไม่เพียงพอที่จะนำไปวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต 1.3 การประเมินภาวะสุขภาพมีหลายแบบฟอร์ม ทำให้มีการบันทึกซ้ำซ้อน ใช้เวลานานที่มาก และได้ข้อมูลคลาดเคลื่อน 1.4 ไม่มีกรบันทึกการประเมินสภาพ ด้านจิตใจสังคม หรือ จิตวิญญาณของบิดามารดา 1.5 ไม่มีกรบันทึกการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดา/ญาติเพื่อวางแผนการจำหน่าย

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

สภาพปัญหาารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล		
ผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ผลการสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ผลการประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง
2. การบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาลมีระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.11$)	2. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกในการวินิจฉัยการพยาบาลมีระดับน้อย ($\bar{x} = 2.32$)	2. ไม่มีแบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ทำให้เขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลยาก ทำให้บันทึกไม่ถูกต้อง การระบุปัญหา/วินิจฉัยปัญหาไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ไม่ได้นำข้อมูลที่รวบรวมหรือประเมินไว้มาใช้ประโยชน์ในการประกอบการวินิจฉัยการพยาบาล
3. การบันทึกการวางแผนการพยาบาลมีระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.03$)	3. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกในการวางแผนการพยาบาลมีระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.74$)	3.1 ไม่มีแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล 3.2 การบันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง ไม่ระบุการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและครอบครัว 3.3 การบันทึกไม่ครบถ้วนตามปัญหาของผู้ป่วย 3.4 ขาดการตรวจสอบว่าข้อวินิจฉัยที่กำหนดไว้จะได้รับการแก้ไขหมดเมื่อไหร่
4. การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลมีระดับปานกลาง ($\bar{x} = 0.17$)	4. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกในการปฏิบัติการพยาบาลมีระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.73$)	4.1 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยาย ใช้เวลานับบันทึกมาก 4.2 การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลไม่สัมพันธ์กับการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วย บันทึกเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นงานประจำด้วยความซ้ำๆ ในแต่ละเวร 4.3 การบันทึกน้อยกว่าที่ปฏิบัติจริง

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

สภาพปัญหารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล		
ผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ผลการสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ผลการประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง
		ทำให้มองไม่เห็นภาระงาน ไม่สามารถสรุปได้ว่าได้ทำอะไรกับผู้ป่วย
5. การบันทึกการประเมินผลการพยาบาลมีระดับต่ำมาก($\bar{x} = 0.46$)	5. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกในการประเมินผลการพยาบาลมีระดับน้อย($\bar{x} = 2.47$)	5. การบันทึกประเมินผลการพยาบาลไม่สัมพันธ์กับปัญหาและบางปัญหาไม่ได้รับการประเมิน
6. การบันทึกการสรุปการจำหน่ายมีระดับต่ำมาก($\bar{x} = 0.45$)	6. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกในการสรุปการจำหน่ายระดับมีน้อย($\bar{x} = 2.47$)	6.1 แบบบันทึกการสรุปจำหน่ายไม่ครอบคลุมปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ไม่ระบุนการณ์มีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลไม่ชัดเจน 6.2 การบันทึกมีความซ้ำซ้อน ทำให้ใช้เวลานานเกินไป
7. การบันทึกถูกต้องตามหลักการบันทึกมีระดับต่ำมาก $\bar{x} = 0.39$		7. การแก้ไขข้อความด้วยการลบ โดยใช้น้ำยาลบคำผิดหรือยางลบลายมืออ่านยาก บางครั้งใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล บันทึกไว้ล่วงหน้า
8. การบันทึกอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลมีระดับต่ำมาก $\bar{x} = 1.22$		

จากตารางที่ 4.2 จะเห็นว่า ประเด็นปัญหาของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีทั้งหมด 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านวิธีการบันทึก คือ บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม และไม่ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล 2) ด้านแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ แบบบันทึกส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยาย ไม่ครอบคลุมกับกระบวนการพยาบาล และไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างองค์รวม และ 3) ด้านคู่มือ ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกและแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ตารางที่ 4.3 แนวทางการพัฒนาตามสภาพปัญหาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของหอ
อภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

สภาพปัญหาของรูปแบบการบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบันทึกใหม่
1. วิธีการบันทึก	1 มีแนวทางการบันทึกในแบบบันทึก
ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม การพยาบาลแบบองค์รวม และไม่ ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล	2 ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์ รวมในแบบบันทึก และ พัฒนาวิธีการบันทึกตาม กระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกตั้งแต่การประเมิน ภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจนถึงการ ประเมินผลการพยาบาลทุกเวรทุกวันอย่างต่อเนื่อง
2. แบบบันทึกทางการพยาบาล	
2.1 แบบบันทึกโดยภาพรวม ส่วนใหญ่ เป็นเชิงบรรยายมีบันทึกเฉพาะกิจกรรม การพยาบาลที่เป็นงานประจำไม่ครอบคลุม क्रमกระบวนการพยาบาลและการ พยาบาลแบบองค์รวม	พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบบันทึก แบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับ รูปแบบบันทึกแบบ โฟกัส (Focus Charting) ซึ่งเป็นการ บันทึกที่มีการระบุแนวทางและมาตรฐานการดูแลใน แบบฟอร์ม ใช้เครื่องหมายสัญลักษณ์แทนการบันทึก รายละเอียด โดยครอบคลุมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการ พยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม
2.2 แบบบันทึกย่อย	
2.2.1 แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ บันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมความ ต้องการแบบองค์รวม มีหลาย แบบฟอร์ม ทำให้มีการบันทึกซ้ำซ้อน	2.2.1 พัฒนาแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ โดยใช้กรอบ แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พัฒนาให้ ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมพัฒนาเป็นแบบ บันทึกเชิงโครงสร้างโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ ที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

สภาพปัญหาของรูปแบบการบันทึกเดิม	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบันทึกใหม่
2.2.2 แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่องมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะนำไปวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ	2.2.2 แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง พัฒนาเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง สำหรับประเมินผู้ป่วยภายหลังให้การพยาบาลแรกรับ จนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลบันทึกโดยใช้สัญลักษณ์ เมื่อประเมินอาการแล้วพบสิ่งผิดปกติหรือมีการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินครั้งที่แล้ว ใช้เครื่องหมาย * เมื่อพบสิ่งผิดปกติ
2.2.4 แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย มีแต่การวางแผนดูแลทารกน้ำหนักตัวน้อยไม่ระบุงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและครอบครัวในการวางแผนการดูแลไม่ชัดเจน	2.2.3 แบบบันทึกแผนการพยาบาล พัฒนาเป็นแบบบันทึกมาตรฐานและครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม สำหรับใช้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลและแผนการพยาบาล บันทึกโดยมีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้และช่องว่างสำหรับเติมข้อความเพียงบางส่วนในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และวันที่สิ้นสุดปัญหา
2.2.5 แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างร่วมกับเชิงบรรยาย ขาดข้อมูลที่สำคัญ	2.2.4 แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย พัฒนาเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมข้อมูล 6 เรื่อง ได้แก่ 1) ยา(Medication) 2) อาหาร (Diet) 3) สุขภาพ(Health) 4) การรักษา (Treatment) 5) เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Economic/Environment) 6) การมาตรวจตามนัด (Out patient referral)
3. คู่มือการใช้รูปแบบบันทึก	2.2.5 แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย พัฒนาเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างซึ่งมีข้อมูลสำคัญตามหลักของการบันทึกการสรุปจำหน่าย
ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางและตัวอย่างการบันทึก	จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลโดยมีแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน และมีตัวอย่างประกอบ เพื่อให้การบันทึกเป็นไปอย่างถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล

จากตารางที่ 4.3 จะเห็นว่า แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ในด้าน 1)วิธีการบันทึกได้แก่ มีแนวทางในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting) 2)แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพัฒนาเป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้าง มีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม มีแนวทางและมาตรฐานการดูแล และ3)คู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จัดทำคู่มือและแนวทางการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล



ตอนที่ 3 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

จากประเด็นปัญหาของรูปแบบการบันทึกเดิม พยาบาลและผู้วิจัยได้ร่วมกันกำหนดลักษณะรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอภิบาลทารกแรกเกิดใหม่ตามปัญหาที่พบดังกล่าวมา โดยมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม ดังรายละเอียดแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบลักษณะของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

ประเภทของ แบบบันทึก จำแนกตาม กระบวนการ พยาบาล	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
1. แบบประเมิน ภาวะสุขภาพ (การประเมิน ภาวะสุขภาพ)	1. แบบประเมิน ผู้ป่วยแรกรับเป็น แบบประเมินผู้ป่วยที่ มีโครงสร้าง	1. เติมข้อความลงใน ช่องว่างและใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่อง ()	1. แบบประเมิน ผู้ป่วยแรกรับมี โครงสร้างตามกรอบ แนวคิดแบบแผน	1. เติมข้อความลงใน ช่องว่างและใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่อง ()
ข้อมูลการประเมินไม่ เพียงพอ	ข้อมูลการประเมินไม่ เพียงพอ		สุขภาพของกอร์ดอน - ข้อมูลการประเมิน เป็นการประเมิน ภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป ข้อมูล การเจ็บป่วย ข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย	
	2. แบบบันทึกการ ประเมินต่อเนื่องเป็น แบบประเมินผู้ป่วยที่ มีโครงสร้างแต่มีการ บันทึกข้อมูลการ ประเมินไม่ครบถ้วน	2. เติมข้อความลงใน ช่องว่าง	2. แบบบันทึกการ ประเมินต่อเนื่อง ครอบคลุมระบบ/ หัวข้อสำคัญที่ต้อง ประเมิน	2. บันทึกโดยใช้ อักษรย่อ ในรายการ ที่กำหนดไว้และเติม เครื่องหมาย * เมื่อ ประเมินอาการแล้ว พบสิ่ง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ประเภทของ แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
จำนวนการ พยาบาล				ผิดปกติหรือมีการ เปลี่ยนแปลงจาก การ ประเมินครั้งที่แล้ว
2. แบบบันทึก ข้อวินิจฉัยและ แผนการ พยาบาล	ไม่มีข้อวินิจฉัยการ พยาบาลและแผนการ พยาบาลที่เป็น มาตรฐาน		- เป็นแบบบันทึกเชิง โครงสร้างและจัดทำ เป็นข้อวินิจฉัยและ แผนการพยาบาลที่ เป็นมาตรฐานและ เป็นข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลพบ บ่อยในผู้ป่วยทารก วิกฤติ	- ใช้เครื่องหมาย ✓ เกี่ยวกับการวินิจฉัย ทางการพยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาล ในแผนการพยาบาล ที่ใช้กับผู้ป่วยรายนั้น - เขียนบรรยาย เพิ่มเติมในช่องว่าง
3. แบบบันทึก กิจกรรมการ พยาบาล ประจำวัน	- ไม่มีแบบบันทึก เฉพาะ	- เขียนในแบบบันทึก การพยาบาล	- เป็นแบบบันทึกที่มี ข้อมูลของกิจกรรม การพยาบาลที่ทำเป็น ประจำและที่ปฏิบัติ ซ้ำ ๆ เป็นแบบ Checklist form	- ใช้เครื่องหมาย ✓ ในรายการที่กำหนด ไว้และเติม เครื่องหมาย * เมื่อ พบสิ่งผิดปกติ
4. แบบบันทึก การพยาบาล (การปฏิบัติการ พยาบาล	- เป็นแบบบันทึกการ พยาบาลที่มีการเขียน บรรยายในหัวข้อที่ กำหนดไว้ได้แก่ เวลา วันที่ เดือน ปี ปัญหาและสภาพของ	- เขียนบรรยายตาม ช่องต่าง ๆ ที่กำหนด ไว้	- เป็นแบบเขียน บรรยายเกี่ยวกับ ความก้าวหน้า ทางการพยาบาลใน หัวข้อที่กำหนดไว้ ได้แก่ วัน เดือน ปี	- เขียนบรรยายใน แบบบันทึกตาม กระบวนการพยาบาล ในรูปแบบของ DAR(data-action - response) เฉพาะ

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ประเภทของ แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
จำนวนการ พยาบาล	ผู้ป่วย กิจกรรมการ พยาบาล การ ประเมินผลและชื่อผู้ ประเมิน/ตำแหน่ง		เวลา ลำดับข้อ วินิจฉัยทางการ พยาบาล ข้อมูล อาการ/อาการแสดง และกิจกรรมการ พยาบาล เวลา/ ประเมินผล ลงนาม	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาลที่ระบุใน แผนการพยาบาล
5. แบบบันทึก การวางแผน จำหน่าย (การวางแผน จำหน่าย)	เป็นแบบบันทึกที่มี โครงสร้างที่มีข้อมูล ไม่ครอบคลุมปัญหา ที่ต้องการดูแล ต่อเนื่องหลังจำหน่าย มีแต่การวางแผนดูแล ทารกน้ำหนักตัวน้อย เท่านั้น ไม่ระบุการมี ส่วนร่วมของบิดา มารดาและครอบครัว ในการวางแผนการ ดูแล	บันทึกโดยใช้ เครื่องหมาย ✓ ใน ()	เป็นแบบบันทึกที่มี โครงสร้างและจัดทำ เป็นแผนการจำหน่าย แบบมาตรฐาน	ใช้เครื่องหมาย ✓ ใน () - เขียนบรรยาย เพิ่มเติมใน ช่องว่างตามหัวข้อที่ กำหนด - วางแผนจำหน่ายใน เวรเช้า ภายหลังรับ เวร 24 ชั่วโมงหรือ อาจทำก่อนเวลาที่ กำหนดตามความ เหมาะสม
6. แบบบันทึก การสรุป จำหน่าย (การสรุปการ จำหน่าย)	- เป็นแบบบันทึกที่มี โครงสร้างร่วมกับ เชิงบรรยาย ขาด ข้อมูลเรื่องการรักษา การทำหัตถการที่	- เป็นการบรรยาย ข้อความลงใน ช่องว่าง ที่กำหนด และใช้เครื่องหมาย ✓ ใน ()	- เป็นแบบบันทึกที่มี โครงสร้างแต่จัด หมวดหมู่ของ ข้อความที่ต้องบันทึก ให้เป็นระบบ เช่น สภาพผู้ป่วย	ใช้เครื่องหมาย ✓ ใน () เหมือนรูปแบบเดิม แต่บันทึกตาม เนื้อหาที่จัดทำให้ ครอบคลุมมากขึ้น

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ประเภทของ แบบบันทึก	รูปแบบการบันทึกเดิม		รูปแบบการบันทึกใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
จำแนกตาม กระบวนการ พยาบาล	สำคัญ คำแนะนำ		ก่อนจำหน่าย ปัญหา ที่ต้องการดูแล ต่อเนื่อง - เพิ่มรายละเอียดของ การให้คำแนะนำ ก่อนกลับบ้าน การ นัดพบแพทย์ครั้ง ต่อไปและการติดต่อ หากสงสัยหรือมีการ ผิดปกติ	ตามหลักของการ บันทึกสรุปจำหน่าย

จากตารางที่ 4.4 พบว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครส่วนใหญ่มีวิธีการบันทึกและแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่มีโครงสร้างไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ขาดแบบบันทึกที่เื้อต่อกิจกรรมการประเมินต่อเนื่อง และขาดการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลแบบองค์รวม วิธีการบันทึกส่วนใหญ่เป็นแบบบรรยาย ส่วนระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง มีแนวทางการบันทึกและทำเป็นมาตรฐานตามกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเฉพาะแบบบันทึกการประเมินต่อเนื่องตามระบบอย่างครอบคลุมร่างกายและจิตใจโดยใช้สัญลักษณ์ในรายการที่กำหนดไว้และเดิมเครื่องหมาย * เมื่อประเมินอาการแล้วพบสิ่งผิดปกติ มีแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำเป็นมาตรฐานที่เื้อต่อ การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ และเขียนบรรยายเพิ่มเติมเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยให้บันทึกได้เร็วและต่อเนื่อง รวมทั้งมีคู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการบันทึก

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนา สามารถสรุปเป็นภาพได้ดังต่อไปนี้ตามแผนภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนา

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น กับรูปแบบเดิม

การเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิมจะนำเสนอข้อมูลตามลำดับดังนี้

4.1 ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ จากผลการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพของการบันทึก ทางการแพทย์	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
- ด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล	0.37	0.11	ต่ำมาก	0.96	0.05	ดีมาก
- ด้านความถูกต้องตาม หลักการบันทึก	0.39	0.12	ต่ำมาก	0.84	0.085	ดี
- ด้านความต่อเนื่องของ การบันทึก	1.22	0.35	ต่ำ	2.61	0.24	ดีมาก

ตารางที่ 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำมาก ต่ำมาก และต่ำ ($\bar{x} = 0.37, 0.39$ และ 1.22) ตามลำดับ แต่หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ดี และดีมาก ($\bar{x} = 0.96, 0.84$ และ 2.61) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	0.47	0.14	ต่ำมาก	0.93	0.09	ดีมาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	0.11	0.22	ต่ำมาก	0.99	0.06	ดีมาก ^b
3. การวางแผนการพยาบาล	0.03	0.09	ต่ำมาก	0.96	0.08	ดีมาก ^a
4. การปฏิบัติการพยาบาล	0.71	0.24	ปานกลาง	0.98	0.08	ดีมาก ^c
5. การประเมินผลการพยาบาล	0.46	0.25	ต่ำมาก	0.94	0.17	ดีมาก
6. การสรุปการจำหน่าย	0.45	0.27	ต่ำมาก	0.97	0.07	ดีมาก
รวม	0.37	0.11	ต่ำมาก	0.96	0.05	ดีมาก

a ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามากที่สุด

b ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามาตรองลงมา

c ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาน้อยที่สุด

ตารางที่ 4.6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.37$) แต่หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 0.96$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการวางแผนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามากที่สุด (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.03$ หลังการพัฒนา $\bar{x} = 0.96$) ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามาตรองลงมา (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.11$ หลังการพัฒนา $\bar{x} = 0.99$) และด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาน้อยที่สุด (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.71$ หลังการพัฒนา $\bar{x} = 0.98$)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนา
จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ความถูกต้องตามหลักการบันทึก (รายการ)	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
1. บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ	0.07	0.25	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^b
2. บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล	0.00	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^a
3. บันทึกการวางแผนการพยาบาล	0.00	0.00	ต่ำมาก	1.00	0.00	ดีมาก ^a
4. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล	0.03	0.18	ต่ำมาก	0.57	0.50	ต่ำ
5. บันทึกวันและเวลา	0.40	0.50	ต่ำมาก	0.93	0.25	ดีมาก
6. บันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลัง การพยาบาล	0.10	0.30	ต่ำมาก	0.67	0.48	ปานกลาง
7. บันทึกสภาพโดยไม่แปลความหมาย	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
8. บันทึกอ่านออกทุกข้อความ	0.27	0.45	ต่ำมาก	0.60	0.50	ต่ำ ^c
9. บันทึกด้วยข้อความสั้น กระชับรัด	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
10. ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล	0.40	0.50	ต่ำมาก	0.73	0.45	ปานกลาง
11. ลงชื่อตำแหน่งผู้บันทึก	0.93	0.25	ดีมาก	0.97	0.18	ดีมาก
12. บันทึกนุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัว	0.43	0.50	ต่ำมาก	0.77	0.43	ดี
13. สืบปากตามที่หน่วยงานกำหนด	1.00	0.00	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
14. ชัดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด	0.23	0.43	ต่ำมาก	0.67	0.48	ปานกลาง
15. บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด	0.00	0.00	ต่ำมาก	0.67	0.48	ปานกลาง
รวม	0.39	0.12	ต่ำมาก	0.84	0.09	ดี

a ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด

b ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา

c ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.39$) แต่หลังการพัฒนาที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 0.84$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล และบันทึกการวางแผนการพยาบาล (ก่อนพัฒนา $\bar{x} = 0.00$ หลังการพัฒนา $\bar{x} = 1.00$ เท่ากัน) รองลงมาคือ บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.07$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 1.00$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับดีมากเท่ากันทั้งก่อนและหลังการพัฒนา คือ 1) บันทึกสภาพโดยไม่แปลความหมาย 2) ลงชื่อตำแหน่งผู้บันทึก 3) บันทึกด้วยข้อความสั้น กระชับ 4) บันทึกด้วยสีปากกาตามที่หน่วยงานกำหนด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด คือ บันทึกอ่านออกทุกข้อความ (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.27$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 0.60$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังพัฒนาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางมี 6 ข้อ ได้แก่ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล $\bar{x} = 0.57$ บันทึกอ่านออกทุกข้อความ $\bar{x} = 0.60$ บันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาล $\bar{x} = 0.67$ ไขคำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล $\bar{x} = 0.73$ ชิดเส้นตรงกับข้อความที่เขียนผิด $\bar{x} = 0.67$ บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด $\bar{x} = 0.67$



ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก (รายการ)	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	2.30	0.53	ดี	2.82	0.31	ดีมาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	0.02	0.09	ต่ำมาก	2.00	0.00	ดี ^a
3. การวางแผนการพยาบาล	0.00	0.00	ต่ำมาก	2.68	0.44	ดีมาก ^b
4. การปฏิบัติการพยาบาล	1.33	0.80	ต่ำ	2.47	0.63	ดี
5. การประเมินผลการพยาบาล	2.47	1.01	ดี	2.70	0.34	ดีมาก ^c
รวมทั้งหมด	1.22	0.35	ต่ำ	2.61	0.24	ดีมาก

a ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด

b ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา

c ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่อง โดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.22$) แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 2.61$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึก ด้านการวางแผนการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.00$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 2.73$) และรองลงมาคือ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.02$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 2.00$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการ พัฒนาน้อยที่สุดคือด้านการประเมินผลการพยาบาล(ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 2.47$ และหลังการ พัฒนา $\bar{x} = 2.74$)

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพของการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		สถิติทดสอบ Mann- Whitney U test	p-value
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
- ด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล	0.37	0.11	0.96	0.05	0.00	<0.001**
- ด้านความถูกต้องตาม หลักการบันทึก	0.39	0.12	0.84	0.09	0.00	<0.001**
- ด้านความต่อเนื่องของ การบันทึก	1.22	0.35	2.61	0.24	0.00	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกด้านหลังการพัฒนาใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

4.2 ด้านการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากผลการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พอจะสรุปผลการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	2.64	0.29	น้อย	4.16	0.49	มาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	2.32	0.44	น้อย	4.28	0.41	มาก ^a
3. การวางแผนการพยาบาล	2.74	0.19	ปานกลาง	4.41	0.42	มาก
4. การปฏิบัติการพยาบาล	2.73	0.34	ปานกลาง	4.33	0.53	มาก ^c
5. การประเมินผลการพยาบาล	2.47	0.33	น้อย	4.38	0.43	มาก
6. การสรุปการจำหน่าย	2.48	0.41	น้อย	4.43	0.43	มาก ^b
รวม	2.57	0.23	ปานกลาง	4.34	0.36	มาก

a ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด

b ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา

c ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.57$) แต่หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือด้านการวินิจฉัยการพยาบาล (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 2.32$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 4.28$) และรองลงมาคือ ด้านการสรุปจำหน่าย (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 2.48$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 4.43$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 2.73$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 4.33$)

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึก
ทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายชื่อ และโดยรวม

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
1. แบบบันทึกช่วยให้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ในระยะแรกได้รับได้ครบถ้วน	2.67	0.49	ปานกลาง	4.13	0.64	มากที่สุด
2. แบบบันทึกช่วยให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความ เสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจน	2.33	0.49	น้อย	4.07	0.59	มาก
3. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการ ประเมินผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	2.93	0.26	ปานกลาง	4.13	0.74	มาก
4. แบบบันทึกช่วยให้มองเห็นปัญหาเร่งด่วน ก่อนหลังของผู้ป่วยได้ชัดเจน	2.80	0.41	ปานกลาง	4.07	0.59	มาก
5. แบบบันทึกช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย	1.80	0.77	น้อย	4.40	0.51	มาก ^a
6. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล แรกเริ่มผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	2.00	1.00	น้อย	4.40	0.51	มาก ^b
7. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วยที่พบได้สะดวก รวดเร็ว	2.67	0.49	ปานกลาง	4.27	0.46	มาก
8. แบบบันทึกช่วยให้เห็นแนวทางการวางแผนการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยได้สะดวก รวดเร็ว	2.73	0.46	ปานกลาง	4.40	0.51	มาก
9. แบบบันทึกช่วยให้เห็นแนวทางการวางแผนการ พยาบาลของปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย ได้สะดวก รวดเร็ว	3.40	0.83	ปานกลาง	4.47	0.52	มากที่สุด
10. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครบถ้วน	2.73	0.46	ปานกลาง	4.53	0.52	มากที่สุด
11. แบบบันทึกช่วยให้สามารถบันทึกแผนการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว	2.93	0.26	ปานกลาง	4.27	0.59	มาก
12. แบบบันทึกช่วยให้สามารถบันทึกแผนการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย	2.13	0.52	น้อย	4.40	0.51	มาก ^a

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
	13. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกแนวทางการประเมินผลการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยสรุปว่าปัญหาได้รับการแก้ไข ปัญหายังคงอยู่ หรือปัญหาเปลี่ยนแปลง ได้สะดวก รวดเร็ว	2.53	0.83	ปานกลาง	4.40	0.51
14. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ได้สอดคล้องกับแผนการพยาบาล	2.93	0.26	มาก	4.33	0.62	มาก
15. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกการปฏิบัติการกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ ได้ครบถ้วน	2.47	0.52	น้อย	4.40	0.63	มาก
16. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกการปฏิบัติการกรรมการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว	2.80	0.68	ปานกลาง	4.27	0.70	มาก
17. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ได้ชัดเจนและสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล	3.00	0.00	ปานกลาง	4.27	0.59	มาก ^c
18. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ครบถ้วนทุกข้อ	2.60	0.51	ปานกลาง	4.53	0.52	มากที่สุด
19. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้สะดวก รวดเร็ว	2.60	0.51	ปานกลาง	4.47	0.64	มาก
20. แบบบันทึกช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ	1.67	0.82	น้อย	4.27	0.59	มาก ^a
21. แบบบันทึกช่วยให้มีแนวทางบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ครบถ้วน	2.40	0.51	น้อย	4.53	0.52	มากที่สุด
22. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	2.73	0.46	ปานกลาง	4.33	0.62	มาก
23. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	2.60	0.51	ปานกลาง	4.33	0.62	มาก

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	s	ระดับ	\bar{x}	s	ระดับ
24. แบบบันทึกช่วยให้เห็นแนวทางการเตรียม ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ	2.33	0.62	น้อย	4.40	0.51	มาก
25. แบบบันทึกช่วยให้บันทึกสรุปลำเนา ผู้ใช้บริการได้ครบถ้วน	2.33	0.62	น้อย	4.53	0.52	มากที่สุด
รวมทั้งหมด	2.57	0.23	ปานกลาง	4.34	0.36	มาก

- a ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด
 b ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนารองลงมา
 c ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาน้อยที่สุด

