

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล  
งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชินีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

นางสาวศิริลักษณ์ อินทร์ศร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2557

**Development of a Nurses' Notes Model by Using the Nursing Process  
for the In-patient Department at Rasisalai Hospital, Sisaket Province**

**Miss Sirilak Insorn**

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

2014

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล  
งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถีไสล จังหวัดศรีสะเกษ

ชื่อและนามสกุล นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติฉินนันทน์  
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคูลย์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2558

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พัชรพร เกิดมณฑล

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชราพร เกิดมณฑล)

Alm ส.อ.

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติฉินนันทน์)

ดวงกมล วัตราคูลย์

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคูลย์)

ศิริวรรณ ศรีพหล

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(ศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ ศรีพหล)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล  
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ

**ผู้วิจัย** นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร รหัสนักศึกษา 2515100705 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติจิตวิทยานันท์  
(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์ **ปีการศึกษา** 2557

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ก่อนทดลองจำนวน 30 แฟ้ม หลังทดลองจำนวน 30 แฟ้ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) แบบสำรวจสภาพการณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (2) แผนการสอนพยาบาลวิชาชีพเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (3) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการใช้กระบวนการพยาบาล (4) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ (5) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน เครื่องมือชุดที่ 3 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ = 0.89 เครื่องมือชุดที่ 4 และ 5 ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา = 0.90 และ 0.79 ตามลำดับ และได้ค่าความเที่ยง = 0.98 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้สถิติทดสอบที่ และวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยหาค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่า มัชยฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ วิลคอกซัน

ผลการวิจัยสรุป ดังนี้ (1) ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการเขียนบรรยายในแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้รูปแบบโฟลว์ส ประกอบด้วย ปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล บันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์พยาบาลในรูปแบบ การประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (2) ผลการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีผู้ได้คะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ร้อยละ 83.33 (3) ค่ามัชยฐานของความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังทดลองสูงมีค่าเฉลี่ยมัชยฐานสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (4) คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยรวมทุกด้านค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** การพัฒนารูปแบบ บันทึกทางการแพทย์พยาบาล กระบวนการพยาบาล

**Thesis title:** Development of a Nurses' Notes Model by Using the Nursing Process for the In-patient Department at Rasisalai Hospital, Sisaket Province

**Researcher:** Miss Sirilak Insorn; **ID:** 2515100705; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisers:** (1) Dr. Seenual Sadhitwithayanan, Associate Professor; (2) Dr. Duangkamol Wattadul, Assistant Professor; **Academic year:** 2014

### Abstract

This is a research and development study. The objectives were to develop a nurses' notes model by using the nursing process for the In-patient Department at Rasisalai Hospital, Sisaket Province and to study the effects of that nurses' notes model.

The sample was selected by the purposive sampling technique and included 12 nurses as well as nurses' notes (30 files before and 30 files after experiment) at Rasisalai Hospital, Sisaket Province. Research tools comprised: (1) a survey of a nurses' notes situation, (2) lesson plans focused on how to do nurses' notes and the nursing process for professional nurses, (3) a knowledge test of how to do nurses' notes and the nursing process [This test was verified by 6 experts, and IOC was 0.89], (4) questionnaires which asked professional nurses their opinion of the nurses' notes model, (5) a form for checking quality of nurses' notes [These questionnaires (item 4) and the checking quality form (item 5) were verified by experts, CVI were .0.90 and 0.79, and Cronbach's alpha were 0.98 and 0.94]. Data were analyzed by statistics: t-test for quality of nurses' notes, mean and median for opinion of professional nurses on the nurses' notes model, and Wilcoxon for testing difference.

The results were as follows. (1) The nurses' notes model was in a form of descriptive writing according to the nursing process: focus - charting format. This included problems/ nursing diagnosis, progress note of nursing by evaluating, nursing intervention, and evaluation. (2) The scores of post-test was higher than that of pre-test (83.30%). (3) The median value of opinion of professional nurses on the effectiveness of the nurses' notes model after experimenting was significantly higher than before experimenting ( $p < .05$ ). (4) The mean score of quality of nurses' notes was significantly higher than before experimenting ( $p < .05$ ).

**Keyword:** Model development, Nurses' notes, Nursing process

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราคุลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ อีกทั้งได้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภาพร เก็ดมมงคล ประธานสอบวิทยานิพนธ์และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาจนประสบความสำเร็จ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยรวมถึงข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามิไศล นางนภาพร จำปาพันธุ์หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ทองใบ อินทร์สร มารดาผู้ให้กำเนิด นางสาวชมชуда อินทร์สร น้องสาวที่ให้กำลังใจและอำนวยความสะดวก ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อเง็กโฮ้ว แซ่ลี่ (บิดาผู้ล่วงลับ) คุณแม่ฮั่งเตียง แซ่ลี่ นางสาวเพ็ญวิไล แซ่ลี่ นายสิริชัย แซ่ลี่ นายสิริชาญ แซ่ลี่ ผศ.ดร. วิไลพร แซ่ลี่ น้องสาวและน้องชายที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ตลอดการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาบริหารการพยาบาล นางสาวฐิรพร อัสววิศรุต นางสาวเกษร จรรย์รัตน์ ผู้ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา

สิริลักษณ์ อินทร์สร

กรกฎาคม 2558

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	9
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ .....	13
แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล .....	25
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม .....	34
แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผล .....	37
วิธีการบันทึกทางการแพทย์ .....	39
รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ .....	40
ประเด็นปัญหาและความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์ .....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	67
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	68
วิธีดำเนินการวิจัย .....	75

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การรวบรวมข้อมูล .....	78
การพิทักษ์สิทธิ .....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	81
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ .....	82
ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์ .....	87
ตอนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทาง ทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล .....	93
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	113
สรุปการวิจัย .....	113
อภิปรายผล .....	119
ข้อเสนอแนะ .....	122
บรรณานุกรม .....	124
ภาคผนวก .....	134
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	135
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	137
ค หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย .....	139
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบฟอร์ม ผลการสนทนา .....	150
จ โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ กลยุทธ์ สู่การปฏิบัติ .....	176
ฉ คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ แผนการสอน .....	182
ประวัติผู้วิจัย .....	217



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ตัวอย่างของการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบการบรรยาย .....	42
ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างการบันทึกแบบชี้เฉพาะ .....	45
ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล .....	50
ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย .....	52
ตารางที่ 4.1 สรุปผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพการณ์การบันทึกทางการพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพ (N12).....	82
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเสริม ความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล (N 12).....	86
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบลักษณะของแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา....	87
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ.....	94
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลภาพรวม และรายด้านด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล .....	96
ตารางที่ 4.6 ความถี่ ร้อยละ ของผลการตรวจสอบความครอบคลุมการบันทึก ตามกระบวนการพยาบาล (ส่วนที่ 1) ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	101
ตารางที่ 4.7 ความถี่ ร้อยละ ของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลและครบถ้วนตามหลักการ บันทึกทางการพยาบาล(ส่วนที่ 2) ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	105
ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของ การบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล แยกตามรายด้านและ โดยรวม (ส่วนที่ 1) ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	108
ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของ การบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล แยกตามรายด้านและ โดยรวม (ส่วนที่ 2) ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	109
ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้านความต่อเนื่องของ การบันทึกทางการพยาบาล แยกตามรายด้านและ โดยรวม (ส่วนที่ 3) ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	110

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	หน้า
		11



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing documentation) เป็นการบันทึกรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยรวมทั้งการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาล (Groah, 1983, p.128) เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะต้องบันทึกลงในแบบฟอร์มที่ทางโรงพยาบาลกำหนดซึ่งเก็บไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (Schaeffer and Godwin, 1983, p.9) บันทึกทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นประจักษ์พยานในการแสดงถึงคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลรวมทั้งใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย (พิสิมณฑ์ คุ่มทวีพร, 2552, p.311) โดยส่วนหนึ่งของการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยใช้ในการพิจารณาคดีความ หากมีการฟ้องร้องและนำไปสู่การตัดสินที่ยุติธรรม (DeLaune and Ladner, 2002) ทำให้พยาบาลหลุดพ้นจากการเกิดปัญหาทางคดีความได้ (Yan Teytelman, 2002) การบันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการใช้อรรถกถารในการปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Carpenito - Moyet Lynda Juall, 2004) สามารถตรวจสอบได้จากการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การบันทึกทางการพยาบาลจึงใช้เป็นหลักฐานบ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาล และใช้ในการประกอบการศึกษา ค้นคว้าวิจัย การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ (Fischbach, 1991, White, 2003) ต้องบันทึกให้เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง รัดกุมและซ้ำซ้อนน้อยที่สุด รวมทั้งสามารถสะท้อนกระบวนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจทางคลินิก เช่น มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล มีหลักฐานความต้องการการดูแลกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย มีข้อความเป็นหลักฐานด้วยตัวของบันทึกเอง (self-evident statement) ทำให้สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี มีการบันทึกตามลำดับก่อนหลังและแสดงความมีเหตุผลในการตัดสินใจ มีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้บันทึกเมื่อจำเป็นต้องใช้หรือต้องการสืบค้นข้อมูล (Iyer and Camp, 1995) การบันทึกทางการพยาบาลสามารถเขียนด้วยมือหรือพิมพ์เป็นแบบความเรียงไว้ในคอมพิวเตอร์สามารถทำได้ในรูปแบบของมาตรฐานการดูแลซึ่งมีได้หลายแบบได้แก่การทำเครื่องหมายลงใน

แบบฟอร์ม หรือบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์ (วรรณิ ตปนียากร งามนิตย์ รัตนานุกูลและคณะ, 2552 น.13)

ปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกทางการแพทย์ของประเทศไทยจัดเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆดังนี้

1. ปัญหาของระบบบริการพยาบาล พบว่า ไม่มีมาตรฐานของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในระดับประเทศ ไม่มีนโยบายมาตรฐานของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในระดับหน่วยงาน ไม่มีรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจนและสะดวกต่อการนำมาใช้ ทำให้พยาบาลไม่สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ (จิรา เตมิจิตอารีย์, 2530) คณะกรรมการที่รับผิดชอบงานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่สามารถกำหนดกรอบ แนวคิดหรือระบบสำหรับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นอกจากนี้ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลยังไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การประชุมทำความเข้าใจและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังไม่ครอบคลุมบุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงาน รวมถึงการจัดการกำลังคนยังไม่เหมาะสม (ประภินิ สุฉฉายา และคณะ, 2549)

2. ปัญหาของพยาบาลพบว่า พยาบาลบางคนขาดแรงจูงใจ ขาดความรับผิดชอบ ขาดความรู้ความสามารถ (ไขแสง โปธิโกสุม, 2542) ขาดความเข้าใจในหลักการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลน้อย พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่ากรบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นงานที่ต้องใช้เวลามาก ซ้ำซาก มักไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ(ทัศนีย์ ทองประทีปและเบ็ญญา เตากล้า, 2543) การจัดเวลาในการเขียนบันทึกต่างๆของพยาบาลยังไม่เหมาะสม มักใช้เวลาที่มากกว่าให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ความเบื่อหน่ายจากภาระงานที่มีอยู่มาก ทำให้ไม่ให้ความสนใจในการเขียนบันทึก ไม่ศึกษาเอกสารบันทึกต่างๆที่เขียนโดยพยาบาลคนอื่นหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ เนื้อหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงขาดความสมบูรณ์และความสอดคล้อง บันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มองไม่เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (พรศิริ พันธสีและรัชณี นามจันทรา, 2549) คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลจึงมีความครอบคลุมและมีความต่อเนื่องในระดับต่ำ รวมถึงความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก (นิภา แสงกิตติไพบูลย์, 2554)

3. ปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์ได้แก่ การเขียนบันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุม ไม่สะท้อนบทบาทของพยาบาล ไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อนร่วมวิชาชีพหรือต่างวิชาชีพไม่ให้ความสนใจอ่านหรือใช้ประโยชน์ (ประคิน สุจฉายาและคณะ, 2549) รูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์มีหลายรูปแบบ (Natalia Bianchi, 2007) มีความซ้ำซ้อน ไม่สะดวกในการนำกลับมาใช้ใหม่ มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไป(นิภา แสงกิตติไพบูลย์, 2554) มีรายละเอียดและขั้นตอนสำหรับการบันทึกมากทำให้ยากในการทำความเข้าใจ และยังต้องใช้เอกสารอื่นประกอบเป็นจำนวนมากทำให้เกิดปัญหาในการสร้างภาระงานเพิ่มขึ้นให้กับพยาบาล (Pirkko Nykanena และคณะ, 2012)

4. ปัญหาของระบบการสนับสนุนการบันทึกทางการแพทย์พบว่า ไม่มีมาตรฐาน คู่มือแนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์สำหรับใช้ศึกษาอ้างอิง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการบันทึกทางการแพทย์ยังมีน้อย และมีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน อาการซับซ้อนหรือมีอาการหนัก รวมถึงการไม่มีโปรแกรมการศึกษาต่อในด้านการบันทึกทางการแพทย์และมีผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในหน่วยงานจำนวนน้อย (ประคิน สุจฉายาและคณะ, 2549)

โรงพยาบาลราชสีลาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีหอผู้ป่วยใน จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วยหอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง และหอผู้ป่วยแม่และเด็ก ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555ของกลุ่มงานการพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพรวม 59 คน โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งแรกเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2555 ในการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลดังกล่าวสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเสนอแนะให้กลุ่มงานการพยาบาล พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ เนื่องจากยังขาดความชัดเจนของการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและไม่สามารถสื่อสารให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ได้สอดคล้องกับการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการจังหวัดศรีสะเกษเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการจังหวัดศรีสะเกษ ได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ว่าควรพัฒนาการบันทึกการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งการบันทึกทางการแพทย์ในกลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลราชสีลาที่ผ่านมา ได้ปรับปรุงโครงสร้างการบันทึกทางการแพทย์ โดยการนำรูปแบบ

การบันทึกทางการแพทย์แบบบรรยายและการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้ระบบปัญหา (SOAPIE) ผลการประเมินพบว่าผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ามีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก หากบางเวรมีภาระงานมากอาจทำให้ขาดการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้ รวมทั้งมีการเว้นช่องว่างสำหรับให้ผู้ปฏิบัติงานกลับมาบันทึกย้อนหลังได้ นอกจากนี้หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยในได้มีการจัดทำแบบบันทึกทางการแพทย์ตามความต้องการของหอผู้ป่วยแต่ละหอ ทำให้มีแบบบันทึกทางการแพทย์หลายรูปแบบ และมีการปรับแบบฟอร์มบ่อยครั้ง จึงยังไม่มีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสม และพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ให้มีการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

ผลการตรวจคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลราชวิถี โดยคณะกรรมการเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใน พ.ศ. 2555 พบว่าการบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพอยู่ในระดับร้อยละ 73.82 และผลการตรวจคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลราชวิถี โดยคณะกรรมการเวชระเบียนใน พ.ศ. 2555 พบว่าการบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพอยู่ในระดับร้อยละ 77.17 ซึ่งการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลราชวิถียังคงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดร้อยละ 80 นอกจากนี้การบันทึกทางการแพทย์ดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นว่าไม่มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การระบุปัญหา กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลไม่สอดคล้องกัน ไม่สื่อให้เห็นความก้าวหน้าของการดูแลและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยลักษณะการบันทึกปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลตามเวร รายงานตามความเคยชิน มีแบบบันทึกที่หลากหลายแบบบันทึกทางการแพทย์ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีความยุ่งยากในการตรวจประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง มีความต้องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาล สามารถบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งในการพัฒนาครั้งนี้มุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ให้เฝ้าต่อการบันทึกและสามารถบันทึกทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ

## 3. สมมติฐานการวิจัย

การบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลมากกว่าการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบเดิม

## 4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2557 ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 12 ราย และแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ใสศ ก่อนทดลองจำนวน 30 แพ้มและหลังทดลองจำนวน 30 แพ้ม โดยศึกษาตัวแปรต้นคือรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ และตัวแปรตามคือประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่

- 1) ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์และ
- 2) คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

## 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล หมายถึง แบบแผนของการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น กำหนดแนวทางการบันทึกทางการแพทย์และจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ตามแนวคิดและหลักการของกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม มีการกำหนดแนวทางการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ทุกเวอร์ รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายประกอบด้วยแบบบันทึกทางการแพทย์ 3 แบบ ดังนี้

5.1.1 **แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ** หมายถึง แบบบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อรับใหม่ โดยประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลตามหัวข้อที่กำหนดในแบบฟอร์มให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวมได้แก่ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาและ/หรือสารอาหาร ประวัติสุขภาพของครอบครัว อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยประเมินภาวะสุขภาพและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตามหัวข้อที่กำหนดในแบบฟอร์มให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม

5.1.2 **แบบบันทึกทางการแพทย์** หมายถึง แบบบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เวลา ตัวยุทธศาสตร์ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและบันทึกการประเมินผลการพยาบาลตามช่องที่กำหนดไว้ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลตามประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นๆ โดยบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์ในช่องประเมินผลการพยาบาล

5.1.3 **แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย** หมายถึง แบบบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวินิจฉัยก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำตามรายการในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

5.2 การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้แก่

5.2.1 **ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย** ได้แก่ ปัญหาการตอบสนองด้านร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผิวหนังมีผื่นแดง มีจุดจ้ำเลือด เป็นต้น



**5.2.2 ปัญหาด้านจิตใจ** ได้แก่ ปัญหาการตอบสนองของด้านสติปัญญาและด้านอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เช่น วิตกกังวลเรื่องการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองเนื่องจากจำขั้นตอนการใช้เทคนิคปลอดเชื้อไม่ได้ ก่อให้เกิดการคิดเชื่อ

**5.2.3 ปัญหาด้านสังคม** ได้แก่ ปัญหาการตอบสนองภายในของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติทางสังคมซึ่งได้เรียนรู้และถ่ายทอดจากครอบครัวและชุมชน โดยไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เช่น มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับเพื่อนบ้านเนื่องจากกลัวเพื่อนบ้านรู้ว่าเป็นโรคไตโรค

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

**5.3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** หมายถึง การประเมินผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใศล จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลและมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

**5.3.1 ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** หมายถึง การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปใช้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับหลักการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพอตเตอร์และเพอร์รี่ (Portter and Perry, 1995) แบ่งเป็น 5 ด้านดังนี้

- 1) มีความสะดวกและรวดเร็ว
- 2) มีความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
- 3) เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย
- 4) เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย
- 5) แสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์พยาบาล

**5.3.2 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** หมายถึง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีความครอบคลุมทุกขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามหลักการของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและมีความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งดัดแปลงจากอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook, 2005) ได้แก่

1) *ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล* หมายถึง การบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามเนื้อหาของการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลและครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

2) *ความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล* หมายถึง การบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักการและแนวทางของการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลและ / หรือการรักษาทุกครั้ง โดยคำนึงถึงหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล การลงลายมือชื่อกำกับพร้อมตำแหน่งถูกต้อง สามารถใช้อ้างอิงทางด้านกฎหมาย สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

ก. บันทึกวันที่ เดือน ปีและเวลาที่บันทึกตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

ข. บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ ตามปัญหาหรือข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมจากการซักประวัติ การสังเกตอาการ อาการแสดงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยและการตรวจร่างกายตั้งแต่แรกรับ มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย

ค. บันทึกได้สั้นกะทัดรัด ได้ใจความและสื่อความหมายชัดเจน

ง. ใช้คำย่อที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับ

จ. เมื่อมีการบันทึกผิด มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อ

ฉ. บันทึกทุกบรรทัด ไม่เว้นช่องว่างไว้เพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความ

ช. บันทึกให้เห็นสภาพตามความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่บันทึกแปลข้อมูล แสดงความคิดเห็นหรือแสดงความรู้สึกของพยาบาลร่วมไปด้วย

ซ. ลงลายมือชื่อของผู้บันทึกกำกับพร้อมตำแหน่งหลังการบันทึกทางการพยาบาล

3) *ความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล* หมายถึง การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกทางการพยาบาลไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมงและต่อเนื่องทุกเวรตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและ/หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**5.4 กระบวนการพยาบาล** หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินปัญหา (Assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implement) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล(Evaluation)

**5.5 งานผู้ป่วยใน** หมายถึง หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายประกอบด้วย 1) ตึกผู้ป่วยหญิง ให้บริการผู้ป่วยหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปด้วยโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรมและนรีเวช มีพยาบาลวิชาชีพพร้อม 12 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน เฉลี่ยขอตรวจผู้ป่วย 21.35 รายต่อวัน (ข้อมูล ณ ตุลาคม พ.ศ.2555 ) และ 2) ตึกผู้ป่วยชาย ให้บริการผู้ป่วยชายที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปด้วยโรคทางอายุรกรรมศัลยกรรมมีพยาบาลวิชาชีพพร้อม 12 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน

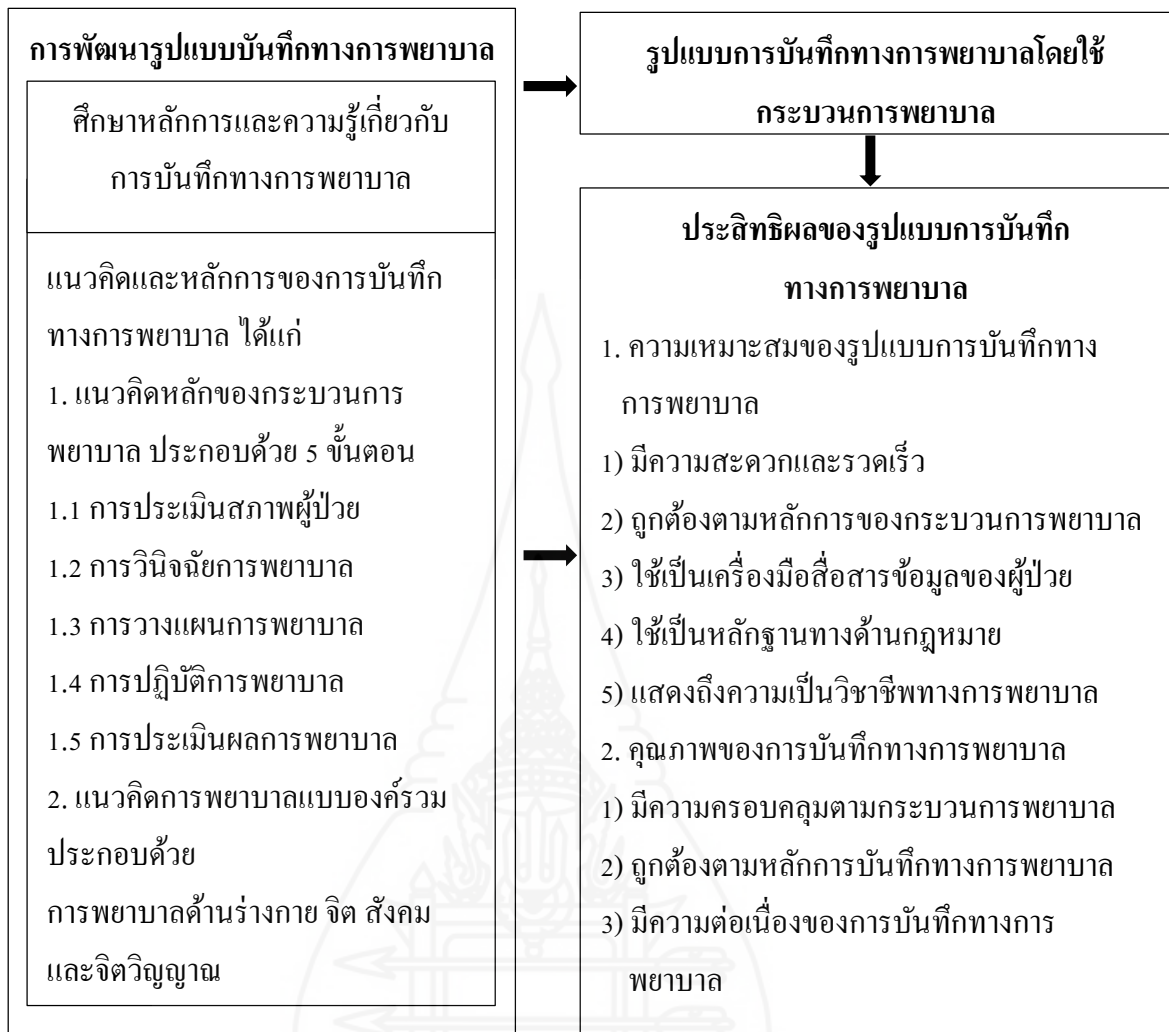
## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มีมาตรฐาน เดียวกันและเหมาะสมกับบริบทงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษและสอดคล้องกับนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไสล
2. เป็นการพัฒนาศักยภาพให้พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม
3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงานอื่นๆ ในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษ
4. เป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารในการตรวจสอบ และควบคุมคุณภาพทางการ พยาบาล
5. เป็นการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพอย่าง ต่อเนื่องและได้มาตรฐาน

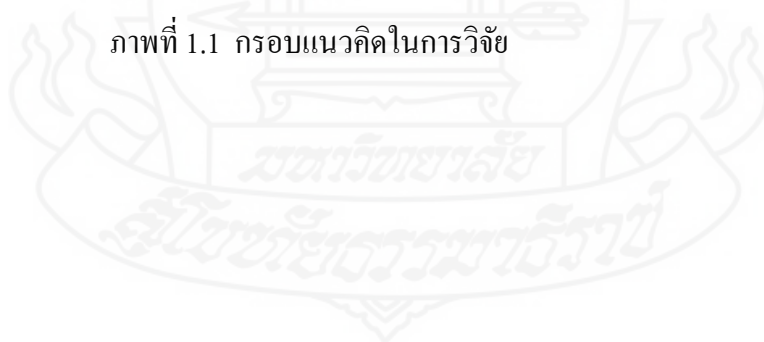
## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย แนวคิดและหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แนวคิดและหลักการของกระบวนการพยาบาล และการพยาบาลแบบองค์รวม แนวคิดของกระบวนการพยาบาลใช้แนวคิดของไอเยอร์และคณะ (Lyer et al., 1995) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) (2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) (3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning) (4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) และ (5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ส่วนแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้วิจัยใช้แนวคิดของสมจิต หนูเจริญกุล, (2543) ที่เสนอว่าเป็นการให้การพยาบาลที่มองมนุษย์และสุขภาพในลักษณะองค์รวม ให้การดูแลบุคคลที่มีบูรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล





ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี ไซล จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1.แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.3 ประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.4 กระบวนการการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.5 หลักการการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.6 แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 2.แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล
  - 2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล
  - 2.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล
  - 2.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม
4. แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผล
5. วิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
6. รูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
7. ประเด็นและความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล (professional autonomy) แสดงถึงการใช้ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อใช้สื่อสารการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่นำมาใช้อ้างอิงในการพิจารณาคดีความหากมีการฟ้องร้อง การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีจะสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจึงต้องฝึกทักษะการบันทึกทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารอ้างอิง ตำราวิชาการต่างๆ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย วัตถุประสงค์และความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

### 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation) มีผู้กล่าวถึงความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลที่สำคัญไว้ดังต่อไปนี้

Groah (1983:128) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นแบบบันทึกที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลทำให้แก่ผู้ป่วยรวมทั้งปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาล

Schaeffer and Godwin (1983:9) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารสำคัญ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะต้องบันทึกลงในแบบฟอร์มที่ทางโรงพยาบาลกำหนด เพื่อแสดงความก้าวหน้าของผู้ป่วยในการดูแลรักษาพยาบาล เป็นเอกสารที่ต้องเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

Wallus (2003) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลหมายถึงเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

Voutilainen และ Muurinen (2004:18,72-81) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการบันทึกแผนการดูแลให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลหรือผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่อง นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องและทันสมัยจะส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพขึ้น

Potter และ Perry (2005) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นทุกๆ สิ่งที่ถูกเขียนหรือพิมพ์ เพื่อเป็นบันทึกหรือพิสูจน์สำหรับบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบและการบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลที่สำคัญ

ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing record) หมายถึงข้อความที่แสดงถึงการพยาบาล (Nursing activities) ทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐาน บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่แสดงถึง 2 ประการสำคัญคือ 1) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ให้บริการ, การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และ 2) สิ่งที่ยาบาลปฏิบัติ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง และโดยอ้อม

ประคิณ สุจฉายาและคณะ (2549:11) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลหมายถึง การเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ผลการประเมินอาการของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและผลลัพธ์ของการพยาบาลลงในแบบรายงานต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งในด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลคือ การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้

พัสมนต์ คุ่มทวีพร (2552 : 311) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลคือเครื่องมือที่พยาบาลใช้เพื่อการรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ให้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งผลของการปฏิบัติการพยาบาลทุกๆ ขั้นตอนในแต่ละวันและแต่ละเวรอย่างครบถ้วน จึงสามารถใช้เป็นประจักษ์พยานในการแสดงถึงคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

วรรณิ ตปนิยากร งามนิตย์ รัตนานุกูล และคณะ (2552 : 13) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการเขียนด้วยมือหรือพิมพ์เป็นแบบความเรียงไว้ในคอมพิวเตอร์ สามารถทำได้ในรูปแบบของมาตรฐานการดูแลซึ่งมีได้หลายแบบ ได้แก่ การทำเครื่องหมายลงในแบบฟอร์มหรือบันทึกในแบบบันทึก

วิจิตรา กุสุมภ์และคณะ (2554 : 117-118) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาลหรือ การเขียนรายงานทางการพยาบาล (Recording ; documenting ; charting) หมายถึงการเขียนบันทึกและการรายงานทางการพยาบาล (Reporting) สำหรับใช้สื่อสารในสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพเป็นหลักฐานที่สำคัญในการประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การปรึกษาหารือหรือพูดคุยกัน มีทั้งแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การกำหนดแนวทางแก้ปัญหา การรายงานทั้งที่เป็นการรายงานด้วยวาจา และการบันทึกที่เป็นทางการ ได้แก่



การบันทึกลงในแบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ ฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ปกติพยาบาลจะบันทึกและรายงานเมื่อเปลี่ยนเวร

วันเพ็ญ วิทยุโณภาสกุล จงจิต เสน่หาและวันดี โดสุขศรี(2554:262) กล่าวว่า การบันทึกทางการพยาบาล (nursing documentation) หมายถึงข้อมูลที่พยาบาลเขียนหรือบันทึกในรูปแบบของข้อมูลที่เป็นแบบฟอร์มเอกสาร (paper-based recordings) หรือข้อมูลสารสนเทศ (computerized recordings) เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือบันทึกเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

สรุปได้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลหมายถึง เอกสารหรือแบบบันทึกที่พยาบาลเขียนหรือบันทึกรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในแบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ (paper-based recordings) หรือฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ (computerized recordings) ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วย การปฏิบัติงานการพยาบาล ผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่อง ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพจะสะท้อนให้เห็นคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลได้

## 1.2 วัตถุประสงค์การบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (อารี ชิวเกษมสุข 2551: 48 ,ยูวดี เกตสัมพันธ์ 2552, เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ 2552: 97 ,วรรณิ ตปนียากร งามนิษฐ์ รัตนานุกูลและคณะ 2552 : 13)

- 1) เพื่อใช้สื่อสารข้อมูลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ
- 2) เพื่อใช้เป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาจริงขณะอยู่ในโรงพยาบาล
- 3) เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาลและติดตามความก้าวหน้าของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่อง
- 4) เพื่อใช้ประกอบการศึกษา ค้นคว้าวิจัยตลอดจนการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล
- 5) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 6) เพื่อใช้เป็นเอกสารทางกฎหมาย

7) เพื่อใช้แสดงให้เห็นความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล

**1.3 ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล** บันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์หลายด้านทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการและวิชาชีพ ดังนี้

1) ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย (พัสมณฑ์ คุ่มทวีพ, 2552: 311-313) ได้แก่

(1) *รับทราบความก้าวหน้าอาการ* การตอบสนองและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากการบันทึกทางการพยาบาลประกอบด้วยอาการ และการตอบสนองของผู้ใช้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการประเมินผลอย่างครบถ้วน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยบริการออกจากโรงพยาบาล

(2) *ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ* เนื่องจากการบันทึกทางการพยาบาลสามารถแสดงถึงทุกกิจกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย รวมทั้งผลของการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือให้ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการนิเทศพยาบาลระดับปฏิบัติการ ผู้ป่วยจึงได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ มีความต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนและลดความผิดพลาด เนื่องจากมีการตรวจสอบด้วยพยาบาลระดับปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องและพยาบาลระดับผู้บริหาร ทำให้จำนวนวันที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้

(3) *ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย* เนื่องจากการบันทึกทางการพยาบาลเป็นบันทึกที่รวบรวมการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

2) ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลต่อพยาบาลและวิชาชีพ(กองการพยาบาล : 2539, Tonia Dandry Aiken : 2005 , นวลกนิษฐ ลิขิตลือชา: 2550 ,พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร 2552: 311-313 ,พรศิริ พันธสี :2552 : 69-70, อภิญญา เพียรพิจารณ์ : 2553: 297 , วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ : 2554:118) ดังนี้

(1) *ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย* การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในด้านการรักษาและการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแต่ละเวรต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงอย่างถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่อง

(2) *ใช้เป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร (communication)* ระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติการพยาบาลและทำให้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลมีคุณภาพและมาตรฐาน

(3) *ใช้สำหรับการศึกษาและวิจัย*

(4) ใช้เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการดูแลรักษาและการพัฒนาวิชาชีพ  
การพยาบาล

(5) ใช้เป็นเครื่องมือให้ผู้บริหารนิเทศและควบคุมคุณภาพงานทางการพยาบาล

(6) ใช้เป็นข้อมูลในการจัดระบบบริการพยาบาล การจัดการความเสี่ยง การจัด  
อัตราค่าจ้าง การจัดสรรทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนตลอดจนใช้คำนวณค่าตอบแทน ฯลฯ รวมทั้ง  
การสร้างนโยบายให้เหมาะสมเพิ่มขึ้นของผู้บริหารทางการพยาบาล

(7) ใช้เป็นข้อมูลในการสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลของ  
พยาบาล

(8) ใช้เป็นหลักฐานการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

(9) ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมาย

(10) ใช้เป็นหลักฐานการแสดงถึงบทบาทอิสระของพยาบาลและบทบาท  
ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative) ซึ่งแสดงถึงควมมีเอกลักษณ์และความเป็นเอกภาพของ  
วิชาชีพพยาบาล

#### 1.4 กระบวนการการบันทึกทางการพยาบาล

ในการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพจะต้องคำนึงถึงกระบวนการของการ  
บันทึกทางการพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนวิธีการที่จะได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์  
และเป็นประโยชน์โดยใช้กระบวนการพยาบาลบันทึกทางการพยาบาล(สุริย์ ธรรมนิภว: 2540)  
ดังนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล

ก่อนการบันทึก สิ่งที่จะต้องทำคือ การรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูล  
ที่ดี จะช่วยให้การบันทึกทางการพยาบาลได้ดี มีวิธีการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้รวบรวมข้อมูล ต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือ โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เกี่ยวกับ  
การเกิดโรคการดำเนินการของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบและเกิดขึ้นได้

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับ  
เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาข้อมูล เช่นอาจใช้กรอบแนวคิดตามความต้องการของมาสโลว์หรือโอ  
เร็ม มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้นแนวคิดหรือทฤษฎีใด ก็จะมีประเมิ  
นผู้ป่วยตามแนวคิดทฤษฎีนั้น เช่น ถ้าเป็นแนวคิดของโอเร็ม ก็จะต้องบันทึกเกี่ยวกับความสามารถใน  
การช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

3. มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็น  
รูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพและง่ายต่อ

การบันทึก เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติ ซึ่งในการเลือกแบบฟอร์มจะขึ้นอยู่กับหน่วยงานหรือสถาบันนั้นๆ

### **ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล**

เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ให้พิจารณาว่าจะบันทึกอย่างไร จึงจะสั้น กระชับรัดกุมได้ใจความ และสะดวกต่อการปฏิบัติ นับเป็นขั้นตอนสำคัญที่พยาบาลจะต้องศึกษาและฝึกฝน จนเกิดทักษะ โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์สิ่งที่บันทึกดังนี้

1. ข้อมูลนั้นเป็นจริงหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้บันทึกตามที่เห็น เช่น ถ้าพยาบาลเดินไปเห็นผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงในห้องพิเศษ เราจะไม่บันทึกผู้ป่วยตกเตียง แม้จะมีสภาพแวดล้อมพอให้เดาได้ว่าคงจะตกเตียงก็ตาม ให้บันทึกตามที่ตาเราเห็นคือ “พบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียง ในท่าคว่ำหน้าอยู่” และสภาพแวดล้อมเป็นอย่างไรในขณะนั้น ทั้งนี้การเขียนบันทึกทางการแพทย์ ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2. ข้อมูลที่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะ เช่น เป็นปัญหาที่พยาบาลค้นพบ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้ทำไปแล้ว ลงบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้มาไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือไม่ ก็ไม่ต้องบันทึกลงไป

3. การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใด ให้พิจารณาตามความเหมาะสมหรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวรเช่นกรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว อยู่ในภาวะวิกฤต ลักษณะนี้ให้บันทึกทันทีที่ได้ข้อมูล แต่ถ้าข้อมูลไม่รีบด่วน ก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวร

4. สิ่งที่บันทึกครบถ้วน สมบูรณ์ และสามารถบันทึกลงในแบบฟอร์มของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ได้หรือไม่เป็นต้น

### **ขั้นตอนที่ 3 คำเนิการบันทึกทางการแพทย์**

เขียนบันทึกอย่างถูกต้อง สมบูรณ์และชัดเจน อ่านง่าย กระชับรัดกุมได้ใจความ ความหมายถูกต้องด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำ ถ้าเขียนผิดให้ขีดคร่อมแล้วเขียนใหม่ ห้ามขูดลบ แล้วลงชื่อกำกับทุกครั้ง ดังจะกล่าวรายละเอียดในหลักการบันทึกทางการแพทย์

### **ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการบันทึก**

โดยการประเมินว่า เขียนบันทึกได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดทุกครั้งหรือไม่ ได้แก้บอปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติทางการแพทย์ การตอบสนองจากผู้ป่วยและสิ่งที่สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

สรุป ในการบันทึกทางการแพทย์ให้มีคุณภาพ พยาบาลต้องมีความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์ (พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, 2552 : 316-317) ดังนี้

1. ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการคิดอย่างมีเหตุผลของพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย
2. ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผลและการคิดอย่างมีระบบในการสังเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างครอบคลุมและทันเวลา
3. ความสามารถในการตัดสินใจกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแผนการพยาบาลที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย ผู้ดูแลรวมทั้งครอบครัว
4. ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆให้กับผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
5. ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผลและคิดอย่างมีระบบในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

### 1.5 หลักการบันทึกทางการพยาบาล

ในการบันทึกทางการพยาบาลให้ดีมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องบันทึกให้ถูกต้องตรงกับความจริงและถูกต้องตามกฎหมายโดยยึดโครงสร้างตามหลักการของกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆได้ ซึ่งในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ดีและมีประสิทธิภาพมีหลักการบันทึกทางการพยาบาล (Taylor, Lillis and LeMone 1989:310-312 , Lyer&Camp :1994:4-5, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลี้อำนวยลาภและวิพร เสนารักษ์: 2543 : 110, ทศนีย์ ทองประทีปและเบญจา เตากคำ :2543, Rosalinda Alfaro-LeFevre :2006,อารี ชิวเกษมสุข : 2551:48-50, ทศนีย์ ทองประทีป :2552 :75-76 ,119 ,วรรณิ ตปนียากร งามนิศย์ รัตนานุกูลและคณะ, : 2552 : 13) สรุปลักษณะสำคัญของหลักการบันทึกทางการพยาบาลมี ดังนี้

1. เขียนวัน เวลาที่บันทึกให้ชัดเจน
2. บันทึกทันทีทุกครั้งหลังปฏิบัติการพยาบาลทุกกิจกรรมตามลำดับความสำคัญของปัญหา
3. บันทึกเรียงเหตุการณ์ตามลำดับเหตุการณ์และตามลำดับเวลา ก่อน - หลัง
4. ไม่ควรบันทึกก่อนให้การพยาบาลเพราะไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าผลของการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นอย่างไร และอาจทำให้บันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง
5. ลงเวลาตามเวลาจริงที่เกิดเหตุการณ์หรือทำกิจกรรมการพยาบาลใดๆให้ผู้ป่วย ไม่ใช่เวลาที่บันทึกและไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง เช่น เชื้อการให้ยาก่อนแจกยาให้ผู้ป่วย

6. ไม่ควรบันทึกแทนคนอื่นหรือให้คนอื่น ๆ บันทึกแทนตัวเราโดยเฉพาะการพยาบาลที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติเพราะจะไม่ทราบว่าเกิดผลอย่างไร อาจทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง
7. บันทึกให้เห็นสภาพตามความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่บันทึกโดยแปลข้อมูลแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาลร่วมไปด้วย
8. ห้ามใช้คำพูดคลุมเครือ ตัวอย่างที่ผิดเช่น “ มีสายระบายน้ำจากแผลหน้าท้องยาวพอประมาณ” ที่ถูกคือ “ แผลหน้าท้องมีสายระบายน้ำสีชมพู ยาว 6 เซนติเมตร ”
9. บันทึกให้ถูกต้อง ครบถ้วน มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลในแต่ละส่วนของการบันทึกทางการพยาบาล
10. บันทึกโดยใช้คำที่ให้ความหมายที่ชัดเจน สั้น กระชับรัดกุม ไม่ใช้ศัพท์แสงหรือภาษาพูดในการบันทึก
11. บันทึกทางการพยาบาลต้องใช้อักษรย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ใช้ไวยากรณ์และสะกดคำให้ถูกต้องให้อ่านได้ง่ายทุกข้อความ
12. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่าย ใช้หมึกเพื่อไม่ให้ลบ ตัวสะกดถูกต้อง ชัดเจน สะอาดเรียบร้อย
13. บันทึกข้อมูลทุกบรรทัด ไม่ข้ามบรรทัดและขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นบริเวณที่เป็นช่องว่าง ไม่เว้นช่องว่างไว้เพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง
14. เมื่อบันทึกผิด ให้ขีดเส้นตรงเส้นเดียวทับข้อความที่เขียนผิดแล้วลงชื่อกำกับก่อนจะเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป ไม่ควรขีด ขีด ลบ หรือเขียนทับข้อความที่เขียนผิด
15. บันทึกชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย อายุ เพศ หอผู้ป่วย ใบแบบบันทึกทุกใบเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้
14. บันทึกชื่อ นามสกุลและตำแหน่งผู้บันทึกเมื่อสิ้นสุดการบันทึกทุกครั้ง กรณีนักศึกษาเป็นผู้บันทึก ครูหรือพยาบาลพี่เลี้ยงต้องเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง
15. เมื่อลืมบันทึกบางอย่าง ให้รีบบันทึกทันทีที่นึกได้ต่อท้ายรายการอื่นแล้วบอกเวลาที่เกิดขึ้นเมื่อไร ต่อด้วยคำว่าเพิ่มเติมภายหลัง (late entry)
16. ข้อความที่บันทึกข้อมูลต้องมีเหตุผล เชื่อถือได้และต้องคงอยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างถาวร
17. ข้อความที่บันทึกมีความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล โดยจะต้องบันทึกถึงบทบาทอิสระของพยาบาล

18. สิ่งที่เป็นที่ควรเป็นเรื่องปกปิด (Confidentiality) ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาไม่สามารถเข้าถึงบันทึกได้ ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นกรณี

19. หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล ตัวอย่างที่ผิดเช่น “ผู้ป่วยโกรธและก้าวร้าว” ที่ถูกคือ “ผู้ป่วยตะโกนว่า ออกไปให้ห่างฉัน”

20. เลี่ยงการใช้คำเช่นปกติ เพียงพอเพราะแต่ละคนจะให้ความหมายต่างกัน

21. ห้ามใช้เครื่องหมายละ “ .....

22. สามารถนำบันทึกทางการพยาบาลมาใช้อ้างอิงทางกฎหมายกรณีเกิดคดีความ  
ได้

23. มีการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการศึกษาวิจัย การประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาลและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

24. บันทึกทางการพยาบาลต้องสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาลดังนี้

ก. บันทึกการประเมินปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและปัญหาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้การป้องกันอันตรายและดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกปัญหา

ข. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม

ค. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

นอกจากที่กล่าวมาแล้ว การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีควรมีลักษณะ 5C (พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร 2552 : 316-317) ดังนี้

1) ความถูกต้อง (correct) หมายถึง มีการบันทึกถูกต้องตามปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้องมีข้อมูลชัดเจน และบันทึกตามเวลาที่เกิดปัญหาตรงกับความจริง ถูกต้องตามหลักการ ตรงตามวัตถุประสงค์ในแต่ละประเด็น ใช้คำต่างๆถูกต้องรวมทั้งมีการสะกดและการเว้นวรรคถูกต้อง เพื่อลดความผิดพลาดของการบันทึกทางการพยาบาลที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วนรวมทั้งอาจพิจารณาเป็นหลักฐานเท็จทางกฎหมายได้

2) ความครบถ้วน (complete) หมายถึง การบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความต่อเนื่องของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ระบุกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติและควรเขียนยึดหลักตามกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะองค์ประกอบพื้นฐานของการบันทึกทางการพยาบาลได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และ

การประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการเขียน และ/หรือการทำเครื่องหมายระบุลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน เนื่องจาก “ การไม่บันทึก หมายถึงการไม่ได้ปฏิบัติ ” หากเกิดเหตุใดๆขึ้นและตรวจพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน กฎหมายสามารถระบุได้ว่าเหตุนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการละเลยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

3) *ความชัดเจน (clear)* หมายถึง การบันทึกด้วยข้อความที่มีข้อมูลสำคัญอย่างชัดเจน ไม่ขัดแย้งกันเอง การเขียนและ/หรือการทำเครื่องหมายชัดเจน อ่านง่ายทั้งตัวเลข ตัวอักษร และเครื่องหมาย ใช้ตัวย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ทั้งนี้เพื่อสื่อสารเรื่องราวที่บันทึกนั้นไปยังผู้อ่านบันทึกหรือผู้รับสารอย่างชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย

4) *ความต่อเนื่อง (continuous)* หมายถึง มีการบันทึกข้อความอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และทุกๆข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลควรได้รับการบันทึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยทางการพยาบาลจนกระทั่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นๆสิ้นสุดลง

5) *ความกระชับได้ใจความ (concise)* หมายถึง มีการบันทึกด้วยข้อความที่กระชับตรงประเด็น ไม่คลุมเครือ อ่านได้ใจความที่กระชับชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านบันทึกหรือผู้รับสารเข้าใจข้อความได้อย่างรวดเร็ว

สรุปหลักการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพจะต้องแสดงลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

(1) มีการบันทึกโดยยึดหลักของกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

(2) ข้อความที่บันทึกข้อมูลต้องสั้นกะทัดรัด ชัดเจนได้ใจความ มีความครบถ้วนถูกต้อง เป็นจริง มีเหตุมีผลและเชื่อถือได้ โดยบันทึกทันทีทุกครั้งหลังปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล ทุกกิจกรรมตามลำดับความสำคัญของปัญหาหรือตามลำดับเหตุการณ์ก่อนและหลัง ใช้ตัวย่อที่เป็นสากลให้อ่านได้ง่ายทุกข้อความ สามารถนำมาใช้อ้างอิงทางกฎหมาย กรณีเกิดคดีความขึ้น

(3) มีความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล โดยบันทึกทางการพยาบาลได้ผ่านขั้นตอนของการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีเหตุผลเชื่อมโยงการปฏิบัติการพยาบาลที่องค์กรกำหนดภายใต้ขอบเขตที่พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์กำหนดไว้

(4) มีการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการศึกษาวิจัย การประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาลและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้



## 1.6 แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบบฟอร์มบันทึกที่เป็นเอกสารของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วยแบบบันทึกหลายแบบฟอร์มที่พยาบาลใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เอกสารการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พยาบาลจะต้องบันทึก (พรศิริ พันธสี, 2552 : 76-79) ได้แก่

### 1.6.1 แบบบันทึกการรับผู้ป่วยใหม่

เป็นแบบบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยในด้านสถานภาพส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดที่แต่ละสถานบริการใช้เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่มไว้รักษาในโรงพยาบาล นิยมใช้แบบประเมิน (assessment form) ที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่พยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยได้รวดเร็วและได้ข้อมูลครบถ้วน การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกเริ่มมีความสำคัญมากเนื่องจากความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลมีผลต่อความถูกต้องสมบูรณ์ของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาลสิ่งที่ควรบันทึกเมื่อรับผู้ป่วยใหม่มี ดังนี้

- 1) วัน เวลาที่รับผู้ป่วยใหม่ ผู้ให้ข้อมูลเป็นใครเพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูล
- 2) ลักษณะการมาถึงแผนกหรือหอผู้ป่วย เช่นมาด้วยรถนอน รถนั่งหรือเดินมาเอง ลักษณะการนั่ง การเดินในส่วนนี้จะบอกสภาพผู้ป่วยขณะมารับการรักษา
- 3) อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อบอกถึงปัญหาที่สำคัญมากที่สุดของผู้ป่วย
- 4) ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาพยาบาลเช่นประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นต้น
- 5) อาการเมื่อแรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในความดูแล ควรประเมินเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว อาการ อาการแสดงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 6) สัญญาณชีพแรกเริ่ม
- 7) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดที่แต่ละสถานพยาบาลใช้เช่นการใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน
- 8) สรุปปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลเมื่อแรกเริ่มผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาได้ถูกต้องทันที่
- 9) การพยาบาลและการดูแลรักษาเมื่อแรกเริ่มตามปัญหาที่พบ

### 10) ผลของการให้การพยาบาล

เนื้อหาตามข้อ 8 ข้อ 9 และข้อ 10 สถานพยาบาลบางแห่งอาจนำไปบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาล (nurses' note) หรือแบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note)

การบันทึกเมื่อรับใหม่ เป็นการบันทึกที่ต้องใช้ทักษะในการประเมินและบันทึกอย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงควรที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งจำเป็นต้องบันทึกให้เข้าใจ รวมทั้งฝึกทักษะให้สามารถบันทึกให้มีคุณภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หรืออาการ อาการแสดงที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพราะจะช่วยให้ซักประวัติการเจ็บป่วยและการบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและครอบคลุม

#### 1.6.2 แบบบันทึกแผนการพยาบาล

เป็นแบบฟอร์มที่บันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการการดูแลจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเมื่อแรกรับและจากการประเมินปัญหาที่พบเพิ่มเติมในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การบันทึกแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องต่อเนื่อง จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลของทีมการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน การบันทึกแผนการพยาบาลควรครอบคลุมปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) ข้อมูลสนับสนุนที่แสดงว่าผู้ป่วยมีปัญหา เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล หรือผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวัง (patient outcome)ว่าจะเกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการภายหลังที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) เพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆรวมทั้งวัน เวลาที่พบปัญหาและสิ้นสุดปัญหาของผู้ป่วย สถานพยาบาลบางแห่งอาจใช้แผนการพยาบาลมาตรฐาน (standard care plan) ที่แต่ละหน่วยงานกำหนดขึ้นเพื่อให้พยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมและรวดเร็วยิ่งขึ้น

#### 1.6.3 แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล

เป็นแบบบันทึกสำหรับบันทึกความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการหรือปัญหาของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดในแต่ละวัน การบันทึกแบบนี้จะครอบคลุมส่วนของการประเมินสภาพของผู้ป่วยในแต่ละเวรเกี่ยวกับปัญหาหรืออาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (ongoing assessment) กิจกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาและการพยาบาลแล้ว เป็นการบันทึกตามปัญหาที่พบจากการประเมินภาวะสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยและควรบันทึกให้เชื่อมโยงกับแผนการพยาบาล

การบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลแบ่งตามระยะการรักษาตัวของผู้ป่วย (อารี ชิวเกษมสุข, 2551: 51-55) ดังนี้

### ระยะที่ 1 ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

เป็นการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยบันทึกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย รวมถึงการกระทำของแพทย์ และการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยของสมาชิกในทีมสุขภาพ สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง มักจะนิยมการบันทึกเพื่อสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล (Nursing process) คือ มีการบันทึกในรูปแบบของ “DAE” (Data–Action–Evaluation) โดย Data (D) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย Action (A) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและ Evaluation (E) หมายถึง การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึกการพยาบาลเช่น มีไข้  $T = 39^{\circ}C$  (D) ให้ยาลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำ 1 แก้วและให้พักผ่อนบนเตียง (A) หลังจากนั้น 30 นาทีไข้ลดเหลือ  $T=38.5^{\circ}C$  (E) โดยความถี่ของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงาน มาตรฐานการดูแล และการตัดสินใจของพยาบาล (Fischbach 1997)

### ระยะที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

พยาบาลจะต้องบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ซึ่งเป็นการบันทึกเพื่อสรุปโดยย่อว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยปัญหาอะไร ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างไร ภาวะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังออกจากโรงพยาบาล (เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด) และการมาตรวจตามแพทย์นัด นิยมจัดทำแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นเฉพาะใช้ในหน่วยงานของตนเอง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล

ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล นอกจากจะต้องใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลแล้ว ยังจะต้องมีแนวทางในการทำงานที่เป็นระบบที่เรียกว่า กระบวนการพยาบาล เพื่อจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ ส่งผลให้การช่วยเหลือแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีรูปแบบและขั้นตอนที่ต่อเนื่อง สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน โดยพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ ความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ความสำคัญระหว่างขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

## 2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบระเบียบ มีขั้นตอนและมีความเป็นพลวัต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543:77) เป็นกระบวนการทำงานที่มีเป้าหมายที่ยืดผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่อาจเป็นบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนเป็นศูนย์กลาง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยพยาบาลต้องใช้ทักษะด้านความรู้และสติปัญญา (Intellectual skill) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal skill) ทักษะการปฏิบัติ (Psychomotor skill) และทักษะด้านจริยธรรม (Ethical skill) ในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ (อัจฉรา พุ่มดวง และคณะ 2547: 1) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถกลับสู่สภาพสุขภาพดี แต่ถ้าให้กลับสู่ภาวะสุขภาพดีไม่สำเร็จก็ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพของผู้รับบริการแต่ละคนเท่าที่เขาจะเป็นไปได้ (Yura and Walsh, 1983)

## 2.2 ลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีลักษณะที่สำคัญ (อารีย์ ชิวเกษมสุข, 2551:2-3) ดังนี้

**2.2.1 เป็นระบบระเบียบ (Systematic)** กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆที่เป็นระบบคล้ายกระบวนการแก้ปัญหา (problem – solving process) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**2.2.2 เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client – centred)** ในการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะมุ่งช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งการทำงานของผู้ป่วยให้สำเร็จ

**2.2.3 เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมาย (goal – directed)** คือมุ่งที่ผลลัพธ์ (outcome - oriented) ของผู้ป่วย

**2.2.4 เป็นกระบวนการเชิงมนุษยธรรม (humanistic)** ทำให้พยาบาลคำนึงถึงความเป็นส่วนรวมของบุคคลและความแตกต่างของบุคคลทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจและความรู้สึกนึกคิด

**2.2.5 มีความเป็นพลวัต (Dynamic)** คือพยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลกลับไปกลับมาได้ เช่นประเมินผู้ป่วยใหม่อีกครั้งเพื่อตรวจสอบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ถูกต้องหรือไม่

**2.2.6 เป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา (cognitive process)** เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

### 2.3 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่พยาบาลนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและ/หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งพยาบาล ผู้ให้บริการและวิชาชีพ (พรศิริ พันธสี (2552 :2-3) ดังนี้

**2.3.1 ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน** เนื่องจากการปฏิบัติงานเป็นระบบ มีขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยพยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์และจากแหล่งข้อมูลต่างๆของบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องบนพื้นฐานของข้อมูลสุขภาพที่ประเมินได้จากผู้รับบริการ ไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ

**2.3.2 ช่วยพยาบาลทราบถึงเป้าหมายของการพยาบาลได้ชัดเจน** สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมต่อเนื่องจนกว่าปัญหาของผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขหมดไป ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน

**2.3.3 ส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ** เนื่องจากพยาบาลได้ฝึกทักษะการใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) และต้องใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์ มีการคิดวิเคราะห์ เพื่อแก้ปัญหาของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

**2.3.4 ช่วยในการสื่อสารของทีมให้มีประสิทธิภาพ** เกิดความเข้าใจตรงกันเพราะแผนการพยาบาลจะช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมให้มีแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติงานจึงลดความซ้ำซ้อนหรือข้อผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล

**2.3.5 ช่วยให้การมอบหมายงานได้เหมาะสมกับสถานการณ์** และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมงานในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีการวางแผนการพยาบาลไว้ล่วงหน้า ทำให้สามารถมอบหมายงานได้อย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย

**2.3.6 เป็นการแสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล** การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทอิสระจึงส่งผลให้วิชาชีพการพยาบาลมีความเป็นเอกลักษณ์ชัดเจนยิ่งขึ้น

**2.3.7 กระบวนการพยาบาลส่งเสริมให้มีการพัฒนาวิชาชีพ** การใช้กระบวนการพยาบาลมีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลมีการทำวิจัยมากขึ้น เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพและเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลต่อไป

## 2.4 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Alfaro-Lefevre 2002, อารี ชิวเกษม สุข2551:6 – 7) ดังต่อไปนี้

2.4.1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลต้องอาศัยความรู้พื้นฐานด้านต่างๆ เช่นความรู้ทางการแพทย์ กายวิภาคศาสตร์ ทฤษฎีความต้องการมนุษย์ ความรู้ด้านวัฒนธรรมฯลฯ และต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อกำหนดเป็นปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน (อารี ชิวเกษมสุข2551:6 – 7) คือ

(1) การรวบรวมข้อมูล (Data Collection) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และตลอดระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จนกระทั่งจำหน่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์หรือซักประวัติ ตรวจร่างกายโดยการดู คลำ เคาะ ฟังหรือรวบรวมจากบันทึกและรายงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ เช่น บันทึกต่างๆของพยาบาล บันทึกของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ เป็นต้น ข้อมูลที่รวบรวมได้แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

ก) ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากคำบอกของผู้ป่วย จากบุคคลที่เกี่ยวข้องและจากบุคลากรในทีมสุขภาพ มักบันทึกเป็นคำพูดหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น ปวดแผล คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

ข) ข้อมูลปรนัย (Objective data) เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย หรือการตรวจวัด เช่น สัญญาณชีพ สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังแบ่งประเภทของข้อมูลตามแหล่งที่มาเป็น 2 ประเภทดังนี้

ก) ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) เป็นข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ป่วยโดยตรง เช่นการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การตรวจร่างกายของผู้ป่วย เป็นต้น ข้อมูลนี้น่าเชื่อถือกว่าข้อมูลแหล่งอื่นๆ

ข) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากญาติผู้ป่วย ทีมสุขภาพและจากการตรวจพิเศษหรือทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด เป็นต้น

(2) การตรวจสอบข้อมูล (Validating the data) พยาบาลควรตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้ว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง วิธีการตรวจสอบเช่นการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย การเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัย เป็นต้น

(3) การจัดกลุ่มข้อมูล (*Organizing or Clustering the data*) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้และได้ผ่านการตรวจสอบแล้วมาแยกเป็นกลุ่มๆ โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์เอาไว้ด้วยกัน หากมีการรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้ป่วย (*Assessment form*) ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดๆ เช่นตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (*Functional health patterns*) ก็จะช่วยให้การจัดกลุ่มข้อมูลง่ายมากขึ้น

(4) การบันทึกข้อมูล (*Recording the data*) ภายหลักรวบรวมข้อมูลตรวจสอบและจัดกลุ่มข้อมูล พยาบาลจะบันทึกข้อมูลในแบบประเมินผู้ป่วย

การประเมินสภาพแบ่งเป็น 3 ประเภท (Fishbach 1991, อารี ชิวเกษมสุข 2551:7) ดังนี้

ก) การประเมินสภาพขั้นต้น (*Initial assessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยช่วงแรก รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลในแบบประเมินสภาพระยะแรก (*Initial assessment form*) หลังจากนั้นพยาบาลจะนำไปวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลต่อไป

ข) การประเมินสภาพระยะต่อเนื่อง (*Ongoing assessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยในระยะต่อจากการประเมินสภาพในระยะแรก เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อยืนยันและเพิ่มเติมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต่อจากการประเมินสภาพขั้นต้น เป็นการตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ค) การประเมินสภาพซ้ำ (*Reassessment*) เป็นการประเมินผู้ป่วยซ้ำในช่วงการประเมินผลการพยาบาล เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินสภาพซ้ำจะนำไปสู่การประเมินสภาพผู้ป่วยใหม่การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลใหม่

**2.4.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (*Nursing Diagnosis*)** เป็นขั้นที่ 2 ของกระบวนการพยาบาล เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและเมื่อนำไปปฏิบัติกับผู้รับบริการแล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พยาบาลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ (พรศิริ พันธสี 2552:30-42) การวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการกำหนดข้อมูลสนับสนุน

1) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ญาติผู้ดูแล และครอบคลุมปัญหาที่พยาบาลพบจากปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระในบทบาทของการประสานการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งใช้ระบบ P.E.S.(ดวงกมล วัตราคุศลย์, 2551) ดังนี้

P. (Problem) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วย

E. (Etiology) สาเหตุของปัญหา (related to) ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหา และสามารถระบุถึงปัญหาจากกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

S. (Symtoms) เป็นการระบุถึงอาการแสดง (signs and symtoms) หรือคุณลักษณะเฉพาะ (defining characteristics) ซึ่งได้จากการประเมินสภาพร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วย การกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยควรให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากำหนดมาตรฐานการพยาบาลในแต่ละโรค

แนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของ NANDA ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 หมวดได้แก่

(1) *Actual diagnosis* เป็นการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นปัญหาจริงของผู้ป่วย โดยมีข้อมูลสนับสนุนครบถ้วนและพยาบาลสามารถแก้ปัญหาโดยตรงให้กับผู้ป่วย เช่น มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพในการไอและขับเสมหะลดลง

(2) *Risk diagnosis* เป็นการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น แต่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหานี้ เช่น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการไอและขับเสมหะลดลง

(3) *Possible diagnosis* เป็นการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในขณะที่ให้การพยาบาล แต่พยาบาลยังไม่ได้ข้อมูลสนับสนุนอย่างเพียงพอที่จะตั้งปัญหาที่เป็นจริง (actual diagnosis) เช่น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจใน 1 – 2 วันแรก เมื่อพยาบาลประเมินจากปริมาณสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์แล้วพบว่าผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำ แต่พยาบาลพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการหอบเหนื่อยและฟังเสียงปอดมี Crepitation สามารถตั้งข้อวินิจฉัยว่า อาจเกิดภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

(4) *Syndrome diagnosis* ใช้ในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่พบอาการหรือแสดงอาการที่เป็นปัญหาที่ร่วมกัน เช่น นอนไม่หลับเนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ

(5) *Wellness Diagnosis* ใช้ในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขสบาย (wellness) ในระดับต้นและต้องการการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมหรือฟื้นฟูสุขภาพ เช่น มีโอกาสในการสร้างเสริมสมรรถภาพหัวใจได้เนื่องจากมีความร่วมมือในการดูแลตนเอง



2) ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล อาจมีส่วนประกอบเป็น 2 หรือ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นส่วนแรกของข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนหลังของข้อความที่บอกถึงสาเหตุหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพเพื่อบอกว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร

ส่วนที่ 3 เป็นข้อความที่ขยายส่วนที่สองให้เห็นปัญหาชัดเจนยิ่งขึ้น

3) หลักการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เขียนได้หลายแบบคือเขียนข้อความครบถ้วนทั้งส่วนแรกและส่วนหลัง เขียนข้อความเฉพาะส่วนแรกในกรณีปัญหาสุขภาพมีความชัดเจนอยู่แล้วโดยไม่ต้องกล่าวถึงปัญหาสุขภาพ

4) วิธีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

(1) การเขียนข้อวินิจฉัย การพยาบาลควรเขียนให้ครอบคลุมองค์รวม

(2) คำที่ใช้เขียนอาจใช้คำได้หลากหลาย เช่น ขาด เกิน พร่อง ลดลง ไม่เหมาะสม

(3) ควรใช้ข้อความที่ชัดเจน เข้าใจง่าย

(4) ไม่นำกิจกรรมการพยาบาล คำสั่งการรักษามาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล

(5) ไม่ควรเขียนการวินิจฉัยโรคเป็นการวินิจฉัยการพยาบาล

(6) ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลรวมกันหลายๆ ปัญหาไว้ในข้อความเดียวกัน

(7) ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลสลับข้อความกัน เช่นเอาส่วนของปัญหาไปเขียนไว้ส่วนหลัง

(8) ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีข้อความส่วนแรกและส่วนหลังมีความหมายเหมือนกัน และควรเขียนอยู่ภายในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล

(9) ไม่ใช้มาตรฐานของพยาบาลมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

(10) ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นการละเมิดสิทธิ์หรือเป็นการว่ากล่าวผู้ป่วย และเสี่ยงต่อการผิดกฎหมาย

5) การกำหนดข้อมูลสนับสนุน

(1) ความหมายของข้อมูลสนับสนุน เป็นข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องและผ่านการวิเคราะห์จัดกลุ่มข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลอัตนัย (subjective data) ที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ และข้อมูลปรนัย (objective data) ที่ได้จาก

การสังเกต ตรวจวัดของพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนจะเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ ดังนั้นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นปัญหาสุขภาพ ต้องมีการกำหนดข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากการประเมินผู้รับบริการไม่ใช่กำหนดตามความคิดเห็น คาดเดาของพยาบาล

(2) *ข้อควรระวังในการกำหนดข้อมูลสนับสนุน* ข้อมูลสนับสนุนต้องมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีข้อมูลเพียงพอที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจริงและต้องไม่นำกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาของแพทย์มาเป็นข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3) *การวางแผนการพยาบาล (Planning)* เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติกรพยาบาลตามการประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์การพยาบาล 3) การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังและ 4) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล พิจารณาตามความรุนแรงหรือความสำคัญของปัญหา ถ้าเป็นปัญหาที่เร่งด่วน รุนแรงต้องให้การช่วยเหลือทันทีให้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก และปัญหาที่มีความเร่งด่วนน้อยกว่าจัดให้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญรองลงมา

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลได้มาจากการพิจารณาแต่ละปัญหาของผู้ป่วย เป้าหมายของการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่จะให้ผู้ป่วย แนวทางในการกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล จะเขียนข้อความกว้างๆที่เป็นการคาดหวังว่าต้องการให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรโดยไม่ต้องระบุรายละเอียดหรือระดับของการเปลี่ยนแปลง (ถ้ามีรายละเอียดจะเป็นเกณฑ์การประเมินผล) คำที่ใช้เขียนสามารถใช้ได้หลายคำเช่น เพิ่ม ลด ป้องกัน รักษา ปรับปรุง เป็นต้น ส่วนการกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพนั้น จะมีหลักในการเขียนโดยข้อวินิจฉัยที่เป็นภาวะสุขภาพดี เป้าหมายการพยาบาลจะมุ่งเน้นให้ดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นตลอดไปหรือสนับสนุนภาวะสุขภาพนั้นให้ดีตลอดไป ส่วนข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลอาจตั้งเป้าหมายเพื่อบรรเทาปัญหา ทำให้เป้าหมายหมดไปหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นๆ สำหรับข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลอาจตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดปัญหานั้นในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ที่พยาบาลไม่สามารถให้การช่วยเหลือตามลำพังได้ต้องอาศัยแผนการรักษาของแพทย์ จะกำหนดเป้าหมายการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนหรือให้สามารถประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยเร็วไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลอาจเป็นเป้าหมายระยะสั้นหรือระยะยาว ที่มี 1 ข้อหรือมากกว่าก็ได้

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล (ผลลัพธ์ที่คาดหวัง) การกำหนดเกณฑ์ต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลหนึ่งข้อสามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินผลได้หลายเกณฑ์ ซึ่งจะต้องเหมาะสมและปฏิบัติได้จริงโดยพิจารณาตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้ และเกณฑ์ต้องเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ชี้เฉพาะเจาะจง สามารถสังเกตได้วัดประเมินได้ชัดเจนโดยมีการระบุระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการต่างๆ ของวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย บทบาทอิสระ (independent role) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เองตามขอบเขตของกฎหมาย ส่วน บทบาทไม่อิสระ (dependent and collaborative role) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการกำหนด กิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยและวัตถุประสงค์การพยาบาล และควรครอบคลุมบทบาท 4 มิติของการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวมและควรให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กิจกรรมที่กำหนดขึ้นจะต้องมีการป้องกันความเสี่ยง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดจะต้องไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษาของแพทย์ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วย

**4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)** เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลมีทั้งบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้เอง บทบาทร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ และบทบาทไม่อิสระที่ต้องทำตามแผนการรักษาของแพทย์ ในการปฏิบัติการพยาบาลต้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ คือ การให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการ การให้สอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านรวมทั้งการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่นๆ การใช้เทคนิคการปฏิบัติทางการพยาบาลต่างๆ (procedure) เพื่อช่วยเหลือบรรเทาอาการหรือปัญหาของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจสอบ สังเกต ใฝ่ระวัง ประเมินอาการ และปัญหาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง

**5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)** เป็นการตรวจสอบผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาลหรือบรรลุตามผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือไม่เพียงใด การประเมินผลการพยาบาลมี 2 ชนิดคือการประเมินผลขณะปฏิบัติการพยาบาลและเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลมี 3 แนวทางคือ การประเมินผลการพยาบาลที่บรรลุวัตถุประสงค์ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ทั้งหมด บรรลุวัตถุประสงค์บางส่วน หรือไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลเป็นการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปคู่เป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ผลของการประเมินผลการพยาบาลอาจพบว่าปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด บางส่วนหรือยังไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินภาวะสุขภาพโดยการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยใหม่

สรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพ (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) ซึ่งแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน สามารถเก็บข้อมูลปัญหาของผู้รับบริการมาประเมินวิเคราะห์และทบทวนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจนกว่าปัญหานั้นจะแก้ไขได้หรือปัญหานั้นๆ ได้หมดไป

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม

#### 3.1 ความหมายของการดูแลแบบองค์รวม

องค์รวมหรือ “Holism” มาจากรากศัพท์ภาษาอังกฤษคือ “Holos” หมายถึง “Whole” หรือโดยภาพรวม (Smusts 1926 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2543) การที่จะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เราจำเป็นต้องรู้สิ่งประกอบย่อยของสิ่งนั้น ขณะเดียวกันการรู้จักส่วนย่อยแต่ละส่วนก็ไม่สามารถทำให้เข้าใจสิ่งนั้นได้ ถ้าขาดการมองโดยองค์รวม คือ ผสมผสานส่วนประกอบแต่ละด้านทั้งหมดเข้าด้วยกัน (Blatter 1981)

วงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536) กล่าวว่า การดูแลแบบองค์รวมเป็นการบริการของมนุษย์ต่อมนุษย์ ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมนี้ จะต้องให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นการกระทำที่ผสมผสานระหว่างปฏิบัติการพยาบาลกับการให้ความรู้สึที่ดี แสดงถึงความรัก ความห่วงใยในเชิงวิชาชีพ ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจการบริการพยาบาลจึงจะมีคุณภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้ให้ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวมว่า หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีบูรณาการของกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ มีความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคมเศรษฐกิจ สิทธิเสรีภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน

สมาคมพยาบาลที่ได้ให้การดูแลแบบองค์รวมแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Holistic Nurses Association 1997 cited in Dossey and Dossey, 1998) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบองค์รวมว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่มีเป้าหมายเยียวยาบุคคลทั้งคน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบขององค์รวมทั้ง 2 ด้าน คือ

1. ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณของบุคคล และองค์ประกอบทั้งหมดมากกว่าผลรวมของแต่ละส่วน
2. ด้านที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบุคคลที่ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน

สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวม หมายถึงการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือบรรเทาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคมเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมไว้ดังนี้ คือ

1. เป็นการดูแลที่มองคนทั้งคน และบุคคลนี้เป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นหนึ่งเฉพาะ เพราะฉะนั้นจะไม่มีคำว่าผู้ป่วยทางกาย หรือผู้ป่วยทางใจ

2. บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของครอบครัวหรือชุมชนในระบบเปิด เช่นนี้มนุษย์เราจะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น นั่นคือมนุษย์มีความสามารถที่จะเรียนรู้ แสวงหาความรู้ สร้างปัญญาและแนวคิดของตนเอง ที่จะเลือกกลยุทธ์ วิธีการในการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดีคือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รู้ว่าตนเองจะก้าวไป ทาใด รู้จักระบบระเบียบของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิต

- 3.เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัย นำ สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

- 4.การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุด ต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล

5. การดูแลแบบองค์รวมใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน

6. การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อความผาสุก และคุณภาพของชีวิต

### 3.3 แนวปฏิบัติในการดูแลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2543 : 68) ได้กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการดูแลแบบองค์รวมได้ดังนี้

1. พยาบาลจะต้องตระหนักถึงคนในลักษณะองค์รวมที่ไม่สามารถแยกกายจิต และวิญญาณออกจากกันได้

2. พยาบาลจะต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

3. พยาบาลจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

1) พยาบาลประเมินผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ (ให้ญาติหรือบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย) และจะต้องให้ความสนใจถึงผลกระทบจากปัญหาสุขภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกด้าน

2) พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันแยกแยะปัญหา/ความต้องการ และวางแผนเป้าหมายในการบำบัดทางการพยาบาล

3) พยาบาลปรึกษาหารือกับผู้ป่วยถึงแผนการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่วางร่วมกัน

4) พยาบาลปฏิบัติตามแผนการบำบัดทางการพยาบาล โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ เช่นเงิน ของใช้ เทคโนโลยีต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสม

5) พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกัน ประเมินผลการบำบัดทางการพยาบาลว่าสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

6) ถ้าการบำบัดทางการพยาบาลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4. พยาบาลจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดต่อผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อถือศรัทธาของผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยในกระบวนการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย หรือเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. พยาบาลจะต้องสามารถให้ข้อมูล และความรู้ต่างๆ กับผู้ป่วยและประชาชนได้

6. พยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

7. พยาบาลจะต้องสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูหาย และการเจริญพัฒนาของผู้ป่วย โดยการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร (caring)

8. พยาบาลส่งเสริม สนับสนุนการใช้วิธีการฟื้นฟูบ้าน หรือวิธีการอื่นๆที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและการบำบัด และการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นการดูแลและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกำหนดแผนการดูแลร่วมกับพยาบาล และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจึงควรสะท้อนให้เห็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผล

#### 4.1 ความหมายของประสิทธิผล

การให้ความหมายของประสิทธิผล (Effectiveness) มีความหลากหลาย ซึ่งในที่นี้จะขอนำเสนอเพียงบางส่วน ดังนี้

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2550) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลผลิตหรือผลการดำเนินงานขององค์การ ที่มีคุณภาพและบรรลุผลตามเป้าหมายขององค์การ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในองค์การ หากผู้ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ ได้รับการเสริมแรง ได้รับกำลังใจ ย่อมทำให้ผลงานมีคุณภาพและมาตรฐาน

สุวรรณ จันท์ประเสริฐ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2549) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ระดับของความสามารถในการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จในการบรรลุถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ในโครงการหรือกิจกรรม ประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพของประชาชนในสภาพการณ์ปกติ รวมถึงความปลอดภัย ความเหมาะสม ความเป็นเลิศของการดูแลสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นได้

จาก ภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ จำนวนวันนอน จำนวน ชั่วโมงการดูแลรักษาพยาบาล

พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลสำเร็จหรือผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้น

ณัฐพันธ์ เขจรันท์ (2547: 410) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ระดับของความสำเร็จ ในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ หรือผลที่ต้องการจากการดำเนินงานแต่ละประเภท โดย พิจารณาว่าผลลัพธ์ (Outcome or Result) ตรงตามความต้องการมากน้อยเพียงใด

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2544: 34) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถในการ เปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า เป็นผลลัพธ์ตามที่เรที่ตั้งเป้าประสงค์ไว้ว่ามีมากน้อยเพียงใด

รุ่ง แก้วแดง และชัยณรงค์ สุวรรณสาร (2550: 169) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลสำเร็จหรือผลที่เกิดขึ้นของงาน และผลสำเร็จหรือผลของงานนั้นตอบสนองหรือบรรลุผลตาม วัตถุประสงค์ขององค์การที่ตั้งไว้ ในบางครั้งองค์การมีผลสำเร็จหรือผลงานที่ชัดเจน แต่ปรากฏว่า ผลสำเร็จนั้นมิได้ตอบสนองตามวัตถุประสงค์ขององค์การ หรือว่าบนความสำเร็จของผลสำเร็จนั้นมิ การใช้ทรัพยากร ทั้งในด้านต้นทุน ระยะเวลา และบุคลากรมากเกินไปจนความสำเร็จได้ ดังนั้น การวิเคราะห์ประสิทธิภาพ จะต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลสำเร็จหรือผลลัพธ์ของ การดำเนินงาน บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่องค์การกำหนดไว้