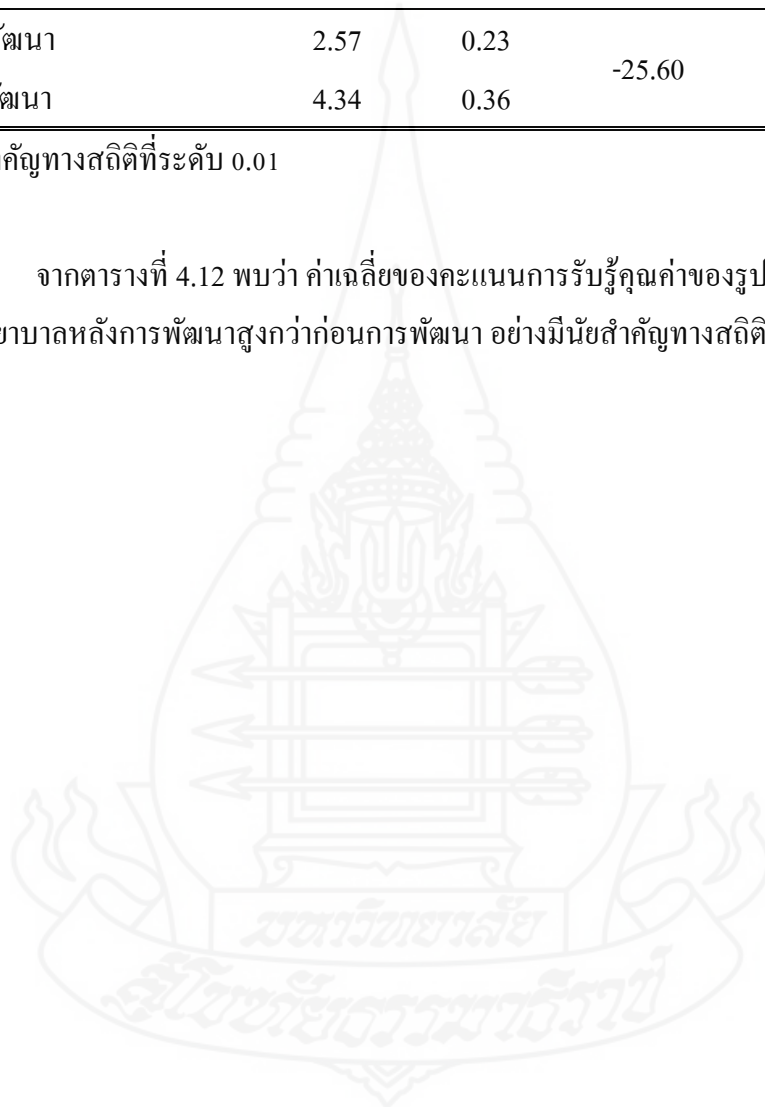
จากตารางที่ 4.11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึก
 ทางการพยาบาล โดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.57$) แต่หลังการพัฒนามี
 ค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มี
 ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ แบบบันทึกช่วยให้เห็น
 ปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย และแบบบันทึกช่วยให้ข้อมูล
 ที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 1.80, 1.67$ ตามลำดับ และ
 หลังการพัฒนา $\bar{x} = 4.40, 4.27$ ตามลำดับ) และรองลงมาคือ แบบบันทึกช่วยให้สามารถบันทึก
 แผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการ
 ประเมินผู้ป่วย (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 2.00$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 4.40$)

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการ บันทึกทางการแพทย์พยาบาล	\bar{x}	s	Paired t-test	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	2.57	0.23	-25.60	14	<0.001**
หลังการพัฒนา	4.34	0.36			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในหออภิบาลทารกแรกเกิด วิเคราะห์ปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์และพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด และเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพของการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา การวิจัยครั้งนี้มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

1.1.2 พัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

1.1.3 เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิมในด้านคุณภาพของการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครพยาบาล จำนวน 17 คน และแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครที่กล่าวมาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลสมุทรสาครพยาบาล จำนวน 15 คน

(2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่กล่าวมาในข้อ (1) ก่อนและหลังการทดลอง จำนวนอย่างละ 30 แฟ้ม โดยแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังกล่าวเป็นแบบบันทึกของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ระยะเวลาอนตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านโดยไม่มีโยกย้าย ระหว่างแผนกภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนา มี 3 ประเภท ได้แก่

(1) รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยทารกที่มีภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งประกอบด้วย วิธีการบันทึก แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือการใช้รูปแบบบันทึก

(2) โครงการอบรม ได้แก่ โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(3) แบบทดสอบความรู้เรื่องบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นข้อสอบชนิด เลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือ วิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ประเมินตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ การวินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล และการสรุปจำหน่าย จำนวนข้อคำถาม 34 ข้อย่อย ส่วนที่ 2 ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อย่อย และส่วนที่ 3 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อย่อย พร้อมคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงทางเนื้อหา (content validity) ได้นำร่างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบทดสอบความรู้ และ

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา
 วิทยานิพนธ์ตรวจสอบ ความครอบคลุม ส่วนวนภาษา และแก้ไขขั้นต้น จากนั้นนำไปให้
 ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำแบบตรวจสอบ
 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปทดลองใช้ (Try out) โดยให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2
 คน ตรวจสอบกับเวชระเบียน จำนวน 10 แฟ้ม (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์
 หาความความเที่ยง โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต (Scott 1945 อ้างถึงใน วิ
 ลาวรรณ พันธุ์พุกภัย 2540) ได้ค่าความเที่ยงความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเท่ากับ
 0.95 ความถูกต้องตามหลักการบันทึกเท่ากับ 0.95 และความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.891
 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนำไป
 ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
 จำนวน 18 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความความเที่ยง โดยใช้ค่า
 สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของ
 แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.97

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการ
 พัฒนาโดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตรวจสอบคุณภาพของการ
 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากแบบบันทึกในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวใน หออภิบาล
 ทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ก่อนและหลังการพัฒนา จำนวนอย่างละ 30 แฟ้ม โดยสุ่ม
 ตัวอย่างอย่างเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) การรับรู้คุณค่าต่อรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการ
 พัฒนา โดยแจกแบบสอบถามให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถาม

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการแพทย์
 พยาบาล โดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจัดประเภทข้อมูล

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
 วิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบน
 มาตรฐาน (s) ความรู้เรื่องบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการ
 รับรู้คุณค่าของรูปแบบแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วิเคราะห์โดย คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
 (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพของการบันทึก

ทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติทดสอบ Paired t- test)

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 15 คน มีอายุเฉลี่ย 32.6 ปี มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.3) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของการเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย 11.53 ปี มีประสบการณ์ระหว่าง 1– 5 ปีมากที่สุด และ(6-10 ปี) เท่ากัน (ร้อยละ 26.7) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีระยะเวลาเฉลี่ย 11.1 ปี มีประสบการณ์ในช่วง 1-5 ปี และ 6-10 ปีมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล (ร้อยละ 73.3) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (ร้อยละ 73.3)

1.3.2 สภาพปัญหาของรูปแบบการบันทึกก่อนพัฒนา

สภาพปัญหาของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่รวบรวมจากตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และการประชุมกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะดังนี้

- 1) *วิธีการบันทึก* ได้แก่ การบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม การพยาบาลแบบองค์รวม และไม่ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล
- 2) *แบบบันทึกทางการพยาบาล* แบบบันทึกส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยาย ไม่ครอบคลุมกับกระบวนการพยาบาล และไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างองค์รวม แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม มีหลายแบบฟอร์มทำให้มีการบันทึกซ้ำซ้อน แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่องมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะนำไปวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ไม่มีแบบบันทึกการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย และแบบบันทึกการสรุปจำหน่ายขาดข้อมูลที่สำคัญ
- 3) *คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล* ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางและตัวอย่างการบันทึก

1.3.3 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้พัฒนามาบนพื้นฐานบริบทของหน่วยงานและปัญหาของผู้ป่วยด้วยแนวคิดของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เลือกสรร CBE (Charting by Exception) และ Focus Charting กระบวนการพยาบาลการดูแลแบบองค์รวม และแนวคิดการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ มีลักษณะดังนี้

1) **วิธีการบันทึก** ได้แก่ บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยาย เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในหออภิบาลทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นการเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวัน ซึ่งจะทำการรวบรวมรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ โดยบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR (Data Action Response) นอกจากนี้ยังใช้รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) โดยใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย เพื่อลดการบันทึกซ้ำซ้อน ทำให้สะดวก รวดเร็วลดเวลาในการบันทึกในการปฏิบัติกิจกรรมมักจะดำเนินการซ้ำ ๆ กัน

2) **แบบบันทึกทางการพยาบาล** เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างและมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล โดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน รวมทั้งมีข้อตกลงว่า ข้อมูลที่ปกติจะใช้เครื่องหมาย ✓ และเขียนบรรยายเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติเท่านั้น แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล 6 ประเภท 7 แบบบันทึก ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 7) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย

3) **คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล** เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการบันทึกตามระบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกแต่ละขั้นตอนครอบคลุมทุกแบบบันทึกและมีตัวอย่างของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

1.3.4 เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

การเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่ คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1) *คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์* จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยรวมหลังการพัฒนาใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ใหม่สูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4.8) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

(1) ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4.4) โดยก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.37$) และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 0.96$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ก่อนและหลังการพัฒนา ด้านการวางแผนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามากกว่าด้านอื่น ๆ โดยก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.03$) แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 0.96$)

(2) ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4.8) โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{x} = 0.39$) แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 0.84$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามากที่สุด คือ บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล และบันทึกการวางแผนการพยาบาล (ก่อนพัฒนา $\bar{x} = 0.00$ หลังการพัฒนา $\bar{x} = 1.00$ เท่ากัน) รองลงมาคือ บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.07$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 1.00$) สำหรับข้อที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับดีมากเท่ากันทั้งก่อนและหลังการพัฒนา คือ 1) บันทึกสภาพโดยไม่แปลความหมาย 2) ลงชื่อตำแหน่งผู้บันทึก 3) บันทึกด้วยข้อความสั้น กระชับ 4) บันทึกด้วยสีปากกาตามที่หน่วยงานกำหนด และข้อที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาน้อยที่สุด คือ บันทึกอ่านออกทุกข้อความ (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.27$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 0.60$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำได้แก่ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล $\bar{x} = 0.57$ บันทึกอ่านออกทุกข้อความ $\bar{x} = 0.60$ และระดับปานกลาง ได้แก่ บันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาล

$\bar{x} = 0.67$ ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล $\bar{x} = 0.73$ ชีตเส้นตรงกับข้อความที่เขียนผิด $\bar{x} = 0.67$ บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด $\bar{x} = 0.67$

(3) ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4.8) โดยก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.22$) แต่หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 2.61$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาล หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 2.30$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 2.61$) และรองลงมาคือ ด้านการวางแผนการพยาบาล (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 0.00$ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 2.68$)

2) การรับรู้คุณค่าของใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยรวมก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4.11) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.57$) แต่หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.34$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาตกลงมากที่สุด คือแบบบันทึกช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ และแบบบันทึกช่วยให้นักวิชาการพยาบาลแรกเริ่มผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว (ก่อนการพัฒนา $\bar{x} = 1.80, 1.67$ ตามลำดับ และหลังการพัฒนา $\bar{x} = 4.40, 4.27$ ตามลำดับ)

2. อภิปรายผล

2.1 สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล

สมุทรสาคร

จากผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์มีทั้งหมด 3 ประเด็น ได้แก่

2.1.1 ด้านวิธีการบันทึก ได้แก่ บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลสอดคล้องกับ การศึกษาของ พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) เนื่องจากพยาบาลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบันทึกไม่เพียงพอ พยาบาลมีการรับรู้คุณค่าเชิงบวกไม่มากนักต่อการบันทึก มีข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยนี้พบว่าการประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาได้คะแนนร้อยละ 65 % และระดับของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.9) สอดคล้องกับ การศึกษาของ อารีชีวะเกษมสุข (Cheevakasemsook, 2005) ที่พบว่า พยาบาลมีทักษะและความสามารถในการบันทึกไม่เพียงพอ ขาดทักษะในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ขาดทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล

2.1.2 ด้านแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ไม่ครอบคลุมกับกระบวนการพยาบาล และไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างองค์รวมทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจาก แบบบันทึกส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยายต้องใช้เวลาเขียนการบันทึกทางการพยาบาลมาก แบบฟอร์มไม่ค่อยเหมาะสมไม่ค่อยเอื้อต่อการบันทึก ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ทำให้เสียเวลาในการบันทึกข้อความที่ซ้ำ ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารารัตน์ หงษ์ทอง 2548

2.1.3 ด้านคู่มือ พบว่า ขาดคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกมีผลให้พยาบาลขาดแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551)

2.2 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล

สมุทรสาคร

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เลือกสรร CBE (Charting by Exception) และ Focus Charting กระบวนการพยาบาลการดูแลแบบองค์รวม แนวคิดการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ และจากสภาพปัญหาของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พบจริงในหออภิบาลทารกแรกเกิด เป็นแบบบันทึกที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้และทำให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น โดยพยาบาลยอมรับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยนี้พบว่า ระดับของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา (ตารางที่ 4.9) สอดคล้องกับ การศึกษาของ พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ได้พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนาและสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ ครบถ้วนต่อเนื่องและถูกต้องตามหลักบันทึกทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจาก

2.2.1 รูปแบบบันทึกนี้แก้ปัญหาของรูปแบบเดิมทุกประการตั้งแต่ วิธีการบันทึก รูปแบบการบันทึก และมีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึก

2.2.2 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลนี้พัฒนาจากความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นเจ้าของปัญหา การรับรู้คุณค่าของพยาบาลต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่การรับรู้คุณค่าของพยาบาลต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า พยาบาลให้ความสำคัญและยอมรับต่อการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดดังกล่าวรวมทั้ง

2.2.3 พยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้และการได้ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ทำให้มีการใช้กระบวนการคิด สามารถใช้กระบวนการพยาบาล และลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกการพยาบาลดีกว่ารูปแบบเดิม

2.2 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา มีข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ที่พบว่า คะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 คือ คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนพัฒนา (ตารางที่ 4.8) ทั้งนี้เนื่องมาจากเหตุผล 6 ประการต่อไปนี้

1. พัฒนาจากปัญหาที่พบจริง โดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการระดมความคิด เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้พยาบาลวิชาชีพได้เสนอปัญหาของการบันทึกด้วยตนเองตามที่ได้พบจริง (Swansburg, 1996) ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขตรงประเด็น นอกจากนี้ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลนี้มีการอบรมพยาบาลวิชาชีพ เรื่องบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และความสามารถในการเสนอแนวทางแก้ไขควบคู่กับมีการใช้รูปแบบการบันทึก ดังที่ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรมซึ่งประสบความสำเร็จมาแล้วของอริชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook, 2005) มาเป็นต้นแบบ และพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติ จึงส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้นกว่าเดิม

2. เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ทำให้เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม การรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็วช่วยให้ประหยัดเวลา

สะดวกในการค้นหาข้อมูล ดังที่ฟิชช์บาร์ค (Fischbach, 1991) และไวท์ (White, 2003) กล่าวถึงบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพจะต้องมีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้บันทึกเมื่อจำเป็นต้องใช้หรือต้องการสืบค้นข้อมูล สอดคล้องกับคำกล่าวของ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2550) ที่ว่า การบันทึกตามแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง ทำให้พยาบาลบันทึกได้เร็ว มีแนวทางในการบันทึกที่เลือกบรรยายได้ด้วยตัวเองและทำให้บรรยายไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการพยาบาลได้อย่างชัดเจน

3. ใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting) โดยรูปแบบการบันทึกนี้ทำให้บันทึกมีคุณภาพเนื่องจากเป็นแบบบันทึกที่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่ใช้บันทึก สะดวกและง่ายในการบันทึก ช่วยลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน (Walus, 2003) และเป็นแบบบันทึกที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้สมบูรณ์ที่สุด ง่ายต่อการนำไปใช้กับแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Patricia Layer 2001)

4. มีการกำหนดแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ แนวทางการบันทึกจะช่วยให้การบันทึกมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยให้แนวทางที่กำหนดไว้เพื่อบอกทิศทางกรบันทึกข้อมูลที่ต้องการบันทึกซ้ำให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

5. มีแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ทำให้มีแนวทางสำหรับการวินิจฉัยและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างสะดวก (Crisp & Taylor, 2005)

6. มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ทำให้พยาบาลมีแนวทางและมีความมั่นใจในการบันทึกทางการแพทย์ สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วนครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและหลักการบันทึก ทำให้การบันทึกคุณภาพสอดคล้องกับไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp, 1995) ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไชแสง โพธิ์โกสุม (2542) ที่พบว่า การใช้คู่มือแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ทำให้คุณภาพการบันทึกและคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังทำวิจัยสูงกว่าก่อนวิจัย

เมื่อพิจารณาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์เป็นรายด้านอภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการ โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการทดลองมี

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับผลวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook, 2005) เนื่องจาก

1. มีแบบบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล โดยมีแบบบันทึกตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบสรุปการจำหน่าย รวมทั้งแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ 2550) ทำให้สามารถบันทึกได้อย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล

2. มีการพัฒนาวิธีการบันทึก ตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาลเช่นกัน โดยใช้รูปแบบบันทึกแบบ โฟกัส (Focus system) ซึ่งเป็นการบันทึกความก้าวหน้าของรูปแบบ DAR (Data Action Response) ร่วมกับใช้รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ในแบบบันทึกทางการพยาบาล ทำให้สามารถชี้บ่งปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและใช้สื่อสารในทีมพยาบาลได้เป็นอย่างดีตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Walus, 2003) รวมทั้งใช้แบบฟอร์มในการบันทึกทำให้ง่ายต่อการบันทึกการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ความก้าวหน้าของผู้ป่วย และการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเป็นขั้นเป็นตอน

3. มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ที่พบว่า การใช้คู่มือแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลทำให้คุณภาพการบันทึกของพยาบาลหลังพัฒนาระบบบันทึกสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบบันทึก

2. ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 4.6) ทั้งนี้เนื่องจาก

1. รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นใหม่มีแบบบันทึกและวิธีการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างถูกต้อง มีการสร้างแบบบันทึกมาตรฐาน ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม โดยเลือกปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกที่มีภาวะวิกฤติ สำหรับใช้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลและแผนการพยาบาล บันทึกโดยมีช่อง () สำหรับเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อ

วินิจฉัยที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้และช่องว่างสำหรับเติมข้อความเพียงบางส่วนในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และวันที่สิ้นสุดปัญหาทำให้สามารถบันทึกได้ง่ายขึ้นช่วยลดปัญหาพยาบาลไม่ชอบใช้กระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ไชแสง โปธิโกสม 2542)

2. มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล แก่พยาบาล และจากการที่พยาบาลรับรู้คุณค่าในรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลเพิ่มความตระหนักและเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล ส่งผลให้ความถูกต้องตามหลักการบันทึกมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตรศิริ ชันเงิน (2542) ซึ่งพบว่า ทักษะคิดต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาล

3. มีแนวทางการบันทึกอยู่ในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นซึ่งเป็นแบบบันทึก เชิงโครงสร้างที่มีทั้งการบรรยาย การเติมคำและการใช้สัญลักษณ์ที่แสดงรายละเอียดที่ชัดเจนและครบถ้วนตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพจนถึงการสรุปจำหน่ายผู้ป่วยตามสถานการณ์จริง ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ทำให้สามารถใช้เป็นแนวทางในการบันทึกได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับผลวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook, 2005)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการพัฒนา แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คุณภาพของการบันทึกบางประการทั้งก่อนและหลังการพัฒนา อยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก ได้แก่ “บันทึกอ่านออกทุกข้อความ” และ “บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล” ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก พยาบาลมีภาระงานมาก อัตราค่าจ้างพยาบาลไม่เพียงพอ เวลาที่ใช้บันทึกทางการพยาบาลมีน้อย ทำให้มิได้บันทึกกิจกรรมที่พยาบาลได้กระทำให้ผู้ป่วยลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล (จงจิต เสน่หา และคณะ 2553) และบันทึกด้วยความรีบเร่ง ทำให้ข้อความที่บันทึกไม่เป็นระเบียบอ่านยาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) ที่พบว่า ภาระงาน ความยุ่งยาก และความเร่งด่วนของงาน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานของพยาบาล จำนวนผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์

1. ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจาก

1. แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งมีการสรุปจำหน่ายได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผลการประเมินได้ข้อมูลที่ครอบคลุมครบถ้วน การวางแผนการพยาบาลมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่พบบ่อยและพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยทารกวิกฤติ จึงมีแนวทางในการกำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

2. มีการออกแบบบันทึกที่ใช้ประเมินผู้ป่วยระยะต่อเนื่องร่วมกับแบบบันทึกการพยาบาลไว้ในแบบฟอร์มเดียวกัน โดยใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting) มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่ใช้บันทึก สะดวกและง่ายในการบันทึก ช่วยลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน (Walus, 2003) สามารถรวบรวมข้อมูลได้สมบูรณ์ ง่ายต่อการนำไปใช้กับแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Patricia Layer 2001) และยังเป็นแบบบันทึกหน้าเตียงผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถบันทึกบรรยายปัญหาและการแก้ปัญหา รวมทั้งการประเมินผลได้ทันที ซึ่งนำไปสู่การดูแลและการบันทึกได้อย่างต่อเนื่อง สะท้อนกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยของอารี ชิวเกษมสุข (2534) ที่พบว่า การใช้รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกมากกว่ารูปแบบที่มุ่งปัญหา ผลการศึกษาของอารณ์ ทองทิพย์ (2550) ที่พบว่า การใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และผลการศึกษาของพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) ที่พบว่าการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เช่นกัน

2.3 การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่มีคุณค่ามากกว่ารูปแบบเดิมโดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีข้อสนับสนุนจากผลการวิจัยนี้ที่พบว่า แบบบันทึกช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งแบบบันทึกช่วยให้สามารถบันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลที่

ได้จากการประเมินผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ระดับมากถึงมากที่สุด (ตารางที่ 4.9) ทั้งนี้เนื่องมาจาก

2.3.1 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลตามบริบทของปัญหาที่พบจริง และเนื่องจากมีการทำงานเป็นทีมทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมการดำเนินงานมีการระดมความคิด ทุกคนมีการรับรู้ปัญหา เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ทำให้พยาบาลทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา และหาข้อตกลงในการตัดสินใจแก้ไข ปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ทั้ง 6 แบบฟอร์ม ให้สะดวกและเหมาะสมกับการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทารกวิกฤต

2.3.2 พัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลพยาบาลโดยพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนา การได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา สามารถแสดงความคิดเห็น และเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน เกิดเป็นความภูมิใจต่อตนเองและผลงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตนางค์มา (2548) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ เสนอแนะว่า ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการบันทึก เพื่อผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึก เป็นเจ้าของ มีความพึงพอใจ มีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการบันทึกทางการพยาบาล

2.3.3 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นกระบวนการกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพไปในทางที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือข้อดีหลายประการเช่น แบบบันทึกช่วยให้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในระยะแรกรับได้ครบถ้วน ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล แรกรับผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็วและช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เป็นต้น (ตารางที่ 4.10) สอดคล้องกับผลการวิจัยของฉันทกร ชนะพุดินาท และคณะ (2554) ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร สำหรับ คุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางหลังการพัฒนาได้แก่ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกอ่านออกทุกข้อความ บันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาล ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล ชัดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด บันทึกต่อเนื่อง โดยไม่เว้นบรรทัด ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาความสามารถของพยาบาลในเรื่องดังกล่าวต่อไป

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกและด้านความต่อเนื่องของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้าน ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา และส่วนใหญ่แต่ละด้านอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าคุณภาพของการบันทึกบางข้อยังต้องพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก โดยก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า การบันทึกอ่านออกทุกข้อความอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการพัฒนารูปแบบการบันทึกอ่านออกทุกข้อความยังอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรแก้ไขปัญหานี้โดยจัดให้มีการนิเทศ ให้คำปรึกษา และแนะนำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนัก และบันทึกให้สามารถอ่านออกทุกข้อความ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 จากผลการวิจัย เป็นการวิจัยเฉพาะหออภิบาลทารกแรกเกิดดังนั้นควรใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนี้เป็นต้นแบบในการศึกษาวิจัยสำหรับหอผู้ป่วยอื่น ๆ และโรงพยาบาลอื่นๆ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิด

3.2.2 การวิจัยนี้วัดผลการใช้เฉพาะคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังนั้นจึงควรปรับเปลี่ยนตัวแปรเป็นตัวแปรอื่น เช่น ระยะเวลาของการบันทึก

3.2.3 จากผลการวิจัยที่ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแล้วพบว่า คุณภาพของการบันทึกที่มีค่าเฉลี่ยต่ำถึงปานกลาง เช่น บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกอ่านออกทุกข้อความ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง (2540) *จิตวิทยาทั่วไป* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์รวมสาส์น
กองการพยาบาล (2539) *การควบคุมคุณภาพการพยาบาล เล่มที่ 5* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) *การจำแนกผู้ป่วย* กรุงเทพมหานคร
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) *แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการ
พยาบาล กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์*
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์.(ม.ป.ป.) *หลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน* นนทบุรี สำนักส่งเสริม
สุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- ไขแสง โพธิ์โกสุ่ม (2542) "การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล" *วารสารสงขลา
นครินทร์* 19, 3 (พฤษภาคม-มิถุนายน): 1-19
- ไขแสง โพธิ์โกสุ่ม (2542) "การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย
สูติกรรม" *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 19, 3 (กันยายน-ธันวาคม): 2-17
- งานเวชระเบียน หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร (2550) "ข้อมูลทารกแรกเกิด ปี
พ.ศ. 2550" สมุทรสาคร งานเวชระเบียนหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล
สมุทรสาคร
- จรีดาภรณ์ ชนบัตร (2542) "ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการ
พยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล"
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จิตรศิริ ชันเงิน (2542) "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2541) "การบันทึกทางการพยาบาล" *วารสารกองการพยาบาล* 2541,
25 (มกราคม - เมษายน): 40-55

- จรัญญาณี ภูวสันติ (2548) “การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น” รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จงจิตต์ คณาภูล ปริดาภรณ์ สีปากดีและประชิด ศรีพัทธ์ (2543) *ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 2* ศิริยอดการพิมพ์กรุงเทพฯ
- จงจิตต์ เสน่หา (2553) "การบันทึกทางการแพทย์เพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อในผู้ป่วยเรื้อรัง: กรณีศึกษาทางอายุรศาสตร์" ใน *การบันทึกทางการแพทย์เพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ* 11-13 มกราคม 2553 โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 71-96
- ณภัทร ชนะพุฒินาท และคณะ (2554) "ผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน" *วารสาร มจร. วิชาการ* 14, 28 (มกราคม-มิถุนายน): 1-21
- คารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) “ผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทัศนีย์ ทองประทีป และเบ็ญญา เตากกล้า (2543) “บันทึกทางการแพทย์กับการประกันคุณภาพทางการแพทย์” *วารสารสภาการพยาบาล* 15,2: 1-11
- ทิพวรรณ โฉมใส (2550) "สมรรถนะการบันทึกทางการแพทย์ ของพยาบาลประจำการ แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิรันดร์ อิมามิ (2549) "เครื่องมือวิจัยทางการแพทย์" ใน *ประมวลชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์ สรรสนเทศและสถิติ* หน้าที่ 4 หน้า 50-64 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- นิตากร พงษ์เดชา (2545) "การปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของพยาบาลและญาติ" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- นุสรรา สุขศิริ (2546) “ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาล
ระยอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล (2544) “ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์” กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วัชรินทร์ รัตนสาร (2543) “ประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตาม
กระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์วิทา
นิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิลาวรรณ พันธุ์พุกภัย (2540) การวิจัยทางการพยาบาล ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- รัชตะวรรณ โอฬาริยกุล (2545) การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤติ พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิพร เสนารักษ์ (2546) การวินิจฉัยการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 7 ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
ประคิน สุจฉายาและคณะ (2549) “บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิดวิธีบันทึก
และการใช้ประโยชน์” รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ประคอง อินสอน (2548) "การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน
ในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์" วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- พรทิพย์ รัตนวิชัย (2547) "การพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกเพื่อคุณภาพ
การพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา" วารสารวิชาการรพศ./รพท.เขต 1 6, 1
(มกราคม-เมษายน): 39-48
- พรศิริ พันธสี, รัชณี นามจันทรา (2549) "การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล"
วารสารกองการพยาบาล 21, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 80-39
- พานทิพย์ รมโพธิ์ตาล (2551) "การพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน
สถาบันราชประชาสมาสัย" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การ
บริหารการพยาบาล) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พวงเพชร สุริยะพรม (2553) "การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน"
วารสารกองการพยาบาล 37, 2 (พฤษภาคม): 1-26

- พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ. (2538) *การนิเทศและการสอนการพยาบาลในคลินิก* พิมพ์ครั้งที่ 2 ชลบุรี
มหาวิทยาลัยบูรพา
- พลสุข หิงคานนท์ (2540) "การพัฒนารูปแบบการจัดการองค์การของวิทยาลัยพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข" วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา
ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เฟื่องทอง มธุรชน (2546) "ผลการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้
ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า"
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มณสิลา ฐานะวุฑฒ์. (2544) "ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลกับพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของ
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์
กรุงเทพมหานคร" ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2543) "แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม" ใน *จงจิตต์ คณากุล ภาวะวิกฤตใน
หออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาล* หน้า 1 กรุงเทพมหานคร ศิริยอดการพิมพ์
- เรณู พุกบุญมี (2553) *รายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง บันทึกทางการพยาบาล สมรรถนะที่สำคัญ
ของวิชาชีพ จัดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนคร
รินทราบรมราชชนนี วันที่ 25-27 สิงหาคม 2553 (รุ่นที่ 8) ณ โรงแรมแมนดาริน
กรุงเทพมหานคร*
- รัตนา ทองสวัสดิ์ (2531) *วิชาชีพการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร โอเดียนสโตร์
- รัตนา ยวงคำมา (2548) "การพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาล ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาล กาฬสินธุ์" วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
พยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วรรณดี แสงประทีปทอง (2548) "การพัฒนาเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมิน"
ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการประเมินและการจัดการโครงการประเมิน* หน่วยที่ 5
หน้า 228-247 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์

- ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) “ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์แบบแผนก
 สูติกรรมต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สายสมร พลเชื้อ ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์. (2542). ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกการพยาบาลต่อ
 ประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาล
 ประจำการ *วารสารสภาการพยาบาล* 14(1), 46-45
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ถิมอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2550) *กระบวนการพยาบาล:
 ทฤษฎีและการนำไปใช้* พิมพ์ครั้งที่ 16 ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์ (2543) *กระบวนการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดีการวิชาการ
 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) *การบันทึกทางการแพทย์ 2* กรุงเทพมหานคร: นิวเวฟพัฒนา
- สุรีย์ ธรรมิกบวร (2547) "บันทึกทางการแพทย์ : คุณภาพการพยาบาล " *วารสารการศึกษาศึกษา
 พยาบาล* 15, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 72-76
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
 (2553) *แนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
 (Medical Record Audit Guideline)* กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนอุตสาหกรรมไอโอเร็ด
- สุปราณี เสนาดิษฐ์ และประไพ พานิช (2547) *การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดการปฏิบัติ
 กรุงเทพมหานคร: จุดทอง*
- สมจิต หนูเจริญกุล (2529) *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง
- อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการ
 พยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- อารี ชิวเกษมสุข (2534) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึก
 ทางพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา” วิทยานิพนธ์
 ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- _____. (2541) *เอกสารประกอบการสอนวิชา พย. 1332 หลักการพยาบาล 1 ภาคปลาย
 ปีการศึกษา 2541* กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

- อารี ชีวเกษมสุข (2548) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” *วารสารคุณภาพการพยาบาล* 2, 3: 4-12
- _____. และจินตนา ยูนิพันธ์ (2548) “การพัฒนาแบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วย” *วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร* 49,10 (ตุลาคม):621-622
- _____. (2551) *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- _____. (2552) “ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งการใช้กระบวนการพยาบาล” *รายงานการวิจัย* โรงพยาบาลลำลูกกา ปทุมธานี
- Alfaro-LeFevre, Rosalinda. (1998). *Applying Nursing Process: A Step-by Step Guide*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- Brooks, J.T. (1998). *An analysis of nursing documentation as a reflection of actual nurse work*.
<http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>
- Crisp, Taylor (2005). *Potter&Perry's fundamentals of nursing*. 2nd ed. Marrickville Elsevier, Australia.
- Cheevakasemsook, Aree (2005). “Facilitating Change: The Development of An Effective Nursing Documentation System In A Medical-Surgical Ward In Thailand.” A thesis Submitted Total Fulfillment of The Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy. Charles Sturt University. NSW Australia.
- Delaune, S.C. and Ladner, P.K. (2002). *Fundamentals of nursing standards & practice*. 2nd ed. Delmar Thomson Learning, Australia.
- Dossy, M.B. and Dossey, L. (1998). “Body-mind-spirit:Attending to holistic care”. *American Journal of Nursing* 98: 35-38.
- Ehrenkranz, R. A. (2006). The newborn intensive care unit. In J. A. McMillan, R. D. Feigin, C. DeAngelis, & M. D. Jones (Eds.), *OSKI'S pediatrics priciples & practice* (4th ed., pp. 201-204). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hill.Garrison, K.C. and Magoon,R. (1972). *Educational psychology*. Ohio: Chanles E.G. Merrill Publishing.
- Iyer, P.W., and Camp, N.H. (1995). *Nursing Document : A Nursing Process Approach*. 2nd ed. St. Louis: C.V. Mosby.

- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2006) *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fischbach, F.T. (1991). *Documenting care : Communication the nursing process and documentation standard*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Patricia W. Iyer. (2001) *Nursing malpractice*. 2nd ed. USA: Lawyers & Judges Publishing Company. form <http://books.google.co.th>
- Potter, P.A., and Perrey, A.G. (2005). *Basic Nursing:Essentials for practice*. 6th ed. St Louis: Mosby
- Robbins, S. P. (2003). *Organizational behavior*. (10th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Taylor, C., Lillis, C., and LeMone, P. (2001). *Fundamentals of nursing :The art &science of nursing care* 4th . Philadelphia: Lippincott.
- Walus, Jacqueline-Wigle. (2003). *Fundamentals of documentation. Skill Masters:batter documentation*. New York: Lippincott Williams & Wilkins A Wolter Kluwer.
- White, L. (2003). *Documentation & the Nursing Process* .Clifton Park: Delmar, a division of Addison-Wesley Publishing.
- Willer, D. (1986) *Scientific Sociology : Theory and Method*. New Jersey: Prentice – Hall.
- Swansburg, R.C. (1996). *Management and leadership for nurse managers*. 2nd ed. USA: Jone and Barrelett Publishers.
- Stoner, A.F. and Wankel. (1986) *Management*. 3rd ed. New Delhi: Prentice – Hall.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

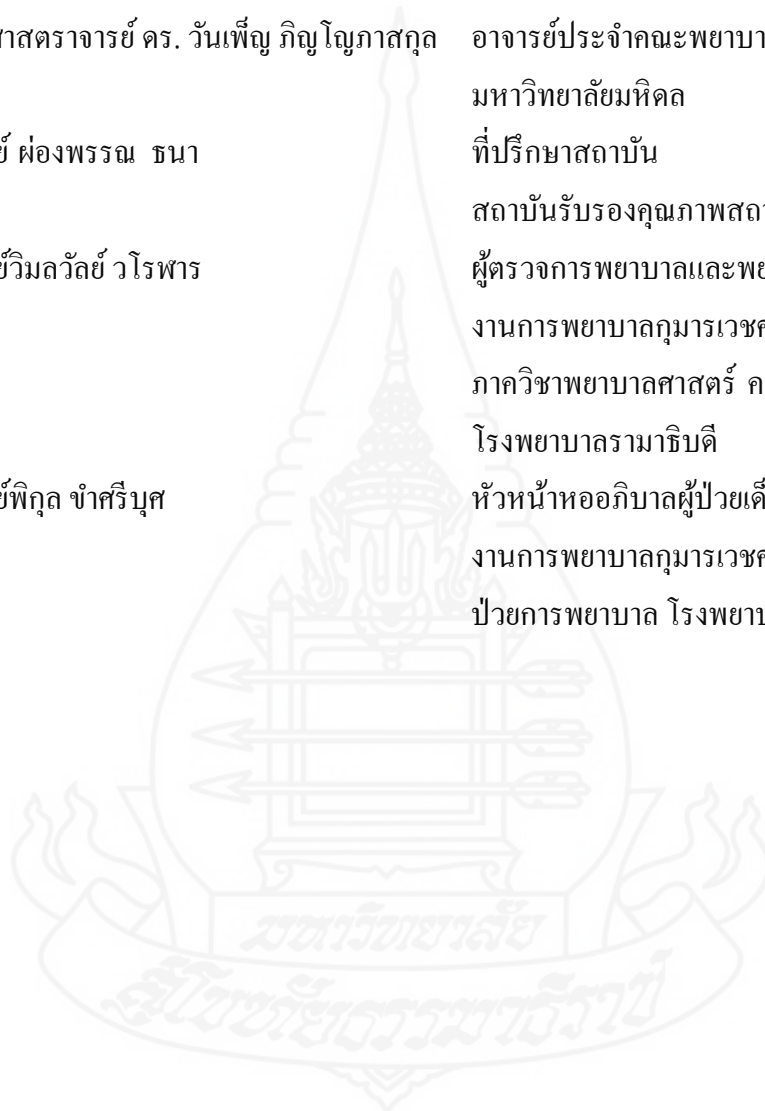
ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

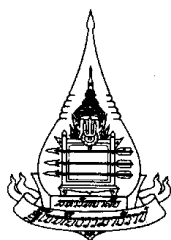
- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลิจิต | รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร ศูนย์รังสิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. อาจารย์ ผ่องพรรณ ธนา | ที่ปรึกษาสถาบัน
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล |
| 4. อาจารย์วิมลวัลย์ วโรพาร | ผู้ตรวจการพยาบาลและพยาบาลชำนาญการ
งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 5. อาจารย์พิกุล ขำศรีบุศ | หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก
งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
ผู้ป่วยการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช |



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 004/2555

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

เลขที่โครงการ/รหัส 2495100212

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ

ที่ทำงาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ต.มหาชัย อ.เมือง จ.สมุทรสาคร 74000

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิศัพทสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)

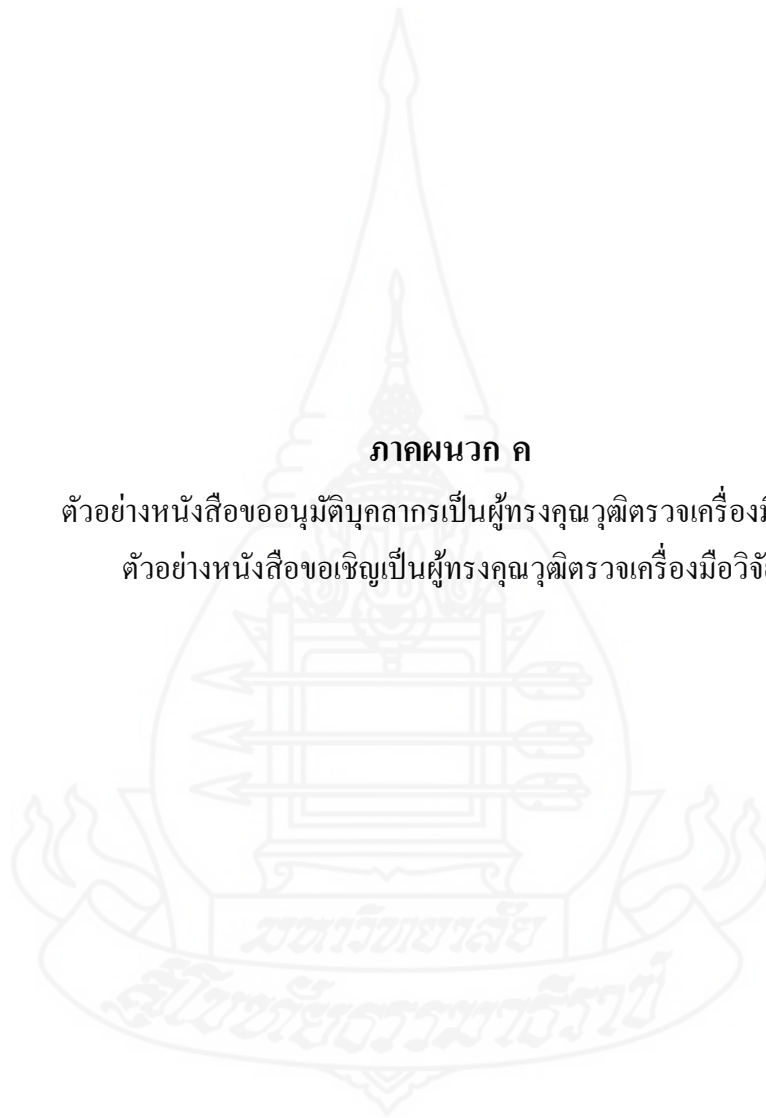
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง 21 มีนาคม 2556

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

ตัวอย่างหนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





ที่ ศธ 0522.26/ว 1021

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 สิงหาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ด้วย นางสาวอุคมพร คำล้ำเลิศ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมุทรสาคร” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ผ่องพรรณ ธนา เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในเรื่อง ดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

สำเนาเรียน อาจารย์ ผ่องพรรณ ธนา



ที่ ศธ 0522.26/ว 1021

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 สิงหาคม 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ผ่องพรรณ ธนา

ด้วย นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620



ที่ ศธ 0522.26/ ว 1021

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 สิงหาคม 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ชัมภลิจิต (รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต)

ด้วย นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096

โทรสาร 0-25032620



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

**แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
ของ หอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร**

คำชี้แจงแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- | | | | | |
|-----------|--|-------|----|---------|
| ส่วนที่ 1 | แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล | จำนวน | 35 | ข้อย่อย |
| ส่วนที่ 2 | แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก | จำนวน | 16 | ข้อย่อย |
| ส่วนที่ 3 | แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก | จำนวน | 8 | ข้อย่อย |



ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบ
บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้คู่มือวิเคราะห์ ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเป็นเกณฑ์
พิจารณาการตัดสินใจให้คะแนน

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
1. การประเมินภาวะสุขภาพ		
1.1 มวลที่ได้จากการสัมผาณ		
1.1.1 มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมผาณบิตามารดาญาติ หรือผู้ดูแล/เอกสารที่มีการบันทึกไว้		
1.2 ข้อมูลจากการสังเกต และหรือการตรวจร่างกาย		
1.2.2 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต/และหรือจากการตรวจ ร่างกาย		
1.3 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล		
1.3.1 มีบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ		
1.4 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน		
1.4.1 มีบันทึกเวลาที่เริ่มอาการเจ็บป่วยและลักษณะอาการของ การเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล		
1.4.2 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วยและหรือวิธีแก้ไขที่ ได้ปฏิบัติก่อนมารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด		
1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการแพ้ยา		
1.5.1 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติเกี่ยวกับการ แพ้ยา สารอาหารและหรือนม		
1.6 ประวัติสุขภาพของมารดา เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติสุขภาพของทารก		
1.6.1 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาก่อนตั้งครรภ์		
1.6.2 มีบันทึกประวัติการตั้งครรภ์		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
	1	0
1.6.3 มีบันทึกประวัติการฝากครรภ์		
1.6.4 มีบันทึกประวัติการคลอด		
1.7 ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว		
1.7.1 มีบันทึกประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว		
1.8 อาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
1.8.1 มีบันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
1.9 ประเมินสภาพ ด้านจิตใจ สังคม และ/หรือ จิตวิญญาณของบิดามารดาเมื่อแรกรับ		
1.9.1 มีบันทึกสภาพทางด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของบิดามารดา		
1.10 ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดา/ญาติเพื่อวางแผนการจำหน่าย		
1.10.1 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดา/ญาติหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาล		
1.11 ประเมินสภาพผู้ป่วยระยะต่อเนื่องต่อการประเมินแรกรับ		
1.11.1 มีการบันทึกข้อมูลจากการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังจากการประเมินผู้ป่วยแรกรับ		
2. การวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาของผู้ป่วย		
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบและหลักการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		
2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและหรือบิดามารดาได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		
2.3 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
	1	0
3. การวางแผนการพยาบาล		
3.1 มีบันทึก/หลักฐานแสดงถึงการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล		
3.2 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและครบทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
3.3 มีบันทึกที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่าย		
3.4 มีบันทึกแผนกิจกรรมการพยาบาล โดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ		
3.5 มีบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย		
4. การปฏิบัติการพยาบาล		
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล		
4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและหรือของบิดามารดาตามแผนการพยาบาล		
4.3 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย		
5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล		
5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือเกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้		
5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและหรือของบิดามารดาหรือญาติโดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือเกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
	1	0
5.3 มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนหรือยุติข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
5.4 มีการบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่าย		
6. การสรุปจำหน่าย		
6.1 มีบันทึกที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงและสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย		
6.2 มีบันทึกปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่คงอยู่และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย		
6.3 มีบันทึกการให้คำแนะนำ/ทบทวนการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาและหรือญาติก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย		
6.4 มีการประเมินผลการสอน/สาธิต/หรือการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาและหรือญาติ		
6.5 มีบันทึกการส่งต่อปัญหาการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพ		



ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามหลักการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเป็นเกณฑ์ พิจารณาการตัดสินใจให้คะแนน

ข้อความ	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
1. มีบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
5. มีบันทึกวัน และเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง		
6. มีการบันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์		
7. มีการบันทึกสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมาย		
8. มีการบันทึกอ่านข้อมูลอ่านออกทุกข้อความ		
9. มีบันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับรัด ได้ใจความ		
10. มีการบันทึกโดยใช้คำย่อและ/หรือ สัญลักษณ์ที่เป็นสากลหรือตามที่หน่วยงานกำหนด		
11. มีการลงชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึกภายหลังการบันทึกทุกครั้ง		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
	1	0
12. ระบุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย หอผู้ป่วยใน แบบบันทึกทุกแผ่น		
13. มีการบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือตามที่หน่วยงานกำหนดทุกครั้ง		
14. มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับทุกครั้ง		
15. มีการบันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัดและขีดเส้นทับช่องว่างที่เหลือ เพื่อป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลัง		



ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเป็นเกณฑ์ พิจารณาการตัดสินใจให้คะแนน

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบคุณภาพ			
	3	2	1	0
<p>การประเมินสภาพของผู้ป่วย</p> <p>1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลครบ 3 เวรภายใน 24 ชั่วโมง</p>				
<p>2. มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรและทุกวันตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย</p>				
<p>การวินิจฉัยทางการแพทย์</p> <p>3. มีบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ในวันแรกรับ และมีการบันทึกข้อวินิจฉัยใหม่ในวันต่อมาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p>				
<p>การวางแผนการพยาบาล</p> <p>4. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p>				
<p>5. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนในบันทึกแผนการพยาบาลพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป</p>				
<p>การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>6. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร</p>				
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>7. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล</p>				

ข้อความ	ผลการตรวจสอบคุณภาพ			
	3	2	1	0
8. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				



คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

คู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. คู่มือวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
2. คู่มือวิเคราะห์ความถูกต้องตามหลักการบันทึก
3. คู่มือวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึก

1. แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น จะถือว่า "มีการบันทึก" และได้คะแนน = 1 จะต้องมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	
1.1 การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	
<p>1.1.1 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์</p> <p>1) มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บิดามารดาญาติหรือผู้ดูแล/เอกสารที่มีการบันทึกไว้ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกที่ได้สัมภาษณ์บิดามารดาญาติหรือผู้ดูแล เอกสารการส่งต่อระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือระหว่างโรงพยาบาล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับผู้ป่วย</p>	<p>- แรกเกิดทารกหายใจลำบาก ปีกจมูกบาน ตัวเย็น มือ เท้าคล้ำ ขยับแขนขาได้น้อย</p>
<p>1.1.2 ข้อมูลจากการสังเกต และหรือการตรวจร่างกาย</p> <p>2) มีข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพร่างกายโดยการสังเกต และหรือการตรวจร่างกาย(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการสังเกต และ/หรือตรวจร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ผิวหนัง ทรวงอก และทางเดินหายใจ หัวใจ และหลอดเลือด หน้าท้อง และทางเดิน</p>	<p>การตรวจร่างกาย</p> <p>ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ</p> <p>- ศีรษะกลม ได้รูป เส้นรอบวงศีรษะ 30 เซนติเมตร กระหม่อมหน้ากว้าง 1 X 2 เซนติเมตร ไม่โป่งตึง ไม่บวม กระหม่อมหลังกว้าง 0.5 X 1 เซนติเมตร</p> <p>- ใบหน้าสมมาตรกัน บริเวณใบหน้าไม่บวม</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>อาหาร ระบบประสาท กล้ามเนื้อ และกระดูก อวัยวะเพศ</p>	<p>- จมูก หายใจปึกจมูกบาน</p> <p>- ช่องปาก เหงือกสีชมพู ไม่มีปากแห้ง เพดานโหว่</p> <p>- คอ คลำไม่พบก้อน</p> <p>ผิวหนัง</p> <p>- ผิวหนังสีแดง ผิวกายเย็น ผิวบาง เห็นเส้นเลือดชัดเจน มีขนอ่อนขึ้น บริเวณแขน ขา และหลังเล็กน้อย</p> <p>ทรวงอก และทางเดินหายใจ</p> <p>- ทรวงอกเล็ก สมมาตรกันทั้งสองข้าง วัดรอบอก 22 เซนติเมตร อัตราการหายใจ 48 -54 ครั้ง/ นาที ลักษณะหายใจไม่สม่ำเสมอ เสียงลมผ่านปอดเท่ากันทั้งสองข้างเบา มีเสียง grunting</p> <p>หัวใจ และหลอดเลือด</p> <p>- อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/ นาที สม่ำเสมอ ฟังไม่ได้ยินเสียง murmur</p> <p>หน้าท้อง และทางเดินอาหาร</p> <p>- ท้อง กดนิ่ม คลำไม่พบก้อนใดๆ สะดือ ไม่มีเลือดซึม</p> <p>ระบบประสาท</p> <p>- กระตุนลิ้มตา ร้องเสียงเบา ไม่ขยับแขนขา</p> <p>กล้ามเนื้อ และกระดูก</p> <p>- แนวกระดูกสันหลังไม่คด ไม่มีก้อน หรือส่วนยื่นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
	อวัยวะเพศ - แคมใหญ่ไม่ปิด แคมเล็ก มีคลิตอริสยื่นออกมาเห็นชัดเจน
1.1.3 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 3) มีบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ) : มีบันทึกเหตุการณ์การเข้ารับการรักษาหรืออาการสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา พร้อมระบุระยะเวลาที่เกิดอาการนั้นๆตามการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล/จากเอกสารที่มีการบันทึกไว้	- 2 ชั่วโมง หลังคลอด ทารกหายใจหอบเหนื่อย ตัวเขียว
1.1.4 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน 4) มีบันทึกเวลาที่เริ่มอาการเจ็บป่วยและลักษณะอาการของการเจ็บป่วย(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ) : มีบันทึกเวลาที่เริ่มอาการเจ็บป่วยและลักษณะอาการของการเจ็บป่วย	- ทารกเกิดวันที่ 30 มีนาคม 2552 เวลา 17.23 น. Apgar score ที่ 1 และ 5 นาที ได้ 7 และ 9 ร่างกายซีด ปลายมือ ปลายเท้าคล้ำ
5) มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วยและหรือวิธีแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมารับรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ) : มีการบันทึกวิธีระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วยและหรือวิธีแก้ไขเบื้องต้นที่ได้ปฏิบัติก่อนมารับรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด	- 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลตัวร้อน คุณนมได้น้อยลง มารดาพาไปกวดยา หลังจากนั้น 6 ชั่วโมง ท้องอืด สำรอกทุกครั้งที่คุณนม ตัวร้อนมาก ซึมลง มารดาจึงพามาโรงพยาบาล
1.1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการแพ้ยา 6) มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยา สารอาหารและหรือนม (แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ) : มีการบันทึกอาการแพ้ต่างๆที่เกิดจากการใช้ยา อาหารและอื่นๆ เช่น แพ้นมวัว	- มารดาไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา และแพ้นม

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1.1.6 ประสิทธิภาพของมารดา เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประสิทธิภาพของทารก</p> <p>7) มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของมารดา ก่อนตั้งครรภ์ (แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ)</p>	<p>- สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว</p>
<p>8) มีบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ (แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกอายุครรภ์มารดาเมื่อตั้งครรภ์</p>	<p>- มารดาอายุ 27 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก</p>
<p>9) มีบันทึกประวัติการฝากครรภ์(แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ของมารดา สถานที่ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ยาหรือสารที่มารดาได้รับเป็นประจำขณะตั้งครรภ์ ผลเลือดมารดา ระหว่างฝากครรภ์</p>	<p>- มารดาฝากครรภ์ที่คลินิก 4 ครั้ง สม่าเสมอตามนัด ผลเลือด ปัสสาวะ ปกติ ความดันโลหิตปกติ ปฏิเสธได้รับยาหรือสารเสพติด ขณะตั้งครรภ์</p>
<p>10) มีบันทึกประวัติการคลอด (แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกอายุครรภ์ วิธีการแตกของถุงน้ำคร่ำ ลักษณะสีและกลิ่นของน้ำคร่ำ สถานที่คลอด ยาที่ได้รับก่อนคลอดและขณะคลอด วิธีและเวลาคลอด</p>	<p>- มารดาอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ มีน้ำเดิน 29 ชั่วโมง น้ำคร่ำขุ่น มีกลิ่นเหม็นก่อนคลอด 1 ชั่วโมงมารดามีไข้ 38.5 °C ได้ยาAmpicillin 1 gm. IV คลอดปกติ ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร วันที่ 16 มกราคม 2551 เวลา 17.23 น.</p>
<p>1.1.7 บันทึกประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว</p> <p>11) มีบันทึกประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว(แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพของครอบครัวที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของทารก</p>	<p>- สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพแข็งแรง</p>
<p>1.1.8 อาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ</p>	<p>- แกรับทารกหายใจลำบาก ออกน้มนม หายใจออกมีเสียง Grunting</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>12) มีบันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ เช่น สัญญาณชีพ ลักษณะเสียงรื่อง สีผิว ลักษณะการหายใจ ลักษณะเสียงหายใจจากการฟังปอดซ้ายและขวา ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง การเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังได้รับการสัมผัส</p>	<p>ตัวแดงปลายมือและปลายเท้าคล้ำ อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/ นาที อุณหภูมิกาย 35.8 C⁰ อัตราการเต้นหัวใจ 168 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 93/47 mmHg O₂Sat 90 % กระตุ้นให้ขยับแขนขาแต่ทารกขยับได้น้อย</p>
<p>1.1.9 ประเมินสภาพทางด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ และ/หรือจิตวิญญาณของบิดามารดา</p> <p>13) มีบันทึกสภาพทางด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ และ/หรือจิตวิญญาณของบิดามารดา(แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของบิดามารดาที่พยาบาลสังเกตได้เมื่อช่วงแรกรับเช่น การสัมผัสพูดคุยกับบุตร การซักถามข้อมูล</p>	<p>- 12 มกราคม 2551 มารดามาเยี่ยมบุตรครั้งแรก มีสีหน้าวิตกกังวล และร้องไห้ไม่กล้าสัมผัสทารก</p>
<p>1.1.10 ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดา/ญาติหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิด</p> <p>14) มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดา/ญาติหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิด(แบบบันทึกประเมินสุขภาพระยะแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของบิดามารดา /ญาติ เพื่อวางแผนการจำหน่าย เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ อาชีพ สถานที่เลี้ยงผู้ป่วย ผู้ดูแลเลี้ยงผู้ป่วย</p>	<p>- มารดาไม่มีความรู้ในการดูแลบุตร</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1.2 การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง</p> <p>1.2.1 มีการบันทึกการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยต่อการประเมินผู้ป่วยแรกรับ (แบบบันทึกการประเมินสุขภาพระยะต่อเนื่อง)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยโดยมีการประเมินทั่วไปและประเมินตามระบบ ได้แก่ สีผิว activity การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม การดูคลื่น vital signs ความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบขับถ่าย</p>	<p>เวลา 8.30 น. ทารกเริ่มหายใจลำบากลำบาก อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 93/47 มิลลิเมตรปรอท สีผิวแดง O₂ Sat อยู่ในช่วง 98-99%</p> <p>เวลา 9.30 น. ทารกเริ่มหายใจลำบากลำบากมากขึ้นมีเสียง Grunting มือเท้าคล้ำ อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 170 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 83/57 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat อยู่ในช่วง 85-90% ปัสสาวะ 1 ซีซี/ 4 ชั่วโมง</p>
<p>2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้อง ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยด้านร่างกายในรูปของปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ</p>	<p>การแลกเปลี่ยนก๊าซ ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดสารลดแรงตึงผิวปอด จากการคลอดก่อนกำหนด</p>
<p>2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณให้ครบถ้วนตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย ด้านจิตใจในรูปของปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัย</p>	<p>บิดามารดามีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากขาดข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
ที่เกี่ยวข้อง หรือสาเหตุ	
<p>2.3 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อการวางแผนการจำหน่าย</p>	<p>บิดามารดาไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารกที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลบุตร</p>
<p>3. การวางแผนการพยาบาล</p> <p>3.1 มีบันทึก/หลักฐานแสดงถึงการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกเกณฑ์การประเมินผลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>การแลกเปลี่ยนก๊าซชบกพร่องเนื่องจากการสูดสำลักน้ำ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. R = 40-60 ครั้ง/นาที HR = 120-160 ครั้ง/นาที BP = 48/27 mmHg 2. O₂Sat 90-95% 3. ไม่มีภาวะหายใจลำบาก เช่น ออกนุ้มหรือปีกจมูกบาน 4. ผิวสีแดง ริมฝีปากและปลายเล็บมือเล็บเท้าไม่เขียวคล้ำ 5. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย 6. ผล CBG ปกติ PH 7.30-7.45(mm.Hg) PO₂ 50-70 (mm.Hg) PCO₂ 35-45 (mm.Hg) HCO₃ 20-24 (mEq/L)SO₂ 92-96 (%) 7. CXR พบ RDS
<p>3.2 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและครบทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกหรือมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงแผนกิจกรรมการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล/</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>แผนกิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ดูแลให้ O₂. Ventilator setting

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>ปัญหาของผู้ป่วยทุกข้อ</p>	<p>ตามแผนการรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจการขยายตัวของทรวงอก สีผิว ทุก 1-2 ชั่วโมง 3. การจัดทำอนติริษะสูง 4. ดูแลเสมหะเมื่อมีเสียงเสมหะในระบบทางเดินหายใจ 5. ตรวจสอบการปรับตั้งของเครื่องช่วยหายใจทุก 1 ชั่วโมง 6. ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพ SpO₂ ทุก 1 ชั่วโมง 7. ฝึการระวังการเลื่อนหลุดของ ET tube 8. ส่งและติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง 9. ติดตามผลการตรวจทางรังสี 10. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และฝึการระวังภาวะแทรกซ้อนจากให้ยา
<p>3.3 มีบันทึกแผนกิจกรรมการพยาบาล โดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติ ของพยาบาล ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>: บิดามารดาไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารกที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากไม่มีทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบาย สาธิตถึงวิธีการให้นมแม่ การอาบน้ำ การดูแลสายสะดือ การเช็ดตา การนำทารกมาตรวจตามนัด 2. แนะนำเรื่องวัคซีนที่ทารกควรได้รับ

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
	<p>3. ประสานงาน และปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยกระตุ้นการดูคลิ่นให้กับทารก พร้อมกับให้บิดา มารดา ได้เรียนรู้ และฝึกวิธีกระตุ้นพัฒนาการทางด้านการดูคลิ่น</p> <p>4. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารก</p>
<p>3.4 มีบันทึกที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลของข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่าย (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกหรือมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงแผนกิจกรรมการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย</p>	<p>วินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>บิดามารดาไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารกที่บ้านเนื่องจากไม่มีทักษะในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด</p> <p>แผนของกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>อธิบายและสาธิตให้บิดามารดาเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อบิดามารดาไม่มีความรู้เรื่องนี้ เช่น การให้นม การอาบน้ำ การให้ยา และการสังเกตอาการผิดปกติของทารก</p>
<p>3.5 มีบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกแสดงถึงการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล ตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p>	<p>ดูแล off Photo ตามแผนการรักษา เนื่องจาก microbililubin ลดเหลือ 8 mg/dl</p>
<p>การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>1. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตาม</p>	<p>ฟัง เสียงหายใจมีเสียง เสมหะดูแลจัดทำเพื่อการระบายเสมหะ</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>แผนการพยาบาล(แบบบันทึกการพยาบาล) : มีการบันทึกการปฏิบัติกรพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย</p>	<p>Vibration , Cupping และ clear airway</p>
<p>2. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและ/หรือบิดา มารดาตามแผนการพยาบาล(แบบบันทึกการพยาบาล) : มีการบันทึกการปฏิบัติกรพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและ/หรือบิดา มารดา</p>	<p>อธิบายให้บิดามารดาทราบถึงอาการของทารก เหตุผล และวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อบิดามารดาต้องการทราบ</p>
<p>3. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายตามแผนการพยาบาลที่วางไว้(แบบบันทึกการพยาบาล) : มีการบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล บิดา มารดา ไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารกที่บ้านเนื่องจากไม่มีทักษะในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล - อธิบายและสาธิตถึงวิธีการให้นมแม่ การอาบน้ำ การดูแลสายสะดือ การเช็ดตา การนำทารกมาตรวจตามนัด</p> <p>ประเมินผล มารดามีสีหน้ายิ้มแย้มและแสดงความมั่นใจในการอุ้มทารก และพร้อมที่จะรับทารกกลับบ้านถ้าแพทย์อนุญาต</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล 1. มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ทารกไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>กำหนดไว้(แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>ประเมินผล</p> <p>ทารกร้องเสียงดัง รับนมได้ดี ท้อง ไม่อืด อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8-37.3 องศาเซลเซียส</p>
<p>2. มีบันทึกการประเมินผลปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและ/หรือบิดา มารดาโดยสอดคล้องกับ จุดมุ่งหมาย/เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลที่กำหนดไว้ (แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วยด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณ ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>บิดามารดาไม่มีความวิตกกังวล เรื่องการเจ็บป่วยของบุตร</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - บิดามารดายอมรับในการเจ็บป่วยของบุตร - บิดามารดามีสีหน้าแจ่มใส <p>ประเมินผล</p> <p>บิดาและมารดายอมรับใน สภาพอาการเจ็บป่วยของบุตร แสดงสีหน้าพอใจในการดูแลรักษา ของแพทย์และพยาบาล</p>
<p>3. มีบันทึกการประเมินผลการพยาบาลเพื่อแก้ไข ปรับเปลี่ยนหรือยุติข้อวินิจฉัยการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพของผู้ป่วย(แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยน แก้ไขหรือยุติปัญหา สุขภาพของผู้ป่วย</p>	<p>ยุติปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะ อุณหภูมิกายต่ำ</p>
<p>4. มีการบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผน จำหน่าย (แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย</p>	<p>มารดาสามารถอุ้มทารกให้ดูนม และสามารถบีบน้ำนมเก็บได้ ถูกต้องหลังให้คำแนะนำเรื่องการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p>
<p>การสรุปการจำหน่าย</p> <p>1. มีบันทึกที่แสดงถึงสภาพและสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย</p>	<p>ก่อนจำหน่ายทารกตัวแดงคื่นขยับ</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>ผู้ป่วยโดยระบุสัญญาณชีพ อาการและ อาการแสดงของ ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่าย ผู้ป่วย) : มีการบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ อาการและอาการ แสดงของผู้ป่วยที่แสดงว่าอาการทุเลาขึ้นหรือหายจากการ เจ็บป่วย</p>	<p>แขน ขาได้ดี ร้องดังอัตราการ หายใจ 52 ครั้ง/ นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้น หัวใจ 148 ครั้ง/ นาที ความดัน โลหิต 93/47 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 2000 กรัม</p>
<p>2. มีบันทึกแสดงถึงปัญหาที่คงอยู่และการต้องการการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง (แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย) : มีการบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ที่ยัง เป็นปัญหาต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่ บ้าน</p>	<p>มีปัญหาปากแห้งเพดานโหว่ไม่ สามารถดูดกลืนนมได้เองต้องให้ อาหารทางสายงให้อาหาร</p>
<p>3. มีการบันทึกการให้คำแนะนำ/ทบทวนการให้ คำแนะนำแก่บิดามารดาและ/หรือญาติก่อนการจำหน่าย สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย(แบบบันทึกสรุปผลการ จำหน่ายผู้ป่วย) : มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำที่จำเป็น และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและ/ หรือญาติเกี่ยวกับยา การปฏิบัติตนและ/หรือการมาพบ แพทย์ตามนัด โดยสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย</p>	<p>การให้คำแนะนำแก่บิดามารดา และ/หรือญาติในการดูแลทารก คลอดก่อนกำหนด เช่น 1. แนะนำการให้นมและอาหาร เสริม ตามวัย 2. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้อง นำมาพบแพทย์ เช่น เจ็บ, เหนื่อย 3. สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติการ ช่วยชีวิตทารก 4. แนะนำให้พาทารกมาตรวจตาม นัด</p>
<p>4. มีบันทึกประเมินผลการสอนหรือการให้คำแนะนำแก่ บิดามารดา และ/หรือญาติ(แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่าย ผู้ป่วย) : มีการบันทึกการประเมินผลการสอน สาธิตหรือการ ให้คำแนะนำแก่ผู้บิดามารดาและ/ญาติ</p>	<p>หลังจากสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ ให้ความรู้แก่มารดาเรื่องการดูแล ทารก 1. บิดามารดาและ/หรือญาติ สามารถบอกวิธีการเลี้ยงดูทารก เช่นการเตรียมนม เทคนิคการให้ นม</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
	<p>2. บอกลักษณะปัญหาของทารก สามารถให้ยาได้อย่างถูกต้อง และบอกอาการอันตรายที่ต้องพาทารกมาพบแพทย์</p> <p>3. บิดามารดาและ/หรือญาติ สามารถปฏิบัติการดูแลโดย ใช้คู่มือที่ได้ถูกต้อง</p>
5. มีบันทึกการส่งต่อปัญหาการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพ(แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)	- ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ

2. แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

ขั้นตอนของกระบวนการการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น จะถือว่าเป็น " มีการบันทึก " และได้คะแนน = 1 จะต้องมียละเอียดดังนี้

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1. มีบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกได้รับ จนกระทั่งจำหน่ายถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย</p>	<p>แรกรับ ทารกเคลื่อนไหวน้อย ชยับ แขนขาอ่อน หายใจหอบ เร็วแรง ไม่สม่ำเสมอ กลั้นหายใจเป็นพักๆ ผิวกายปลายเล็บมือปลายเล็บเท้าคล้ำ</p> <p>T=37.6°C R= 72 ครั้ง/นาที HR = 170 ครั้ง /นาที BP = 59/34 mmHg</p>
<p>2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาลแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: การบันทึกปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่รวบรวมได้</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากขาดสารลดแรงตึงผิวจากการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ประวัติการคลอดอายุครรภ์ 30 สัปดาห์</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
	2. น้ำหนักตัวน้อย 1,300 กรัม 3. มีภาวะcyanosis 4. ผล Chest x – ray พบ Respiratory distress syndrome
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลัก วิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุก ครั้ง(แบบบันทึกแผนการพยาบาล) : มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลในแบบบันทึก แผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ทางการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากระบบการ ควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังเจริญไม่ สมบูรณ์ การวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้ทารกอยู่ใน incubator ปรับ อุณหภูมิของ incubator ให้เหมาะสม กับอายุและน้ำหนัก
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลัก วิชาการพยาบาล และสอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล) : มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามข้อ วินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาที่มี	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มี ประสิทธิภาพเนื่องจากขาดสารลดแรง ดึงผิวปอด การปฏิบัติการพยาบาล 1. สังเกตและบันทึกลักษณะการ หายใจ อัตราการหายใจ และการ ขยายตัวของทรวงอกทุกชั่วโมง 2. suction เมื่อมี secretion 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนให้ เพียงพอตามแผนการรักษา 4. ติดตามค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนให้อยู่ระหว่าง 90-93% ทุก ชั่วโมง
5. มีบันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย ตามลำดับก่อน-หลังทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)	12/6/51 02.30 น. ทารกมีสีผิวเขียวคล้ำ ตัว

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกวันที่ เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลัง</p>	<p>อ่อนปวกเปียก หายใจลำบาก ออกน้มนม</p> <p>หายใจออกมีเสียงgrunting R = 60 ครั้ง/ นาที T = 35.3 องศาเซลเซียส</p> <p>HR = 160 ครั้ง/ นาที BP = 93/47 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ออกซิเจนทาง Ambu mask ทารกมีอาการหอบ ตัวเขียวมากขึ้น O₂ Sat = 81 %</p> <p>02.40 น. แพทย์มาตรวจอาการ ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 2.5 ระดับลึก 6.5 เซนติเมตรมูมปาก</p>
<p>6. มีการบันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์(แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกของผู้ป่วยที่สังเกต และ/หรือตรวจร่างกายก่อนและหลังให้การพยาบาลและ/หรือการรักษา</p>	<p>หลังให้ออกซิเจนผู้ป่วยตัวแดงขึ้น</p> <p>หายใจลำบากน้อยลง</p>
<p>7. บันทึกสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมาย(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p>	<p>- แกร็บไหล่ซ้ายบวม ไม่สามารถขยับแขนได้</p>
<p>8. บันทึกสามารถอ่านได้ง่าย(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้รู้เรื่องอย่างรวดเร็ว</p>	<p>(ตรวจดูลายมือผู้บันทึก สามารถอ่านออก)</p>
<p>9. มีบันทึกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ (แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่าย)</p>	<p>— ผิวสีแดงริมฝีปากและปลายเล็บมือ เล็บเท้าไม่เขียวคล้ำ</p> <p>— ไม่มีอาการกระสับกระส่าย</p>
<p>10. ใช้คำย่อและ/หรือ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล(แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p>	<p>RDS = Respiratory distress syndrome หรือภาวะหายใจลำบาก</p> <p>O₂ = Oxygen หรือออกซิเจน</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
: มีการบันทึกโดยใช้คำย่อ สัญลักษณ์ ศัพท์เทคนิค ต่างๆที่นิยมใช้ และเป็นที่ยู่อัจกัันในทีมสุขภาพ	
11. ลงชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึก ทุกครั้ง(แบบ ประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบ บันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย) : มีการบันทึกชื่อและตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึก ต่อท้ายบันทึกที่เขียนเสร็จแล้วทุกครั้ง	(ตรวจดูบันทึก มีการลงชื่อผู้บันทึก พร้อมตำแหน่งทุกครั้งที่มีการบันทึก)
12. ระบุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาลของ ผู้ป่วย หอผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกแผ่น	-
13. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่าย ผู้ป่วย) : มีการบันทึกข้อความต่างๆในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น โดยใช้ปากกาสีน้ำเงิน ทุกครั้ง	-
14. จีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับทุก ครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่าย ผู้ป่วย) : มีการแก้ไขคำหรือข้อความที่ผิด โดยขีดเส้นตรงทับ คำหรือข้อความที่เขียนผิด และเซ็นชื่อเหนือคำหรือ ข้อความที่ผิด แล้วเขียนคำที่ถูกต้องต่อไป	หายใจหอบ ^{อุดมพร}
15. บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัดและขีดเส้นทับ ช่องว่างที่เหลือเพื่อป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลัง (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่าย ผู้ป่วย) : มีการบันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัดและขีด	แรกรับที่ตึกกุมารเวชกรรมล่าง ทารก หายใจลำบาก ออกบูม หายใจออกมี เสียงดัง (grunting) อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 35.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 168 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 93/47 มิลลิเมตร

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
เส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่างระหว่างคำสุดท้ายของการบันทึกในแต่ละครั้งกับชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึก เพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง	ปรอท กระตุ้นให้ขยับแขนขาแต่ทารกขยับได้น้อย ปลายเล็บมือและปลายเล็บเท้าคล้ำ

3. คู่มือวิเคราะห์ความเนื่องของการบันทึก

รายละเอียดในการวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึกและเกณฑ์ในการให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์ให้คะแนน
<p>การประเมินสถานะสภาพของผู้ป่วย</p> <p>1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมงหรือ บันทึกให้ครบ 3 เวรภายหลังแรกรับ (แบบประเมินผู้ป่วยและแบบบันทึกการพยาบาล)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อแรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย 2) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรที่แรกรับผู้ป่วย 3) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรถัดจาก เวรที่แรกรับ 4) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรที่ 3 ของ 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล 	<p>- 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2, 3 และ 4 ครบถ้วน</p> <p>- 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1, 2, และ 3 หรือ ข้อที่ 1, 2, และ 4 หรือ ข้อที่ 1, 3, และ 4</p> <p>- 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1 และ 2 หรือ ข้อที่ 1 และ 3 หรือ ข้อที่ 1 และ 4 หรือ</p> <p>- 0 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามข้อที่ 1 เท่านั้นหรือไม่มีเลย</p>
<p>2. มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรหรือทุกวันภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย(แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในเวรต่อจาก 3 เวรแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในแบบบันทึกการ 	<p>- 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อ 1</p> <p>- 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่</p>

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์ให้คะแนน
<p>พยาบาล</p> <p>2) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย</p> <p>3) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 2 ส่วนในแบบบันทึกการพยาบาล และไม่ทุกวันจนกระทั่งจำหน่าย</p> <p>4) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 4 ส่วนในแบบบันทึกการพยาบาล และไม่ทุกวันจนกระทั่งจำหน่าย</p>	<p>ระบุใน ข้อที่ 2</p> <p>- 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 3</p> <p>- 0 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 4</p>
<p>การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>3. มีบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อมาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>1) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงแรกทุกวันทุกเวรที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p> <p>2) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมทุกวันทุกเวรภายหลัง 24 ชั่วโมงแรก</p>	<p>- 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1 และ 2 ครบถ้วน</p> <p>- 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1 หรือ 2</p> <p>- 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2</p>
<p>การวางแผนการพยาบาล</p> <p>4. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมในแบบบันทึกแผนการพยาบาล(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>- มีบันทึก/หลักฐานเกี่ยวกับการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในแบบบันทึกแผนการพยาบาลโดยบันทึกได้ดังนี้</p> <p>1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย</p> <p>2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย</p>	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 2</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3เลย</p>

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์ให้คะแนน
<p>(อย่างน้อย 1 ใน 2)</p> <p>3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p>	
<p>5. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาล ทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องกัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือ เปลี่ยนแปลงไป(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>- มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข สิ้นสุดหรือ เปลี่ยนแปลงไป โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3) 2) เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3) 3) เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3) 	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ใน ข้อที่ 1</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ใน ข้อที่ 2</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ใน ข้อที่ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3เลย</p>
<p>การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>6. มีบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึก การพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวร(แบบบันทึกแผนการ พยาบาล)</p> <p>- มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อ แก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย ต่อเนื่องกันทุกเวร โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (น้อยกว่า 1 ใน 3) 	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ใน ข้อที่ 1</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ใน ข้อที่ 2</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ใน ข้อที่ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3เลย</p>

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์ให้คะแนน
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>7. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องกันทุกเวร(แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>- มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวร โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 2</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3เลย</p>
<p>8. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป(แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>- มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 	<p>3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1</p> <p>2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 2</p> <p>1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 3</p> <p>0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน ข้อที่ 1, 2 หรือ 3</p>

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องว่าง () หน้าคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึก

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง ทั้งนี้คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในด้านกรบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพคำตอบของท่านจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บความลับอย่างเคร่งครัดและจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

(นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ)

นักศึกษาปริญญาโท วิชาเอกบริหารการพยาบาล
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. วุฒิการศึกษาทางการแพทย์พยาบาลสูงสุดที่ท่านได้รับ
 ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ปริญญาโท อื่นๆ(โปรดระบุ).....
3. ท่านปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลทารกแรกเกิดมาแล้วทั้งสิ้นรวมเป็นเวลา.....ปี
4. ท่านปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาครมาเป็นเวลา.....ปี
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง
 พยาบาลประจำการ หัวหน้าหอผู้ป่วย
6. หลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลท่านเคยเข้ารับการอบรมเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหรือไม่
 เคย ไม่เคย
7. หลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลท่านเคยเข้ารับการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาลหรือไม่
 เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 2 การรับรู้คุณค่าของใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านทุกข้อ
- 5 คะแนน = ท่านรับรู้ว่ารูปแบบการบันทึกมีคุณประโยชน์ตามที่ระบุในข้อความนั้นมากที่สุด (ร้อยละ 81-100)
 - 4 คะแนน = ท่านรับรู้ว่ารูปแบบการบันทึกมีคุณประโยชน์ตามที่ระบุในข้อความนั้นมาก (ร้อยละ 61-80)
 - 3 คะแนน = ท่านรับรู้ว่ารูปแบบการบันทึกมีคุณประโยชน์ตามที่ระบุในข้อความนั้นปานกลาง (ร้อยละ 41-60)
 - 2 คะแนน = ท่านรับรู้ว่ารูปแบบการบันทึกมีคุณประโยชน์ตามที่ระบุในข้อความนั้นน้อย (ร้อยละ 21-40)
 - 1 คะแนน = ท่านรับรู้ว่ารูปแบบการบันทึกมีน้อยคุณประโยชน์ตามที่ระบุในข้อความนั้นที่สุด (ร้อยละ 0-20)

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
ก. การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ					
1. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในระยะแรกได้รับได้ครบถ้วน					
2. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านสามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจน					
3. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว					
ข. การวินิจฉัยการพยาบาล					
4. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านมองเห็นปัญหาเร่งด่วนก่อนหลังของผู้ป่วยได้ชัดเจน					
5. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย					
6. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลแรกรับผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว					
7. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วยที่พบได้สะดวก รวดเร็ว					
ค. การวางแผนการพยาบาล					
8. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านเห็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยได้สะดวก รวดเร็ว					
9. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านเห็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลของปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว					
10. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครบถ้วน					
11. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านสามารถบันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว					
12. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านสามารถบันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องสอดคล้อง					

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
กับข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย					
13. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกแนวทางการประเมินผลการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยสรุปว่า ปัญหาได้รับการแก้ไข ปัญหายังคงอยู่ หรือปัญหาเปลี่ยนแปลงได้ สะดวก รวดเร็ว					
ง. การปฏิบัติการพยาบาล					
14. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องกับแผนการพยาบาล					
15. ช่วยให้คุณบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อได้ครบถ้วน					
16. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว					
จ. การประเมินผลการพยาบาล					
17. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจนและสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล					
18. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครบถ้วนทุกข้อ					
19. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว					
20. ช่วยให้คุณบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ					
ฉ. การสรุปจำหน่ายแลการวางแผนการจำหน่าย					
21. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้ท่านมีแนวทางบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ครบถ้วน					

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
22. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลช่วยให้ท่านบันทึกการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว					
23. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลช่วยให้ท่านบันทึกสรุปการ จำหน่ายผู้ใช้บริการได้สะดวก รวดเร็ว					
24. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลช่วยให้ท่านเห็นแนวทางการ เตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ					
25. รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลช่วยให้ท่านบันทึกสรุปจำหน่าย ผู้ใช้บริการได้ครบถ้วน					



แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์

ชื่อ.....นามสกุล.....ครั้งที่.....วันที่...../...../.....

คำชี้แจง

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล มีทั้งหมด 10 ข้อๆละ 1 คะแนน รวมเป็นคะแนนเต็ม 10 คะแนน
2. แบบทดสอบเป็นข้อสอบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก คือ ก ข ค ง
3. ให้วงกลมรอบตัวเลือกที่ถูกที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก
4. ใช้เวลาทำแบบทดสอบ ประมาณ 10 นาที



1. การบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญดังต่อไปนี้ ยกเว้นข้อใด
 - ก. เป็นสื่อกลางระหว่างทีมสุขภาพ
 - ข. เป็นเครื่องมือรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วย
 - ค. ช่วยให้เกิดหลักฐานการพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ
 - ง. ป้องกันการปฏิบัติงานผิดพลาดของบุคลากรทีมสุขภาพ
2. แหล่งข้อมูลหลักที่พยาบาลใช้ในการประเมินปัญหาภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดคืออะไร
 1. สมุดบันทึกการฝากครรภ์
 2. ประวัติการคลอดของทารก
 3. บันทึกการตรวจร่างกายของแพทย์
 4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ก. 1, 2, 3
 - ข. 1, 3, 4
 - ค. 2, 3, 4
 - ง. 1, 2, 3, 4
3. รูปแบบการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อใด ไม่ถูกต้อง
 - ก. อาการผิดปกติ+เนื่องจาก+วินิจฉัยโรค
 - ข. ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก+ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - ค. เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่ทำให้เกิด
 - ง. เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
4. ข้อใดเป็นตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ถูกต้อง
 - ก. การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีภาวะRDS
 - ข. ผิวหนังเสียน้ำที่ เนื่องจากมีแผลกดทับที่ผิวหนัง
 - ค. เสี่ยงต่อผิวหนังเสียน้ำที่ เนื่องจากไม่ค่อยได้รับการพลิกตัว
 - ง. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากการดูดซึมอาหารไม่สมบูรณ์
5. จากวัตถุประสงค์ “เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ” การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลในข้อใด ไม่ถูกต้อง
 - ก. อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ข. ไม่มีภาวะหายใจลำบาก เช่น ออกนุ้มหรือปีกจมูกบาน
 - ค. ผิวสีแดง ผิวกาย ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าไม่มีอาการเขียว
 - ง. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 85-93%

6. ข้อใดเป็นตัวอย่างของการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน
- ฉีด clafalan 60 mg IV push q 12 hrs
 - Tepid sponge เมื่ออุณหภูมิกายสูงขึ้น
 - สอนมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
 - ดูแลให้ทารกได้รับนมทางสายกระเพาะอาหารทุก 3 ชั่วโมง
7. แบบบันทึกแผนการพยาบาลใช้บันทึกข้อมูลใดบ้าง
- สรุปการจำหน่าย
 - วัตถุประสงค์การพยาบาล
 - กิจกรรมการพยาบาล
 - ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
- 1 2 และ 3
 - 1 2 และ 4
 - 2 3 และ 4
 - 1 2 3 และ 4
8. การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ข้อใดสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลมากที่สุด
- ทารกดูดกลืนนมมารดาได้ดี
 - ทารกได้รับยา aminophyline ตามแผนการรักษา
 - มารดามีสีหน้าวิตกกังวล อธิบายความกังวลและอาการของทารกเป็นระยะๆ
 - ทารกหายใจออกนุ่ม ตัวเขียว ดูแลให้ได้รับออกซิเจน box 3 ลิตร/นาที 15 นาที ต่อมาหายใจออกนุ่มน้อยลง ตัวแดงมากขึ้น
9. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือเกณฑ์การประเมินผลแล้ว ควรบันทึกในแบบบันทึกใด
- แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ
 - แบบบันทึกการพยาบาล
 - แบบบันทึกแผนการพยาบาล
 - แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย

10. ข้อมูลใดควรเขียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

1. อาการหรืออาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
2. การมาตรวจตามแพทย์นัด
3. ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย
4. การแนะนำการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังจำหน่าย

ก. 1 2 และ 3

ข. 1 2 และ 4

ค. 2 3 และ 4

ง. 1 2 3 และ 4



การหาความเที่ยงแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

แฟ้มประวัติของผู้ป่วยคนที่	คะแนนการตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล		อัตราส่วนของผู้ตรวจสอบคนที่	อัตราส่วนของผู้ตรวจสอบคนที่	ผลต่าง
	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1	ผู้ตรวจสอบคนที่ 2	1	2	
1	15	14	0.15	0.14	0.01
2	8	8	0.08	0.08	0.00
3	13	13	0.13	0.13	0.00
4	3	3	0.03	0.03	0.00
5	4	3	0.04	0.03	0.01
6	13	13	0.13	0.13	0.00
7	11	11	0.11	0.11	0.00
8	7	8	0.07	0.08	0.01
9	15	14	0.15	0.14	0.01
10	10	10	0.10	0.10	0.00
รวม	99	97	1.00	1.00	0.05

ความเที่ยง โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

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

$$\pi = \text{ดัชนีความสอดคล้อง}$$

P_o = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ จำนวน 2 คน

P_e = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่ถูกรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

$$P_o = 1 - 0.048 = 0.952$$

$$P_e = 0.152^2 + 0.131^2 = 0.023 + 0.017 = 0.040$$

$$\pi = \frac{0.952 - 0.040}{1 - 0.040} = \frac{0.912}{0.958} = 0.95$$

การหาความเที่ยงแบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

แฟ้มประวัติ ของผู้ป่วยคนที่	คะแนนการตรวจสอบความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล		อัตราส่วน ของผู้ ตรวจสอบ คนที่1	อัตราส่วน ของผู้ ตรวจสอบ คนที่2	ผลต่าง
	ผู้ตรวจสอบคนที่1	ผู้ตรวจสอบคนที่2			
1	8	7	0.11	0.10	0.01
2	8	7	0.11	0.10	0.01
3	6	6	0.08	0.09	0.00
4	8	8	0.11	0.11	0.00
5	8	9	0.11	0.13	0.02
6	7	7	0.10	0.10	0.00
7	7	7	0.10	0.10	0.00
8	7	7	0.10	0.10	0.00
9	6	6	0.10	0.10	0.00
10	7	7	0.10	0.10	0.00
รวม	72.00	71.00	1.00	1.00	0.05