#### 4.2 การวัดประสิทธิภาพของการบันทึก

จากความหมายของประสิทธิภาพดังกล่าวข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่า การประเมิน ประสิทธิภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ควรจะประเมินจากผลลัพธ์ของการบันทึกทางการแพทย์ ว่ามีคุณภาพตามที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด การทบทวนเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึก ทางทางการแพทย์ พบว่า มีผู้กล่าวถึงผลลัพธ์ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของการบันทึกทางการแพทย์ ไว้ดังนี้

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook, 2005) ได้กล่าวถึงการบันทึกทางการแพทย์ที่มี คุณภาพว่าควรประกอบด้วย ประเด็นดังต่อไปนี้

1) ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลครบถ้วนตาม เนื้อหาของการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การพยาบาลและครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย



จนกระทั่งเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

2) ความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักการและแนวทางของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลและ / หรือการรักษาทุกครั้ง โดยคำนึงถึงหลักการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การลงลายมือชื่อกำกับพร้อมตำแหน่งถูกต้อง สามารถใช้อ้างอิงทางด้านกฎหมาย สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังนี้

(1) บันทึกวันที่ เดือน ปีและเวลาที่บันทึกตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

(2) บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ ตามปัญหาหรือข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมจากการซักประวัติ การสังเกตอาการ อาการแสดงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยและการตรวจร่างกายตั้งแต่แรกเริ่ม มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย

(3) บันทึกได้สั้นกะทัดรัด ได้ใจความและสื่อความหมายชัดเจน

(4) ใช้คำย่อที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับ

(5) เมื่อมีการบันทึกผิด มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อ

(6) บันทึกทุกบรรทัด ไม่เว้นช่องว่างไว้เพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความ

(7) บันทึกให้เห็นสภาพตามความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่บันทึกแปลข้อมูล แสดงความคิดเห็นหรือแสดงความรู้สึกของพยาบาลร่วมไปด้วย

(8) ลงลายมือชื่อของผู้บันทึกกำกับพร้อมตำแหน่งหลังการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3) ความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ขาดตอนในรอบ 24 ชั่วโมงและต่อเนื่องทุกเวรตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและ/หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## 5. วิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพและการนำกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล

รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพนั้น วิธีการบันทึกและรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่จะเอื้อให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ ซึ่งวิธีการบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระบบ (สุระพรรณ พนมฤทธิ์และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ 2543 : 99-104) ดังนี้

1. การบันทึกโดยยึดแหล่งที่มาของข้อมูล (source oriented record) โดยแต่ละทีมสุขภาพบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการแยกจากกันเพื่อให้เห็นชัดเจน
2. การบันทึกโดยยึดปัญหาเป็นหลัก (problem oriented record) ได้แก่บันทึกการรวบรวมข้อมูลปัญหาผู้รับบริการ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการดูแลของผู้รับบริการ
3. การบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ (computer assisted records) ซึ่งเป็นการบันทึกที่สามารถเรียกข้อมูลผู้ป่วยมาตรวจสอบปรับแผนการพยาบาลและเชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆ ได้ ทำให้สะดวกรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร

## 6. รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วย รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เอื้อต่อการบันทึก สะดวกในการใช้ ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สรุปลักษณะที่สำคัญของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแต่ละรูปแบบได้ดังนี้ (Jacqueline-Wigle Walus :2003,พรศิริ พันธสี 2552 : 70 )

### 6.1 รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาล โดยเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย บรรยายข้อมูลของผู้ป่วยตามที่พยาบาลสังเกตได้ ไม่มีรูปแบบการบันทึกที่แน่นอน อาจบรรยายตามวันเวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามลำดับก่อนหลัง ส่วนใหญ่เน้นบรรยายกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ ซึ่งการบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยให้ครบถ้วนและสมบูรณ์ จะขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลแต่ละคน

### ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

1. มีความยืดหยุ่น ใช้ได้กับทุกสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วย
2. แสดงถึงความเข้มแข็งของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
3. ทำให้ทราบรายละเอียดของข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละเวรของแต่ละวันได้
4. ใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นๆ ได้ง่าย
5. เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย บันทึกได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วไม่ต้องคิดถึงรูปแบบหรือกระบวนการบันทึกเหมาะแก่การฝึกพยาบาลใหม่

### ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

1. ติดตามปัญหาและวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ยาก ใช้เวลานาน
2. ไม่ทราบความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ เนื่องจากเป็นรูปแบบการบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่และเรียงเรียงข้อมูล
3. ไม่สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลและความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล
4. ไม่มีแนวทางในการบันทึก พยาบาลจะบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อยๆ โดยบันทึกตามที่พยาบาลเห็นหรือซักถามผู้ป่วยทุกอย่าง ทำให้มีข้อความยาวและมีการบันทึกซ้ำ
5. การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยมักไม่สมบูรณ์เช่นการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยไม่ชัดเจน ขาดการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ไม่เห็นความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย



ตารางที่ 2.1 ตัวอย่างของการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย

วัน เดือน ปี / เวลา	บันทึกความก้าวหน้า
20 ม.ค. 52 9.00 น.	หลังผ่าตัด appendectomy วันที่สองปวดแผลเล็กน้อย(pain score 3 คะแนน)แผล แห้งดีไม่มี dischargeซึม (บันทึกแต่ข้อมูลผู้ป่วย ขาดการบันทึกกิจกรรมการ พยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล)
10.00 น.	อาเจียนเป็นน้ำสีเหลืองใส 200 cc. ดูแลให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่น ช่วยทำความสะอาด สะอาดปากฟัน แนะนำให้นอนพัก T = 37.5° C, P = 82/min , R = 26/min , BP. = 110/60 mmHg. (ขาดการบันทึกการประเมินผลการพยาบาล)
11.30 น.	มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่รับประทาน liquid diet กลัวอาเจียน บ่นเหนื่อย เพลียมาก รายงานแพทย์มี order ให้ยา motilium 1 tab. O และให้ 5 % D/N/2 V drip 120 cc / hr. ....ขนาด /RN
	(ขาดการบันทึกการประเมินผลการพยาบาล)

## 6.2 รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented medical record: POMR)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหา เน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก ใช้ในการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมดูแล พัฒนามาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ต่อมาพัฒนาโดยพยาบาล ใช้ได้ผลในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีโครงสร้างคล้ายกับกระบวนการพยาบาล เขียนได้ 2 รูปแบบคือ

### รูปแบบที่ 1 คือ SOAP ประกอบด้วย

S (Subjective data) หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย

O (objective data) หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของพยาบาลหรือการตรวจร่างกายของผู้ป่วย

A (Assessment data) หมายถึง การประเมินปัญหาของผู้ป่วย

P (Plan) หมายถึง การวางแผนแก้ไขปัญหา

### รูปแบบที่ 2 คือ SOAPIE ประกอบด้วย

S (Subjective data) หมายถึง ข้อมูลอัตนัย เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกเล่ากับพยาบาล

O (objective data) หมายถึง ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้

A (Assessment data) หมายถึง สิ่งที่พยาบาลคิด วิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้

P (Plan) หมายถึง การวางแผนการพยาบาลหรือการวางแผนแก้ไขปัญหา

I (Intervention) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

E (Evaluation) หมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

**ส่วนประกอบของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา มีดังนี้คือ**

1. ฐานข้อมูล (Data base) เป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ได้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหา

2. ข้อปัญหา (Problem list) เป็นส่วนที่นำข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ แล้วกำหนดประเด็นปัญหา การเขียนข้อปัญหาสามารถเขียนได้ในรูปแบบของอาการ อาการแสดงหรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ตามวันที่ค้นพบปัญหานั้นๆ

3. แผนการพยาบาล (Initial plan) เป็นส่วนที่บันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหา ซึ่งประกอบด้วยการบันทึกผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาล และแผนการสอน

4. บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หลังจากได้รับการรักษาพยาบาลเขียนได้ในรูปแบบของ SOAP (IE)

5. การสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) เป็นส่วนที่บันทึกสรุปปัญหาของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เพื่อใช้สื่อสารข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

**ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาคือ**

ก. มีโครงสร้างที่ชัดเจน

ข. สามารถค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว

ค. สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก

ง. สะท้อนให้เห็นกระบวนการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น

จ. สามารถสื่อสารให้ทีมสุขภาพรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงกัน

**ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาคือ**

ก. การตัดสินใจในการกำหนดลำดับความสำคัญของข้อปัญหาบางครั้งทำได้ยาก

ข. ใช้เวลามากในการบันทึก

ค. มีการบันทึกซ้ำซ้อนเนื่องจากรูปแบบ SOAPIE มีการประเมินสภาพผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลที่ปรับใช้กับปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหา

### 6.3 รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (Problem intervention evaluation system)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สะดวกขึ้น มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วย ในการบันทึกทางการพยาบาลจะใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ส่วนประกอบของรูปแบบ PIE ได้แก่

P (Problem) หมายถึงปัญหาของผู้ป่วย

I (Intervention) หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาล

E (Evaluation) หมายถึงการประเมินผล

มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (A patient assessment flow sheet) การบันทึกแผนการพยาบาลและการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวันในแบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress note)

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ PIE คือ

1. มีการบันทึกทางการพยาบาลที่รวมรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล
2. มีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน
3. บันทึกได้สะดวกและง่าย เนื่องจากรวมการบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบบันทึกเดียวกัน และใช้แบบบันทึกย่อยในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย
4. มีการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติ การเขียนบันทึกและการประเมินผล

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE คือ

1. พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนทักษะเป็นอย่างมากก่อนนำรูปแบบนี้ไปใช้
2. บันทึกบ่อยโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการบันทึกรูปแบบนี้ต้องประเมินปัญหาแต่ละปัญหาของผู้ป่วยทุกเวร
3. ไม่เหมาะกับการใช้บันทึกทางการพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง อยู่โรงพยาบาลนาน

### 6.4 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ชี้เฉพาะ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการบันทึกทางการพยาบาลที่บอกให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยหลังจากประเมินสภาพผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การบันทึกรูปแบบนี้คือ DAR (Data action response)

D (Data) หมายถึง การบันทึกข้อมูลอัตราย ข้อมูลปรนัยของผู้ป่วย

A (Action) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย

R (Response) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงผลของการรักษา ต่อมาได้พัฒนารูปแบบการบันทึกรูปแบบนี้เป็นรูปแบบต่างๆ ได้แก่ DAE (Data Action Evaluation) และ AIE (Assessment Intervention Evaluation), PIE (Problem Intervention Evaluation) หรือ DART (Diagnosis Action Response teaching)

ข้อดีของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ คือ

1. มีความยืดหยุ่นในการปรับให้เข้ากับระบบด้านคลินิก
2. มีการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาล โดยบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปของ DAR
3. มีการระบุปัญหาของผู้ป่วยที่ชี้เฉพาะหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ
4. มีข้อมูลที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลและสอดคล้องกับข้อกำหนดของ JCAHO
5. สืบค้นข้อมูลได้ง่าย

ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างการบันทึกแบบชี้เฉพาะ

วัน เดือน ปี เวลา	ปัญหา	บันทึกความก้าวหน้า
20 ม.ค. 52 9.00 น.	ปัสสาวะ ลำบาก แสบขัด (dysuria)	(ข้อมูล) ผู้ป่วยบ่นว่าปัสสาวะลำบาก แสบขัดมาก ปัสสาวะบ่อย กระปรืดกระปรอย ปัสสาวะออกครั้งละน้อย(10 cc./hr.) (การพยาบาล) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 ซี.ซี.ต่อวันและให้ลุกขึ้นมาปัสสาวะข้างเตียงหรือเดินไปเข้าห้องน้ำทุก 2 ชม. (การประเมินผล) ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ 1,500 ซี.ซี. อาการปัสสาวะลำบากและแสบขัดลดลง ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งๆละ 200-300ซีซีสีเหลืองใส

ข้อเสียของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ คือ

1. พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดีก่อนใช้รูปแบบนี้
2. เป็นรูปแบบที่มีการเขียนในแบบฟอร์มจำนวนมาก ซึ่งยากที่จะวิเคราะห์ออกมาเป็นปัญหาของผู้ป่วย

#### 6.5 รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย เพื่อให้บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของการบันทึกและลดการบันทึกที่ซ้ำซ้อน การบันทึกชนิดนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่กันไป (อาจบันทึกในรูปแบบข้อมูลที่ให้เลือกหรือแบบ check list) เช่นแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องทุกวัน แบบบันทึกกิจกรรมพยาบาลประจำวัน เป็นต้นการบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อยได้แก่

6.5.1 แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (Nursing and medical order flow sheet)

6.5.2 แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (Graphic form)

6.5.3 แบบฟอร์มการสอนผู้ป่วย (Patient teaching record)

6.5.4 แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (Patient discharge note)

6.5.5 แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress note)

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE คือ

1. มีรูปแบบบันทึกขนาดเล็ก ใช้บันทึกในงานประจำตามแนวทางมาตรฐานการพยาบาล
2. ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก
3. มีการบันทึกที่ไม่ซ้ำซ้อน
4. มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่บันทึก
5. แบบบันทึกย่อย (flow sheet) ทำให้สะดวกในการดูแล
6. ลดเวลาในการบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE คือ

1. การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานต้องใช้เวลา
2. ใช้เวลานานในการเรียนรู้และการยอมรับที่จะใช้รูปแบบนี้ได้อย่างถูกต้องและ

มั่นคง



3. การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยอาจบันทึกโดยย่อพอเข้าใจในแบบฟอร์มหลายแบบฟอร์มแทนที่จะรวมใช้แบบฟอร์มเดียว

#### 6.6 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ FACT (Flow sheet assessment concise timely)

เป็นรูปแบบที่ใช้หลักการบันทึกทางการพยาบาลคล้ายกับรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ CBE การบันทึกแบบนี้จะหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น มีการบันทึกข้อมูลซ้ำๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยายามลดเวลาที่ใช้ในการบันทึก

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ FACT คือ

1. การบันทึกในรูปแบบนี้ มีความสอดคล้องของภาษาและลักษณะของโครงสร้าง
2. รายละเอียดของการบันทึก สามารถหาได้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
3. ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึกคือ มีความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ
4. ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลน้อยลง

ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ FACT คือ

1. ใช้เวลาในการพัฒนาและวิธีการให้เป็นมาตรฐาน
2. ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกนี้ ตรวจสอบได้ยาก

#### 6.7 รูปแบบการบันทึกแบบ CORE (Core charting)

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ CORE นี้ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งส่วนที่สำคัญที่สุดในการบันทึกแบบนี้คือการบันทึกความต้องการและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมง เมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รูปแบบการบันทึกแบบ CORE ประกอบด้วย

1. ฐานข้อมูล (Data base) เป็นข้อมูลประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
2. แผนการพยาบาล (Care plan) เป็นส่วนที่บันทึกแผนการพยาบาล
3. แบบบันทึกย่อ (Flow sheet) เป็นการบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการวินิจฉัยและการสอนผู้ป่วย
4. บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) เป็นส่วนที่ใช้บันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเขียนในรูปของ DAR (Data, Action, Evaluation)

5. การสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด

#### ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CORE ได้แก่

1. เป็นรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล
2. มีระบบ DAR สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล
3. เป็นรูปแบบที่สั้น กระชับ
4. เป็นรูปแบบการบันทึกที่เน้นให้บันทึกด้านสังคม จิตใจ

#### ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ CORE ได้แก่

1. พยาบาลจะต้องได้รับคำแนะนำและฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้
2. การพัฒนาแบบฟอร์ม อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้ระยะเวลานาน
3. แบบฟอร์ม DAR ไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

#### 6.8 รูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerization system)

การบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มีความสำคัญในการบันทึกและเพิ่มความถูกต้องแน่นอน ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบการบันทึกหลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการแพทย์ ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนบุคลากร เป็นต้น

#### ข้อดีของรูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ ได้แก่

1. สามารถบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็ว
2. สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหลายๆ สถาบันได้โดยปัจจุบันได้พัฒนาการบันทึกลงคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล (International classification for nursing practice, ICNP)
3. สามารถปรับข้อมูลของผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. อ่านง่ายและสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้ทีมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
5. สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่นๆ ทำให้มีการประสานงานกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ช่วยให้มีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น

#### ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ ได้แก่

1. ถ้าการใช้ไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ก็ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้
2. มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่ใช้ ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์

3. ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล่ม ข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถใช้ได้

4. การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคน แม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้ป่วยอยู่เสมอ เพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยถ้าไม่มีระบบความปลอดภัยหรือระบบป้องกันการเข้าถึงข้อมูลอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านกฎหมาย

### 6.9 การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Charting by nursing process)

การบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นรูปแบบการบันทึกที่ใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ จนถึงการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ในการบันทึกรูปแบบนี้ต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล มีการระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและผลของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลให้มากขึ้น

#### ข้อดีของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล

1. ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลในแนวเดียวกันและมีความต่อเนื่อง เพราะทีมการพยาบาลมองปัญหาผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน โดยมีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล มีการระบุวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาของผู้ป่วยชัดเจน

2. มองเห็นความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล และคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน โดยที่พยาบาลได้ใช้ความรู้ทั้งศาสตร์สาขาการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในการคิดวิเคราะห์ข้อมูล เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยซึ่งจะ สะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน

3. สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่าย เพราะมีการประเมินผลการพยาบาลชัดเจน ทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมกับสถานการณ์

#### ข้อเสียการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล

1. ไม่เหมาะกับการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ที่มีอาการไม่เปลี่ยนแปลง เพราะจะบันทึกซ้ำกันทุกเวรทุกวัน เช่นผู้ป่วยอัมพาตที่ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังคงที่ เป็นต้น

2. พยาบาลต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องมาก ต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับลึก อาจใช้เวลานานพยาบาลเกิดความท้อถอย หรือไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบการคิดวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา จึงเป็นอุปสรรคของพยาบาลผู้บันทึกที่ขาดความรู้ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีและไม่ยอมรับการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล

วัน เดือน ปี เวลา	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
20 ม.ค. 52 08.00-16.00 น.	มีภาวะขาดน้ำเนื่องจาก ท้องเสียมาก - ถ่ายเป็นน้ำวันละ 4-5 ครั้งแต่ ละครั้งจำนวนมาก - มีไข้ 37.7° C -ริมฝีปากแห้ง -ปัสสาวะน้อย สีเหลืองเข้ม	- ประเมินอาการขาดน้ำ - ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. - ดูแลให้ได้รับยา paracetamal 2 tabs O prn ตามแผนการรักษา -กระตุ้นให้ดื่มน้ำ ORS อย่างน้อยวันละ 2,000 CC. -ดูแลให้ได้รับ 5%D/N/2 V drip 120 CC./hr - สังเกตจำนวนลักษณะ ของอุจจาระ ดูแลให้ได้รับ ยา Immodium 2 caps. o prn ตามแผนการรักษา - บันทึกสารน้ำเข้า ออก จากร่างกาย	T. = 37.8-38.0° C P. = 74/min R. = 18/min BP.=100/64 mm.Hg. ถ่ายอุจจาระมีเนื้อ ปนมากขึ้นวันละ 1-3 ครั้ง จำนวน เล็กน้อย ปัสสาวะ วันละ 4 ครั้งสี เหลืองอ่อน ดื่มน้ำ ORS ได้ 1,500 CC. ไม่มีอาการ อาการ แสดงของภาวะขาด น้ำ .....ขนาด RN.

### 6.10 การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway , care map charting)

การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นการบันทึกที่ใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยแบบ Case management ซึ่งเป็นการบันทึกแบบแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลและสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

#### ข้อดีของ การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย

1. บันทึกได้สะดวก รวดเร็วและสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์ เนื่องจากมีแนวทางการรักษามาตรฐาน (standard order) อยู่แล้ว
2. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจนในทีมสุขภาพ จึงเป็นการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
3. เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม
4. ทำให้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นระบบมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
5. สามารถใช้ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการ

#### ข้อเสียของการบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย

ไม่เหมาะสำหรับบันทึกในผู้ป่วยที่เป็นหลายโรค เนื่องจากแผนการดูแลรักษา จัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค และไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เพราะไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายและกลับบ้านตามที่กำหนดได้

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างแบบฟอร์มการบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรค

Aspect of care	Pre-0p Day 1	OR Day	Post-0p Day 1	Post-0p Day 2
assessment				
lab.				
nursing care				
medication				
diet				
activity				
teaching				

หลักการเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล (Layer and Camp 1995 :1-2) ดังนี้

1. รูปแบบบันทึกนั้น จะต้องเหมาะสมกับที่จะนำมาใช้ในองค์กรการพยาบาลที่ประกอบด้วยพยาบาลหลายระดับการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาลซึ่งรับผิดชอบช่วยกันในการบันทึกให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ ซึ่งแบบบันทึกย่อยที่บันทึกเกี่ยวกับงานประจำเช่นการพลิกตะแคงตัว การบันทึกจำนวนน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกายเป็นต้นสามารถมอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลรับผิดชอบได้

2. พิจารณาความรู้และทักษะของพยาบาลส่วนใหญ่ขององค์กร เช่น พยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่า 20 ปีมาแล้ว ในหลักสูตรสมัยนั้นไม่ได้สอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย การใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรปัจจุบันที่ทันสมัยและกว้างขวางกว่า ความแตกต่างนี้เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและเลือกระบบการบันทึกใหม่ที่ควรคำนึงถึง

3. พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ต้องใช้เพื่อการนำรูปแบบบันทึกใหม่มาใช้ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเตรียมงาน ค่าเวลาที่เสียไป ค่าพิมพ์แบบบันทึกใหม่และค่าใช้จ่ายในการศึกษาอบรม

4. พิจารณาถึงเวลาที่ใช้ในการศึกษาอบรมว่า การใช้รูปแบบบันทึกใหม่แต่ละแบบบันทึก ต้องใช้เวลาแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่การศึกษา อบรมขั้นต้น การติดตามคอยช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อุปสรรค การปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ในการใช้รูปแบบบันทึกและเวลาที่ใช้ในการฝึกฝน เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญ

5. พิจารณาถึงความถูกต้องในทางกฎหมายและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

โดยสรุป รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์มีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับนโยบายและการเลือกนำมาใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ให้เหมาะสมกับลักษณะงานและบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ ไม่ว่าจะใช้การบันทึกทางการแพทย์รูปแบบใด ถ้าผู้บันทึกมีความเข้าใจในหลักการและเนื้อหาสาระของการบันทึกแล้วจะไม่มีปัญหาในการเขียนบันทึก แต่ในทางปฏิบัติจริงผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีหลายระดับ การกำหนดรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจน เขียนง่าย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้บันทึกเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้สะดวก รวดเร็ว และเห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ได้ดียิ่งขึ้น

## 7. ประเด็นปัญหาและความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์จะสมบูรณ์และมีคุณภาพต้องอาศัยความรู้ ทักษะและทักษะของผู้บันทึกอย่างมาก จึงมักพบความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์อยู่เสมอ ซึ่งประเด็นปัญหาและความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์ ที่ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ได้มาตรฐาน และไม่มีคุณภาพมักเกิดจากสาเหตุ (ประคิน สุจฉายาและคณะ 2549: 28) ดังนี้

1. ผู้บันทึกขาดทักษะและความชำนาญในการใช้กระบวนการพยาบาล
2. ผู้บันทึกขาดความรู้ ทักษะในการสังเกตและการบันทึก
3. ผู้บันทึกขาดแรงจูงใจในการบันทึก
4. ผู้บันทึกมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์
5. ผู้บันทึกไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์
6. ผู้บันทึกทำการบันทึกลွ่งหน้าและบันทึกข้อมูลที่ไม่สำคัญ
7. แบบฟอร์มการบันทึกมีรูปแบบที่ไม่เหมาะสมและระบบการบันทึกไม่สมบูรณ์
8. ไม่มีเวลาในการบันทึก
9. ระบบการบันทึกมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขาดความคงที่
10. การบันทึกมีความแตกต่างกันมาก เช่นภาษาที่ใช้บันทึก
11. ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยงานและเพื่อนร่วมงาน
12. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายของหน่วยงาน
13. หน่วยงานหรือองค์กรไม่ให้การสนับสนุน

สรุปได้ว่า ประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้บันทึกขาดทักษะ ความรู้ความชำนาญ ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ มีแบบฟอร์มที่ไม่เหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มบ่อย นอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน หน่วยงานและองค์กรและไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายของหน่วยงาน

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

### 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์

ประคิน สุจฉายาและคณะ (2549) ได้ศึกษาแนวคิด ประเภทและวิธีการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิ 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง แผนกการพยาบาลต่าง ๆ มีการกำหนดรูปแบบของบันทึกทางการแพทย์ของตนเองตามที่คณะกรรมการฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาลรับรอง แต่โดยรวมประเภทข้อมูลที่บันทึกจะใกล้เคียงกันคือ เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย โดยเฉพาะสัญญาณชีพ บันทึกของการพยาบาลและแบบการจำหน่ายผู้ป่วย สำหรับการบันทึกของพยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และยังพบว่า การเขียนบันทึกทางการแพทย์เขียนไม่ครอบคลุม ไม่สะท้อนบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้ยังพบว่า การบันทึกทางการแพทย์และผดุงครรภ์ยังมีจุดอ่อนและไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างเต็มที่และเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือต่างวิชาชีพไม่ให้ความสนใจอ่านหรือใช้ประโยชน์ ปัญหาที่พบจัดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

**8.1.1 ปัญหาของระบบบริการได้แก่** (1) ไม่มีมาตรฐานของการบันทึกในระดับประเทศ (2) ไม่มีนโยบายมาตรฐานของการบันทึกในระดับหน่วยงาน (3) คณะกรรมการที่รับผิดชอบงาน การบันทึกการพยาบาลในหน่วยงาน ยังไม่สามารถกำหนดกรอบ แนวคิดหรือระบบสำหรับบันทึกทางการแพทย์และจัดทำแนวทางและแบบฟอร์มที่สะดวกต่อการใช้ (4) ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ การประชุมทำความเข้าใจและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบันทึกยังไม่ครอบคลุมบุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงาน (5) องค์กรความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ยังมีจำกัด (6) มีการจัดการกำลังคนที่ไม่เหมาะสม