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

$$P_o = 1 - 0.05 = 0.950$$

$$P_e = 0.127^2 + 0.113^2 = 0.016 + 0.018 = 0.034$$

$$\pi = \frac{0.950 - 0.034}{1 - 0.034} = \frac{0.916}{0.966} = 0.948$$

การหาความเที่ยงแบบตรวจสอบความต่อเนื่องการบันทึก

แฟ้มประวัติ ของผู้ป่วยคนที่	คะแนนการตรวจสอบความต่อเนื่องการ บันทึก		อัตราส่วน ของผู้ ตรวจสอบ คนที่1	อัตราส่วน ของผู้ ตรวจสอบ คนที่2	ผลต่าง
	ผู้ตรวจสอบคนที่1	ผู้ตรวจสอบคนที่2			
1	3	3	0.09	0.10	0.01
2	3	2	0.09	0.07	0.03
3	4	4	0.13	0.13	0.01
4	3	3	0.09	0.10	0.01
5	3	3	0.09	0.10	0.01
6	3	3	0.09	0.10	0.01
7	3	2	0.09	0.07	0.03
8	3	3	0.09	0.10	0.01
9	3	3	0.09	0.10	0.01
10	4	4	0.13	0.13	0.01
รวม	32.00	30.00	1.00	1.00	0.11

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

$$P_o = 1 - 0.106 = 0.894$$

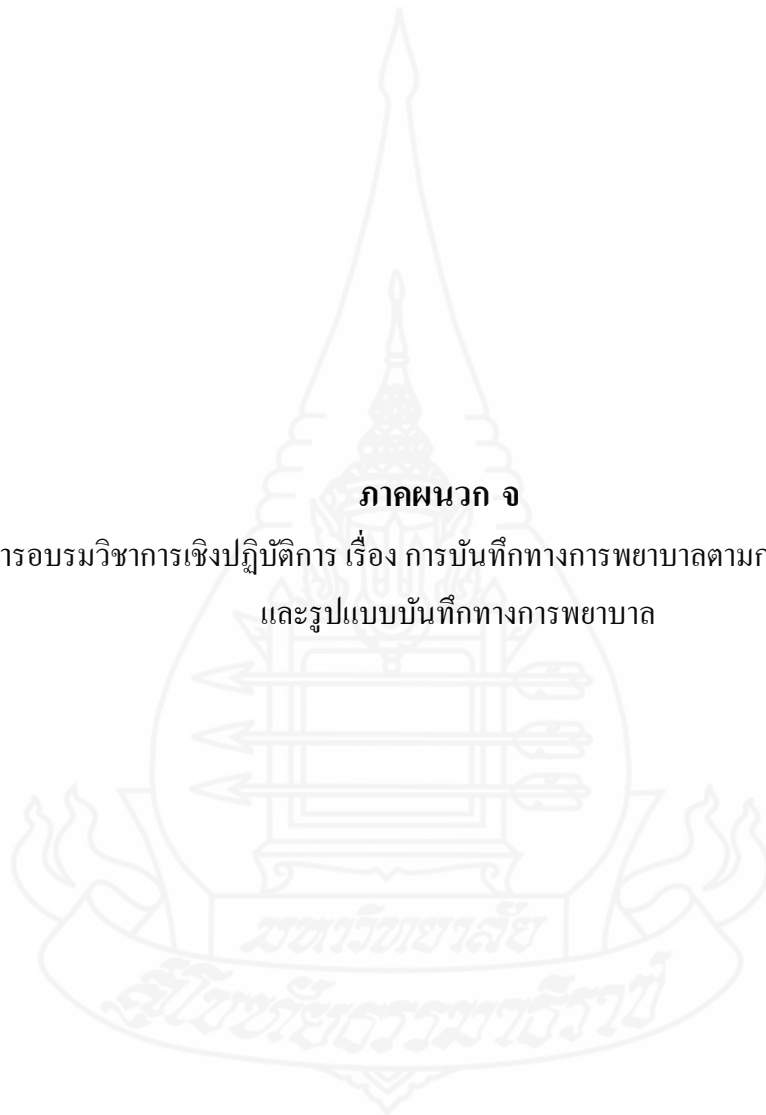
$$P_e = 0.133^2 + 0.100^2 = 0.018 + 0.010 = 0.028$$

$$\pi = \frac{0.894 - 0.028}{1 - 0.028} = \frac{0.866}{0.972} = 0.89$$

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.95 ความถูกต้องตามหลักการบันทึกเท่ากับ 0.95 และความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.90 ตามลำดับ

ภาคผนวก จ

โครงการอบรมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
และรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล



โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

กลยุทธ์ S2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร

วัตถุประสงค์ obj.3 บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับภารกิจ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาพยาบาลเจริญก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน นโยบายระดับชาติมีความต้องการพัฒนาบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งในสาขาวิชาชีพพยาบาลที่ต้องมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลจากบันทึกทางการแพทย์เป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายเพราะสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลทางการพยาบาล เพราะการบันทึกทางการแพทย์บ่งบอกถึงสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การบันทึกช่วยให้เกิดการพยาบาลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะข้อมูลหลายอย่างจะปรากฏอยู่ในบันทึกใช้เป็นข้อมูลในการค้นคว้า เป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการพยาบาล สถานการณ์พยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในด้านมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน มาตรฐานที่ 5 กล่าวว่า พยาบาลและผดุงครรภ์ต้องบันทึกและรายงานบันทึกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการบันทึกและการรายงานตามการปฏิบัติการที่ใช้กระบวนการพยาบาล

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกทางการแพทย์ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงาน ซึ่งในปัจจุบันได้พัฒนาปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความคล่องตัวทันสมัย ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงและทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ ต้องใช้ใช้อุปกรณ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งต้องใช้ทีมพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางควบคู่กับการรักษาของแพทย์ต้องใช้ความสามารถในการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและถูกต้องอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตอย่าง สิ่งที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลทารกดังกล่าวคือ กระบวนการตัดสินใจและกระบวนการพยาบาล ซึ่งกระบวนการตัดสินใจต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจเรื่องกาย จิต สังคมของทารก ต้องประเมินสภาพทารก วิเคราะห์ปัญหา และลำดับความสำคัญของกระบวนการพยาบาล โดยครอบคลุมทั้งด้านกายและจิตสังคม

จากรายงานการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลในปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า การบันทึกยังด้อยในด้านคุณภาพทั้งเนื้อหายังขาดความถูกต้อง ความครบถ้วน ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล มีการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ไม่สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงาน ลายมืออ่านยาก ข้อความที่บันทึกขาดความเป็นปัจจุบันเนื่องจากทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย พยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก้ไขมากมายแต่ขาดการลงบันทึกเนื่องจากรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลไม่เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ด้วยความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าว จึงมีการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลขึ้นเพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้นจึงได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ในหัวข้อเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรกลุ่มดังกล่าวมีองค์ความรู้ และสามารถนำความรู้ที่พัฒนามาพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะของการปฏิบัติการในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งมีทารกวิกฤติได้เป็นอย่างดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการในหน่วยงาน
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ และสามารถบันทึกการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 15 คน

วิธีการดำเนินการ

1. เขียนโครงการเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
2. ประชุมชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ
3. ดำเนินการอบรม เรื่องบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

ระยะเวลาดำเนินการ

ช่วงเดือน มกราคม – เมษายน 2553

อบรม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 และ 7 คน เวลา 13.00 – 16.00

จัดสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม ๆ ละ 4 ครั้ง เวลา 13.00-15.00

สถานที่

ห้องประชุมหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

งบประมาณ

จำนวนเงิน 4500 บาท

การประเมินผล

1. ความรู้ผู้เข้าอบรมเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล
2. คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

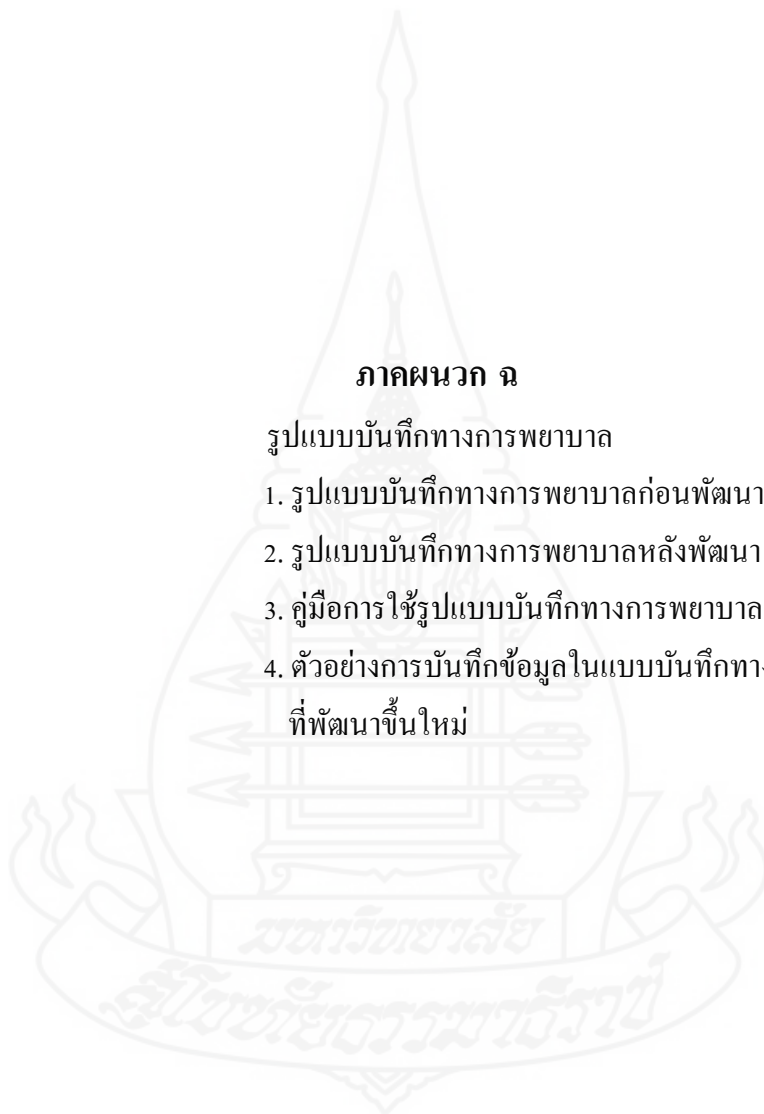
ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและประเภทของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล
2. ผู้เข้าอบรมสามารถพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาที่สำรวจพบในการประชุมกลุ่ม และการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

ภาคผนวก ฉ

รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

1. รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนพัฒนา
2. รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนา
3. คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล
4. ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาล
ที่พัฒนาขึ้นใหม่



รูปแบบบันทึกทางการแพทย์บาลก่อนพัฒนา



สภาพผู้ป่วยแรกรับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

กุมารเวชกรรม

1. รับใหม่ / รับย้าย OPD LR OR PP อื่นๆ ระบุ.....
2. อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล.....
3. อาการแรกรับ.....
T.....C P.....ครั้ง/นาที R.....ครั้ง/นาที น้ำหนัก.....กรัม
4. การวินิจฉัยโรคแรกรับ.....
5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี มี ระบุ.....
6. สภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับ
 - 6.1 การตอบสนอง ยกแขนขาได้เอง กระตุ้นยกแขนขาได้
 กระตุ้นยกแขนขาได้เล็กน้อย ไม่ตอบสนองการกระตุ้น
 - 6.2 การหายใจ ปกติ หายใจลำบาก ไม่หายใจ
 - 6.3 การช่วยหายใจ Clear airway อย่างเดียว ให้O₂ทางจมูก
 ให้ให้O₂ทาง mask ใส่ ET tube bagging
 - 6.4 ไหลเวียนโลหิต สีผิว ปกติ ซีด เขียวทั้งตัว เขียวปลายมือปลายเท้า
 อื่นๆ ระบุ.....
7. อาหาร นมมารดา นมผสม งคนม
8. การนอนหลับ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
9. การขับถ่าย : ปัสสาวะ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
: อุจจาระ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
10. การตอบสนอง ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
11. สภาพสังคมและเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ป่วย
 - 11.1 มารดา.....
บิดา.....
 - 11.2 รายได้ของครอบครัว.....บาท
 - 11.3 สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย บิดา
 มารดา
 บุคคลอื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....ตำแหน่ง RN TN

แบบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วันที่เวลา	ปัญหาผู้ป่วย	บันทึกทางการแพทย์	หมายเหตุ
	จำหน่ายทารกกลับบ้าน พร้อมมารดา <input type="checkbox"/> น้ำหนัก > 2500 กรัม	<input type="checkbox"/> แนะนำวิธีเลี้ยงบุตรอย่างถูกวิธี : การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน ไม่ป้อนน้ำนมและห้ามป้อนข้าวหรือกล้วยก่อนบุตรอายุ 6 เดือน ห้ามนำบุตรไปกวาดยา : การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรนำบุตรมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ตัวเหลือง ไม่ดูดนม มีไข้ ถ่ายเหลวมากกว่า 5 ครั้ง/วัน ตาหรือสะดือและ : การให้อาหารเสริมอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงของการให้นมบุตร ได้แก่ อายุ 6 เดือนขึ้นไปให้กินนมแม่ ข้าวบด ไข่แดงต้มผสมน้ำแกงจืดวันละ 1 ครั้ง อายุครบ 7 เดือน กินนม เพิ่มข้าวบดเนื้อปลาสุกผสมน้ำแกงจืด วัน 1 ครั้ง อายุ 8 เดือน กินนมแม่ ข้าวบด ข้าวบดเนื้อปลาสุก หรือไข่แดงต้มสุกผสมน้ำแกงจืด โดยเพิ่มผักสุกบดด้วยทุกครั้งแทนนมแม่ 1 มื้อ เมื่ออายุครบ 8-9 เดือนให้เพิ่มผักสุกบดหยาบ อายุ 10-12 เดือนให้เพิ่มปริมาณให้มากขึ้น เป็นอาหารหลักแทนนมแม่ : การใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็กและบันทึกการเจริญเติบโตของทารก : สังเกตพัฒนาการ ในแต่ละช่วงวัยถ้าผิดปกติให้นำบุตรมาพบแพทย์ : การนำบุตรมารับวัคซีนและพบแพทย์ตามนัด : แนะนำมารดาให้พัฒนาทักษะบุตรด้านสติปัญญา อารมณ์ ความอดกลั้น อดทน และศีลธรรม โดยการอุ้มให้บุตรกินนมแม่ ได้นิทาน นวดสัมผัส ร้องเพลงกล่อม ในช่วงแรกเกิด-3 ปี ของเล่นเหมาะสมตามวัย	
	<input type="checkbox"/> ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนัก < 2500 กรัม	<input type="checkbox"/> แนะนำการดูแลรักษาร่างกายให้อบอุ่นเสมอ จัดสถานที่เลี้ยงดูทารกให้ระบายอากาศดีไม่เปิดพัดลม โกรกหรือแอร์เย็น >28 C° เช็ดตัวในช่วงอากาศเย็นแทน อาบน้ำในเวลากลางวันหรือจนทารกน้ำหนักมากกว่า 2000 กรัม ห่อตัวทารกให้อบอุ่นอยู่เสมอ สังเกตภาวะซีด ตัวเย็น หายใจช้าลงต้องรีบกระตุ้นและห่อตัวทารกให้อุ่นขึ้น	
	<input type="checkbox"/> ทารกมีภาวะหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ดูแลให้ดื่มนมทุก 2-3 ชั่วโมงตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าทารกงอแงจับหน้าเอียงตะแคงเพื่อไม่ให้นมไหลเข้าหลอดลมใช้ลูกสูบยางดูดนมที่ค้างในปากและจุก ถ้าทารกหยุดหายใจกระตุ้นโดยใช้นิ้วกดเบาๆที่หน้าอกและเป่าปากช่วยหายใจไม่ดีขึ้นรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที <input type="checkbox"/> ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยเคาะปอด ดูแลเสมหะก่อนให้นมทุกครั้ง <input type="checkbox"/> อุ้มทารกให้นมทุกครั้งเพื่อป้องกันทารกท้องอืดสำคัญนม <input type="checkbox"/> ดูแลให้ทารกรับประทานยาตามแพทย์สั่งและนำบุตรพบแพทย์ทันทีเมื่อทารกหายใจหอบ มีไข้ มีเท้าซีดเขียวและหลักเลี้ยงผู้เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
Name of Patient		Age	year HN
Department		ward	Attending Physician

แบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา



แบบประเมินแรกรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ข้อมูลทั่วไป	
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....เพศ..... HN.....AN..... วันที่รับ.....เวลาที่ถึงหอผู้ป่วย.....รับจาก <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> LR <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....refer จาก..... วิธีนำส่ง <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Incubator <input type="checkbox"/> อุ้ม <input type="checkbox"/> crib ผู้นำส่ง..... บิดาชื่อ/สกุล.....อายุ.....ปี การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้/เดือน.....บาท มารดาชื่อ/สกุล.....อายุ.....ปี การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้/เดือน.....บาท บุคคลที่ติดต่อได้ชื่อ.....ความสัมพันธ์.....ที่อยู่.....โทรศัพท์..... อาการสำคัญที่นำส่งรพ/หอผู้ป่วย(อาการสำคัญ/ระยะเวลา)..... อาการแรกรับ(สภาพทั่วไปด้านร่างกายจิตใจอารมณ์)..... สัญญาณชีพแรกรับTemp..... ⁰ C, HR.....ครั้ง/นาที, RR.....ครั้ง/นาที, BP.....mmHg, SpO ₂% การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น..... ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน(ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ/ลักษณะอาการ/วิธีการแก้ไข/เหตุผลที่มาโรงพยาบาล)..... ประวัติเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> Preterm <input type="checkbox"/> BPD <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
ประวัติการเกิด	
มารดา	ทารก
มารดา G.....P.....A.....ตั้งครรภ์.....สัปดาห์ โดย <input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> Ultrasound การฝากครรภ์ <input type="checkbox"/> ฝาก <input type="checkbox"/> ไม่ฝาก สถานที่ฝาก..... ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หลังคลอด <input type="checkbox"/> น้ำเดินระหว่างคลอด <input type="checkbox"/> ก่อนคลอด.....ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ไม่มี ไข้ ก่อนคลอด <input type="checkbox"/> มี ไข้ก่อนคลอด..... ⁰ C การรักษา/ยา ที่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์..... ผลตรวจโลหิตของมารดา Blood gr.....Rh.....HB _g Ag..... HB _g Ag.....VDRL.....HIV.....อื่นๆ..... โรคประจำตัวมารดา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	อายุครรภ์(GA).....สัปดาห์ ทารกเกิดเวลา.....น. วันที่.....อายุหลังเกิด..... ชนิดการคลอด <input type="checkbox"/> Normal labor <input type="checkbox"/> C/S due to <input type="checkbox"/> V/E due to ... <input type="checkbox"/> F/E due to <input type="checkbox"/> Breech น้ำคร่ำ เหนียว <input type="checkbox"/> ไม่เหนียว <input type="checkbox"/> มีMeconium <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> Thick น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม ตัวขาว.....ชม รอบศีรษะ.....ชม. น้ำหนักแรกรับ.....กรัม.Apgar score 1 นาที..... 5 นาที..... การช่วยเหลือแรกคลอด <input type="checkbox"/> clear way <input type="checkbox"/> ใส่O ₂ ทางจมูก <input type="checkbox"/> O ₂ Mask with bag <input type="checkbox"/> ใส่ETtube <input type="checkbox"/> ยาที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
การประเมินแบบแผนสุขภาพ	
1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ การได้รับภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HBIG การแพ้ยา/สารเคมี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... มารดาใช้สารเสพติด <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> ใช้ ระบุ.....การดูทารกขณะเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ซื้อยาเอง <input type="checkbox"/> พบแพทย์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
2. อาหารและการพยาบาลอาหาร <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> On IV Fluid ชนิดนม <input type="checkbox"/> นมมารดา <input type="checkbox"/> นมผสม วิธีให้นม <input type="checkbox"/> ดูดเอง <input type="checkbox"/> ใช้ зон <input type="checkbox"/> ให้ทางสายยาง	

ปัญหาการดูดกลืน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....			..สำรอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....		
ท้องอืด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....			Bowel Sound <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....		
3. การขับถ่าย					
รูทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ่าย Meconium <input type="checkbox"/> ถ่ายแล้ว <input type="checkbox"/> ยังไม่ถ่าย ลักษณะอุจจาระ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....					
ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปัสสาวะปกติ <input type="checkbox"/> ยังไม่ถ่าย <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....					
4. กิจกรรมออกกํ้ากาย					
ลักษณะการหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> หอบ <input type="checkbox"/> จมูกบาน <input type="checkbox"/> หน้าอกบุ๋ม <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
สีผิว <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> ปลายมือปลายเท้าเขียว <input type="checkbox"/> รอบปากเขียว <input type="checkbox"/> เขียวทั้งตัว <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
Breath sound <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....					
การเต้นของหัวใจ <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular <input type="checkbox"/> murmur <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ แขน/มือ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... ขาเท้า <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....					
muscle tone <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... การชักเกร็ง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....					
5. การพักผ่อนนอนหลับ					
ปัญหาในการนอนหลับของทารก <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....					
6. เทตและการเจริญพันธ์					
ลักษณะอวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> ปกติ..... ชั่วโมง/วัน <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....					
7. สถิติปัญหาและการรับรู้					
ระดับความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว ลักษณะศีรษะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....					
Caput Succedaneum <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... cephalhematoma <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....					
ลูกตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ..... รูมูก <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....					
ปากและลิ้น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... โบหูและรูหู <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....					
ความเจ็บปวด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง..... Paine Scale ระดับความเจ็บปวด..... คะแนน					
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)					
สีหน้า 0 = ก่อนกลาย 1 = แสยะปาก จมูก หัวคิ้วขึ้น ปิดตาแน่น			หายใจ 0 = สม่ำเสมอ 1 = หายใจเร็วขึ้น / ซ้ำลงหรือกลั้นหายใจ		
ร้องไห้ 0 = ไม่ร้อง 1 = ร้องคราง 2 = กรีดร้อง			แขน 0 = วางสบายๆ 0 = งอ ,		
ระดับการหลับ ตื่น 0 = หลับ/ ตื่น 1 = กระสับกระส่าย วุ่นวาย			ขา 0 = วางสบายๆ 1 = งอ/เหยียด		
8. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ของบิดามารดา					
ความพร้อมที่จะมีบุตรคนนี้ <input type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....					
9. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ					
ความสัมพันธ์ในครอบครัว <input type="checkbox"/> บิดามารดาอยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> บิดามารดาแยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว <input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย					
บุคคลที่เลี้ยงทารก <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นระบุ.....					
10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียดของบิดามารดา					
การเจ็บป่วยของทารกทำให้บิดามารดารู้สึก <input type="checkbox"/> เฉยๆ <input type="checkbox"/> กลัว <input type="checkbox"/> กังวล <input type="checkbox"/> ท้อแท้ <input type="checkbox"/> เครียด					
11. ค่านิยมและความเชื่อของบิดามารดา					
ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก.....					
สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ของบิดามารดา <input type="checkbox"/> ศาสนา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....					
ผู้ให้ข้อมูล <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล					
หัวข้อประเมิน..... ลงชื่อผู้รวบรวมข้อมูล..... ตำแหน่ง RN ว.ด.ป...../...../..... เวลา..... น.					
หัวข้อประเมิน..... ลงชื่อผู้รวบรวมข้อมูล..... ตำแหน่ง RN ว.ด.ป...../...../..... เวลา..... น.					
หมายเหตุ รวบรวมข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมง โดยกรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อนและส่งเวรต่อให้เวรถัดไปรวบรวมให้เสร็จ					
Name of Patient		Age		year	
Department		ward		HN	
				Attending Physician	

แผนการพยาบาล

วิธีการบันทึก : แผนการพยาบาลเป็นแผนการพยาบาลของปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่
ให้ใส่เครื่องหมาย ใน หน้าข้อความที่เลือก หรือเขียนรายละเอียดได้ตามความเหมาะสม จดมาข้อความที่ไม่
ต้องการออกพร้อมลงชื่อกำกับ กรณีที่ต้องกรณระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สิ้นสุด
ไปแล้วให้ระบุวันที่ เวลาที่เกิดใหม่ตามลำดับลงมาจกเดิมได้(ในกรณีข้อมูล-อาการ ไม่ต่างจากเดิม) แต่กรณีที่
ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการเปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้จากของเดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่
หากพบปัญหาเพิ่มเติมให้บันทึกลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเปล่าตามปัญหาของผู้ป่วย
กรณีเปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่ หรือปัญหาสิ้นสุด ให้ระบุวัน-เวลาสิ้นสุดปัญหาทุกครั้ง

วันที่เริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมทางการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	ข้อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ การแลกเปลี่ยนแก๊สบกพร่อง เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ปอดเจริญไม่สมบูรณ์ และขาดสารลดแรงตึงผิว <input type="checkbox"/> การดูดซึ่อกซี้เทอ <input type="checkbox"/> ติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจ <input type="checkbox"/> มีเสมหะคั่งค้าง <input type="checkbox"/> ปอดแฟบ <input type="checkbox"/> มีภาวะหยุดหายใจ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการหายใจลำบาก ซึม ตัวเขียว 2. เสียงลมเข้าออกปอดปกติ 3. หายใจสัมพันธ์กับ เครื่องช่วยหายใจ 4. SpO ₂ >93% 5. ค่า Blood gas ปกติ 6. ผล CXR ปกติหรือมี ลักษณะฝ้าขาวลดลง	1. ดูแลให้ O ₂ ตามแผนการรักษา 2. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจการ ขยายตัวของทรวงอก สีผิว ทุก 1 ชั่วโมง 3. การจัดทำอนสิริษะสูง 4. ดูแลเสมหะเมื่อมีเสียงเสมหะในระบบทางเดิน หายใจ 5. ตรวจสอบการปรับตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจทุก 1 ชั่วโมง 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ SpO ₂ ทุกชั่วโมง 7. เฝ้าระวังการเลื่อนหลุดของ ET tube 8. สังเกตและติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือด แดง 9. ติดตามผลการตรวจทางรังสี 10. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากให้ยา 11./...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	ข้อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ การควบคุมอุณหภูมิของ ร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของ ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ <input type="checkbox"/> พื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับ น้ำหนักตัวและไขมัน สะสมน้อย	การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ให้อยู่ในระดับปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. อุณหภูมิร่างกายปกติ 2. ไม่มีอาการแสดงของ ภาวะอุณหภูมิต่ำ ได้แก่ ตัว เย็น ซึมลง หัวใจเต้นช้า หายใจช้าลง ริมฝีปาก ปลาย มือปลายเท้าเขียว 3. ไม่มีอาการแสดงของ	1 ปรับอุณหภูมิของ <input type="checkbox"/> incubator <input type="checkbox"/> radiant warmer ให้เหมาะสมกับ postconceptional age ทุกเวร 2 ตรวจสอบอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมหรือตัวผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง 3 เปลี่ยนผ้าอ้อมหลังปัสสาวะอุจจาระทันที 4 ติดตามประเมินอาการของ hyperthermia เช่น ตัว แดงจัด ใบหน้าแดง กระสับกระส่าย ทุก 1 ชั่วโมง 5 ติดตามประเมินอาการของ hypothermia เช่น ปลายมือปลายเท้าเย็น ซึม หายใจช้า มี mottling ทุก 1 ชั่วโมง/...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
Name of Patient		Age	year	HN
Department		ward		Attending Physician

วันที่เริ่ม ปัญหา	ชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์	ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมทางการแพทย์	วันสิ้นสุด ปัญหา
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ภาวะอุณหภูมิสูง ได้แก่ ตัว แดงจัด ใบหน้าแดง ตัวร้อน หัวใจเต้นเร็วกระสับกระส่าย	6 ตรวจวัดอุณหภูมิทุก 1 ชั่วโมง 7 ปฏิบัติอย่างนุ่มนวล รวดเร็ว รบกวนทารกน้อย ที่สุด 8 ดูแลให้มารดาอุ้มสัมผัสทารกแบบแครงารู 9	
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	ข้อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสียต่อ ภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ระบบภูมิคุ้มกันยังเจริญ ไม่เต็มที่ <input type="checkbox"/> Invasive Procedure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ทารกไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล 1. ทารกไม่มีอาการและ อาการแสดงของการติดเชื้อ ในร่างกายเช่น ซึมลง มีไข้ หรือตัวเย็น หูดหายใจ ตัว เจียว ตำรอกนม ความดัน โลหิตต่ำ ท้องอืด ซีด เหลือง เป็นต้น 2. อุณหภูมิของร่างกายปกติ 3. ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ มีค่าปกติ	1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทารก ทุกครั้ง 2. แยกของใช้ประจำตัวทารกแต่ละคน 3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการ แสดงการติดเชื้อ เช่น ซึมลง มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ 4. จับต้องทารกอย่างทะนุถนอมเพื่อป้องกันการเกิด บาดแผลถลอก 5. ทำความสะอาด incubator ทุกวัน 6. ปฏิบัติการพยาบาลแก่ทารกโดยใช้หลักปลอดเชื้อ เช่น การดูแลเสมหะ การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือด 7. เปลี่ยนสารน้ำและอุปกรณ์ให้สารน้ำทุก 24-72 ชั่วโมง 8. ติดตามและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด การเพาะเชื้อในเลือด เมื่อ พบว่าผิดปกติ รายงานแพทย์ 9. ดูแลทำความสะอาดร่างกายทารก และเช็ดทำความสะอาด สะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของทารกทุกครั้งเมื่อมีการ ขับถ่าย 10. เปลี่ยนสาย NG tube ทุกวัน 11. เปลี่ยนสาย Respirator และ Chamber humidifier ทุก 3 วัน 12. แนะนำและส่งเสริมให้บิดามารดาล้างมือก่อน และหลังสัมผัสตัวทารก 13. ดูแลให้ได้รับยา Antibiotic.....ตามแผนการรักษา 14./...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	ข้อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสียต่อ	ร่างกายได้รับสารน้ำ สารอาหารและอิเล็กโทรลัยต์ เพียงพอ	1 ดูแลให้สารน้ำ/อาหารทางหลอดเลือดดำ สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 2 Feed นมตามแผนการรักษาของแพทย์/...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....