**8.1.2 ปัญหาของพยาบาลและผดุงครรภ์** ได้แก่ (1) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกทางการแพทย์และผดุงครรภ์ที่มีประสิทธิภาพยังมีไม่มากพอ (2) มี



ความสามารถในการบันทึกข้อมูลในกราฟ แผ่นบันทึก flow sheet ต่างๆ ได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดในการเขียนเชิงพรรณนาในระบบบันทึกอื่นๆ โดยเฉพาะแบบบันทึกของพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลหรือแผนการจำหน่าย (3) มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลน้อย จึงทำให้มีการเขียนบันทึกของพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (4) จัดเวลาในการเขียนบันทึกต่างๆ ไม่เหมาะสม ใช้เวลากับกระดาษมากกว่าให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (5) มีความสับสนในการเขียนบันทึกเพราะบางบันทึกมีความคาบเกี่ยวกัน (6) มีการเขียนข้อมูลที่ไม่จำเป็น ซ้ำซ้อน ขาดการบันทึกข้อมูลสำคัญที่พบหรือเกิดขึ้น (7) ขาดทักษะการคิดอย่างรวบยอด และการเขียนเอกสารทางวิชาการ (8) สิ่งที่เขียนไม่สะท้อนปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ที่ผู้ให้บริการอื่น มีข้อมูลที่จะใช้การรักษาดูแลที่ถูกต้อง (9) เบื่อหน่ายจากภาระงานที่มีอยู่มาก ทำให้ไม่ให้ความสนใจในการเขียนบันทึก (10) ไม่ศึกษาเอกสารบันทึกต่างๆ ที่เขียนโดยพยาบาลคนอื่น หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ

**8.1.3 การบันทึกทางการพยาบาล** ได้แก่ (1) แบบฟอร์มมีหลายชนิด หลายแบบฟอร์ม (2) แต่ละชนิดมีรายละเอียดที่ต้องเติม ต้องเขียนข้อความจำนวนมาก (3) ไม่ถูกต้อง (4) ไม่ครอบคลุม (5) ไม่เป็นปัจจุบัน (6) ไม่นำไปสู่การใช้ประโยชน์แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ (7) บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำและไม่บันทึกสิ่งที่ทำหรือเกิดขึ้น (8) เอกสารแยกสำหรับแต่ละวิชาชีพ ทำให้ภาพรวมของปัญหาการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับไม่ชัดเจนและเชื่อมโยง (9) ประเมินผลการพยาบาลได้ยาก

**8.1.4 การสนับสนุน** ได้แก่ (1) ไม่มีมาตรฐาน คู่มือ แนวทางการเขียนบันทึกสำหรับใช้ศึกษา อ้างอิง (2) โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการบันทึกยังมีน้อย และมีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน อาการซับซ้อนหรือมีอาการหนัก (3) ไม่มีโปรแกรมการศึกษาต่อ ในด้านการบันทึกทางการพยาบาลและผดุงครรภ์และ (4) มีผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในหน่วยงานเป็นจำนวนน้อย

รศ.วิภา วิชาญพัทธ์ (2551) ศึกษาองค์ประกอบปัจจัยในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 11 พบว่าในการแสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านต่างๆ จำนวน 8 องค์ประกอบที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านทักษะการบันทึก ด้านนโยบายการบริหาร ด้านรูปแบบการบันทึก ด้านการนิเทศ ด้านการมอบหมายงานและด้านการได้รับสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความสำคัญในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38-4.52 เมื่อนำมาวิเคราะห์ห่องค์ประกอบพบว่าการจัดกลุ่มขององค์ประกอบเปลี่ยนแปลงไปจากองค์ประกอบต้นแบบ คือรวมกลุ่มกันเป็นองค์ประกอบใหม่จำนวน 6 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยด้านนโยบายขององค์กร

องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติ

องค์ประกอบที่ 4 ปัจจัยด้านทักษะการบันทึก

องค์ประกอบที่ 5 ปัจจัยด้านความรู้

องค์ประกอบที่ 6 ปัจจัยด้านการมอบหมายงาน

ทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถรวมอภิปรายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 72.43 ถือว่าอยู่ในระดับดีที่สามารถแยกองค์ประกอบที่สำคัญในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ฉีกา แสงกิตติไพบูลย์ (2554) ศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ในด้านคุณภาพของการบันทึก ประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่าปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบ่งเป็น 2 ด้านคือ (1) ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมพบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก และ(2) ด้านประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3) ด้านระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า แบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ไม่มีความสะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ใหม่ มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมากและขาดความรู้และทักษะในการบันทึกงานวิจัยของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

Natalia Bianchi (2007) กล่าวว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของวิชาชีพการพยาบาลออกมามากมายทั้งกฎหมายเกี่ยวกับการอบรมและการศึกษาวิชาชีพของพยาบาล ดังนั้น การสร้างรูปแบบทางวิชาชีพการพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก งานวิจัยฉบับนี้จึงสร้างรูปแบบทางวิชาชีพการพยาบาลทั้งส่วนของเอกสารการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รูปแบบการรักษาทางการแพทย์พยาบาลที่ถูกต้องขึ้น โดยรูปแบบนี้สร้างมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมาจากการสอบถามหัวหน้าพยาบาลและคำถามภายหลังการอบรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนทางวัฒนธรรมของวิชาชีพการพยาบาล โดยจากการรวบรวมและวิเคราะห์สามารถสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในวิชาชีพการพยาบาลได้ดังนี้ (1) รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลากหลายวิธีไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (2) รูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีหลายรูปแบบทำให้ยากในการทำความเข้าใจ (3) ความไม่สมบูรณ์ของเนื้อหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (4) การปฏิบัติไม่เป็นไปตามที่มาตรฐาน JCI กำหนด และ (7) การต่อต้านต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งหากสามารถ

แก้ปัญหาก็กล่าวไปข้างต้นได้แล้ว วิชาชีพการพยาบาลจะมีความสมบูรณ์เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

Diana Jefferies และคณะ (2011) ศึกษาเรื่องผลกระทบของการเขียนภาษาไม่ครบถ้วนในการบันทึกการพยาบาล การเขียนภาษาไม่ครบถ้วนหมายถึงประโยคหรือคำย่อที่พบในเอกสารบันทึกของพยาบาลซึ่งโดยทั่วไปจะเข้าใจเฉพาะกลุ่มแต่คำเหล่านั้นทำให้เกิดอุปสรรคสำหรับผู้อ่านที่ไม่เข้าใจคำที่มีความหมายเฉพาะกลุ่ม ในงานวิจัยนี้ ทำการศึกษาการบันทึกการพยาบาลทั้งหมด 67 ชิ้นงานและทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี textual analysis แต่ละชิ้นงานจะถูกตรวจสอบเพื่อหา grammatical และ linguistic features ของประโยคที่จะทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้ ชิ้นงาน 3 ชิ้นที่จะนำมากล่าวถึงรายละเอียดเพื่อแสดงให้เห็นถึงความยากสำหรับผู้อ่านที่จะต้องเข้าใจรายละเอียดและเงื่อนงำของผู้ป่วย จุดมุ่งหมายหลักของโปรแกรมการศึกษาที่นำเสนอเพื่อจะเชิญชวนให้พยาบาลให้ความสนใจในเอกสารที่พยาบาลเขียน การเขียน การบันทึกทางการพยาบาล คือการเขียนข้อมูลผู้ป่วยที่สามารถอ่านแล้วเข้าใจได้ทั้งบุคคลที่อยู่ในหรือนอกความถนัดทางการพยาบาล ถ้าผู้อ่านไม่สามารถเข้าใจ การบันทึกทางการพยาบาลอาจจะทำให้เข้าใจผิด ซึ่งทำให้การรักษาผิดพลาดไม่เป็นอย่างที่ต้องการได้

## 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบและประสิทธิผลของการบันทึกทางการพยาบาล

กนกพร คุณิตกุลและคณะ (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิผลการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้หลังการบันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการมีค่ามากกว่าคะแนนความรู้ก่อนการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบบูรณาการ ประสิทธิภาพของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการหลังการพัฒนามีเปอร์เซ็นต์การบันทึกสูงขึ้นในเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วนตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องของการบันทึก ข้อวินิจฉัยตามความเป็นจริง

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลของพยาบาลของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของ

พยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลตาม การรับรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบ การบันทึกทางการแพทย์ หลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์ รวมสูงกว่าก่อนทดลอง

อรุณ คำเกิงธรรมและคณะ (2547) ได้ศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ โดยใช้ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจนและ ได้ใจความของการบันทึกเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า (1)การ บันทึกวัน เดือน ปี และเวลาที่บันทึก มีความถูกต้องร้อยละ 76 ความครบถ้วนร้อยละ 56 ความ ชัดเจนร้อยละ 81 และการได้ใจความร้อยละ 85 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับสูง (2) การบันทึกชื่อและ ตำแหน่งของผู้บันทึก มีความถูกต้องร้อยละ 15 ความครบถ้วนร้อยละ 15 ความชัดเจนร้อยละ 18 และการได้ใจความร้อยละ 15 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับต่ำ (3) การบันทึกอาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยด้านร่างกายมีความถูกต้องร้อยละ 92 ความครบถ้วนร้อยละ 50 ความชัดเจนร้อยละ 74 และการได้ใจความร้อยละ 84 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับสูง คุณภาพการบันทึกอาการและอาการ แสดงของผู้ป่วยด้านจิตใจ มีความถูกต้องร้อยละ 1.3 ความครบถ้วนร้อยละ 0.9 ความชัดเจนร้อยละ 1.1 และได้ใจความร้อยละ 1.6 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับต่ำ (4) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ที่ สอดคล้องกับปัญหาความต้องการทางด้านร่างกาย มีความถูกต้องร้อยละ 61.5 ความครบถ้วนร้อย ละ 15.2 ความชัดเจนร้อยละ 50.1 และได้ใจความร้อยละ 59 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับต่ำ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจมีความถูกต้องร้อยละ 0.9 ความครบถ้วนร้อยละ 0.3 ความชัดเจนร้อย ละ 0.8 และการได้ใจความร้อยละ 1 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับต่ำ การบันทึกกิจกรรมให้ความรู้แก่ ผู้ป่วย มีความถูกต้องร้อยละ 10.4 ความครบถ้วนร้อยละ 6.2 ความชัดเจนร้อยละ 9.8 และการได้ ใจความร้อยละ 10.3 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับต่ำ (5) การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล ทางด้านร่างกายมีความถูกต้องร้อยละ 37.1 ความครบถ้วนร้อยละ 4.9 ความชัดเจนร้อยละ 26.9 และ การได้ใจความร้อยละ 36.3 มีคุณภาพการบันทึกที่ระดับต่ำ การบันทึกทางด้านจิตใจมีความถูกต้อง ร้อยละ 1.3 ความครบถ้วนร้อยละ 0.3 ความชัดเจนร้อยละ 0.9 และการได้ใจความร้อยละ 1.4 มี คุณภาพการบันทึกที่ระดับต่ำ

จรัญญาณี ภูวสันติ (2548) ศึกษาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ และพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและงานห้อง คลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึก ทางทางการแพทย์ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ สูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนามีคุณภาพดีกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

รัตนดา ยวงคำมา (2548) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบผลการตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกตาม ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลพบว่าพยาบาลประจำการมีการบันทึกได้ครบถ้วน 8 รายการ ไม่สามารถบันทึกได้ครบถ้วน 6 รายการมีรายการบันทึกอยู่ในช่วง 50 – 60 % รายการบันทึกที่ต้องบันทึกให้ครบถ้วนได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เพิ่มการเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลัน ตรวจสอบเพื่อประเมินความก้าวหน้าของปัญหา
2. การวินิจฉัยการพยาบาล เพิ่มการระบุปัญหาใหม่และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการปรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้นๆ เปลี่ยนแปลงไป
3. การวางแผนการพยาบาล เพิ่มการบันทึกแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาใหม่ แต่ละปัญหาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป
4. การปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มการบันทึกการพยาบาล ที่ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
5. การประเมินผลการพยาบาล เพิ่มการประเมินผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละปัญหาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป

ประคอง อินสอน (2548) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ประการที่สำคัญได้แก่ (1) การวินิจฉัยการพยาบาล (2) กิจกรรมการพยาบาลและ (3) การประเมินผลและให้พยาบาลฝึกเขียนบันทึกทางการแพทย์ ภายหลังจากฝึกเขียนบันทึกทางการแพทย์ตามรูปแบบใหม่ พบว่ามีการบันทึกที่เป็นระบบขึ้น มีความสะดวกในการเขียนบันทึกจากการมีแบบฟอร์มที่ชัดเจน ทำให้เห็นการปฏิบัติงานของพยาบาลเพราะรูปแบบการบันทึกแสดงให้เห็นปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแต่เดิมใช้เวลานาน หลังการพัฒนาสามารถลดเวลาลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการกำหนดให้มีหลักในการบันทึกทางการแพทย์ไว้เป็นแนวทาง มีผลให้ใช้เวลาในการบันทึกสั้นลง

อารี ชิวเกษมสุข (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิผล โดยมีรายละเอียดสำคัญคือ (1) ส่วนของเนื้อหาในแฟ้มผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล (2) ส่วนของการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มที่เป็นโครงสร้างซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม มาตรฐานการดูแล มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ การบริหารเวลาและการบริหารความเสี่ยง (3) ส่วนของการปฏิบัติการประกอบด้วยการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนการจำหน่ายและ (4) คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 6 แบบฟอร์ม ได้แก่แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลซึ่งใช้แบบบันทึกต่อเนื่อง แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย แบบบันทึกคาร์เด็กซ์และแบบฟอร์มการให้ยา

พรศิริ พันธสีและรัชนี นามจันทรา (2549) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาพยาบาลขาดความเข้าใจในหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เนื้อหาการบันทึกขาดความสมบูรณ์และความสอดคล้องกัน และมองไม่เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยได้สมบูรณ์ขึ้นและสามารถเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล หลังการพัฒนาพบว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสมบูรณ์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวม ในส่วนของการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกถูกต้องตามกฎหมาย ( $p < 0.01$ ) และการบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์พยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจในการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน

อารี ชิวเกษมสุขและธนิดา เขียรธำรงสุข (2549) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผล การบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิดกับรูปแบบเชิงบรรยาย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิด มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และมีการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบการบันทึกเชิงบวกรมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบันทึกเชิงบรรยาย แต่การใช้เวลาในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณภัทร ชนพุททชาติ (2549) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ในด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึกและด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ส่วนด้านการใช้เวลาในการบันทึกพบว่ามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บานเย็น สายสุดและคณะ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนา 12 คะแนน ( $SD = 2.3$ ) ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนา 16 คะแนน ( $SD = 2.9$ ) ประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาโดยค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 47.72 ก่อนการพัฒนาเป็น 53.47 หลังพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 73.42 ก่อนการพัฒนาและ 82.27 หลังการพัฒนา

ทิพวรรณ โฉมใส (2550) ศึกษาสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อวัดระดับประสพการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้การบันทึกทางการพยาบาล แรงจูงใจการบันทึกทางการพยาบาล ค่านิยมการบันทึกทางการพยาบาล และสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยพบว่าประสพการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความรู้ในการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แรงจูงใจในการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ค่านิยมในการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ประสพการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ในการบันทึกทางการพยาบาล แรงจูงใจในการบันทึกทางการพยาบาล และค่านิยมในการบันทึกทางการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล

อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า (1) ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในที่มีประสิทธิภาพ

ประกอบด้วย (ก) หลักการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล (ข) วัตถุประสงค์ของรูปแบบบันทึก (ค) นโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการแพทย์ (ง) การประเมินสมรรถนะการบันทึกทางการแพทย์และการฝึกอบรม (จ) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการแพทย์ (2) ค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พัชรินทร์ ชุนซัง (2550) ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร พบว่าแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบมีโครงสร้าง โดยมีข้อรายการให้เลือกและเติมข้อความในช่องที่กำหนด 26 ส่วน ได้แก่ 1) หมายเลขประจำตัว 2) หมายเลขของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 4) วัน/เวลามาถึงโรงพยาบาล 5) การมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย 6) ประเภทผู้ป่วย 7) อาการนำส่งและกลไกการเกิดอุบัติเหตุ 8) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 9) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 10) ประวัติการแพ้ยา 11) อาการและอาการแสดงเมื่อแรกรับ 12) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย 13) น้ำหนักตัวของผู้ป่วย 14) การบันทึกสัญญาณชีพ/ระดับความรู้สึกตัว 15) การรายงานแพทย์ 16) การวินิจฉัยโรค 17) บันทึกการรักษา 18) การประเมินอาการผู้ป่วย 19) การวินิจฉัยการพยาบาล 20) กิจกรรมการพยาบาล 21) การประเมินผล 22) การจำหน่ายผู้ป่วย 23) ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ 24) ปัญหาที่ต้องดูแลต่อ 25) ชื่อแพทย์ และ 26) ชื่อพยาบาลและตำแหน่ง ในการบันทึกต้องบันทึกให้ครบทั้ง 26 ส่วน โดยระยะเวลาของการบันทึกดำเนินไปตามกระบวนการพยาบาล ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกด้านโครงสร้างและเนื้อหาของแบบบันทึกอยู่ในระดับมาก คือ 1) คุณภาพการบันทึก พิจารณาจากความถูกต้อง ความชัดเจน ความต่อเนื่องและความครบถ้วนอยู่ในระดับดีและ 2) ประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับมาก

วิภาวดี วโรรส (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัดและงานวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า (1) ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์และกระบวนการพยาบาลของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15 อยู่ในระดับดี โดยความรู้ภายหลังการประชุมสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $df = 60, t = 7.9, P\text{-Value} = 0.006$ ) (2) คุณภาพ



การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการประชุมเท่ากับร้อยละ 65.7 และร้อยละ 72.2 อยู่ใน ระดับดี (3) รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่กลุ่มเป้าหมายเลือกคือ รูปแบบระบบชี้เฉพาะซึ่ง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

พานทิพย์ รมโพธิ์ตาล (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของ ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ผลการวิจัยพบว่า (1) ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของ ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัยประกอบด้วยวิธีการบันทึก แบบบันทึกและคู่มือการใช้ ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม ความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง (2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาล ต่อระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เขาวเรศ คุณแก้ว (2551) ศึกษาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลศึกษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาล พระยีน พบว่ามีการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วยฟอร์มบันทึก ประเมินผู้ป่วยรับใหม่ บันทึกปัญหาทางการแพทย์พยาบาล กิจกรรมพยาบาล บันทึกประเมินผลการ พยาบาล บันทึกจำหน่ายผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการประชุมเชิง ปฏิบัติการอยู่ในระดับดี หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับดีมาก (ระดับความรู้หลังการ ประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.008 คุณภาพ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับพอใช้ หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก

เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ (2553) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตึกอายุรกรรม-ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย การปรับแบบบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล การจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กระบวนการมีส่วนร่วมและติดตามการนิเทศ ติดตามเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้น โดยคะแนน คุณภาพการบันทึกโดยรวม ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 78.77 อยู่ในระดับพอใช้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 93.48 อยู่ในระดับดีมากหลังการพัฒนา

พวงเพชร สุริยะพรหมและสุขุมล ด้อยแก้ว (2553) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึก ทางทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน พบว่าหลังจากการใช้รูปแบบการบันทึก ทางทางการแพทย์พยาบาล รูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) ซึ่งประกอบด้วย การ ประเมินสภาพ การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ซึ่งได้กำหนดขึ้น คุณภาพการบันทึก

ทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากระดับไม่ดีเลยมาอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจภาพรวม ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เลือกใช้อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

นัทมนต์ พันธุ์แก้ว (2555) ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้คลอด โรงพยาบาลพังโคนอำเภอพังโคน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าแบบบันทึกที่สร้างขึ้นเป็นแบบมีโครงสร้างทั้งหมด 5 แบบฟอร์มดังนี้แบบฟอร์มที่ 1 แบบฟอร์มรหัส LR-01 มีข้อรายการให้เลือกและเติมข้อความในช่องที่กำหนด 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลท้ายกระดาษ 2) การรวบรวมข้อมูลแรกรับ 3) การประเมินอาการแรกรับ 4) การดูแลผู้คลอดแรกรับและ 5) ชื่อพยาบาลและตำแหน่งผู้บันทึก แบบฟอร์มที่ 2 – 5 แบบฟอร์มรหัส LR-02 ถึง LR-05 แต่ละแบบฟอร์มมีข้อรายการให้เลือกและเติมข้อความในช่องที่กำหนด 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลท้ายกระดาษ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) กิจกรรมการพยาบาล 4) การประเมินผลและ 5) ชื่อพยาบาลและตำแหน่งผู้บันทึก ซึ่งในการบันทึกแต่ละแบบฟอร์มต้องบันทึกให้ครบทั้ง 5 ส่วน โดยระยะเวลาของการบันทึกดำเนินไปตามกระบวนการพยาบาล รูปแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นด้านโครงสร้างและเนื้อหาของแบบบันทึกมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดคือคุณภาพการบันทึกพิจารณาจากความถูกต้อง ความชัดเจนความต่อเนื่องและความครบถ้วน อยู่ในระดับดีมาก ประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับมากที่สุด

งานวิจัยของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบและประสิทธิผลของการบันทึกทางการพยาบาล

Yan Teytelman (2002) ทำการศึกษาถึงผลกระทบของการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสาร โดยอธิบายว่า หากการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพแล้วจะทำให้พยาบาลเกิดปัญหาในการทำงานได้มากมายหลายปัญหาทั้งกับตัวพยาบาลเอง โรงพยาบาล หรือ แผนกที่พยาบาลประจำอยู่ รวมทั้งผู้ป่วยด้วย นอกจากนั้นการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสารที่ถูกต้องยังทำให้พยาบาลหลุดพ้นจากการเกิดปัญหาทางคดีความได้อีกด้วย โดยข้อสรุปเหล่านี้ได้มาจากการทดลองและทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลแผนกมะเร็งวิทยา ยิ่งไปกว่านั้นในศตวรรษที่ 21 จะเริ่มมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้กับการพยาบาลมากขึ้น เช่น อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ดังนั้นพยาบาลควรจะให้ความสำคัญต่อการบันทึกทางการพยาบาลและการสื่อสารให้มากเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

Julie Considine และคณะ (2006) ทำการศึกษาผลกระทบของการเขียนการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน โดยได้ทำการศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่หัวใจ โดยผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีและอนุญาตให้นำผลการบันทึกทางการพยาบาลนำมาวิเคราะห์ผลได้ โดยขั้นตอนการวิเคราะห์จะแยกออกเป็น 2 ส่วน คือการบันทึกการ

พยาบาลก่อนที่จะมีการกำหนดมาตรฐานการจดบันทึก (จำนวน 74 ตัวอย่าง) และการบันทึกทางการพยาบาลหลังจดบันทึก (จำนวน 74 ตัวอย่าง) โดยมาตรฐานการจดบันทึกทางการพยาบาลที่ต้องการคือ บันทึกจะต้องมีความสัมพันธ์กับการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น คือ จะต้องมียุทธศาสตร์ของผู้ป่วยก่อนการรักษา อัตราการเต้นของหัวใจ และประวัติการรักษาของแพทย์ ซึ่งเมื่อกำหนดมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลตามที่เสนอแล้วพบว่า ความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึกทางการพยาบาลลดลง 18.3 %

Carina Baath และคณะ (2007) ทำการวิเคราะห์และเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลในการดูแลผิวของผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหัก 2 กลุ่ม โดยทำการวิเคราะห์การบันทึกทางการพยาบาล 170 ชุดที่ได้มาจากโรงพยาบาลในเมือง 1 แห่ง และโรงพยาบาลนอกเมือง 2 แห่งในเมืองๆ หนึ่งของประเทศสวีเดน จากการวิเคราะห์พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (60 %) มีการบันทึกการเข้ารับการรักษาและมี 78% ทำการบันทึกถึงลักษณะของผิวหนังผู้ป่วย มีเพียง 15% ที่ระบุว่ามิได้ผลกดทับตั้งแต่เข้ารับการรักษาและมี 20% ที่ระบุว่าเกิดภายหลังการรักษา งานวิจัยนี้ทำการเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ Modified Norton Scale ซึ่งพบว่า มีเพียง 9% ของการบันทึกทางการพยาบาลที่ยอมรับได้

Eva Tornvall และคณะ (2009) ทำการนำเสนอรูปแบบและทำการวิเคราะห์การบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่ขา โดยทำการวิเคราะห์ทั้งเนื้อหาของการจดบันทึกและประสบการณ์ในการบันทึกของพยาบาล โดยขั้นตอนการวิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการบันทึกแบบเดิมและขั้นตอนการนำการบันทึกแบบใหม่มาใช้ โดยมีช่วงการสังเกตการบันทึก 3 เดือน มีการเก็บตัวอย่างการบันทึกก่อนและหลังการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกจำนวน 102 และ 92 ชิ้น ตามลำดับ จากการใช้รูปแบบการบันทึกแบบใหม่พบว่า สามารถลดความไม่เข้าใจระหว่างพยาบาลผู้บันทึกและพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องได้ และรูปแบบการบันทึกที่นำเสนอยังสามารถลดความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ในการบันทึกของพยาบาลที่ไม่เหมือนกันได้อีกด้วย