วันที่เริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมทางการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
	ภาวะขาดน้ำสารอาหารและ อิเล็กโทรลัยต์ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> มีความจำกัดในการย่อย และการดูดซึมของลำไส้ <input type="checkbox"/> ความไม่สมบูรณ์ของ	เกณฑ์การประเมินผล 1. ทารกมีน้ำหนักลดลงไม่ เกินร้อยละ 15 ในสัปดาห์ แรก 2. น้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 - 30	3. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าออกในร่างกาย 4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุล ของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ในร่างกาย ได้แก่ ผิวหนังแห้งขาดความตึงตัว ปัสสาวะออกน้อย กระหม่อมหน้า และคาบุม มือเท้าเย็น ตัวลาย ซึม	
	รีเฟล็กซ์การดูดกลืน <input type="checkbox"/> มีการสูญเสียทาง insensible <input type="checkbox"/> การดูด gastric content <input type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ได้รับการบำบัดด้วยการ ส่องไฟ <input type="checkbox"/>	5. กรัม/ วัน ในสัปดาห์ที่สอง 6. ระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 60-125 mg/dl 7. ความตึงตัวของผิวหนังดี ผลอิเล็กโทรลัยต์อยู่ในระดับ ปกติ	1. ความรู้สึกตัวลดลง ตื่น กระตุก ชักเกร็ง ท้องอืด ความดันโลหิตลดลง ซีพจรเบาเร็ว หัวใจเต้นเร็ว หายใจช้าลง เมื่อพบว่าผิดปกติ รายงานแพทย์ 2. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 3. สังเกตความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะตาม แผนการรักษา 4. ติดตามประเมินน้ำหนักของทารกทุกวัน 5. ติดตามผลของอิเล็กโทรลัยต์ 6. 7.	
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ	ชื่อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสียต่อ ภาวะbillirubinในเลือดสูง มากขึ้น เนื่องจาก <input type="checkbox"/> มีการแตกทำลายของเม็ด เลือดแดง <input type="checkbox"/> มีการดูดซึมกลับของ billirubinจากลำไส้มากขึ้น <input type="checkbox"/> มีการกำจัดbillirubin ลดลง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Billirubinในเลือดปกติ เกณฑ์ประเมินผล ค่าBillirubinอยู่ในเกณฑ์ปกติ	8. ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟรักษา 9. ดูแลจัดให้ผิวหนังทารกสัมผัสแสงไฟมากที่สุด โดยถอดเสื้อผ้าออก จัดแสงให้ห่างจากทารก 15 - 20 เซนติเมตร 10.งดการทาแป้ง น้ำมัน หรือ โลชั่นให้แก่ทารก 11. พลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง 12.ปิดตาทารกด้วยแผ่นปิดตาที่ทำมาจากวัสดุทึบแสง 13.ประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ปริมาณปัสสาวะ ความ ยืดหยุ่นของผิวหนัง 14.สังเกตสีผิวเพื่อประเมินภาวะตัวเหลืองรายงาน แพทย์ให้ทราบเมื่อตรวจพบสีผิวทารกเหลืองเพิ่มขึ้น 15.ติดตามค่า MB, Hct อย่างต่อเนื่อง 16.ดูแลการให้ทารกได้รับนมตามแผนการรักษา 17.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 18.สังเกตภาวะ kernicterus เช่น ชัก เกร็ง ซึม ร้อง กวน ร้องเสียงแหบ ไม่ดูดนม หากพบรีบรายงาน แพทย์ 19...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ

วันที่เริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมทางการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	ข้อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ ภาวะลำไส้เน่าอืด เนื่องจาก <input type="checkbox"/> การทำงานของระบบ ทางเดินอาหารยังไม่สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> ลำไส้ขาดเลือดและ O ₂ <input type="checkbox"/> การติดเชื้อในลำไส้ <input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะลำไส้เน่าอืด เกณฑ์การประเมินผล - ทารกรับนมได้ดี ไม่มี สำรอก ท้องไม่อืด กระสับกระส่าย - น้ำหนักเพิ่มขึ้น - Bowel sound ปกติ - สัญญาณชีพปกติ -	1. ประเมินภาวะ NEC เช่น สำรอก อาเจียน ท้องอืด กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เกิดเลือดดำ ซึมตัวเย็นหรือมีไข้ ความดันต่ำ 2. ดูแลการได้รับออกซิเจนให้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย 8. ประเมิน Bowel sound ก่อนให้นมทุกครั้ง 5. ประเมิน gastric content ก่อนให้นมทุกครั้ง 6. ดูแล Feed นมตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ดูแลเปลี่ยนสาย NG tube ทุกวัน 8./...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	ข้อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ การเจริญเติบโต และ พัฒนาการล่าช้า เนื่องจาก <input type="checkbox"/> เกิดก่อนกำหนด ระบบ ประสาทสัมผัสยังเจริญไม่ สมบูรณ์ <input type="checkbox"/>	ทารกมีการเจริญเติบโต และ พัฒนาการปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ตามเกณฑ์วันละ 20-30 กรัม 2. ทารกมีสื่อสัญญาณที่บ่ง บอกถึงภาวะสมดุลของร่างกาย เช่น ชีพ แขน ขาผ่อนคลาย 3. สัญญาณชีพปกติ 4. ระยะเวลาการพักหลับของ ทารกมากขึ้น	1. เปิดและหรีไฟเพื่อให้ทารกทราบเวลากลางวัน กลางคืนและคลุมผ้าบน incubator 2. ควบคุมระดับเสียงจากการพูดคุย วิทยุเทป 3. ลดระดับเสียงของ monitor ต่างๆลงให้เบาเท่าที่จะ ทำได้ 4. จัดห้องทารกหรือรบกวนเท่าที่จำเป็นเท่านั้น 5. หลีกเลี่ยงทำหัตถการเมื่อทารกอยู่ในระยะ deep sleep 6. ประเมินสรีรวิทยาและพฤติกรรมตอบสนองของ ทารกถ้าทารกแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงภาวะเครียด เช่น หายใจเร็ว หอบ สีผิวเปลี่ยนแปลง ตัวลาย บิดตัว เหยียดแขนขา กางนิ้วมือออก ทำหน้าขุ่น เป็นต้น ให้ หยุดการพยาบาลนั้น 7. ส่งเสริมและกระตุ้นให้บิดามารดาได้พูดคุย สัมผัส โดยการกระตุ้นประสาทสัมผัสอย่างเหมาะสมและมี ปฏิสัมพันธ์กับทารกโดยสอนให้รู้จักสื่อสัญญาณทารก 8. ในระยะที่มารดาฝึกหัดเลี้ยงทารกเอง แนะนำ ส่งเสริมให้มารดาตอบสนองทารกในเรื่อง การให้ ความอบอุ่น ป้องกันภาวะ hypothermia และ hyperthermia ดูแลให้นมเมื่อทารกหิว แสดงความ สนใจเมื่อทารกร้องไห้ 9. 10./...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....	ข้อ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ มารดามีความวิตกกังวล เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ความเจ็บป่วยของบุตร	บิดามารดาคลายความวิตก กังวล เกณฑ์การประเมินผล 1. บิดา มารดาบอกว่า มีความ กังวลลดลง ยอมรับ และเข้าใจ	1. อธิบายให้ทราบถึงอาการของทารก เหตุผล และวิธี รักษา พยาบาลเป็นระยะ 2. อธิบายถึงกฎระเบียบการเยี่ยมทารก และสิทธิคำ ปรึกษา การตามไปเกิดของทารก การเตรียมเอกสาร ต่างๆ/...../..... เวลา..... ลงชื่อ.....

แบบบันทึกกิจกรรมพยาบาลประจำวัน

คำชี้แจง ในช่อง Nursing Intervention Check ✓ ในช่วงเวลาที่ประเมินหรือทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วย
เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ใส่เครื่องหมาย “*” ในช่องที่พบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นและบันทึกต่อใน Nurses’ Note

IV site Check : Clean & dry, no redness, swelling, or drainage

กิจกรรมการพยาบาล เวลา	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bed bath OD																								
Eye care OD																								
Cord care OD																								
Change eye pad OD																								
Change N.G OD																								
Feeding.....																								
Change IV site pm																								
Suction pm																								
Mouth care q 8 hrs																								
Check E T tube q 8 hrs																								
Check ป้ายชื่อ q 8 hrs																								
Check IV site q 2 hrs																								
Change Position q 2 hrs																								
อื่นๆระบุ																								
ลงนามผู้ปฏิบัติ																								

กิจกรรมการพยาบาล เวลา	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bed bath OD																								
Eye care OD																								
Cord care OD																								
Change eye pad OD																								
Change N.G OD																								
Feeding.....																								
Change IV site pm																								
Suction pm																								
Mouth care q 8 hrs																								
Check E T tube q 8 hrs																								
Check ป้ายชื่อ q 8 hrs																								
Check IV site q 2 hrs																								
Change Position q 2 hrs																								
อื่นๆระบุ																								
ลงนามผู้ปฏิบัติ																								
Name of Patient	Age							year							HN									
Department	ward							Attending Physician																

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย
(Discharge Planning record)

ปัญหา/ความต้องการ / คำสอนแนะนำ	ผู้รับ การ สอน	ผู้สอน วันที่	วิธีการสอน	การประเมินผลครั้งที่ 1				การประเมินผลครั้งที่ 2				
				ตอบคำถาม		ปฏิบัติ		ตอบคำถาม		ปฏิบัติ		
				ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
คำแนะนำเมื่อแรกรับ												
<input type="checkbox"/> สถานที่กักเริบ												
<input type="checkbox"/> สิทธิคำรักษาพยาบาล												
<input type="checkbox"/> การปฏิบัติตัวขณะเข้าเริบ												
ความรู้เกี่ยวกับโรค												
<input type="checkbox"/> สาเหตุ/อาการ/แผนการรักษา												
<input type="checkbox"/> การป้องกันไม่ให้เกิดโรค												
<input type="checkbox"/> การปฏิบัติความพิการ												
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....												
การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ												
<input type="checkbox"/> อาหารที่เหมาะสมสำหรับมารดา												
<input type="checkbox"/> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่												
<input type="checkbox"/> การบีบนมมารดาเก็บ												
<input type="checkbox"/> การให้นมผสม												
<input type="checkbox"/> การให้นมทางสายยาง												
<input type="checkbox"/> การทำความสะอาดร่างกาย												
<input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันโรค												
<input type="checkbox"/> อาหารเสริมตามวัย												
<input type="checkbox"/> พัฒนาการของทารก												
<input type="checkbox"/> อาการผิดปกติที่ควรนำมาพบแพทย์ / การช่วยเหลือเบื้องต้น												
<input type="checkbox"/> การรับประทานยา												
<input type="checkbox"/> การทำสรีระบำบัดตรวจออกและการดูดเสมหะ												
<input type="checkbox"/> การช่วยฟื้นคืนชีพ												
<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อมทางบ้านที่เหมาะสมกับการดูแลทารก												
<input type="checkbox"/> หน่วยงานที่ดูแลต่อเนื่อง/สถานพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน												
<input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด												
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....												
หมายเหตุ วิธีสอน อธิบาย = A สาคัด = B เป็ด CD = C แจกแผ่นพับ = E อื่นๆระบุ.....												
Name of Patient			Age		year		HN					
Department			ward				Attending Physician					

แบบสรุปรายการจำหน่ายผู้ป่วย

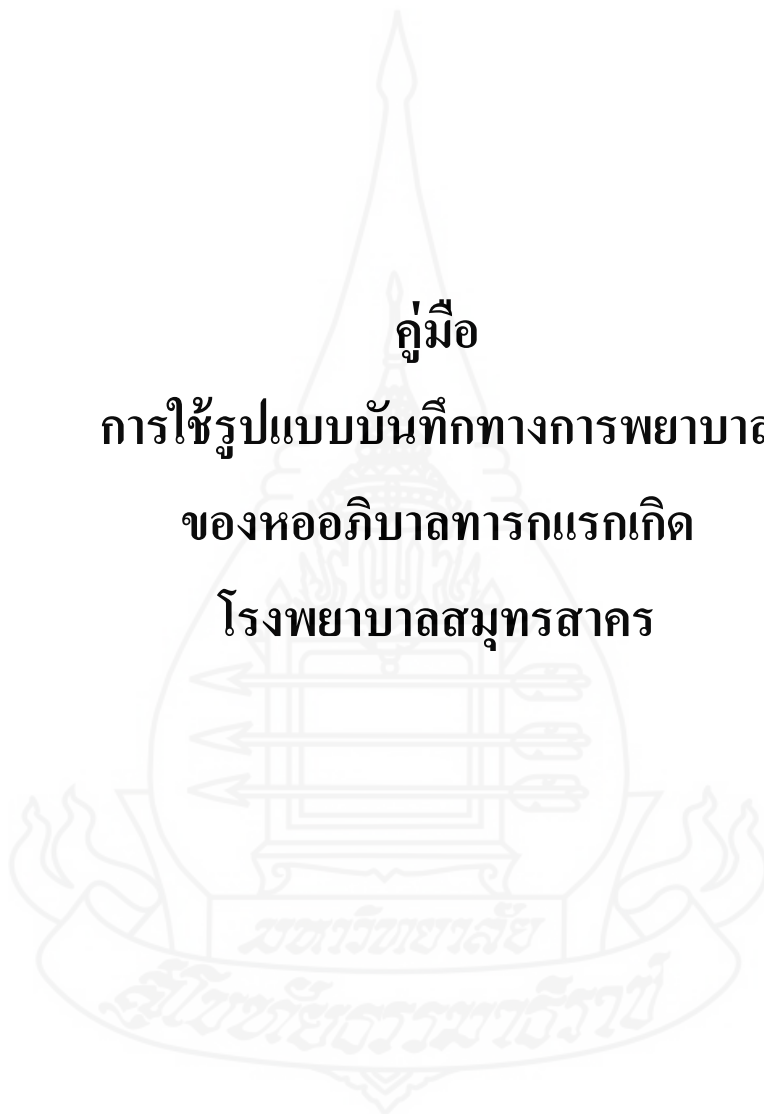
1. วันที่จำหน่าย.....เวลา.....น. รวมวันที่นอนโรงพยาบาล.....วัน		
2. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย.....		
3. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดย <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> หนักกลับ <input type="checkbox"/> ไม่สมัครอยู่ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ สถานที่..... <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม เวลา.....		
4. สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย Temp..... ⁰ C, HR...../min, RR...../min, BW.....gms		
5. การรักษาที่สำคัญ <input type="checkbox"/> Respirator <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> O ₂ box <input type="checkbox"/> Incubator <input type="checkbox"/> Photo <input type="checkbox"/> ผ่าตัด..... <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
6. ผลการตรวจและการทำหัตถการพิเศษ.....การรับวัคซีน <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
7. ผ่านการตรวจคัดกรอง <input type="checkbox"/> TSH, PKU <input type="checkbox"/> Hearing(OAE) <input type="checkbox"/> ROP		
8. สถานที่เลี้ยงทารก 1(ระบุที่อยู่).....ระยะเวลา.....เดือน		
2(ระบุที่อยู่).....ระยะเวลา.....เดือน		
9. ผู้ดูแลหลัก(ระบุชื่อ).....ความเกี่ยวข้องเป็น.....อาชีพ.....		
0. ยากลับบ้าน.....2.....3.....4.....		
1. อุปกรณ์ที่ติดตัวไปกับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มีอุปกรณ์ติดตัว <input type="checkbox"/> NG tube <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> VP shunt <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
2. อาหาร <input type="checkbox"/> นมแม่ระยะเวลา.....เดือน <input type="checkbox"/> นมผสม ระยะเวลา.....เดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....วิธีให้ <input type="checkbox"/> ดูด <input type="checkbox"/> gavages <input type="checkbox"/> drop		
3. นัดตรวจครั้งต่อไป 1. วันที่.....เวลา.....สถานที่..... 2. วันที่.....เวลา.....สถานที่.....		
4. การให้คำแนะนำ/ทบทวนคำแนะนำ		
<input type="checkbox"/> การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ <input type="checkbox"/> การเลี้ยงบุตรด้วยนมผสม <input type="checkbox"/> การให้ความอบอุ่น		
<input type="checkbox"/> การดูแลพิเศษ/อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกัน		
<input type="checkbox"/> พัฒนาการตามวัยและการส่งเสริมพัฒนาการ <input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด		
<input type="checkbox"/> อาหารเสริมตามวัย <input type="checkbox"/> การให้ยา		
<input type="checkbox"/> การรักษาความสะอาด <input type="checkbox"/> อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์		
<input type="checkbox"/> การป้องกันภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค/ภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนพบแพทย์		
<input type="checkbox"/> เบอร์โทรติดต่อสอบถามปัญหา 034427099 ต่อ 1661		
5. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น เหตุผล.....		
6. ความสมัครใจของครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน <input type="checkbox"/> สมัครใจ <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจ		
7. ประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง		
17.1.....17.2		
17.3.....17.4.....		
8. ที่อยู่ปัจจุบัน.....สถานที่ใกล้เคียง.....โทรศัพท์.....		
9. การเดินทางแผนที่		
ลงชื่อผู้รับคำแนะนำ.....เกี่ยวข้องเป็น <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุวันที่.....		
ลงชื่อผู้ให้คำแนะนำ.....RN...วันที่.....		
Name of Patient	Age	year
Department	ward	HN
		Attending Physician

คู่มือ

การใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์

ของหอภิบาลทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลสมุทรสาคร



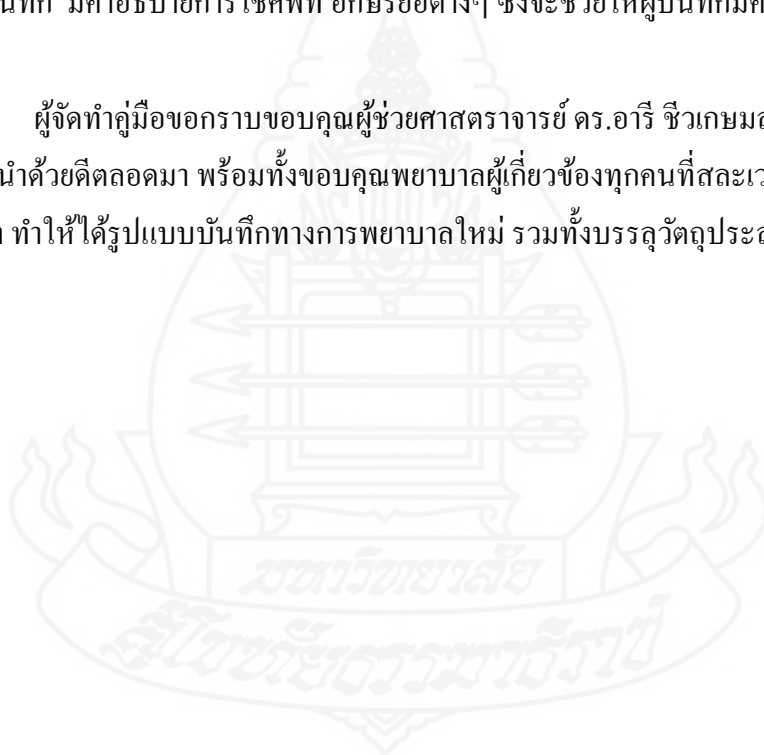
คำนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันเป็นยุคที่เทคโนโลยีมีการพัฒนาไม่หยุดยั้ง มีความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน แต่สิ่งที่ยังคงเป็นปัญหาในงานของพยาบาล คือ บันทึกทางการพยาบาล ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้บันทึกบ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังคงบันทึกโดยการเขียนลงบนรายงานเป็นแบบเอกสาร ซึ่งยังมีปัญหา เช่น มีการบันทึก ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ซ้ำซ้อน เขียนเลียนแบบจากวันก่อน ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการบันทึก หรือลืมนำบันทึกแบบบันทึกไม่เอื้อต่อการบันทึก ขาดคู่มือบันทึกทำให้ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการบันทึก

คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ มีวัตถุประสงค์ใช้เป็นแนวทางบันทึก มีคำอธิบายการใช้ศัพท์ อักษรย่อต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้บันทึกมีความสะดวกในการบันทึก

ผู้จัดทำคู่มือขอกราบขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำด้วยดีตลอดมา พร้อมทั้งขอขอบคุณพยาบาลผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่สละเวลาอันมีค่าช่วยกันร่วมพัฒนา ทำให้ได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ รวมทั้งบรรลุล่วงวัตถุประสงค์ทุกประการ

อุดมพร คำล้ำเลิศ
ผู้วิจัย



แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment Form)

แบบประเมินภาวะสุขภาพ : เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้รวบรวมข้อมูล
ประเมินปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล

แนวทางการบันทึก

รวบรวมข้อมูล โดยการซักประวัติ สังเกต และตรวจร่างกายผู้ป่วย เช่น วัดสัญญาณชีพ แล้วลงบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลควรกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลซึ่งมีผลต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาล และควรให้เสร็จสมบูรณ์ ภายใน 48 ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยใหม่พร้อมทั้งลงชื่อพยาบาลผู้ประเมิน วัน เดือน ปี เวลาที่ประเมิน

วิธีการบันทึก

การบันทึกให้เติมคำในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย “✓” ลงใน “□” หน้าข้อความ ตามที่ประเมินได้จากการตรวจร่างกายและการซักถามประวัติ

คำแนะนำบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพ

รายการ	วิธีการ
1. หลักการบันทึกทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกทันทีที่รับผู้ป่วย - บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มให้ถูกต้องครบถ้วน สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และถูกต้องใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล - เขียนผิด ห้ามลบ ให้ใช้ขีดฆ่าข้อความที่ผิด แล้วเซ็นชื่อ ก่อนเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุนาการณ์สำคัญหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลไม่เกิน 2 อาการ พร้อมทั้งระบุเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ ก่อนมาโรงพยาบาล(ไม่ใช่ระยะเวลาที่เริ่ม

รายการ	วิธีการ
	ป่วย เป็นการเขียนสั้นๆตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งเอกสารต่างๆที่มีบันทึกก่อนหน้านี้ เช่น O.P.D Card หนังสือส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อโดยไม่แปลความหมายของข้อมูลที่ได้
3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	-บันทึกอาการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการในการเจ็บป่วยครั้งนี้ รวมทั้งรายละเอียดของลักษณะอาการที่เปลี่ยนแปลงไปการปฏิบัติหรือการแก้ไขผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลจนกระทั่งมาโรงพยาบาล โดยเรียงลำดับเวลาและอาการที่เกิดขึ้น
4. ประวัติประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- บันทึกการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งอาจสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ก็ได้
5.ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว	-
6. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	-บันทึกอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย(โดยสังเกต คำคำเคาะ ฟัง) เพื่อรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับสัญญาณชีพ ลักษณะทั่วไปด้านร่างกาย รวมทั้ง จิตใจ อารมณ์ ของมารดาหรือญาติโดยใช้ข้อความสั้นๆ
7. แบบแผนความต้องการทางด้านสุขภาพทางร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ ทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน	- รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ มารดา บิดา และหรือญาติร่วมกับการสังเกต

หมายเหตุ กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลที่สำคัญก่อน และส่งเวรต่อให้เวรต่อไปรวบรวมเพิ่มเติมให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง

แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง (Ongoing Assessment Form)

แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกการประเมินปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อรายงานถึงการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ การตอบสนองของผู้ป่วย ช่วยให้ทราบความก้าวหน้าของผู้ป่วยวิกฤติและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา

วิธีการบันทึก

การบันทึกให้เติมคำในช่องว่าง ระบุจำนวน หรือใช้สัญลักษณ์ ตามที่ระบุในแบบฟอร์ม

ลักษณะแบบบันทึก ประกอบด้วย

1. ส่วนที่แสดงข้อมูลเบื้องต้น
2. ส่วนที่แสดงถึงการสังเกตติดตามประเมินอาการผู้ป่วย
3. ส่วนที่แสดงถึงการติดตามอาการผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. ส่วนที่แสดงถึงการบันทึกการให้การพยาบาล

1. ข้อมูลเบื้องต้น

AN : เลขประจำตัวผู้ป่วยใน

HN : เลขประจำตัวผู้ป่วยนอก

Name : คำนำหน้าชื่อ ได้แก่ ค.ช. ค.ญ. พร้อมระบุชื่อ สกุล

Age : อายุเป็นวัน

Diagnosis : การวินิจฉัยโรค

ข้อมูลในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

Mode of Ventilator วิธีการช่วยหายใจของเครื่องช่วยหายใจ

AC: Assist Control IMV (Intermittent Mechanical Ventilation), SIMV (synchronized intermittent mandatory ventilation), PSV (pressure support ventilation), HFO(High frequency oscillatory ventilation)

2. แบบประเมินอาการผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลจากการประเมินสภาพร่างกายโดยการสังเกตและการตรวจพบ

Date / Time เวลา วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

Vital signs บันทึกสัญญาณชีพ

Body Temp	บันทึกอุณหภูมิที่วัดได้ หน่วยเป็นองศาเซลเซียส
Set Skin/Air	อุณหภูมิผิวหนัง หรือ อุณหภูมิของอากาศของตู้อบ
Skin	อุณหภูมิผิวหนังของทารก
Air	อุณหภูมิอากาศในตู้อบ
HR(Heart Rate)	อัตราการเต้นของหัวใจ หน่วยเป็นครั้ง/นาที
RR(Respiratory Rate)	อัตราการหายใจ หน่วยเป็นครั้ง/นาที
BP(Blood Pressure)	ความดันโลหิต หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท
O ₂ Sat	ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางผิวหนัง

Apnea บันทึกการหยุดหายใจของผู้ป่วย โดยมีการหยุดหายใจมากกว่า 20 วินาที หรือหยุดหายใจน้อยกว่า 20 วินาที แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจช้า (น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที) และ/หรือ มีอาการเขียว (cyanosis) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง

Sec.(second) ระยะเวลาที่หยุดหายใจหน่วยเป็นวินาที

Stimulation การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะหยุดหายใจโดย

G (Gentle stimulation)	การลูบตัว
M(Moderate stimulation)	การตีฝ่าเท้าเบาๆ
V(Vigorous stimulation)	การตีฝ่าเท้าเบาๆร่วมกับการช่วยหายใจ
B(Manually stimulation)	การช่วยหายใจด้วย Bagging

Skin Color บันทึกสีผิว

Pi(Pink)	สีผิวชมพู
Pa(Pale)	สีผิวซีด
C(Cyanosis)	สีผิวเขียวหรือม่วงคล้ำ
J(Jaundiced)	สีผิวเหลือง
E(erythematous)	สีผิวแดงเข้ม

Breathing pattern

ND(No distress)	ไม่มีอาการหายใจลำบาก
D (Dyspnea)	หายใจลำบาก

NF(nasal flaring)	หายใจจมูกบาน
R(Retraction)	การดึงรั้งกล้ามเนื้อช่วยหายใจ
Ta(Tachypnea)	หายใจเร็ว มากกว่า 60 ครั้งต่อนาที