Pirkko Nykanena และคณะ (2012) ทำการวิเคราะห์รูปแบบการพยาบาลแห่งชาติและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล 4 แบบที่มีการใช้งานในประเทศฟินแลนด์ จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลแห่งชาติสามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลได้ แต่เนื่องจากมีรายละเอียดและขั้นตอนสำหรับการบันทึกมากทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำความเข้าใจ ส่วนรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 4 แบบที่มีการใช้งานนั้นจำเป็นจะต้องใช้ออกสารอื่นประกอบเป็นจำนวนมากทำให้เกิดปัญหาในการสร้างภาระงานเพิ่มขึ้นให้กับพยาบาล ดังนั้น จึงควรมีการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลแห่งชาติใหม่ให้มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานกว่าปัจจุบัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พบว่าเนื้อหาของกรบันทึกทางการแพทย์มีการบันทึกสถานะด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ดีกว่าการบันทึกด้านจิตใจ กิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการให้ความรู้รวมถึงการประเมินผลการพยาบาลของผู้ป่วย (องุ่น คำเกิงธรรมและคณะ: 2547) การบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (พรทิพย์ รัตนวิชัย :2547, ศศิธร วีรเวทวัฒน์ : 2547 ,อาภรณ์ ทองทิพย์ : 2550 , นัทมนต์ พันธุ์แก้ว :2555) และการดูแลแบบองค์รวม (ดารารัตน์ หงษ์ทอง : 2547) รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ใช้รูปแบบระบบชี้เฉพาะ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล (วิภาวดี วโรรส : 2550, พวงเพชร สุริยะพรหมและสุชุมล ค้อยแก้ว : 2553) แสดงว่าการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ พยาบาลสามารถบันทึกได้ง่าย นอกจากนี้การปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ให้เหมาะสม มีการจัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์ (ศศิธร วีรเวทวัฒน์ : 2547) มีการติดตามนิเทศ ติดตามเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ จะทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ดีขึ้น (เกษราภรณ์ บรรณวงศศิลป์ :2553) ขณะเดียวกันการกำหนดหลักในการบันทึกทางการแพทย์ จัดให้มีอัตรากำลังและภาระงานที่เหมาะสม จะสามารถลดเวลาในการบันทึกและบันทึกทางการแพทย์ให้สั้นลงได้ (ประคอง อินสอน :2548) ส่วนแบบฟอร์มที่พัฒนาใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ได้แก่แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่อง แบบวางแผนการจำหน่ายและแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย ซึ่งแบบฟอร์มทั้ง 4 แบบฟอร์มนี้จะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย สามารถบันทึกทางการแพทย์ได้ครบถ้วน ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลได้ต่อเนื่องมากที่สุด

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ มีการให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบและหลักการของการบันทึกทางการแพทย์ โดยเชื่อว่ากรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล จะส่งผลทำให้การบันทึกทางการแพทย์มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับลักษณะงานในหอผู้ป่วย ให้สามารถบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพงานการพยาบาลให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและพึงพอใจ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รางวัล 2544, น.131-132) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาลและศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2557 – เดือนสิงหาคม 2557 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1 ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

**1.1.1 พยาบาลวิชาชีพ** ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 59 คน

**1.1.2 แบบบันทึกทางการแพทย์** ของผู้ป่วยที่พักรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชินีไสล ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยในตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

##### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

**1.2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย** กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติคือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

**1.2.2 แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ** ที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชายกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษก่อนการทดลอง จำนวน 30 แฟ้ม และหลังการทดลองจำนวน 30 แฟ้ม แบบบันทึกทางการแพทย์ดังกล่าวได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกจาก

เด็กผู้ป่วยหญิง 15 แพ้ม และเด็กผู้ป่วยชาย 15 แพ้ม ใช้เกณฑ์การคัดเลือกแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

1) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่เข้ามาพักรักษาในเด็กผู้ป่วยหญิงและเด็กผู้ป่วยชาย ระยะเวลาอยู่พักรักษาในเด็กผู้ป่วยดังกล่าวอย่างน้อย 2 วัน ขึ้นไปตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่มีการย้ายระหว่างแผนก

2) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษา ในเด็กผู้ป่วยหญิงและเด็กผู้ป่วยชายในข้อ 1) ย้อนหลัง 3 เดือน (ธันวาคม 2556 – กุมภาพันธ์ 2557)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ฉบับ ได้แก่

#### 2.1.1 แบบสำรวจสภาพการณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

#### 2.1.2 แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

#### 2.1.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการใช้กระบวนการพยาบาล

#### 2.1.4 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

### 2.2 การสร้างเครื่องมือ

ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และสร้างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยดำเนินการดังนี้

2.2.1 แบบสำรวจสภาพการณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นประเด็นการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากหนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยประเด็นที่เกี่ยวกับสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยใน ในปัจจุบัน จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก)

### 2.2.2 แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และคู่มือการตรวจสอบ

**คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์** ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุม จำนวน 35 ข้อย่อย ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบความถูกต้อง จำนวน 19 ข้อย่อย ทั้ง 2 ส่วน เกณฑ์การให้คะแนน คือ บันทึก ให้ 1 คะแนน ไม่บันทึก ให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่อง จำนวน 9 ข้อย่อย เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0, 1, 2, 3

### 2.2.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์และการใช้กระบวนการ

**พยาบาล**ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากหนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องวัดความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้มีลักษณะเป็นแบบปรนัยมี 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0

### 2.2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการ

**บันทึกทางการแพทย์** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากหนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานที่ทำงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลและวุฒิการศึกษาทางการแพทย์ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับหลักการของการบันทึกทางการแพทย์ของพอตเตอร์และเพอร์รี่ (Portter and Perry 1995) โดยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ 5 ด้านรวมทั้งหมด 22 ข้อดังนี้

- 1) ด้านความถูกต้องตามหลักการของกระบวนการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ
- 2) ด้านการใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ
- 3) ด้านการใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย จำนวน 4 ข้อ
- 4) ด้านการแสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์ จำนวน 3 ข้อ
- 5) ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ จำนวน 6 ข้อ

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) สร้างข้อคำถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยแต่ละข้อคำถามเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลมาก
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลน้อยที่สุด

3) การแปลผลคะแนนความคิดเห็นของพยาบาล เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกัน หากค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ที่มีประสิทธิผลมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ที่มีประสิทธิผลมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ที่มีประสิทธิผลปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ที่มีประสิทธิผลน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ที่มีประสิทธิผลน้อยที่สุด

4) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล (Audit Charts) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook ,2005) ประกอบด้วย 1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 2) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการพยาบาลและ 3) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาดังนี้

ก. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล เพื่อสร้างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุม

ข. กำหนดเนื้อหาที่จะตรวจสอบออกเป็น 3 ส่วนคือ

- (1) ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 35 ข้อย่อย
- (2) ความถูกต้องตามหลักการการบันทึกทางการพยาบาล

จำนวน 19 ข้อย่อย



(3) ความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ จำนวน 9 ข้อย่อย

ค. สร้างแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ดังนี้

(1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความ

ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความถูกต้องตามหลักการของการบันทึกทางการแพทย์ รวมทั้งรวมทั้งหมด 54 ข้อย่อย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้ามีบันทึก ให้คะแนน 1 คะแนน

ถ้าไม่ได้บันทึก ให้คะแนน 0 คะแนน

คะแนนเต็ม 54 คะแนน

รวมคะแนนการบันทึก นำมาคำนวณเป็นร้อยละของความถี่การบันทึกที่รวมคะแนนแต่ละด้านหา ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านก่อนและหลังการดำเนินการ

(2) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ

3 คะแนน หมายถึงการบันทึกทางการแพทย์มีความต่อเนื่องครบถ้วน

2 คะแนน หมายถึงการบันทึกทางการแพทย์มีความต่อเนื่องบางรายการ

1 คะแนน หมายถึงการบันทึกทางการแพทย์มีความต่อเนื่องน้อย

0 คะแนน หมายถึงการบันทึกทางการแพทย์ไม่ต่อเนื่องหรือบันทึกต่อเนื่องน้อยมาก

กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึกทางการแพทย์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.00 ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.49 ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 1.99 ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.00 ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

5) สร้างคู่มือตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ โดย

ดัดแปลงจากคู่มือการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ของอารี ชิวเกษมสุข

(Cheevakasemsook 2005)

## 2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 2.3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำ

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการบันทึกทางการพยาบาล มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์ในการทำวิจัย จำนวน 6 ท่าน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ แต่ละระดับแสดงถึงว่าคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดเพียงใด

4 หมายถึง สอดคล้องกันมาก

3 หมายถึง สอดคล้องกันค่อนข้างมาก

2 หมายถึง สอดคล้องกันน้อย

1 หมายถึง ไม่สอดคล้องกัน

นำผลการพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแต่ละข้อโดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.80 ข้อใดที่ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาต่ำต้องนำไปปรับปรุงใหม่หรือตัดออก แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบใหม่ ภายในระยะเวลา 10 – 14 วัน (วาริณี เขียมสวัสดิกุล และวรรณภา อัสวชัยสุวิกรม, 2550: 45-46)

แบบทดสอบความรู้การบันทึกทางการพยาบาล ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index : IOC) โดยกำหนดระดับความสอดคล้องดังนี้

1 = สอดคล้อง

0 = ไม่แน่ใจ

-1 = ไม่สอดคล้อง

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากสูตร

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

N

เมื่อ IC หรือ IOC หมายถึงดัชนีความสอดคล้อง

$$\frac{\sum R}{N} \text{ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญ}$$

$$N \text{ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}$$

ค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรง ส่วนข้อที่มี IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรมีการแก้ไขปรับปรุง (นิรันดร์ อิมามี่, 2549: 55)

### 2.3.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

(1) หาความตรงของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

(ก) นำแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและสำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังกล่าวแล้วในข้อ 2.3.1

(ข) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิผลการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกมีค่า CVI เท่ากับ 0.9

(2) การหาความเที่ยงของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล นำแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอหุเมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งจะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) ผลการวิเคราะห์แบบประเมินประสิทธิผลการบันทึกได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98

3) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

(1) หาความตรงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

โดย

(ก) นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พร้อมคู่มือตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมและสำนวนภาษาและให้ข้อคิดเห็นในเชิงคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ แต่ละระดับแสดงถึงว่าคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดเพียงใด

4 หมายถึง สอดคล้องกันมาก

3 หมายถึง สอดคล้องกันค่อนข้างมาก

2 หมายถึง สอดคล้องกันน้อย

1 หมายถึง ไม่สอดคล้องกัน

นำผลการพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแต่ละข้อโดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.80 ข้อใดที่ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาต่ำต้องนำไปปรับปรุงใหม่หรือตัดออก แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบใหม่ ภายในระยะเวลา 10-14 วัน (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม, 2550 น. 45-46) ผลการตรวจสอบความตรงของแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกมีค่า CVI เท่ากับ 0.79

(ข) นำแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มาพิจารณาปรับปรุงเนื้อหาและสำนวนภาษาต่อไป

(2) การหาความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนำไปตรวจสอบคุณภาพการบันทึกของเวชระเบียนจำนวน 30 ฉบับ แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลมีค่าเท่ากับ 0.83 ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีค่าเท่ากับ 0.74 ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีค่าเท่ากับ 0.92 ทั้ง 3 ส่วน มีค่าเท่ากับ 0.93

### 3. วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมี 4 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยจากประธานคณะกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชินีไสลเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในการวิจัย

2. ภายหลังผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชินีไสลอนุญาตให้ทำวิจัยและรวบรวมข้อมูลแล้ว จึงเรียนหัวหน้าพยาบาลให้ทราบวัตถุประสงค์ระยะเวลาและรายละเอียดของการวิจัย

3. ชี้แจงหัวหน้าตึกผู้ป่วยในและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิของพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยและให้พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

#### 4. ดำเนินการสังเกตการณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย งานผู้ป่วยใน จำนวน 12 รายในประเด็นเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ตามหลักการของการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสำรวจสภาพการณ์การบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) มีการบันทึกเทปและมีผู้จดบันทึกการสนทนา (Note taker) ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา และอากัปกริยาของผู้เข้าร่วมการสนทนาตลอดจนบรรยากาศการสนทนา จากนั้นผู้วิจัยถอดบทสนทนา และถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) นำเสนอข้อมูลที่ได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชินีไสล

4.2 ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการวิจัย จากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 30 แฟ้มย้อนหลัง 3 เดือน (ธันวาคม 2556 – กุมภาพันธ์ 2557) โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการพยาบาลและด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล

4.3 สํารวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก่อนการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

#### 4.4 สรุปประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์ข้อมูลข้อ 4.1, ข้อ 4.2 และข้อ 4.3

##### ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1. ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเสนอความคิดเห็น เกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยจัดอบรมเพื่อเสริมความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเรื่อง “การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ” ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

- 1) แนวคิดและหลักการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 2) ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- 3) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : บันทึกอย่างไรให้มีคุณภาพ
- 4) แนวคิดและหลักการการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
- 5) ปัญหา – อุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและ

6) ประเภทของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างพิจารณารายละเอียดรูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนการอบรมทำการทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากข้อ 4.4 มาพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและแนวคิด ทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลร่วมกับรูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างพิจารณาเลือกในข้อ 2.1

3. ร่างคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล กำหนดแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กำหนดแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแต่ละประเภท

4. ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและร่างคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาให้ความเห็น

5. ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยประยุกต์แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของอารี ชิวเกษมสุข (2551) (Cheevakasemsook, 2005) แล้วนำร่างรูปแบบและคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่านแล้วมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษาเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้

### ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1. จัดอบรมเรื่อง “การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ” แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) แนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น แนะนำและสาธิตการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามหลักการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ถูกต้อง 2) อธิบายการใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามหลักการการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง และ 3) ทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรมทันที ถ้าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากได้คะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ต้องให้ความรู้ใหม่จนกว่าจะผ่านเกณฑ์

2. ผู้วิจัยนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างฝึกบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัย เพื่อให้เกิดทักษะในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

3. ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบใหม่เป็นเวลา 1 เดือน โดยระยะนี้ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหาหรือตอบข้อสงสัย เพื่อให้ได้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูล

### ระยะที่ 4 ระยะประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดย ดำเนินการดังนี้ 1) ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้ แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) รวบรวมความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างต่อประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการทดลอง

2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อ 4.1 มาวิเคราะห์ เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

**4.1 ข้อมูลการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชินีไศล** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสำรวจสภาพการณ์การบันทึกทางการพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) มีการบันทึกเทปและมีผู้จดบันทึกการสนทนา (note taker) ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนาและอากัปกริยาของผู้เข้าร่วมการสนทนาตลอดจนบรรยากาศการสนทนา จากนั้นผู้วิจัยถอดบทสนทนาและถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) นำเสนอข้อมูลที่ได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชินีไศล

**4.2 ข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล** เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยผู้วิจัยมีหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน และให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเดิมเป็นผู้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แล้วนำรับแบบสอบถามคืนภายใน 7 วันหลังแจกแบบสอบถาม

**4.3 ข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลจากเวาระเบียน** โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล จากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลราชินีไศล ย้อนหลัง 3 เดือน (ธันวาคม 2556 – กุมภาพันธ์ 2557) ก่อนการทดลองจำนวน 30 แฟ้ม แบ่งเป็นแฟ้มผู้ป่วยชาย 15 แฟ้มและแฟ้มผู้ป่วยหญิง 15 แฟ้ม โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลครั้งที่ 2 หลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยในจำนวน 30 แฟ้ม แบ่งเป็นแฟ้มผู้ป่วยชาย 15 แฟ้มและแฟ้ม



ผู้ป่วยหญิง 15 แพ้ม สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามลำดับ ดังนี้

**4.3.1 อ่านครั้งที่ 1** อ่านแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งฉบับเพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่วันแรกที่รับเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**4.3.2 อ่านครั้งที่ 2** อ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

**4.3.3 อ่านครั้งที่ 3** อ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาด้านความถูกต้องตามหลักการของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

**4.3.4 อ่านครั้งที่ 4** อ่านเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

**4.4 นำข้อมูลจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล** ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

## 5. การพิทักษ์สิทธิ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ โดย

**5.1** ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมวิจัยลงนามในใบลงนามยินยอมดำเนินการวิจัย

**5.2** ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ใช้การลงรหัสแทน ชื่อ – สกุล

**5.3** แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ไม่ระบุชื่อ – สกุลของผู้ป่วย

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลสภาพการณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2549)

6.2 ข้อมูลการประเมินความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการดำเนินการประชุมอบรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ

6.3 วิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

6.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

6.3.2 ข้อมูลคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุม ความถูกต้องและต่อเนื่อง ตามกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์เป็นความถี่ ร้อยละ ของการบันทึก และไม่บันทึก

6.3.3 วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลก่อนที่จะเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งมีการกระจายไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test (ไข่มุก วิเชียรเจริญ, 2548)

6.3.4 วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลก่อนที่จะเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการของการบันทึกทางการพยาบาล และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งมีการกระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติ โดยทดสอบค่า  $t$  ที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระแก่กัน (Independent  $t$ -test) (ไข่มุก วิเชียรเจริญ, 2548)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) (บุญใจ ศรีสถิตยัณ รางกุล, 2544 น.131-132) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดทางกายภาพและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดทางกายภาพงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถีไสล จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2557 – เดือนสิงหาคม 2557 รวมระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอนตามลำดับดังนี้

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางกายภาพ

- 1.1 สรุปประเด็นสภาพการณ์การบำบัดทางกายภาพจากการสนทนากลุ่ม
- 1.2 ผลการทดสอบความรู้เรื่องการบำบัดทางกายภาพก่อนและหลังการอบรมของพยาบาลวิชาชีพ

#### ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการณ์การบำบัดทางกายภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล

#### ตอนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดทางกายภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล

- 3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- 3.2 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดทางกายภาพ
- 3.3 เปรียบเทียบคุณภาพของการบำบัดทางกายภาพ โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความครอบคลุมของการบำบัดตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง
- 3.4 เปรียบเทียบคุณภาพของการบำบัดทางกายภาพ โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความถูกต้องของการบำบัดตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง
- 3.5 เปรียบเทียบคุณภาพของการบำบัดทางกายภาพ โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความต่อเนื่องของการบำบัดตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง

## ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

### 1.1 สรุปประเด็นสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการสนทนากลุ่ม

จากการสนทนากลุ่มพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 4.1 สรุปผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (N 12)

ประเด็นสนทนา	ประเด็นที่พบ
1. รูปแบบและวิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีอยู่เป็นอย่างไร ท่านต้องการปรับปรุงหรือไม่	<b>รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีดังนี้</b> 1. ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนแบ่งเป็น S = subjective data, objective data บันทึกแผนและกิจกรรมการพยาบาลในช่องเดียวกัน มีการประเมินผลการพยาบาล
1.1 รูปแบบและวิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีอยู่เป็นอย่างไร	2. ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่ 1 ฟอรัมบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้ เป็นแบบแผนการพยาบาล โดยเลือกปัญหาที่พบในผู้ป่วยขณะนั้น เลือกกิจกรรมการพยาบาลที่มีในผู้ป่วย และประเมินผลตามปัญหาที่พบขณะนั้น เขียนปัญหา และแผนการพยาบาลเพิ่มกรณีมีปัญหาใหม่ที่ไม่อยู่ในแผนการพยาบาลนั้นๆ ต้องการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
1.2 ท่านต้องการปรับปรุงหรือไม่	เพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความครอบคลุมด้านการพยาบาลแบบองค์รวม เพราะยังขาดด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ลดความสิ้นเปลืองเนื่องจากใช้แบบฟอร์มที่เป็น Pattern หลายแผ่น และไม่สะดวกในการค้นหาแผนการพยาบาลที่ใช้อยู่เดิมหลายปัญหา

## ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ประเด็นสนทนา	ประเด็นที่พบ
2. ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยในมีอะไรบ้าง	<p><b>ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน ได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีเวลายบันทึก</li> <li>2. ผู้ป่วยมากต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อน</li> <li>3. ภาระงานมาก อัตรากำลังน้อย</li> <li>4. แพทย์มา Round เช้าและบ่ายในเวรเช้า ต้องให้การรักษาตามแผนการรักษา บันทึกทางการแพทย์ไม่ทัน</li> <li>5. ไม่ได้บันทึกการพยาบาลทันที ทำให้หลงลืม</li> </ol>
3. ท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์หรือไม่ ถ้าท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ท่านจะมีข้อเสนอแนะอย่างไร	<p><b>เวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์</b></p> <p><b>ข้อเสนอแนะเรื่องเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ควรปรับปรุงแบบการเขียนให้สั้น กระชับ กะทัดรัดมากขึ้น</li> </ol>
3.1 ท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์หรือไม่	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ควรระบุปัญหาเลย</li> </ol> <p>ไม่ควรพรรณนาโวหารและแปลความหมายเช่น มีภาวะ</p>
3.2 ถ้าท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ท่านจะมีข้อเสนอแนะอย่างไร	<p>พร้อมออกซิเจน แทนการเขียนว่ามีภาวะกำซาบของออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆไม่เพียงพอ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ ควรบันทึกตามเกณฑ์การจำแนกประเภท เช่นประเภท 3 -4 ควรบันทึกทุกเวร ประเภท 1-2 ควรบันทึก เช้า-เย็น เป็นต้น</li> <li>4. กรณีมีปัญหาเดิม ไม่ต้องเขียนใหม่ ควรบันทึกประเมินผลการพยาบาลได้เลย</li> </ol>

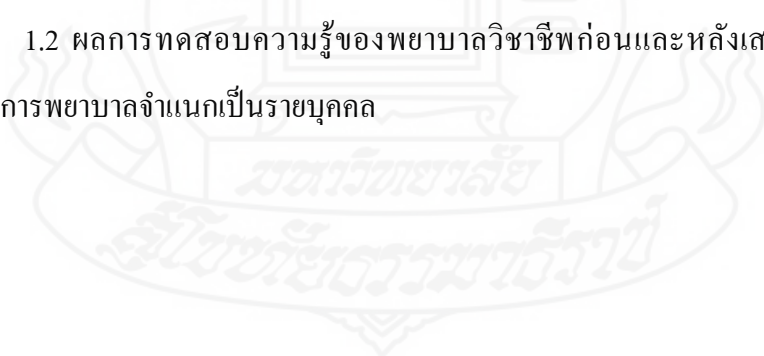
## ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ประเด็นสนทนา	ประเด็นที่พบ
<p>4. ท่านคิดว่าปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยในมีแนวทางการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร</p> <p>5. ท่านต้องการให้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยของท่านเป็นอย่างไร</p> <p>6. อะไรเป็นแรงจูงใจให้ท่านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p><b>แนวทางการปรับปรุงแก้ไขการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดอบรมรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่ เสนอแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ง่าย สะดวกและเอื้อต่อการบันทึก</li> <li>2. จัดทำมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เฉพาะ โรคในกลุ่มโรคที่พบบ่อยไว้ เป็นแผนการพยาบาล</li> </ol> <p><b>รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ต้องการ ได้แก่ เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เฉพาะ โรคในกลุ่มโรคที่พบบ่อยสามารถเลือกหรือใช้อ้างอิงปัญหาที่เกี่ยวข้องได้</b></p> <p><b>แรงจูงใจที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประสิทธิภาพ คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บันทึกทางการแพทย์พยาบาล สามารถใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้เมื่อฟ้องร้อง</li> <li>2. ผลของคะแนน Audit เวชระเบียนที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น</li> <li>3. สามารถสื่อสารให้ผู้อื่น แพทย์อ่านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เขียนและทีมสหสาขาวิชาชีพ เข้าใจนำมาใช้ประโยชน์</li> <li>4. สามารถใช้ความรู้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ถูกต้อง</li> <li>5. ได้รับการผลักดันด้านบวก</li> </ol>

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ประเด็นสนทนา	ประเด็นที่พบ
	<p>6. ได้รับคำชม</p> <p>7. ให้ความในการบันทึกได้มากขึ้น</p> <p>8. ให้คำตอบแทนให้รางวัลถ้ามีคะแนน Audit สูง</p> <p>9. นำการบันทึกทางการพยาบาลมาเป็น KPI รายบุคคลยกย่องชมเชย เชิดชูเกียรติและนำมาเป็น แบบอย่างถ้าบันทึกทางการพยาบาลได้ดี</p> <p>10. ได้บันทึกทางการพยาบาลในสิ่งที่ได้ปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลครบถ้วน ผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>11. สามารถเขียนได้ครอบคลุมปัญหา</p> <p>12. มีแบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นมาตรฐาน สำเร็จรูปทำให้อ่างเขียน</p> <p>13. บันทึกทางการพยาบาลทำให้โรงพยาบาล ประหยัด ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหายในคดีความได้</p>

1.2 ผลการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเสริมความรู้เรื่องการ  
บันทึกทางการพยาบาลจำแนกเป็นรายบุคคล



ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเสริมความรู้  
เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล (N 12)

ผู้รับการเสริม ความรู้	คะแนนก่อน การให้ ความรู้		คะแนนหลัง การให้ความรู้		คะแนนเพิ่ม	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
คนที่ 1	15	75	16	80	1	5
คนที่ 2	14	70	17	85	3	15
คนที่ 3	18	90	19	95	1	5
คนที่ 4	15	75	16	80	1	5
คนที่ 5	16	80	16	80	0	0
คนที่ 6	16	80	17	85	1	5
คนที่ 7	15	75	18	90	3	15
คนที่ 8	13	65	16	80	3	15
คนที่ 9	14	70	16	80	2	10
คนที่ 10	18	90	18	90	0	0
คนที่ 11	16	80	17	85	1	5
คนที่ 12	12	60	16	80	4	20

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผลการทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการเสริมความรู้ 15.17 คะแนน หลังการเสริมความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 16.83 คะแนน โดยหลังการเสริมความรู้มีผู้ได้คะแนนสูงกว่าก่อนการอบรมจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 คะแนนเท่าเดิม 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ก่อนการเสริมความรู้มีพยาบาลวิชาชีพทำคะแนนได้สูงสุด 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 ทำคะแนนได้ต่ำสุด 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60 หลังการเสริมความรู้มีพยาบาลวิชาชีพทำคะแนนได้สูงสุด 19 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95 ทำคะแนนได้ต่ำสุด 16 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 80



## ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการ

### การพยาบาล

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถีเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของปัญหารวมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหการบันทึกทางการแพทย์ สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ และตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จากแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ประเด็นปัญหาสำคัญก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบลักษณะของแบบบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเภทของแบบบันทึก	รูปแบบบันทึกแบบเดิม		รูปแบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
กระบวนการพยาบาล				
1. แบบบันทึกประวัติและการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	- มี 1 แผ่น เป็นแบบประเมินผู้ป่วยที่มีโครงสร้างแบ่งเป็น - ข้อมูลการประเมิน การประเมิน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูล	- เดิมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง() - ให้รวบรวมข้อมูลให้เสร็จภายใน 8 ชั่วโมง - กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อนและส่งต่อเวรในเวรถัดไปให้	มี 1 แผ่น เป็นแบบประเมินผู้ป่วยที่มีโครงสร้างตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน - ข้อมูลการประเมิน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดย	- เดิมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง () - ให้รวบรวมข้อมูลให้เสร็จภายใน 8 ชั่วโมง - กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อนและส่งต่อเวรในเวรถัดไปให้รวบรวมให้ครบถ้วนและบันทึกให้

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเภทของแบบ บันทึกจำแนกตาม กระบวนการ พยาบาล	รูปแบบบันทึกแบบเดิม		รูปแบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
การเจ็บป่วยข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลแบบแผน สุขภาพ	รวบรวมให้ ครบถ้วนและ บันทึกให้ เรียบร้อย	แบ่งเป็น 1. ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลการ เจ็บป่วยข้อมูล ประวัติการ เจ็บป่วย ตัดแปลงจากอาร์ ชีวเกษมสุข (2548) 2. ข้อมูลแบบ แผนสุขภาพ 3. การพยาบาล แรกเริ่ม	เรียบร้อยภายในเวร ถัดมา - บันทึกปัญหาและ กิจกรรมการ พยาบาล แรกเริ่มของผู้ป่วย - ให้ใช้คู่มือการ บันทึกทางการ พยาบาล ประกอบการบันทึก ทางการพยาบาล	บันทึกทางการ พยาบาล ประกอบการ บันทึกทางการ พยาบาล
2. แบบบันทึกการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	เป็นแบบเขียน บรรยายเกี่ยวกับ ความก้าวหน้า ทางการพยาบาล ในหัวข้อที่ กำหนดได้แก่ วคป. ,ประเภท ผู้ป่วย ,เวลา ,Vital Signs	เขียนบรรยาย เกี่ยวกับ ความก้าวหน้า ทางการพยาบาล ในหัวข้อที่ กำหนดตาม กระบวนการ พยาบาลใน รูปแบบ ของ	- เป็นแบบเขียน บรรยายเกี่ยวกับ ความก้าวหน้า ทางการพยาบาลใน หัวข้อที่กำหนด ได้แก่ วคป. ,ประเภท ผู้ป่วย,เวลา ,Vital Signs ,O2	- เขียนบรรยายใน แบบบันทึกตาม กระบวนการ พยาบาลใน รูปแบบ ของ A : I : E :

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเภทของแบบ บันทึกจำแนกตาม กระบวนการพยาบาล	รูปแบบบันทึกแบบเดิม		รูปแบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
	Urine/hr/ ข้อวินิจฉัย / ข้อมูล สนับสนุนและ กิจกรรมการ พยาบาล/ ประเมินผล	SOAPIE	Sat,Urine/hr/Sp.gr. ,ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล (Focus), บันทึก ความก้าวหน้า ทางการพยาบาล (A : Assessment, I : Intervention, E : Evaluation)	
3. แบบบันทึกการ วางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วย	- เป็นแบบบันทึกที่ มีโครงสร้างที่มี ข้อมูลเกี่ยวกับ 1.ปัญหา - ความเสี่ยงการ ดูแลสุขภาพเมื่อ กลับบ้าน 2. หัวข้อการให้ ความรู้และฝึก ทักษะผู้ป่วยและ ญาติ 3. กิจกรรมการ สอน/ สาธิต	1. เติมข้อความ ลงในช่องว่าง -ว.ค.ป.ประเมิน ปัญหา -ความเสี่ยงการ ดูแล	- เป็นแบบบันทึกที่ มีโครงสร้างที่มี ข้อมูลเกี่ยวกับ 1.ปัญหา - ความเสี่ยงการ ดูแลสุขภาพเมื่อ	- เติมข้อความลงใน ช่องว่างและใส่ เครื่องหมาย / ลงใน ช่อง ( )

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเภทของแบบ บันทึกจำแนกตาม กระบวนการ พยาบาล	รูปแบบบันทึกแบบเดิม		รูปแบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
	/ ฝึกทักษะ	สุขภาพเมื่อกลับ	กลับบ้าน	- เพิ่มข้อความลง
4. ประเมินผล	บ้าน	บ้าน	2. หัวข้อการให้ความรู้	ในช่องว่างและ
- เป็นแบบ	- หัวข้อการให้	- หัวข้อการให้	และฝึกทักษะผู้ป่วยและ	ใส่เครื่องหมาย /
บันทึกที่มี	ความรู้และ	ความรู้และ	ญาติ	ลงในช่อง ( )
โครงสร้างที่มี	ฝึกทักษะผู้ป่วย	ฝึกทักษะผู้ป่วย	3. การประสานทีมสห	-เขียนบรรยายใน
ข้อมูลเกี่ยวกับ	และญาติ	และญาติ	สาขาวิชาชีพเพื่อมาร่วม	แบบบันทึก
1. ประเภทของ	2. เขียนบรรยาย	2. เขียนบรรยาย	ในการวางแผนการ	
การจำหน่าย	ในแบบ	ในแบบ	จำหน่ายผู้ป่วย	
2. ประเมิน	บันทึกในช่อง	บันทึกในช่อง	- เป็นแบบบันทึกที่มี	
ผู้ป่วยก่อน	กิจกรรม	กิจกรรม	โครงสร้าง แยกจากแบบ	
จำหน่าย	การสอน /	การสอน /	บันทึกการวางแผนการ	
3. ทบทวนและ	- เพิ่มข้อความลง	- เพิ่มข้อความลง	จำหน่าย จัดหมวดหมู่	
ให้คำแนะนำ	ในช่องว่างและ	ในช่องว่างและ	ของข้อความที่ต้อง	
ผู้ป่วยและญาติ	ใส่เครื่องหมาย /	ใส่เครื่องหมาย /	บันทึกให้เป็นระบบและ	
ก่อนจำหน่าย	ลงในช่อง ( )	ลงในช่อง ( )	ครอบคลุมมากขึ้น เช่น	
-ไม่มีแบบ	-ไม่มีบันทึกสรุป	-ไม่มีบันทึกสรุป	สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	
บันทึกเฉพาะ	ปัญหา	ปัญหา	ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง	
			เพิ่มรายละเอียดของการ	
			ให้คำแนะนำก่อนกลับ	
			บ้าน	
			-เป็นแบบเขียนบรรยาย	
			ที่มี	

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ประเภทของแบบ บันทึกจำแนก ตามกระบวนการ พยาบาล	รูปแบบบันทึกแบบเดิม		รูปแบบบันทึกแบบใหม่	
	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก	แบบบันทึก	วิธีการบันทึก
			โครงสร้างที่มีข้อมูล เกี่ยวข้องกับ	
			1. Focus List	
			2. Goals / Outcomes	
			3. Active	
			4. Resolved	

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี และเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหามาใช้ในการค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Focus charting) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 หลักการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Focus charting) โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และบทบาทของวิชาชีพพยาบาล ใช้หลักการของการบันทึกทางการพยาบาล 5 ประการมาปฏิบัติให้เป็นจริง ดังนี้

1. มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

2. มีความถูกต้อง ได้แก่ 1) บันทึกตามความเป็นจริงที่สังเกตได้ 2) บันทึกในเวลาที่ถูกต้อง โดยเขียนวัน เวลาที่บันทึกให้ชัดเจน 3) ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และ 4) ถูกต้องตามกฎหมาย

3. มีความกะทัดรัด ชัดเจน อ่านแล้วได้ใจความ

4. บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ไม่บันทึกก่อนการปฏิบัติจริง

5. มีความเป็นระเบียบของข้อมูล

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้

กระบวนการพยาบาล

1. เพื่อให้บันทึกทางการแพทย์มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ได้แก่ 1) มีความสะดวกรวดเร็ว 2) สนับสนุนให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล 3) เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย 4) เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และ 5) แสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์

2. เพื่อให้บันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพ คือ 1) มีความครอบคลุมและครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล 2) มีความถูกต้องตามกฎหมาย และ 3) มีความต่อเนื่องของการบันทึก

องค์ประกอบที่ 3 นโยบาย และการควบคุมคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

1. กำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล และแต่งตั้งทีมรับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และกำหนดแผนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

2. กำหนดให้หัวหน้างานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 แฟ้ม พร้อมให้คำแนะนำในการปรับปรุง รวมถึงให้มีการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องทุกวัน

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินสมรรถนะด้านการบันทึกทางการแพทย์และการฝึกอบรม

1. ประเมินความรู้และทักษะการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลทุก 1 ปีและมีการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ทุกราย

2. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้พยาบาลเรื่องการบันทึกทางการแพทย์และการใช้กระบวนการพยาบาลทุก 1 ปีและมีการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ทุกราย

องค์ประกอบที่ 5 แนวทางการบันทึกทางการแพทย์และแบบบันทึกทางการแพทย์ กำหนดให้บันทึกทางการแพทย์ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ (ภาคผนวก) ซึ่งแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ให้ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบนี้จะแสดงถึงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์มี 4 แบบดังนี้

1. แบบบันทึกประวัติและการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับใช้บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ โดยประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อมูลตามหัวข้อที่กำหนดในแบบฟอร์มให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม

2. แบบสรุปปัญหาเมื่อพยาบาลประเมินปัญหาผู้ป่วยแล้ว ให้ระบุรวบรวมปัญหาที่พบให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม โดยบันทึก “วคป. และเวลา” ที่พบปัญหาในช่องวคป. และเวลา เมื่อปัญหาสิ้นสุดให้บันทึกในช่อง “วคป. และเวลา” ที่สิ้นสุดปัญหา

3. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องใช้บันทึกวคป. เวลา ประเภทการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำแนก สัญญาณชีพ ปัญหา (F = focus) กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในช่องที่กำหนด ตามรูปแบบของ A = assess , I = intervention และ E = evaluation

4. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

4.1 บันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยใช้บันทึกประเมินความเสี่ยง/ ความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาร่วมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงหัวข้อเรื่องและกิจกรรมการสอน สามี / ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านเมื่อจำหน่าย

4.2 บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ใช้บันทึกข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำ ตลอดจนประเมินกิจกรรมการสอน / ฝึกทักษะตามรายการในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

### ตอนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้

#### กระบวนการพยาบาล

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ (N 12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
20 – 25	2	16.67
26 – 30	4	33.33
31 – 35	1	8.33
36 – 40	3	25.00
41 ขึ้นไป	2	16.67
<b>เพศ</b>		
หญิง	10	83.33
ชาย	2	16.67
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	12	12
<b>ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็น พยาบาลวิชาชีพ(ปี)</b>		
1 – 3	3	25.00
4 – 7	2	16.67
8 – 10	4	33.33
10 ขึ้นไป	3	25.00
<b>ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยใน (ปี)</b>		
1 – 3	4	33.33
4 – 7	3	25.00
8 – 10	5	41.67
10 ขึ้นไป	0	0.00
<b>การอบรมเกี่ยวกับ กระบวนการพยาบาล</b>		
เคย	10	83.33
ไม่เคย	2	16.67



ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล</b>		
เคย	10	83.33
ไม่เคย	2	16.67

จากตารางที่ 4.4 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในจำนวน 12 คน เพศหญิงมีมากที่สุด ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 16.67 ช่วงอายุ 26 – 30 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 33.33 และรองลงมาคือช่วงอายุ 36 – 40 ปี ร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ 8-10 มีมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ช่วงเวลา 1 – 3 ปี และ 10 ปีขึ้นไปมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 25 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 8-10 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 41.67 และรองลงมาคือระยะเวลา 1 – 3 ปี ร้อยละ 33.33 การอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเคยได้รับการอบรมมีมากที่สุดจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 83.33 และรองลงมาไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 16.67

**3.2 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลภาพรวมจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ**

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลภาพรวม และรายด้าน ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล (N 12)

ข้อความถาม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ		
1. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสามารถบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการ ของกระบวนการพยาบาล	2.74 (.57)	2.83 (.38)	ปานกลาง	3.93 (.57)	4.00 (.32)	มาก	-3.06	.002
1.1 สามารถบันทึกการประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามแนวคิด การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	2.50 (.52)	2.50 (.50)	ปานกลาง	3.83 (.58)	4.00 (.50)	มาก	-2.89	.004
1.2 สามารถบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วย	2.76 (.65)	3.00 (.50)	ปานกลาง	3.92 (.70)	4.00 (.50)	มาก	-3.04	.002
1.3 สามารถบันทึกแผนการพยาบาลของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล	2.83 (.94)	3.00 (1)	ปานกลาง	3.92 (.70)	4.00 (.50)	มาก	-2.74	.006
1.4 สามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยได้สอดคล้อง ทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล	2.75 (.66)	3.00 (.50)	ปานกลาง	3.92 (.70)	4.00 (.50)	มาก	-3.07	.002

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ		
1.5 สามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	2.92 (.79)	3.00 (.06)	ปานกลาง	4.08 (.79)	4.00 (1)	มาก	-2.72	.006
1.6 สามารถบันทึกการประเมินผลการพยาบาลของผู้ป่วยหลังจากให้ การพยาบาลได้ครบถ้วน	2.75 (.62)	3.00 (.05)	ปานกลาง	3.92 (.52)	4.00 (0)	มาก	-2.74	.006
2. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย	2.86 (.58)	2.67 (.42)	ปานกลาง	4.03 (.46)	4.00 (.13)	มาก	-2.96	.003
2.1 สามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลได้ดี	3.08 (.67)	3.00 (.50)	ปานกลาง	4.08 (.52)	4.00 (0)	มาก	-2.81	.005
2.2 สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ได้ดี	2.67 (.65)	3.00 (.50)	ปานกลาง	4.08 (.52)	4.00 (0)	มาก	-3.02	.003
2.3 แบบบันทึกทางการพยาบาลมีรายละเอียดที่สำคัญและมีความชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาล	2.83 (.72)	3.00 (.50)	ปานกลาง	3.92 (.52)	4.00 (0)	มาก	- 2.92	.004
3. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมายได้	2.94 (.61)	3.00 (.13)	ปานกลาง	3.98 (.45)	4.00 (0)	มาก	- 2.96	.003

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	P-value
	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ		
3.1 บันทึกทางการแพทย์สามารถแสดงรายละเอียดที่ชัดเจนและครบถ้วน ในสิ่งที่ตรวจสอบและสังเกตได้โดยไม่แปลความหมาย	3.00 (.60)	3.00 (0)	ปานกลาง	3.92 (.52)	4.00 (0)	มาก	- 2.81	.005
3.2 บันทึกทางการแพทย์แสดงให้เห็นสภาพปัญหาตามความเป็นจริงของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การรักษาพยาบาล	2.92 (.70)	3.00 (.50)	ปานกลาง	4.00 (.43)	4.00 (0)	มาก	- 2.92	.004
3.3 บันทึกทางการแพทย์สามารถบันทึกสถานการณ์ของผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลังเหตุการณ์	3.00 (.60)	3.00 (0)	ปานกลาง	4.00 (.60)	4.00 (0)	มาก	- 2.76	.006
3.4 บันทึกทางการแพทย์สามารถบันทึกการพยาบาลได้ชัดเจนและครบถ้วน	2.83 (.72)	.72	ปานกลาง	4.00 (.43)	4.00 (0)	มาก	- 2.89	.004
4. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์	2.98 (.61)	3.00 (.14)	ปานกลาง	3.97 (.30)	4.00 (.25)	มาก	- 2.96	.003
4.1 สามารถสะท้อนให้เห็นการใช้องค์ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติ	3.00 (.60)	3.00 (0)	ปานกลาง	4.00 (.60)	4.00 (0)	มาก	- 2.97	.003

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	P-value
	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ		
4.2 แสดงให้เห็นการนำองค์ ความรู้มาปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยแต่ละรายตาม กระบวนการพยาบาล	2.92 (.70)	3.00 (.50)	ปาน กลาง	4.08 (.52)	4.00 (0)	มาก	-2.89	.004
4.3 สามารถใช้ในการ ตรวจสอบหรือประเมิน คุณภาพการพยาบาล	3.00 (.60)	3.00 (0)	ปาน กลาง	3.82 (.58)	4.00 (.50)	มาก	-2.49	.013
5. รูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาลมีเอกลักษณ์	2.86 (.70)	2.92 (.52)	ปาน กลาง	3.76 (.48)	3.76 (.25)	มาก	-2.55	.011
5.1 สามารถบันทึกข้อมูลของ ผู้ป่วยตามกระบวนการ พยาบาลได้ต่อเนื่องสะดวก และรวดเร็วสอดคล้องกับ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	2.67 (.78)	2.50 (.50)	ปาน กลาง	3.67 (.65)	4.00 (.50)	มาก	-2.43	.015
5.2 สามารถบันทึกข้อมูลของ ผู้ป่วยเพิ่มเติมหรือ ปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยและ แผนการพยาบาลเมื่อมีปัญหา เปลี่ยนแปลงได้สะดวกและ รวดเร็ว	2.75 (.75)	3.00 (.50)	ปาน กลาง	3.75 (.62)	4.00 (.50)	มาก	-2.65	.008
5.3 สามารถบันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลของ ผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง สะดวก และรวดเร็ว	2.83 (.84)	3.00 (1)	ปาน กลาง	3.67 (.65)	4.00 (.50)	มาก	-2.15	.031

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	P-value
	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	Median (Q.D.)	ระดับ		
5.4 สามารถบันทึกการ ประเมินผลการพยาบาลของ ผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง สะดวกและ รวดเร็ว	2.92 (.79)	3.00 (1)	ปาน กลาง	3.67 (.65)	4.00 (.50)	มาก	-2.07	.038
5.5 สามารถบันทึกข้อมูลของ ผู้ป่วยได้ต่อเนื่องทุกเวอร์	2.92 (.70)	3.00 (.50)	ปาน กลาง	4.08 (.50)	4.00 (0)	มาก	-2.80	.005
5.6 รูปแบบการบันทึกชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน	3.08 (.79)	3.00 (1)	ปาน กลาง	3.75 (.62)	4.00 (.50)	มาก	-2.31	.021
โดยรวมทุกข้อ	2.86 (.58)	2.82 (.38)	ปาน กลาง	3.91 (.40)	3.95 (.22)	มาก	-2.98	.003

จากตารางที่ 4.5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลภาพรวม และรายด้าน ด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล โดยรวมก่อนทดลอง (mean=2.86,S.D.=.58) และหลังทดลอง (mean=3.91,S.D.=.40) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการบันทึกอยู่ที่ระดับปานกลางทุกด้าน ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ ข้อ 1 การบันทึกเวชระเบียนได้อย่างถูกต้องตามหลักการของกระบวนการพยาบาล (mean=2.74,S.D.=.57) ส่วนค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4 การแสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล (mean=2.98,S.D.=.61) หลังทดลอง ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 5 รูปแบบการบันทึกมีความต่อเนื่อง (mean=3.76,S.D.=.48) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 2 การเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย (mean=4.03,S.D.=.46)

**3.3 เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความครอบคลุม การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล**

ตารางที่ 4.6 ความถี่ ร้อยละ ของผลการตรวจสอบความครอบคลุมการบันทึกตามกระบวนการ  
พยาบาล (ส่วนที่ 1) ก่อนและหลังทดลอง (N30)

ข้อความ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)
<b>1. การประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ</b>				
1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	29 (96.7)	1(3.3)	30(100)	0
1.2 บันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	28(93.3)	2(6.7)	30(100)	0
1.3 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	28(93.3)	2(6.7)	29(96.7)	1(3.3)
1.4 บันทึกลักษณะอาการเจ็บป่วย	30(100)	0	30(100)	0
1.5 บันทึกระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย	30(100)	0	30(100)	0
1.6 บันทึกวิธีแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยก่อนมา โรงพยาบาล	8(26.7)	22(73.3)	19(63.3)	11(36.7)
1.7 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตการผ่าตัด การได้รับ อุบัติเหตุในอดีตและอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ในครั้งนี	29(96.7)	1(3.3)	28(93.3)	2(6.7)
1.8 บันทึกการรักษาการเจ็บป่วยในอดีต	30(100)	0	30(100)	0
1.9 การแพ้ยาและสารอาหาร มีบันทึกการแพ้ยา และ/ หรือสารอาหารและ /หรือสารอื่นๆ	24(80)	6(20)	30(100)	0
1.10 ประวัติสุขภาพของครอบครัว	24(80)	6(20)	30(100)	0
1.11 บันทึกโรคติดต่อและ/หรือโรคร้ายแรงของ สมาชิกในครอบครัว	21(70)	9(30)	30(100)	0
1.12 สภาพทั่วไปด้านร่างกายสัญญาณชีพ	23(76.7)	7(23.3)	29(96.7)	1(3.3)
1.13 บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท (ถ้ามี)	21(70)	9(30)	29(96.7)	1(3.3)
1.14 บันทึกอาการและอาการแสดงที่สังเกตและ/หรือ ตรวจได้ เช่น มีรอยฟกช้ำที่แขนข้างขวา เป็นต้น	28(93.3)	2(6.7)	30(100)	0

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)
1.15 ข้อมูลด้านจิตใจ / อารมณ์ / สังคมและจิตวิญญาณ	26(86.7)	4(13.3)	29(96.3)	1(3.3)
1.16 บันทึกข้อมูลด้านสังคม เช่น มีข้อมูลเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน / ญาติพี่น้อง / การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / การทำกิจกรรมจิต อาสาเป็นต้น	25(83.3)	5(16.7)	27(90)	3(30)
1.17 บันทึกข้อมูลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ	23(76.7)	7(23.3)	28(93.3)	2(6.7)
<b>2. การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล</b>				
2.1 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุม ด้านร่างกายของผู้ป่วย	24(80)	6(20)	30(100)	0
2.2 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุม ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย	6(20)	24(80)	16(53.3)	14(46.7)
2.3 มีการเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	24(80)	6(20)	28(93.3)	2(6.7)
<b>3. การวางแผนการพยาบาล</b>				
3.1 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อ วินิจฉัยการพยาบาลและสอดคล้องกัน มีการกำหนด เป้าหมายการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการ พยาบาลและเป็นไปได้จริง	21(70)	9(30)	30(100)	0
3.2 มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ	23(76.7)	7(23.3)	30(100)	0
3.4 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุม ด้านจิตใจ / อารมณ์ สังคมเช่น ครอบครัวและจิต วิญญาณ เช่นความเชื่อเป็นต้น	6(20)	24(80)	16(53.3)	14(46.7)



ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)
<b>4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</b>				
4.1 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้อง กับแผนการพยาบาล	30(100)	0	29(96.7)	1(3.3)
4.2 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย	6(20)	24(80)	16(53.3)	14(46.7)
4.3 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	28(93.3)	2(6.7)	29(96.7)	1(3.3)
4.4 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้อง กับความต้องการของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม	18(60)	12(40)	30(100)	0
<b>5. การประเมินผลการพยาบาล</b>				
5.1 บันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย	29(96.7)	1(3.3)	29(96.7)	1(3.3)
5.2 บันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	7(23.3)	23(76.7)	17(56.7)	13(43.3)
5.3 บันทึกผลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรม สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยปัญหาทาง การพยาบาลที่ กำหนดไว้	28(93.3)	2(6.7)	30(100)	0

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)
6. การสรุปการจำหน่าย				
6.1 บันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายที่เห็น ความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ	27(90)	3(10)	30(100)	0
6.2 บันทึกการทบทวนข้อแนะนำเกี่ยวกับสภาพความ เจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การ ป้องกันและ / หรือ การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามหลัก METHOD	30(100)	0	29(96.7)	1(3.3)
6.3 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีส่งต่อเพื่อการดูแลที่ ต่อเนื่อง	19(63.3)	11(36.7)	27(90)	3(10)

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ความถี่ ร้อยละ ของผลการตรวจสอบความครอบคลุมการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล (ส่วนที่ 1) ก่อนและหลังทดลอง ก่อนทดลองหัวข้อการบันทึกทางการพยาบาลตามความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) คือข้อ 1.4 บันทึกลักษณะอาการเจ็บป่วย ข้อ 1.5 บันทึกระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย ข้อ 1.8 บันทึกการรักษาการเจ็บป่วยในอดีต ข้อ 4.1 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาล และข้อ 6.2 บันทึกการทบทวนข้อแนะนำเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การป้องกันและ / หรือการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามหลัก METHOD ส่วนข้อที่ไม่มีมีการบันทึกมากที่สุด สูงสุดร้อยละ 80 คือ ข้อ 2.2 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ข้อ 3.4 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ / อารมณ์ สังคมและข้อ 4.2 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย

หลังทดลอง หัวข้อการบันทึกทางการพยาบาลตามความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีส่วนที่ไม่บันทึกยังคงอยู่ใน

ระดับสูง (ร้อยละ 46.7) คือ ข้อ 2.2 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ข้อ 3.4 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ครอบคลุมด้านจิตใจ /อารมณ์ สังคม เช่น ครอบครัวและจิตวิญญาณ และข้อ 4.2 บันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย แต่ทั้ง 3 ข้อมีแนวโน้มลดลง กว่าก่อนทดลอง

**3.4 เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความถูกต้อง ตามกระบวนการพยาบาลและครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล (ส่วนที่ 2) ก่อนและ หลังการทดลอง**

ตารางที่ 4.7 ความถี่ ร้อยละ ของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตาม กระบวนการพยาบาลและครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล (ส่วนที่ 2) ก่อนและหลังทดลอง (N30)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	บันทึก	ไม่	บันทึก	ไม่
	ความถี่	บันทึก	ความถี่	บันทึก
	(ร้อยละ)	ความถี่	(ร้อยละ)	ความถี่
		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)
<b>1. การประเมิน</b>				
1.1 บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยถูกต้องตามปัญหาหรือข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมจากการซักประวัติ การสังเกตอาการ อาการแสดง การตรวจร่างกายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่นๆทุกครั้ง ตั้งแต่แรก	22(73.3)	8(26.7)	29(96.7)	1(3.3)
รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย				
1.2 บันทึกการประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อยจนจำหน่ายทุกครั้ง	29(96.7)	1(3.3)	30(100)	0
<b>2. การกำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล</b>				