Breath Sound บันทึกลักษณะเสียงหายใจจากการฟังปอดทั้งซ้ายและขวา

L(Lung clear)	หาใจมีเสียงปกติ
CR(Crepitation)	เสียงแตกกระจายเป็นช่วงๆ
S(stridor)	ขณะหายใจเข้าจะมีเสียงดัง ขณะหายใจเข้าจะมีเสียงดัง
W(Wheezing)	หาใจมีเสียงหวีด
G(Grunting)	หาใจออกมีเสียงดัง

Activities บันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังได้รับการจับหรือสัมผัส

Ac(Active)	การเคลื่อนไหวปกติ
Hyper (Hyperactive)	ตื่นตัวหรือเคลื่อนไหวมากเกินไป
Hypo (Hypoactive)	ตอบสนองช้าหรือต้องใช้แรงในการกระตุ้น
Jit (Jittery)	การสั่นของแขนหรือขา

3. แบบติดตามอาการผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ

Ventilator setting	การปรับตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจ
FiO ₂ (Fraction Inspired Oxygen)	ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน
PIP(peak inspiratory pressure)	ค่าความดันสูงสุดขณะหายใจเข้า หน่วยเป็นเซนติเมตรน้ำ
PEEP(Positive End-Expiratory Pressure)	ค่าความดันบวกที่เหลือค้างในปอดขณะสิ้นสุดการหายใจออก หน่วยเป็นเซนติเมตรน้ำ
RR(Respiratory Rate)	จำนวนครั้งของเครื่องช่วยหายใจในหนึ่งนาที
Ti(Time inspiratory)	ระยะเวลาในการหายใจเข้า หน่วยเป็นนาที
F(Flow)	อัตราการไหลของอากาศที่เข้าสู่ผู้ป่วยในหนึ่งนาที
MAP(Mean Airway Pressure)	ค่าเฉลี่ยของความดันในระบบหายใจทั้งช่วงหายใจเข้าและช่วงหายใจออก

Blood gas ค่าปริมาตรก๊าซในเลือดในเส้นเลือดแดง หรือ เส้นเลือดฝอย

pH	ค่าที่แสดงความเป็นกรด ด่างของร่างกาย
PaO ₂ (partial pressure of arterial oxygen)	ความดันของออกซิเจนที่ละลายอยู่ในพลาสมา
PaCO ₂ (Partial Pressure of Carbon Dioxide)	ความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด
HCO ₃ (bicarbonate)	ความเข้มข้นของไบคาร์บอเนตในเลือด
BE (base excess)	ภาวะด่างที่มีอยู่ในเลือด

Secretion บันทึกอักษรย่อแสดงสี ปริมาณ ของเสมหะจากการดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ หรือทางปาก

Color		Amount	
C (Clear)	ใส	N(Non)	ไม่มีเลย
W(White)	สีขาว	Sc(Scant)	มีน้อย
Y(Yellow)	สีเหลือง	Mo(moderate)	ปานกลาง
R(Red)	สีมีเลือดสดปน	Co(Copious)	มาก
B(Brown X	สีมีเลือดเก่าปน		

Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) บันทึกที่ระดับความปวด

Pain intervention บันทึกการจัดการความปวด

F(feeding)	ให้นมแม่/glucose หยอดทางปาก
FT(facilitated tucking)	จัดท่านอนของทารกโดยใช้มือโอบห่อ ให้ทารกแรกเกิดงอแขน และขาเข้าหาทักกลาง ลำตัว
N(non-nutritive suck)	ให้ดูดจุกนมหลอก
S(swaddling)	ใช้ผ้าห่อตัวโดยให้มือของ ทารกแรกเกิดอยู่ใกล้ปากเพื่อให้ทารก สามารถปลอบโยนตัวเองได้จากการดูดนิ้วมือ

ETT side, make บันทึกขนาด ตำแหน่งความลึกของท่อหลอดลมคอ

Birth Weight น้ำหนักแรกเกิดหน่วยเป็นกรัม

Previous Weight น้ำหนักก่อนหน้า 1 วัน หน่วยเป็นกรัม

Weight Today น้ำหนักปัจจุบันหน่วยเป็นกรัม

Intake/Output ปริมาณน้ำเข้า/ออกจากร่างกายหน่วยเป็นมิลลิลิตร

IVF/Med	ชนิด ปริมาณของสารน้ำ ยา เลือดที่ให้ และอัตราการให้ใน 1 ชั่วโมง ถ้ามีการหยุดให้สารน้ำหรือยาให้เขียนว่า off
IV	ปริมาณของสารน้ำใน 8 ชั่วโมงหน่วยเป็นมิลลิลิตร
Feeding	ปริมาณนม น้ำ ที่รับประทานหรือให้ทางสายยางหน่วยเป็น มิลลิลิตร
Content	ปริมาณของ Gastric content ที่ดูดทิ้งรวมทั้งอาเจียนหน่วยเป็น มิลลิลิตร
Urine	ปริมาณปัสสาวะหน่วยเป็นมิลลิลิตร
Total Intake	ปริมาณรวมของสารน้ำและอาหารที่เข้าสู่ร่างกายใน 8 ชั่วโมง หน่วยเป็นมิลลิลิตร
Total out put	ปริมาณรวมของของเหลวหรือสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย ใน 8 ชั่วโมงหน่วยเป็นมิลลิลิตร
D(Day Shift)	เวรเช้า
E(Evening Shift)	เวรบ่าย
N(Night Shift)	เวรดึก



แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan Form)

แบบบันทึกแผนการพยาบาล เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของการกำหนดวิธีการในการป้องกันหรือลดปัญหา โดยกำหนดไว้เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 รูปแบบ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย และปัญหาเฉพาะ ซึ่งในแต่ละข้อประกอบด้วย

1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหา พร้อมลงชื่อผู้วางแผนการพยาบาล
2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. เกณฑ์การประเมินผล/ผลที่คาดหวังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Outcome Criteria)
4. กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)
5. วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดปัญหา ลงชื่อพยาบาลผู้ซึ่งพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ได้รับการแก้ไข/ช่วยเหลือ หรือเปลี่ยนปัญหาใหม่

แนวทางในการบันทึก

1. ประเมินปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยและหรือปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้นว่ามีข้อใดบ้างแล้ว เลือกรูปปัญหา (สำหรับปัญหาเฉพาะจะอยู่ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่เพิ่มเติม) จากนั้นรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยโดยเรียงลำดับปัญหาที่สำคัญเป็นลำดับแรกพร้อมลงหมายเลขหน้าข้อ NS.Dx
2. เขียนรายละเอียดเพิ่มเติมตามความเหมาะสมลงในช่องว่าง “.....” และขีดฆ่าข้อความไม่ต้องการออก พร้อมทั้งลงรายชื่อ วันเดือน ปี ที่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหา
3. ใส่เครื่องหมาย ใน หน้าข้อความที่เลือก/ต้องการ
4. กรณีที่ต้องการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้ระบุ วันที่ เวลา ที่เกิดขึ้นใหม่ต่อจากเวลา เดิมที่เกิดปัญหานั้นตามลำดับได้ (ในกรณีข้อมูลอาการไม่แตกต่างจากเดิม) แต่กรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการเปลี่ยนไปจากแผนที่วางไว้จากเดิม ให้เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่
5. กรณีสิ้นสุด หรือเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาลใหม่ ให้ระบุ วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดปัญหาทุกครั้ง พร้อมลงชื่อพยาบาลผู้พบว่าปัญหาของผู้ป่วยสิ้นสุดลงแล้ว
6. รวมปัญหาที่พบในผู้ป่วย โดยใช้ตัวเลขตามข้อ NS.Dx เรียงลำดับปัญหาตามข้อ 1 ในตอนท้ายของแบบบันทึกทางการพยาบาล

7. บันทึกชื่อ-สกุล อายุ HN/AN โรคของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง

คำแนะนำในการบันทึก

ช่องที่ 1 บันทึก วัน เดือน ปี เวลาและการลงชื่อ ให้บันทึก วันที่ เดือน ปี เวลาที่บันทึก
 ชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาลพร้อมลงชื่อผู้บันทึกไว้บรรทัดล่างต่อจาก
 วัน เดือน ปี ของแต่ละครั้งที่มีการบันทึก/ปรับเปลี่ยนชื่อวินิจฉัยการพยาบาล

ช่องที่ 2 ชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์ การบันทึกชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์นั้นต้อง
 พิจารณาปัญหาหรือชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของ
 ผู้ป่วยแรกรับทั้งหมดนั้นว่า ปัญหาใดควรได้รับการดูแลช่วยเหลือก่อน-หลัง โดย ปัญหาที่มี
 ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด หรือทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายมากที่สุด เป็นปัญหาที่ควร
 ได้รับการช่วยเหลือก่อน เนื่องจากทั้งไว้ผู้ป่วยอาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ควรมี
 การปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล กล่าวคือ
 ปัญหาใดหมดไปให้บันทึกวันที่สิ้นสุดปัญหา และลงชื่อผู้บันทึก ปัญหาใดเกิดขึ้นภายหลังแรกรับ
 ควรมีการบันทึกเพิ่มเติม

การเขียนชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์ มีองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 () มี หรือ () เสี่ยงต่อ หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพหรือเป็น
 ภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อความที่บอกสาเหตุของปัญหาสุขภาพ หรือเป็นภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง
 กับสุขภาพ โดยใช้คำว่า “เนื่องจาก” เชื่อมสาเหตุของแต่ละชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 บันทึกข้อมูลสนับสนุน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะ
 สุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และข้อมูลที่รวบรวมได้ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูล
 จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ข้อมูลจากการตรวจของแพทย์ ข้อมูลจากผลการตรวจทาง
 ห้องปฏิบัติการ ผลเอ็กซเรย์ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยกับมารดาและญาติ

ช่องที่ 3 เกณฑ์การประเมินผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย เป็นผลลัพธ์ของงานหรือ
 เกณฑ์การประเมินผลทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางหรือเกณฑ์ในการพิจารณาว่าการประเมินผล
 การพยาบาลที่ได้จากข้อบ่งชี้อะไร หรือพฤติกรรมใดของผู้ป่วยที่จะทำให้พยาบาลทราบว่าภายหลัง
 จากให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแล้วนั้น ผลการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ช่องที่ 4 กิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยแก้ปัญหา
 ผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ของงาน หรือผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยในการปฏิบัติการพยาบาลควร
 ครอบคลุม 4 บทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การส่งเสริม
 สุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย

ช่องที่ 5 วันสิ้นสุดปัญหา/ลงชื่อ ให้บันทึก วัน เดือน ปี ที่ปัญหานั้นๆของผู้ป่วยสิ้นสุด
ลง และลงชื่อพยาบาลที่ประเมินปัญหาของผู้ป่วยสิ้นสุดแล้ว



แบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน (Nursing daily care Form)

แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน เป็นการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ เพื่อให้ทราบกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับโดยรวมในแต่ละเวร ทั้งนี้ ไม่คำนึงถึงจำนวนครั้งของกิจกรรมที่ให้โดยใช้แบบ Checklist Form

โดยมีคำจำกัดความดังต่อไปนี้

Bed bath	การดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย
Eye care	การเช็ดตา
Cord care	การทำความสะอาดสะดือ
Mouth care	การดูแลทำความสะอาดช่องปาก
Perineum care	การดูแลอวัยวะสืบพันธุ์
Psychosocial Support	การดูแลด้านจิตใจและสังคม
Greeting	การสร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดา ด้วยการกล่าวคำทักทาย
Touch	การสัมผัสด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยน เพื่อให้
Information	การให้ข้อมูลแก่บิดา มารดาหรือญาติ
Parent Support	การทำกลุ่มสัมพันธ
Wound care	การดูแลทำความสะอาดแผล
ICD care	การดูแลสายระบายโดยดูสายระบายไม่ให้หักพับ และอุดตันดูสายระบายไม่ให้หักพับ และอุดตัน ดูแลไม่ให้เกิดรอยร้าวใด ๆ ในระบบการระบาย
Change Plaster E T tube	การเปลี่ยนพลาสติกที่ผูกยึดท่อช่วยหายใจ
Change VEN. Circuit	การเปลี่ยนชุดสายต่อเครื่องช่วยหายใจ
Change Eye pad	การเปลี่ยนผ้าปิดตา
Change N.G	การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร
Change IVF	การเปลี่ยนตำแหน่งการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
Check E T tube	การตรวจดูตำแหน่ง ความสะอาดของท่อหลอดลมคอ
Check ป้ายชื่อ	การตรวจป้ายชื่อมือระบุตัวผู้ป่วย
Check UAC/UVC	การตรวจดูตำแหน่งสายสวนหลอดเลือด รวมทั้งตรวจสอบชนิด ปริมาณ และระยะเวลาที่ให้
Check IV site	การดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการคาสายสวนหลอดเลือดรวมทั้งตรวจสอบชนิดปริมาณและระยะเวลาที่ให้

แนวทางการบันทึก

1. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่องเวลาที่ทำกิจกรรมการพยาบาลและใส่เครื่องหมาย “*” ในช่องที่พบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นและนำปัญหานั้นมาบันทึกใน Nurse note
2. ลงชื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน
3. บันทึกชื่อ-สกุล อายุ HN/AN โรคของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง



แบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note Form)

แบบบันทึกการพยาบาล เป็นการบันทึกความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวันและแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยให้บันทึกเฉพาะปัญหาสุขภาพที่ผิดปกติหรือข้อมูลเพิ่มเติมโดยให้บันทึกแบบบรรยายในรูปของ DAR ได้แก่

- | | | |
|-------------|-----|---|
| D (Data) | คือ | ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของบิดามารดาและญาติ เวชระเบียน การสังเกต การวัดผลและการตรวจต่างๆ |
| A(Action) | คือ | การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย |
| R(Response) | คือ | ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย |

แนวทางการบันทึก

1. ช่องแรก วันที่/เวลา ให้บันทึกวันที่และเวลาที่พบปัญหาของผู้ป่วย
2. ช่องที่ 2 NS.Dx ให้บันทึกลำดับของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. ช่องที่ 3 ข้อมูล/อาการ/อาการแสดงและกิจกรรมการพยาบาล ผลการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหรือผลการตอบสนองของผู้ป่วยภายหลังให้การพยาบาลให้บันทึกตามปัญหาที่ได้จากการประเมินสุขภาพแรกเริ่มและต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามที่ปฏิบัติจริง
4. ช่องที่ 4 ลงนาม ให้บันทึกชื่อ ตำแหน่งของพยาบาลผู้ประเมินผล

หมายเหตุ

1. บันทึกเวลาที่แพทย์มาเยี่ยมตรวจทุกครั้ง
2. ยาที่ให้ผู้ป่วยเป็น one day dose ให้ลงบันทึกด้วย
3. ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาลและข้อมูลสุขภาพอื่นๆของผู้ป่วยที่ได้เพิ่มเติมขณะปฏิบัติการพยาบาล หรือการตรวจของแพทย์ ผล LAB และผลการตรวจอื่นๆจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมแผนการพยาบาลได้

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning Form)

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย เป็นแบบบันทึกที่ใช้ บันทึกการวางแผนจำหน่ายโดยการให้ข้อมูล ด้านสุขภาพผู้ป่วยแก่บิดา มารดา หรือญาติ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ทารกกลับบ้านอย่างปลอดภัย

แนวทางในการบันทึก

1. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกต้องควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยต้องมีการประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลการวางแผนจำหน่ายตาม M-E-T-H-O-D Model ทั้งนี้การจัดเรียงข้อมูลตามความเหมาะสมซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 M (Medication) บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัว ขณะได้รับยา

1.2 E (Environment & Economic) บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

1.3 T (Treatment) บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายของการรักษา การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา บิดามารดาหรือญาติผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการของผู้ป่วย และรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/พยาบาลทราบ คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องระวัง การจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเอง อย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

1.4 H (Health) บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.5 O (Outpatient Referral) บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่น ที่จะรับช่วงดูแลต่อ

1.6 D (Diet) บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลเข้าใจและสามารถให้อาหารได้เหมาะสมกับภาวะ และข้อจำกัดด้านสุขภาพ

2. มีการประเมินผลการสอน/การให้ข้อมูล/การฝึกทักษะต่างๆ ให้บิดา มารดา ญาติ หรือผู้ดูแลจนกว่าจะเข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำ

3. ระบุผู้รับการสอนในช่องผู้รับการสอน

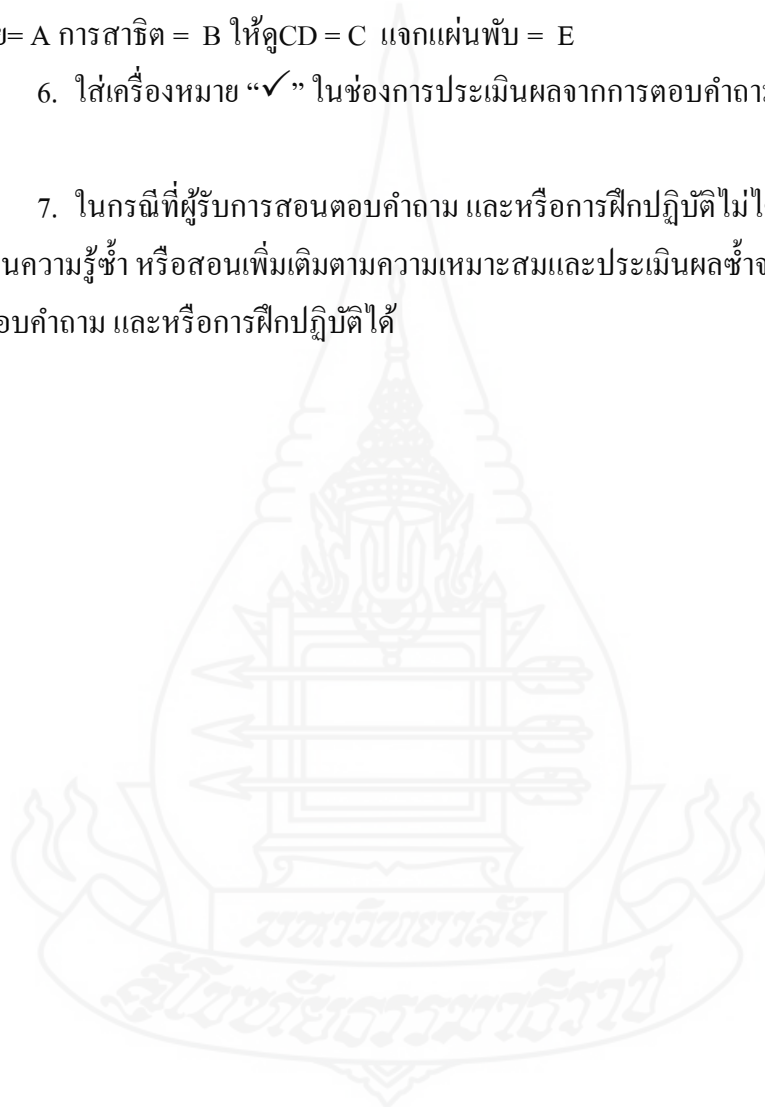
4. เช่น ชื่อพยาบาลผู้สอนทุกครั้งที่สอนตามหัวข้อนั้นๆ

5. บันทึกวิธีการให้ข้อมูลโดยใช้ สัญลักษณ์ในช่องวิธีการให้ข้อมูลโดยที่

การอธิบาย = A การสาธิต = B ให้ดู CD = C แจกแผ่นพับ = E

6. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่องการประเมินผลจากการตอบคำถาม และหรือการฝึกปฏิบัติ

7. ในกรณีที่ผู้รับการสอนตอบคำถาม และหรือการฝึกปฏิบัติไม่ได้ครั้งที่ 1 ไม่ได้ ให้มีการทบทวนความรู้ซ้ำ หรือสอนเพิ่มเติมตามความเหมาะสมและประเมินผลซ้ำจนผู้รับการสอนสามารถตอบคำถาม และหรือการฝึกปฏิบัติได้



แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย (Discharge summary Form)

แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย เป็นการสรุปข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการบันทึก

การบันทึกให้เติมคำในช่องว่าง “.....” หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ตามข้อมูลที่พบ/ข้อมูลที่ให้กับบิดา มารดา ญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งแบบบันทึกสรุปจำหน่ายประกอบด้วย

1. วันที่ เวลาที่จำหน่าย เวลาที่อยู่โรงพยาบาล
2. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่าย
3. ชนิดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย โดยบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนักตัว
5. การรักษาที่สำคัญที่ผู้ป่วยได้รับ
6. ผลการตรวจและการทำหัตถการพิเศษระบุการรับวัคซีน
7. การตรวจคัดกรอง TSH, PKU ,Hearing(OAE) ,ROP
8. ระบุสถานที่เลี้ยงทารก
9. ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วย
10. ระบุว่าที่ใดรับกลับบ้าน
11. อุปกรณ์ที่ติดตัวไปกับผู้ป่วย
12. ชนิดอาหารที่ให้ผู้ป่วย วิธีการให้อาหารและระยะเวลาที่ให้
13. วันที่ เวลา สถานที่นัดตรวจครั้งต่อไป
14. การให้คำแนะนำ/ทบทวนคำแนะนำแก่ บิดา มารดา ผู้ดูแล
15. ระบุความจำเป็น/เหตุผลในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
16. ความสมัครใจของครอบครัวในการส่งต่อผู้ป่วย การเยี่ยมและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
17. ระบุประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง
18. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วยและแผนการเดินทางไปบ้านผู้ป่วยเพื่อการเยี่ยมและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
19. ลงชื่อผู้รับคำแนะนำและพยาบาลผู้บันทึก วัน เดือน ปี ที่บันทึก

ตัวอย่าง

การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่



แรกรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ข้อมูลทั่วไป	
ชื่อ-สกุล บุตรนาง สมัย รุ่งเรืองดี อายุ 1 วันเพศ ชาย HN 99888999 AN 58899-55	
วันที่รับ 3 เมษายน 2555 เวลาที่ถึงหอผู้ป่วยรับจาก <input type="checkbox"/> OR <input checked="" type="checkbox"/> LR <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....refer จาก.....	
วิธีนำส่ง <input type="checkbox"/> Transport <input checked="" type="checkbox"/> Incubator <input type="checkbox"/> อุ้ม <input type="checkbox"/> crib ผู้นำส่ง.....	
บิดาชื่อ/สกุล นางสมคิด รุ่งเรืองดี อายุ 30 ปีการศึกษาปริญญาตรี อาชีพ รับจ้าง รายได้/เดือน 28000 บาท	
มารดาชื่อ/สกุล นายสมัย รุ่งเรืองดี อายุ 28 ปีการศึกษาปริญญาตรี อาชีพ แม่บ้าน รายได้/เดือน - บาท	
บุคคลที่ติดต่อได้ นาง สมัย รุ่งเรืองดี ความสัมพันธ์ มารดา ที่อยู่ 39 ต.สวนหลวง อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร โทรศัพท์094504466	
อาการสำคัญที่นำส่งรพ/หอผู้ป่วย(อาการสำคัญ/ระยะเวลา) แรกเกิดทารกหายใจลำบาก ตัวเขียว	
.....	
อาการแรกรับ(สภาพทั่วไปด้านร่างกายจิตใจอารมณ์) หายใจลำบาก ออกนุ้ม หายใจออกมีเสียงGrunting ตัวแดงปลายมือและปลายเท้า คล้ำ กระตุ้นให้ขยับแขนขาแต่ทารกขยับได้น้อย	
สัญญาณชีพแรกรับTemp 35.8 °C, HR 166 ครั้ง/นาที, RR 64 ครั้ง/นาที, BP 93/47 mmHg, SpO ₂ 90 %	
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Premature baby	
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน(ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ/ลักษณะอาการ/วิธีการแก้ไข/เหตุผลที่มาโรงพยาบาล)	
2 ชั่วโมง หลังคลอด ทารกหายใจหอบเหนื่อย ตัวเขียว ให้ O ₂ ทางจมูก ตัวแดงขึ้น.....	
.....	
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> Preterm <input type="checkbox"/> BPD <input type="checkbox"/> อื่นๆ <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	
ประวัติการเกิด	
มารดา	ทารก
มารดา G1P1A0 ตั้งครรภ์ 32 weeks โดย <input type="checkbox"/> LMP <input checked="" type="checkbox"/> Ultrasound	อายุครรภ์(GA) 32 สัปดาห์ ทารกเกิดเวลา 01.30 น. วันที่ 3
การฝากครรภ์ <input checked="" type="checkbox"/> ฝาก <input type="checkbox"/> ไม่ฝาก สถานที่ฝาก.....	เมษายน 2555 อายุหลังเกิด 2 ชั่วโมง
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หลังคลอด	ชนิดการคลอด <input checked="" type="checkbox"/> Normal labor <input type="checkbox"/> C/S due to
<input checked="" type="checkbox"/> น้ำเดินระหว่างคลอด <input type="checkbox"/> ก่อนคลอด.....ซึ่งโมง	<input type="checkbox"/> V/E due to ... <input type="checkbox"/> F/E due to <input type="checkbox"/> Breech
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี ไข้ ก่อนคลอด <input type="checkbox"/> มี ไข้ก่อนคลอด.....°C	น้ำหนักแรกเกิด <input type="checkbox"/> ไม่เหม็น <input type="checkbox"/> มีMeconium <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> Thick
การรักษา/ยา ที่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์	น้ำหนักแรกเกิด 1650 กรัม ตัวยาว.....ซม รอบศีรษะ.....ซม.
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี มี <input type="checkbox"/> ระบุ.....	น้ำหนักแรกเกิด 1650 กรัม Apgar score 1 นาที 5 5 นาที 9
ผลตรวจโลหิตของมารดา Blood gr O Rh.....HB _s Ag - ve	การช่วยเหลืองแรกคลอด <input checked="" type="checkbox"/> clear way <input checked="" type="checkbox"/> ให้ O ₂ ทางจมูก
HB _s Ag - ve VDR NR HIV negative อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> O ₂ Mask with bag <input type="checkbox"/> ใส่ETtube
โรคประจำตัวมารดา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ยาที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
การประเมินแบบแผนสุขภาพ	
1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	
การได้รับภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> HBV <input checked="" type="checkbox"/> HBIG การแพ้ยา/สารเคมี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	
มารดาใช้สารเสพติด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> ใช้ ระบุ.....การดูแลทารกขณะเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ซื่อๆเอง <input type="checkbox"/> พบแพทย์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร	
<input checked="" type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> On IV Fluid ชนิดนม <input type="checkbox"/> นมมารดา <input type="checkbox"/> นมผสม วิธีให้นม <input type="checkbox"/> ดูดเอง <input type="checkbox"/> ใช้ช้อน <input type="checkbox"/> ให้ทางสายยาง	
ปัญหาการดูดกลืน <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....สำรอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	
ท้องอืด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... Bowel Sound <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	

ประเมินผู้ป่วยระยะต่อเนืองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

NAME น.ร.อุทุมพร ด้อย รัตติยะ AGE 2 วัน.HN: 99888999 AN: 12345 Diagnosis Preterm RDS Mode of Ventilator AC DATE 4 Jul 2555

Time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Skin w/m, no rashes, ulcers?		37.1																							
Incubator/ warmer	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
CVS: BP non-invasive (age, weight, sex, color, pulse)	HR (100-160/min)	140	156	168	148																				
SpO2 (%)	SpO2 (%)	96	95	99	95																				
no edema	Skin Color	pink	pink	pink	pink																				
no rashes	Extremities (temperature)	5	5	5	5																				
Respiration	RR (40-60/min)	60	60	60	60																				
no apnea, no nasal flaring, no retractions, lung clear, no secretion	Breath sound	cl	cl	cr	cl																				
	Breathing Pattern	ND	ND	R	ND																				
	Secretion Color/amount																								
	Apnea Sec Stimulation																								
	FiO2 (%)	0.5	0.5	0.5	0.5																				
	Flow (L/min)	2	2	2	2																				
	Pressure (cmH2O)	12	12	12	12																				
	PEEP (cmH2O)	5	5	5	5																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	30	30	30																				
	Flow (L/min)	30	3																						

แบบบันทึกกิจกรรมพยาบาลประจำวัน

คำชี้แจง ในช่อง Nursing Intervention Check ✓ ในช่วงเวลาที่ประเมินหรือทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ใส่เครื่องหมาย “*” ในช่องที่พบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นและบันทึกต่อไปใน Nurses' Note

IV site Check : Clean & dry, no redness, swelling, or drainage

กิจกรรมการพยาบาล เวลา	วันที่ 4 เดือน เมษายน พ.ศ. 2555																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bed bath OD					✓																			
Eye care OD					✓																			
Cord care OD					✓																			
Change eye pad OD																								
Change N.G OD																								
Feeding 10 ml q 3 hr						✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Change IV site prn	✓																							
Suction prn						✓						✓						✓					✓	
Mouth care q 8 hrs						✓									✓								✓	
Check E T tube q 8 hrs	✓								✓															
Check ป้ายชื่อ q 8 hrs																								
Check IV site q 2 hrs		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
Change Position q 2 hrs			✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
อื่นๆระบุ																								
ลงนามผู้ปฏิบัติ																								

กิจกรรมการพยาบาล เวลา	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bed bath OD																								
Eye care OD																								
Cord care OD																								
Change eye pad OD																								
Change N.G OD																								
Feeding.....																								
Change IV site prn																								
Suction prn																								
Mouth care q 8 hrs																								
Check E T tube q 8 hrs																								
Check ป้ายชื่อ q 8 hrs																								
Check IV site q 2 hrs																								
Change Position q 2 hrs																								
อื่นๆระบุ																								
ลงนามผู้ปฏิบัติ																								
Name of Patient	ด.ช.บุตรนาง สมัย รุ่งเรืองดี							Age							1 วัน			HN 99888999						
Department	กุมารเวชกรรม							Ward							กุมารเวชกรรม 1			Attending Physician พญ. ศิริพันธ์ มีบุญ						

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning record)

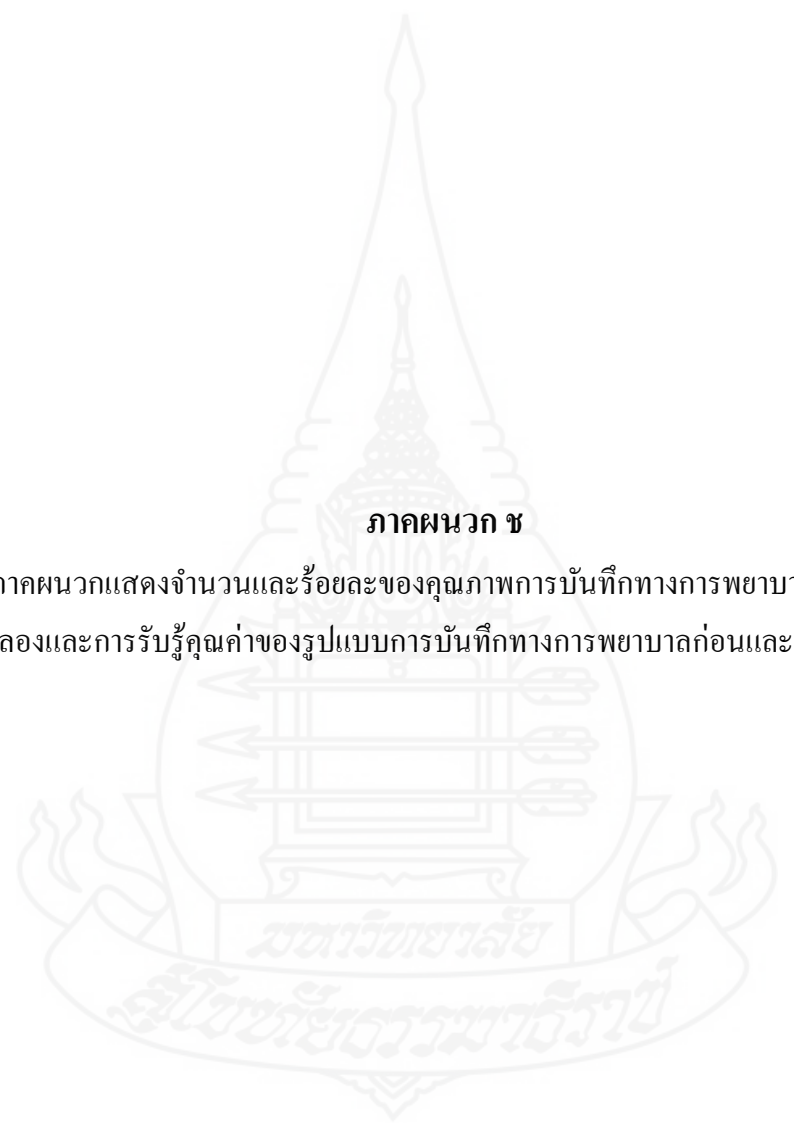
คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหรือเขียนเติมในรายละเอียดตามความเหมาะสม

ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับไว้ ณ โรงพยาบาล /หรือเวลาตามความเหมาะสม โดยครอบคลุมทุกข้อ

ปัญหา/ความต้องการ /คำสอนแนะนำ	ผู้รับ การ สอน	ผู้สอนวันที่	วิธีการ การสอน	การประเมินผลครั้งที่1				การประเมินผลครั้งที่2				
				ตอบคำถาม		ปฏิบัติ		ตอบคำถาม		ปฏิบัติ		
				ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
คำแนะนำเมื่อแรกรับ												
<input type="checkbox"/> สถานที่ที่ถูกระเบียบ	มารดา	สุรีย์ 3/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> สิทธิคำรักษาพยาบาล	บิดา	สุรีย์ 3/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม	มารดา	สุรีย์ 3/4/55	A	✓								
ความรู้เกี่ยวกับโรค				✓								
<input type="checkbox"/> สาเหตุ/อาการ/แผนการรักษา		พ.ศิริพันธ์3/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> การป้องกันไม่ให้เกิดโรค		พ.ศิริพันธ์3/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> การปฏิบัติป้องกันความพิการ		พ.ศิริพันธ์3/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....												
การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ												
<input type="checkbox"/> อาหารที่เหมาะสมสำหรับมารดา		นิตา 6/5/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		นิตา 6/5/55	A,B	✓		✓				✓		
<input type="checkbox"/> การบีบนมมารดาเก็บ		ธิดา 4/5/55	A,B									
<input type="checkbox"/> การให้นมผสม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> การให้นมทางสายยาง			A,B	✓	✓							
<input type="checkbox"/> การทำความสะอาดร่างกาย		นิตา 6/5/55	A,B	✓	✓							
<input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันโรค		อุไร 12/4/55		✓								
<input type="checkbox"/> อาหารเสริมตามวัย		อุไร 12/4/55	A,C	✓								
<input type="checkbox"/> พัฒนาการของทารก		อุไร 12/4/55	A,C	✓								
<input type="checkbox"/> อาการผิดปกติที่ควรนำมาพบแพทย์ / การช่วยเหลือเบื้องต้น		อุไร 12/4/55	A	✓		✓						
<input type="checkbox"/> การทำสรีระบำบัดตรวจออกและการดูดเสมหะ		สุดา 20/4/55	A,B	✓	✓							
<input type="checkbox"/> การรับประทานยา		สุดา 20/4/55	A,B	✓	✓							
<input type="checkbox"/> การช่วยฟื้นคืนชีพ		สุดา 20/4/55	A,B	✓	✓							
<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อมทางบ้านที่เหมาะสมกับการดูแลทารก		สุดา 20/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> หน่วยงานที่ดูแลต่อเนื่อง/สถานพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน		สุดา 20/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด		สุดา 20/4/55	A	✓								
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....												
หมายเหตุ วิธีสอน อธิบาย = A สาธิต = B เป็ด CD = C แจกแผ่นพับ = E อื่นๆระบุ.....												
Name of Patient ด.ช.บุศรนาง สมัย รุ่งเรืองดี				Age 1 วัน				HN 99888999				
Department กุมารเวชกรรม				Ward กุมารเวชกรรม 1				Attending Physician พญ. ศิริพันธ์ มีบุญ				

แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

1. วันที่จำหน่าย 30 เม.ย. 2555 เวลา 14.20 น. รวมวันนอนโรงพยาบาล 27 วัน		
2. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Preterm c RDS		
3. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดย <input checked="" type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> หนีกลับ <input type="checkbox"/> ไม่สมัครอยู่ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ สถานที่..... <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม เวลา.....		
4. สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย Temp 37 °C, HR 148 /min, RR 44 /min, BW 2000 gms		
5. การรักษาที่สำคัญ <input checked="" type="checkbox"/> Respirator <input type="checkbox"/> CPAP <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ box <input checked="" type="checkbox"/> Incubator <input checked="" type="checkbox"/> Photo <input type="checkbox"/> ผ่าตัด..... <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
6. ผลการตรวจและการทำหัตถการพิเศษ.....-.....การรับวัคซีน <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
7. ผ่านการตรวจคัดกรอง <input checked="" type="checkbox"/> TSH, PKU <input checked="" type="checkbox"/> Hearing(OAE) <input checked="" type="checkbox"/> ROP ผล <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....		
8. สถานที่เลี้ยงทารก 1 ระบุที่อยู่ 39 หมู่ 9 ต.สวนหลวง อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ระยะเวลา ตลอดไป 2(ระบุที่อยู่).....ระยะเวลา.....เดือน		
9. ผู้ดูแลหลัก(ระบุชื่อ) สมัย รุ่งเรืองดี ความเกี่ยวข้องเป็น มารดา อาชีพ แม่บ้าน		
0. ยากลับบ้าน MVD 0.3 ml oral OD 2 Fer in sol 0.3 ml oral OD 3.....4.....		
1. อุปกรณ์ที่ติดตัวไปกับผู้ป่วย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีอุปกรณ์ติดตัว <input type="checkbox"/> NG tube <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> VP shunt <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
2. อาหาร <input checked="" type="checkbox"/> นมแม่ระยะเวลา 6 เดือน <input type="checkbox"/> นมผสม ระยะเวลา.....เดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....วิธีให้ <input checked="" type="checkbox"/> ดูด <input type="checkbox"/> gavages <input type="checkbox"/> drop		
3. นัดตรวจครั้งต่อไป 1. วันที่ 15 มิถุนายน 2555 เวลา 13.00 – 16.00 น. สถานที่ OPD เด็ก 2. วันที่.....-.....เวลา.....-.....สถานที่..-		
4. การให้คำแนะนำ/ทบทวนคำแนะนำ <input checked="" type="checkbox"/> การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ <input type="checkbox"/> การเลี้ยงบุตรด้วยนมผสม <input checked="" type="checkbox"/> การให้ความอบอุ่น <input type="checkbox"/> การดูแลพิเศษ/อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย <input checked="" type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกัน <input checked="" type="checkbox"/> พัฒนาการตามวัยและการส่งเสริมพัฒนาการ <input checked="" type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด <input checked="" type="checkbox"/> อาหารเสริมตามวัย <input checked="" type="checkbox"/> การให้ยา <input checked="" type="checkbox"/> การรักษาความสะอาด <input checked="" type="checkbox"/> อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ <input checked="" type="checkbox"/> การป้องกันภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค/ภาวะแทรกซ้อน <input checked="" type="checkbox"/> การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนพบแพทย์ <input checked="" type="checkbox"/> เบอร์โทรติดต่อสอบถามปัญหา 034427022 ต่อ 6116		
5. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน <input checked="" type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น เหตุผล.....		
6. ความสมัครใจของครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน <input type="checkbox"/> สมัครใจ <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจ		
7. ประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง 17.1.....17.2 17.3.....17.4.....		
8. ที่อยู่ปัจจุบัน.....สถานที่ใกล้เคียง.....โทรศัพท์.....		
9. การเดินทางแผนที่		
ลงชื่อผู้รับคำแนะนำ นางสมคิด รุ่งเรืองดี เกี่ยวข้องเป็น <input type="checkbox"/> บิดา <input checked="" type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุวันที่ 30/4/2555		
ลงชื่อผู้ให้คำแนะนำ นางสาวสุปราณี แยมนาน ตำแหน่ง RNวันที่ 30/4/2555		
Name of Patient ด.ช.บุตรนาง สมัย รุ่งเรืองดี	Age 1 วัน	HN 9988999
Department กุมารเวชกรรม	Ward กุมารเวชกรรม 1	Attending Physician พญ. ศิริพันธ์ มีบุญ



ภาคผนวก ข

ตารางภาคผนวกแสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลัง
การทดลองและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความ
ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง

ความครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ				
1.1 มวลที่ได้จากการสัมภาษณ์				
1.1.1 มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บิดามารดา ญาติหรือผู้ดูแล/เอกสารที่มีการบันทึกไว้	27	90.00	28	93.33
1.2 ข้อมูลจากการสังเกต และหรือการตรวจร่างกาย				
1.2.2 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต/และหรือจากการ ตรวจร่างกาย	11	36.67	30	100.00
1.3 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล				
1.3.1 มีบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการ สำคัญ	11	36.67	29	96.67
1.4 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน				
1.4.1 มีบันทึกเวลาที่เริ่มอาการเจ็บป่วยและลักษณะอาการ ของการเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล	17	56.67	26	86.67
1.4.2 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วยและหรือ วิธีแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด	20	66.67	25	83.33
1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการแพ้ยา				
1.5.1 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติ เกี่ยวกับการแพ้ยา สารอาหารและหรืออื่น	1	3.33	25	83.33
1.6 ประวัติสุขภาพของมารดา เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการ คลอด ประวัติสุขภาพของทารก				
1.6.1 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของมารดา ก่อน ตั้งครรภ์	16	53.33	28	93.33
1.6.2 มีบันทึกประวัติการตั้งครรภ์	17	56.67	30	100.00
1.6.3 มีบันทึกประวัติการฝากครรภ์	15	50.00	30	100.00
1.6.4 มีบันทึกประวัติการคลอด	22	73.33	30	100.00
1.7 ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว				
1.7.1 มีบันทึกประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว	1	3.33	26	86.67

ตารางภาคผนวกที่ 1 (ต่อ)

ความครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.8 อาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ				
1.8.1 มีบันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	25	83.33	30	100.00
1.9 ประเมินสภาพ ด้านจิตใจ สังคม และ/หรือ จิตวิญญาณของบิดามารดาเมื่อแรกรับ				
1.9.1 มีบันทึกสภาพทางด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของบิดามารดา	2	6.67	23	76.67
1.10 ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดา/ญาติเพื่อวางแผนการจำหน่าย				
1.10.1 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดา/ญาติหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาล	10	33.33	27	90.00
1.11 ประเมินสภาพผู้ป่วยระยะต่อเนื่องต่อการประเมินแรกรับ				
1.11.1 มีการบันทึกข้อมูลจากการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังจากการประเมินผู้ป่วยแรกรับ	19	63.33	30	100.00
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย				
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบและหลักการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	6	20.00	30	100.00
2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและหรือบิดามารดาได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	4	13.33	30	100.00
2.3 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง	0	0.00	29	96.67
3. การวางแผนการพยาบาล				
3.1 มีบันทึก/หลักฐานแสดงถึงการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล	0	0.00	30	100.00
3.2 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและครบทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล	0	0.00	30	100.00

ตารางภาคผนวกที่ 1 (ต่อ)

ความครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.3 มีบันทึกที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่าย	1	3.33	30	100.00
3.4 มีบันทึกแผนกิจกรรมการพยาบาล โดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการรักษายาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ	1	3.33	30	100.00
3.5 มีบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย	3	10.00	24	80.00
4. การปฏิบัติการพยาบาล				
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล	27	90.00	30	100.00
4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและหรือของบิดามารดาตามแผนการพยาบาล	13	43.33	30	100.00
4.3 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย	24	80.00	28	93.33
5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล				
5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือเกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้	16	53.33	29	96.67
5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและหรือของบิดามารดาหรือญาติโดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือเกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้	12	40.00	29	96.67
5.3 มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนหรือยุติข้อวินิจฉัยการพยาบาล	3	10.00	28	93.33
5.4 มีการบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่าย	24	80.00	27	90.00

ตารางภาคผนวกที่ 1 (ต่อ)

ความครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การสรุปจำหน่าย				
6.1 มีบันทึกที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงและสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	23	76.67	30	100.00
6.2 มีบันทึกปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่คงอยู่และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย	6	20.00	30	100.00
6.3 มีบันทึกการให้คำแนะนำ/ทบทวนการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาและหรือญาติก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย	18	60.00	29	96.67
6.4 มีการประเมินผลการสอน/สาธิต/หรือการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาและหรือญาติ	6	20.00	27	90.00
6.5 มีบันทึกการส่งต่อปัญหาการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพ	9	30.00	29	96.67



ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความ
ถูกต้องตามหลักบันทึก ก่อนและหลังการทดลอง

ความถูกต้องตามหลักบันทึก	มีการบันทึก			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพถูกต้อง	2	6.7	30	100.0
2. บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาลถูกต้อง	0	0.0	30	100.0
3. บันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้อง	0	0.0	30	100.0
4. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้อง	1	3.3	17	56.7
5. บันทึกวัน เดือน ปีเวลา	12	40.0	28	93.3
6. บันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลัง	3	10.0	20	66.7
7. บันทึกสภาพโดยไม่แปลความหมาย	30	100.0	30	100.0
8. บันทึกอ่านข้อมูลอ่านออกทุกข้อความ	8	26.7	18	60.0
9. บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับรัด	30	100.0	30	100.0
10. บันทึกโดยใช้คำย่อและ/สัญลักษณ์ที่เป็นสากล	12	40.0	22	73.3
11. ลงชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึก	28	93.3	29	96.7
12. ระบุชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวโรงพยาบาล	13	43.3	23	76.7
13. บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน	30	100.0	30	100.0
14. จี๊ดเส้นตรงกับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อ	7	23.3	20	66.7
15. บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด	0	0.0	20	66.7

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความ
ต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนการทดลอง

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	คะแนน								รวม (เพิ่ม)	คิด เป็น
	0		1		2		3			
	แนว ตั้ง	ร้อยละ	แนว ตั้ง	ร้อยละ	แนว ตั้ง	ร้อยละ	แนว ตั้ง	ร้อยละ		
การประเมินสภาพของผู้ป่วย										
1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับในแบบประเมินผู้ป่วย และ บันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมใน แบบบันทึกการพยาบาลครบ 3 เวร ภายใน 24 ชั่วโมง	0	0.0	2	6.7	28	93.3	0	0.0	30	100.0
2. มีบันทึกข้อมูลการประเมิน ผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลทุก เวรและทุกวันตั้งแต่แรกรับไว้ใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	15	50.0	8	26.7	7	23.3	30	100.0
การวินิจฉัยทางการแพทย์										
3. มีบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลในวันแรกรับ และมีการ บันทึกข้อวินิจฉัยใหม่ในวันต่อมา ตามปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการ พยาบาล	30	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	100.0
การวางแผนการพยาบาล										
4. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึง ความต่อเนื่องของกิจกรรมการ พยาบาลแต่ละกิจกรรมในแบบ บันทึกแผนการพยาบาล	30	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	100.0
5. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการ วางแผนในบันทึกแผนการพยาบาล พยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงไป	30	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 3 (ต่อ)

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	คะแนน								รวม (เพิ่ม)	คิด เป็น
	0		1		2		3			
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ		
การปฏิบัติการพยาบาล										
6. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร	6	20	8	26.7	16	53.3	0	0	30	100.0
การประเมินผลการพยาบาล										
7. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล	2	6.7	5	16.7	0	0.0	23	76.7	30	100.0
8. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล	30	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความ
ต่อเนื่องของการบันทึก หลังการทดลอง

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	คะแนน								รวม (แฟ้ม)	คิด เป็น
	0		1		2		3			
	พบ แต่	พบ อยู่	พบ แต่	พบ อยู่	พบ แต่	พบ อยู่	พบ แต่	พบ อยู่		
การประเมินสภาพของผู้ป่วย										
1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย และ บันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมใน แบบบันทึกการพยาบาลครบ 3 เวร ภายใน 24 ชั่วโมง	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	100.0	30	100.0
2. มีบันทึกข้อมูลการประเมิน ผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลทุก เวรและทุกวันตั้งแต่แรกรับไว้ใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	0	0.0	2	6.7	7	23.3	21	70.0	30	100.0
การวินิจฉัยทางการแพทย์										
3. มีบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลในวันแรกรับ และมีการ บันทึกข้อวินิจฉัยใหม่ในวันต่อมา ตามปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการ พยาบาล	0	0.0	0	0.0	30	100	0	0.0	30	100.0
การวางแผนการพยาบาล										
4. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึง ความต่อเนื่องของกิจกรรมการ พยาบาลแต่ละกิจกรรมในแบบ บันทึกแผนการพยาบาล	0	0.0	0	0.0	8	26.7	22	73.3	30	100.0
5. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการ วางแผนในบันทึกแผนการพยาบาล พยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงไป	0	0.0	0	0.0	11	36.7	19	63.3	30	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึก ก่อนการทดลอง

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึก	คะแนน										รวม (น.ผู้) (น.ผู้) (น.ผู้)	น.เต็ม
	1		2		3		4		5			
	น.เต็ม	ร้อยละ	น.เต็ม	ร้อยละ	น.เต็ม	ร้อยละ	น.เต็ม	ร้อยละ	น.เต็ม	ร้อยละ		
1. ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในระยะแรกได้รับครบถ้วน	0	0.0	0	0.0	3	20	6	40	6	40	15	100.0
2. ช่วยรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจน	0	0.0	10	66.7	5	33.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
3. ช่วยบันทึกข้อมูลที่ได้อาจการประเมินผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	1	6.7	14	93.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
4. ช่วยมองเห็นปัญหาเร่งด่วนก่อนหลังของผู้ป่วยได้ชัดเจน	0	0.0	12	80.0	3	20.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
5. ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม	6	40.0	6	40.0	3	20.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
6. ช่วยให้เห็นบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลแรกได้รับได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	7	46.7	1	46.7	7	46.7	15	100.0
7. ช่วยให้เห็นบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มเติมได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	5	33.3	10	66.7	0	0.0	0	0.0	15	100.0
8. ช่วยให้เห็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	4	26.7	11	73.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
9. ช่วยให้เห็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	12	80.0	0	0.0	3	20.0	15	100.0
10. ช่วยให้เห็นบันทึกแผนการพยาบาลแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครบถ้วน	0	0.0	4	26.7	11	73.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
11. ช่วยให้เห็นบันทึกแผนการพยาบาลแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	1	6.7	14	93.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึก	คะแนน										รวม (หมู่ที่)คะแนน	เฉลี่ย
	1		2		3		4		5			
	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย		
12. ช่วยให้บันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย	1	6.7	11	73.3	3	20.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
13. ช่วยให้บันทึก ประเมินผลการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่าปัญหาได้รับการแก้ไขคงอยู่ หรือเปลี่ยนแปลงได้สะดวกรวดเร็ว	3	20.0	1	6.7	11	73.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
14. ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องกับแผนการพยาบาล	0	0.0	1	6.7	14	93.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
15. ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อได้ครบถ้วน	0	0.0	8	53.3	7	46.7	0	0.0	0	0.0	15	100.0
16. ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวกรวดเร็ว	0	0.0	5	33.3	8	53.3	2	13.3	0	0.0	15	100.0
17. ช่วยให้บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจนสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล	0	0.0	0	0.0	15	100	0	0.0	0	0.0	15	100.0
18. ช่วยให้บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครบถ้วนทุกข้อ	0	0.0	6	40.0	9	60.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบ บันทึก	คะแนน										รวม(เฉลี่ย)	คิดเป็น
	1		4		5							
	ไม่เคย	ยอดรู้	ไม่เคย	ยอดรู้	ไม่เคย	ยอดรู้						
19. ช่วย ให้ บันทึก การ ประเมินผลการปฏิบัติการ พยาบาลของแต่ละข้อมูณิฉัยการ พยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	6	40.0	9	60.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
20. ช่วย ให้ ข้อมูล ที่ เป็น ประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีม สุขภาพอื่นๆ	8	53.3	4	26.7	3	20.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
21. ช่วยให้มีแนวทางบันทึกการ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ ครบถ้วน	0	0.0	9	60.0	6	40.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
22. ช่วยให้บันทึกการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	4	26.7	11	73.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
23. ช่วย ให้ บันทึก สรุปลการ จำหน่ายผู้ให้บริการได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	6	40.0	9	60.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
24. ช่วยให้เห็นแนวทางการ เตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่าง เป็นระบบ	1	6.7	8	53.3	6	40.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0
25. ช่วยให้บันทึกสรุปจำหน่าย ผู้ให้บริการได้ครบถ้วน	1	6.7	8	53.3	6	40.0	0	0.0	0	0.0	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึก	คะแนน										รวม (หมู่) คะแนน	ร้อยละ
	1		2		3		4		5			
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ		
1. ช่วยให้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในระยะแรกได้รับครบถ้วน	0	0.0	0	0.0	2	13.3	9	60.0	4	26.7	15	100.0
2. ช่วยให้รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจน	0	0.0	0	0.0	2	13.3	10	66.7	3	20.0	15	100.0
3. ช่วยให้บันทึกข้อมูลที่ได้รับการประเมินผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	3	20.0	7	46.7	5	33.3	15	100.0
4. ช่วยให้มองเห็นปัญหาเร่งด่วนก่อนหลังของผู้ป่วยได้ชัดเจน	0	0.0	0	0.0	2	13.3	10	66.7	3	20	15	100.0
5. ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60.0	6	40.0	15	100.0
6. ช่วยให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลแรกรับผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60.0	6	40.0	15	100.0
7. ช่วยให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วยที่พบได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60.0	6	40.0	15	100.0
8. ช่วยให้เห็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60	6	40.0	15	100.0
9. ช่วยให้เห็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลของปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60	6	40.0	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 6 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบ บันทึก	คะแนน										(เฉลี่ย)คะแนน	ร้อยละ
	1		2		3		4		5			
	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย	ไม่เคย	เลย		
10. ช่วยให้บันทึกแผนการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการ พยาบาลได้ครบถ้วน	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	46.7	8	53.3	15	100.0
11. ช่วยให้บันทึกแผนการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการ พยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	1	6.7	9	60.0	5	33.3	15	100.0
12. ช่วยให้บันทึกแผนการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการ พยาบาลได้ถูกต้องสอดคล้องกับ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60.0	6	40.0	15	100.0
13. ช่วยให้บันทึก ประเมินผล การพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัย การพยาบาลว่าปัญหาได้รับการ แก้ไข คงอยู่ หรือเปลี่ยนแปลงได้ สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60.0	6	40.0	15	100.0
14. ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติการ พยาบาลได้สอดคล้องกับแผนการ พยาบาล	0	0.0	0	0.0	1	6.7	8	53.3	6	40.0	15	100.0
15. ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลตามข้อ วินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อได้ ครบถ้วน	0	0.0	0	0.0	1	6.7	7	46.7	7	46.7	15	100.0
16. ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลของแต่ละข้อ วินิจฉัยการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	2	13.3	7	46.7	6	40.0	15	100.0
17. ช่วยให้บันทึกการประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน สอดคล้องกับเกณฑ์การ ประเมินผล	0	0.0	0	0.0	1	6.7	9	60.0	5	33.3	15	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 6 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบ บันทึก	คะแนน										รวม (เฉลี่ย)	เต็ม คะแนน
	1		2		3		4		5			
	เต็ม คะแนน	ร้อยละ	เต็ม คะแนน	ร้อยละ	เต็ม คะแนน	ร้อยละ	เต็ม คะแนน	ร้อยละ	เต็ม คะแนน	ร้อยละ		
18. ช่วยให้เห็นบันทึกการ ประเมินผลการปฏิบัติการ พยาบาลข้อวินิจฉัยการ พยาบาลได้ครบถ้วนทุกข้อ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	46.7	8	53.3	15	100.0
19. ช่วยให้เห็นบันทึกการ ประเมินผลการปฏิบัติการ พยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัย การพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	1	6.7	6	40.0	8	53.3	15	100.0
20. ช่วยให้เห็นข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการสื่อสารกับ ทีมสุขภาพอื่นๆ	0	0.0	0	0.0	1	6.7	9	60.0	5	33.3	15	100.0
21. ช่วยให้มีแนวทางบันทึก การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ได้ครบถ้วน	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	46.7	8	53.3	15	100.0
22. ช่วยให้เห็นบันทึกการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	1	6.7	8	53.3	6	40.0	15	100.0
23. ช่วยให้เห็นบันทึกสรุปการ จำหน่ายผู้ใช้บริการได้สะดวก รวดเร็ว	0	0.0	0	0.0	1	6.7	8	53.3	6	40.0	15	100.0
24. ช่วยให้เห็นแนวทางการ เตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่าง เป็นระบบ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60	6	40	15	100.0
25. ช่วยให้เห็นบันทึกสรุป จำหน่ายผู้ใช้บริการได้ ครบถ้วน	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	46.7	8	53.3	15	100.0

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอุดมพร คำล้ำเลิศ
วัน เดือน ปีเกิด	28 มกราคม 2508
สถานที่เกิด	อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2530 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2535
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