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)
2.1 บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้ถูกต้อง ตามรูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง	25(83.3)	5(16.7)	30(100)	0
2.2 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม	7(23.3)	23(76.7)	16(53.3)	14(46.7)
<b>3. การวางแผนการพยาบาล</b>				
3.1 บันทึกการวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับข้อ วินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทุกครั้ง	18(60)	12(40)	30(100)	0
3.2 กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง	27(90)	3(10)	29(96.7)	1(3.3)
<b>4. การปฏิบัติการพยาบาล</b>				
4.1 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลถูกต้อง สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล	26(86.7)	4(13.3)	30(100)	0
4.2 บันทึกชื่อผู้ปฏิบัติวัน เดือน ปีและเวลาที่ปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละเวรทุกครั้ง	29(96.7)	1(3.3)	30(100)	0
<b>5. การประเมินผลการพยาบาล</b>				
5.1 บันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การ พยาบาลและผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลและ/หรือการ รักษาแต่ละเวรทุกครั้ง	30(100)	0	30(100)	0
5.2 มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมงเป็น อย่างน้อยจนจำหน่ายทุกครั้ง	27(90)	3(10)	30(100)	0
5.3 บันทึกการประเมิน Subjective และ Objective Data ที่เป็นปัจจุบัน	23(76.7)	7(23.3)	30(100)	0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)	ไม่ บันทึก ความถี่ (ร้อยละ)
5.4 บันทึกอาการตามความเป็นจริงของผู้ป่วยโดยไม่ แปลความหมายทุกครั้ง	28(93.3)	2(6.7)	30(100)	0
5.5 บันทึกลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตาม วัน และ เวลาของเหตุการณ์	3(10)	27(90)	23(76.7)	7(23.3)
5.6 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านได้ถูกต้องทุกข้อความ	17(56.7)	13(43.3)	30(100)	0
5.7 บันทึกทุกข้อความถูกต้องกระชับ สั้นเข้าใจง่าย และสื่อความหมายได้ชัดเจน	23(76.7)	7(26.3)	27(90)	3(10)
5.8 บันทึกที่มีการใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์เป็นคำ ย่อและ/สัญลักษณ์ที่ถูกต้องเป็นสากลและเป็นที่ยอมรับ ทุกครั้ง	13(43.3)	17(56.7)	29(96.7)	1(3.3)
ตารางที่ 4.7 ความถี่ ร้อยละ ของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตาม 5.9 กรณีเขียนผิด มีการขีดเส้นทับข้อความที่เขียนผิดและ ลงชื่อกำกับทุกครั้ง	16(53.3)	24(46.7)	28(92.7)	2(6.7)
5.10 บันทึกทุกบรรทัดโดยไม่มีเว้น และมีการขีด เส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือในเพื่อป้องกัน การเพิ่มเติม ข้อความภายหลังทุกครั้ง	6(20)	24(80)	16(53.3)	14(46.7)
5.11 ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกให้สามารถอ่าน ได้ง่ายภายหลังการบันทึกทางการแพทย์ทุกครั้ง	30(100)	0	30(100)	0

จากตารางที่ 4.7 พบว่าความถี่ ร้อยละ ของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้าน  
ความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลและครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล(ส่วนที่ 2)  
ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนทดลองการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้อง ตาม

กระบวนการพยาบาล และครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) คือ ข้อ 5.1 บันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลและผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลและ/หรือการรักษาแต่ละเวรทุกครั้ง ข้อ 5.11 ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกให้สามารถอ่านได้ง่ายภายหลังการบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง และข้อ 5.5 บันทึกลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามวัน และ เวลาของเหตุการณ์

หลังทดลองการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้อง ตามกระบวนการพยาบาล และครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังคงมีส่วนที่ไม่บันทึกยังคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.7) คือ ข้อ 2.2 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมองค์รวมและข้อ 5.10 บันทึกทุกบรรทัดโดยไม่มีเว้น และมีการขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือเพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลังทุกครั้งแต่ทั้งสองข้อมีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนทดลอง

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล แยกตามรายด้านและโดยรวม (ส่วนที่ 1) ก่อนและหลังการทดลอง (N30)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Min	Max	Mean(S.D.)	Min	Max	Mean(S.D.)		
1.ด้านการประเมิน สุขภาพแรกรับ	7	17	14.23(2.42)	12	17	16.23(1.13)	-4.10	.000
2.ด้านการวินิจฉัยปัญหา ทางการพยาบาล	0	3	1.80(.87)	1	3	2.47(.63)	-3.36	.001
3.ด้านการวางแผนการ พยาบาล	0	4	2.67(1.42)	2	4	3.47(.57)	-4.66	.000
4.ด้านการปฏิบัติการ พยาบาล	1	4	2.73(.78)	2	4	3.47(.57)	-4.14	.000
5.ด้านการประเมินผล การพยาบาล	1	4	3(.64)	3	4	3.53(.51)	-3.57	.001
6.ด้านการวางแผนการ จำหน่าย	1	3	2.53(.63)	1	3	2.87(.43)	-2.39	.021
7.โดยรวมทุกด้าน	17	34	26.47(3.63)	27	35	32.03(2.77)	-6.68	.000

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แยกรายด้านและ โดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล แยกตามรายด้านและ โดยรวม (ส่วนที่ 2) ก่อนและหลังการทดลอง (N30)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Min	Max	Mean(S.D.)	Min	Max	Mean(S.D.)		
1.ด้านการประเมิน	0	2	1.7(.53)	1	2	1.97(.18)	-2.58	.014
2.ด้านการวินิจฉัยปัญหา ทางการพยาบาล	0	2	1.07(.64)	1	2	1.53(.51)	-3.13	.003
3.ด้านการวางแผนการ พยาบาล	0	2	1.50(.63)	1	2	1.97(.18)	-3.90	.000
4.ด้านการปฏิบัติการ พยาบาล	1	2	1.83(.38)	2	2	2(0)	-2.41	.023
5.ด้านการประเมินผล การพยาบาล	5	11	7.33(1.42)	9	11	10.10(.84)	-9.16	.000
6.โดยรวมทุกด้าน	8	19	13.43(2.84)	15	19	17.57(1.01)	-9.56	.000

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล แยกรายด้านและ โดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**3.5 เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกโดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความต่อเนื่องของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง**

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์  
พยาบาล แยกตามรายด้านและโดยรวม (ส่วนที่ 3) ก่อนและหลังการทดลอง (N30)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
1. การประเมินภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วย	1.72	.31	ปานกลาง	2.33	.59	ดี	-5.04	.000
1.1 บันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย ครอบคลุมองค์รวม	1.57	.50	ปานกลาง	1.90	.92	ปาน กลาง	-1.74	.089
1.2 บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยซ้ำ ในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกเวร จนกระทั่งจำหน่ายครอบคลุมองค์ รวม	1.87	.35	ปานกลาง	2.77	.50	ดีมาก	-8.07	.000
2. การวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์พยาบาล	1.75	.25	ปานกลาง	2.85	.33	ดีมาก	-	.000
2.1 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ ผู้ป่วยในวันแรกรับ โดยจัดลำดับตาม ความสำคัญของปัญหา	2	.00	ดี	2.87	.35	ดีมาก	-	.000
2.2 บันทึกข้อวินิจฉัยการ พยาบาลของผู้ป่วยทั้งที่เป็น ปัญหาเดิมและปัญหาที่พบ ใหม่ครอบคลุมและ สอดคล้องกับการประเมิน ผู้ป่วยในวัน ต่อๆมาได้ ต่อเนื่อง	1.50	.51	ปานกลาง	2.83	.38	ดีมาก	-	.000
							14.58	
							13.73	
							11.51	



ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
<b>3. การวางแผนการพยาบาล</b>	<b>1.92</b>	<b>.37</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>2.92</b>	<b>.27</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>-</b>	<b>.000</b>
							<b>11.96</b>	
3.1 บันทึกประจำวัน เวลาที่พบปัญหา และระบุวัน เวลาที่สิ้นสุดทุกข้อของการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นที่คาดหวังหรือไม่	1.67	.55	ปานกลาง	2.87	.43	ดีมาก	-9.42	.000
3.2 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนปัญหา นั้น ได้รับการแก้ไขหรือปัญหานั้นเปลี่ยนแปลงไป	2.17	.38	ดี	2.97	.18	ดีมาก	-	.000
							10.42	
<b>4. การปฏิบัติการพยาบาล</b>	<b>2.3</b>	<b>.47</b>	<b>ดี</b>	<b>2.97</b>	<b>.18</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>-</b>	<b>.000</b>
							<b>10.42</b>	
4.1 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่อง กันทุกเวร	2.3	.47	ดี	2.97	.18	ดีมาก	-7.30	.000
<b>5. การประเมินผลการพยาบาล</b>	<b>2.3</b>	<b>.47</b>	<b>ดี</b>	<b>2.97</b>	<b>.18</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>-7.30</b>	<b>.000</b>
5.1 บันทึกการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาทุกปัญหา / ข้อวินิจฉัยการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร ตั้งแต่เริ่มมีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไข หรือปัญหานั้นเปลี่ยนแปลงไป	2.3	.47	ดี	2.97	.18	ดีมาก	-7.30	.000

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
5.2 บันทึกการประเมินผลลัพธ์ของ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องทุกเวร	2.3	.47	ดี	2.97	.18	ดีมาก	-7.30	.000
โดยรวมทุกด้าน	1.93	.39	ปานกลาง	2.43	.49	ดี	-4.4	.000

จากตารางที่ 4.10 พบว่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล แยกตามรายด้านและโดยรวมค่าเฉลี่ยด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมก่อนทดลอง (Mean=1.93, S.D.=.39) อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลอง (Mean=2.43, S.D.=.49) อยู่ในระดับดี ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยทุกด้านก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ ยังมีข้อที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติคือ ข้อ 1.1 บันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Only Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2557 – เดือนสิงหาคม 2557 รวมระยะเวลา 6 เดือน สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ

1.1.2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

###### 1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ประชากรที่ใช้ในการการศึกษาคั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

(1) พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาล ราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 59 คน

(2) แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่พักรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยในตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ในปีงบประมาณ 2557 จำนวน 5,112 ราย

2) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือก

แบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลราชินีไสลจังหวัดศรีสะเกษ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

(2) แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไสล จังหวัดศรีสะเกษก่อนการทดลองจำนวน 30 แฟ้มย้อนหลัง 3 เดือน (ธันวาคม 2556 – กุมภาพันธ์ 2557) และหลังการทดลองจำนวน 30 แฟ้ม แบบบันทึกทางการพยาบาลได้มาจากคัดเลือกตึกผู้ป่วยในที่มีลักษณะงานคล้ายกันแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย สุ่มตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างง่ายจากแฟ้มโดยใช้เลขทะเบียนผู้ป่วย ได้แก่ตึกผู้ป่วยหญิง 15 แฟ้มและตึกผู้ป่วยชาย 15 แฟ้ม ใช้เกณฑ์การคัดเลือกแบบบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

1) เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ามาพักรักษาในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย ระยะเวลาอยู่พักรักษาในตึกผู้ป่วยดังกล่าวอย่างน้อย 2 วันขึ้นไป ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่มีการย้ายระหว่างแผนก

2) เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษาในตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชายในข้อ 1) ก่อนทดลองย้อนหลัง 3 เดือน (ธันวาคม 2556 – กุมภาพันธ์ 2557)

### 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ฉบับ ดังนี้

1) แบบสำรวจสภาพการณ์การบันทึกทางการพยาบาลใช้ในการสนทนากลุ่ม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

2) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

3) แบบทดสอบความรู้การบันทึกทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะเป็นแบบปรนัยมี 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ

4) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ รวมทั้งหมด 22 ข้อย่อย

### 1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการบันทึกทางการแพทย์มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการทำวิจัย จำนวน 6 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ คอนบราค (Conbrach's alpha coefficient) สรุปผล คือ แบบทดสอบความรู้การบันทึกทางการแพทย์เท่ากับ 0.75 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์เท่ากับ 0.98 และแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์มีค่าเท่ากับ 0.94

#### 1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์ จัดกลุ่มสนทนา โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เป็นผู้บันทึกการสนทนา (ผู้วิจัยได้เตรียม ผู้บันทึก โดยการชี้แจงหลักการและแนวทางบันทึก การสนทนากลุ่ม) และผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (moderator)

2) ข้อมูลความรู้การบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ เก็บข้อมูลก่อนและหลังเสริมความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์

3) ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน

#### 1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลแบบสำรวจสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปตามประเด็นการสนทนา สำหรับแบบสอบถามและแบบทดสอบใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูลโดยคำนวณและใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกโดยการตรวจสอบเวรระเบียบในด้านการครอบคลุม ความถูกต้อง และความต่อเนื่อง โดยใช้สถิติ Independent t – test ผลการวิจัย ดังนี้

## ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

### 1.1 สรุปประเด็นสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการสนทนากลุ่ม

#### 1.1.1 รูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

งานผู้ป่วยในปัจจุบันจากข้อมูลที่ได้พบประเด็นสำคัญ 3 ประเด็นย่อย คือ

- 1) ไม่มีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ชัดเจน
- 2) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครอบคลุมองค์รวม
- 3) ไม่มีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

### 1.2 ผลการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเสริมความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำแนกเป็นรายบุคคล

พบว่าผลการทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการเสริมความรู้ 15.17 คะแนน หลังการเสริมความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 16.83 คะแนน โดยหลังการเสริมความรู้มีผู้ได้คะแนนสูงกว่าก่อนการอบรมจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 คะแนนเท่าเดิม 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ก่อนการเสริมความรู้มีพยาบาลวิชาชีพทำคะแนนได้สูงสุด 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 ทำคะแนนได้ต่ำสุด 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60 หลังการเสริมความรู้มีพยาบาลวิชาชีพทำคะแนนได้สูงสุด 19 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95 ทำคะแนนได้ต่ำสุด 16 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 80

## ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี และเลือกรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบมุ่งปัญหาใช้ในการค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหามาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบมุ่งปัญหา (Focus charting) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 นโยบาย และการควบคุมคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินสมรรถนะด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการฝึกอบรม

องค์ประกอบที่ 5 แนวทางการบันทึกทางการแพทย์และแบบบันทึก  
ทางการแพทย์

### ตอนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้

#### กระบวนการพยาบาล

##### 3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในจำนวน 12 คน เพศหญิงมีมากที่สุด ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 16.67 ช่วงอายุ 26 – 30 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 33.33 และรองลงมาคือช่วงอายุ 36 – 40 ปี ร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ 8-10 มีมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ช่วงเวลา 1 – 3 ปี และ 4 – 7 ปี มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 25 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 8-10ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 41.67 และรองลงมาคือระยะเวลา 1 – 3 ปี ร้อยละ 33.33 การอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์เคยได้รับการอบรมมีมากที่สุดจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 83.33 และรองลงมาไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 16.67

##### 3.2 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ภาพรวมจำแนกรายด้านและรายชื่อ

พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ภาพรวม และรายด้าน ด้านความถูกต้องตาม กระบวนการพยาบาล โดยรวมก่อนทดลอง (mean=2.86,S.D.=.58) และหลังทดลอง (mean=3.91,S.D.=.40) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการบันทึกอยู่ที่ระดับปานกลางทุกด้าน ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ ข้อ 1 การบันทึกเวชระเบียนได้อย่างถูกต้องตามหลักการของกระบวนการพยาบาล (mean=2.74,S.D.=.57) ส่วนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 4 การแสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์ (mean=2.98,S.D.=.61) หลังทดลอง ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5 รูปแบบการบันทึกมีความต่อเนื่อง (mean=3.76,S.D.=.48) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 2 การเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูล (mean=4.03,S.D.=.46)

### 3.3 เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความครอบคลุม การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล

พบว่า ความถี่ ร้อยละ ของผลการตรวจสอบความครอบคลุมการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล (ส่วนที่ 1) ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนทดลองพบว่าหัวข้อการบันทึกทางการพยาบาลตามความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) คือข้อ 1.4 บันทึกลักษณะอาการเจ็บป่วย ข้อ 1.5 บันทึกระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย ข้อ 1.8 บันทึกการรักษาการเจ็บป่วยในอดีต ข้อ 4.1 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาล และข้อ 6.2 บันทึกการทบทวนข้อแนะนำเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การ ป้องกันและ / หรือการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามหลัก METHOD ส่วนข้อที่ไม่มีมีการบันทึกมากที่สุด สูงสุดร้อยละ 80 คือ ข้อ 2.2 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ข้อ 3.4 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ / อารมณ์ สังคมและข้อ 4.2 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย

หลังทดลองพบว่าหัวข้อการบันทึกทางการพยาบาลตามความครอบคลุม ตามกระบวนการพยาบาล ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีส่วนที่ไม่บันทึกยังคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.7) คือ ข้อ 2.2 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ข้อ 3.4บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ / อารมณ์ สังคม เช่น ครอบครัวและจิตวิญญาณ และข้อ 4.2 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย แต่ทั้ง 3 ข้อลดลงกว่าก่อนทดลอง คือ ก่อนทดลองไม่บันทึก ร้อยละ 76.7 หลังทดลองไม่บันทึก ร้อยละ 46.7

### 3.4 เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ในด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลและครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง

พบว่าความถี่ ร้อยละ ของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลและครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล(ส่วนที่ 2) ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนทดลองการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้อง ตามกระบวนการพยาบาล และครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) ในข้อ 5.1 บันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลและผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลและ/หรือการรักษาแต่ละเวรทุกครั้ง ข้อ 5.11 ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกให้สามารถอ่านได้ง่ายภายหลังการบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง และข้อ 5.5 บันทึกลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามวัน และ



เวลาของเหตุการณ์ หลังทดลองการบันทึกทางการแพทย์ด้านความถูกต้อง ตามกระบวนการพยาบาล และครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการแพทย์ ที่มีการบันทึกมากที่สุด (ร้อยละ 100) เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังคงมีส่วนที่ไม่บันทึกยังคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.7) คือ ข้อ 2.2 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม จากก่อนทดลองไม่บันทึก ร้อยละ 76.7 หลังทดลองไม่บันทึก ร้อยละ 46.7 และข้อ 5.10 บันทึกทุกบรรทัดโดยไม่มีเว้น และมีการขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือในเพื่อป้องกัน การเพิ่มเติมข้อความภายหลังทุกครั้ง จากก่อนทดลองไม่บันทึก ร้อยละ 80 หลังทดลองไม่บันทึก ร้อยละ 46.7 ซึ่งทั้งสองข้อมีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนทดลอง

**3.5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์จากการตรวจสอบเวชระเบียนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการของการบันทึกทางการแพทย์ และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ พบว่า**

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ แยกรายด้าน และโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ แยกรายด้านและโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ แยกตามรายด้านและ โดยรวมค่าเฉลี่ยด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ โดยรวมก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลอง อยู่ในระดับดี ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยทุกด้านก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ ยังมีข้อที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติคือ ข้อ 1.1 บันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม

## 2. อภิปรายผล

ผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

2.1 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชภัฏสุราษฎร์ธานี จังหวัดศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นได้มาจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ปัญหา

อุปสรรคที่พบและแนวทางการปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีความเหมาะสม ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ชัดเจนขึ้น โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบมุ่งเน้นปัญหาและเมื่อนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้พบว่ารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการนำไปใช้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพให้คะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลในการใช้รูปแบบในภาพรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้คะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบเช่นเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ พันธศรี, (2549) ซึ่งศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของ โรงพยาบาลหัวเฉียว พบว่าใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ ประเมินสภาพผู้ป่วยได้ สมบูรณ์ขึ้น และสามารถเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า ความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บานเย็น สายสุดและคณะ, (2550) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน รพ. หัวตะพาน จ.อำนาจเจริญ พบว่าประสิทธิภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา โดยค่าเฉลี่ยและร้อยละของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 47.72 ก่อนการพัฒนา เป็น 53.47 หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 73.42 ก่อนการพัฒนา และ 83.27 หลังการพัฒนา และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พานทิพย์ รมโพธิ์ตาล, (2551) ศึกษาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า 1)ระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วยวิธีการบันทึก แบบการบันทึก และคู่มือการใช้ระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งทำให้บันทึกได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม และอย่างต่อเนื่อง 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึกของพยาบาลโดยรวม หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

**2.2. การประเมินประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ** จากการศึกษาประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จากความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และจากการตรวจสอบเวชระเบียน อภิปรายได้ดังนี้

**2.2.1 ผลการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ** เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการเสริมความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการเสริมความรู้ 15.17 คะแนน หลังการเสริมความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 16.83 คะแนน มีผู้มีความรู้เพิ่มขึ้น

จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการเสริมความรู้ โดยมีแผนการสอนที่ละเอียด เข้าใจง่ายและครอบคลุมกระบวนการพยาบาล โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งได้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพงาน โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นชอบ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ บานเย็น สายสุดและคณะ, (2550) ซึ่งศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (.001) และประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนา และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวดี วโรตส, (2550) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด และงานวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลของกลุ่มเป้าหมาย หลังประชุมสูงกว่าก่อนประชุม อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับกรณีศึกษาของ เขาวเรศ คุณแก้ว, (2551) ที่ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอินทร์ พบว่ามีการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก การประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลการดำเนินงานความรู้ของพยาบาลหลังการอบรมสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**2.2.2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ** พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมก่อนทดลอง (mean=2.86,S.D.=.58) และหลังทดลอง (mean=3.91,S.D.=.40) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการบันทึกอยู่ที่ระดับปานกลางทุกด้าน ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ ข้อ 1 การบันทึกเวชระเบียน ได้อย่างถูกต้องตามหลักการของกระบวนการพยาบาล (mean=2.74,S.D.=.57) ส่วนค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4 การแสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล (mean=2.98,S.D.=.61) หลังทดลอง ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5 รูปแบบการบันทึกมีความต่อเนื่อง (mean=3.76,S.D.=.48) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 2 การเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูล (mean=4.03,S.D.=.46) อธิบายได้ว่าการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้ความเข้าใจในการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชภัฏสกลนคร จังหวัดศรีสะเกษทำให้ค่าเฉลี่ยหลังทดลองมีค่าสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บานเย็น สายสุดและคณะ, (2550) ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนา 12 คะแนน (SD = 2.3) ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนา 16 คะแนน (SD = 2.9)ประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล

วิชาชีพเพิ่มขึ้น ภายหลังจากพัฒนาโดยค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพิ่มขึ้นจาก 47.72 ก่อนการพัฒนาเป็น 53.47 หลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 73.42 ก่อนการพัฒนา และ 82.27 หลังการพัฒนา

**2.2.3 คุณภาพการบันทึกโดยการตรวจสอบเวชระเบียน** ในด้านความครอบคลุม ความถูกต้อง และความต่อเนื่อง ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล พบว่าหลังทดลองมีการบันทึกได้ครอบคลุมกว่าก่อนทดลอง ซึ่งอธิบายได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีการจัดประชุมอบรมให้ความรู้ ในการนำรูปแบบไปใช้ ทำให้คะแนนความครอบคลุมหลังทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญาณี ภูสันติ, (2548) ทำวิจัยเรื่องปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ภายหลังจากประชุมเชิงปฏิบัติการ สูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพดีกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีสไล จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไปดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 พยาบาลวิชาชีพควรรูปแบบการบันทึกนี้ไปประยุกต์ใช้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของแผนกอื่น เช่น แผนกผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.1.2 ควรส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกแผนกใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และควรมีการปรับปรุงการบันทึกให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

3.1.3 ควรมีการสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และทำการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างถูกต้อง

3.1.4 ควรนำไปใช้ในการศึกษาการพยาบาลระดับปริญญาตรีให้มีความรู้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัยด้านการ  
บันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดคุณภาพของบริการพยาบาล ควรดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

3.2.1 ควรมีการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยบริการอื่น เช่น  
แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.2.2 ควรมีการศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์และการใช้กระบวนการ  
พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

### บรรณานุกรม

- กนกพร คุณิตและคณะ. (2547). ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิผลการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาล. *วารสารวิชาการเขต* 12,15,1 (มกราคม-มีนาคม), 2-9.
- เกษราภรณ์ บรรจงศิลป์. (2553). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลคือกิจกรรม-คล้ายกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กองการพยาบาล. (2539). การควบคุมคุณภาพการพยาบาล. เล่มที่ 5 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไขแสง โปธิโกสม.(2542). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* ,19,3, 1-19.
- ไข่มุกต์ วิเชียรเจริญ. (2458 ). สถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูล ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ* (หน่วยที่ 8,หน้า 8-40). นนทบุรี: สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จัญญณี ภูวนันติ. (2548). *การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและงานหลังคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิรา เต็มจิตรอารีย์ .(2530). *การวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารรัตน์ หงส์ทอง.(2547). *ผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ต่อการปฏิบัติการตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ดวงกมล วัตราคุลย์. (2551). การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 19(2), 11-22.
- ทิพวรรณ โฉมใส. (2550). สมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลประจำการ แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ทองประทีปและเบญจา เตากล้า. (2543). บันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพทางการพยาบาล. *วารสารสภาพพยาบาล* 15, 2, 1 – 11.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ : มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วีพรีนทร์ (1991).
- ณพัทร ธนพุทธชาติ. (2549). *ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพฯ.
- ฉันทมนต์ พันธุ์แก้ว. (2555). การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้คลอด โรงพยาบาลพังโคนอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, สกลนคร.
- ฉัฐพันธุ์ เขจรนันท์. (2547). การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ใน *ประมวลชุดวิชาการจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* (หน่วยที่ 14, หน้า 405 – 439) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, นนทบุรี.
- นิภา แสงกิตติไพบูลย์. (2554). การศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการพยาบาล ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, นนทบุรี.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตถาษา. (2550). *การบันทึกทางการพยาบาล*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2555. จาก <http://www.msho.moph.go.th>.
- บานเย็น สายสุดและคณะ. (2550). การพัฒนาประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ. (รายงานการวิจัย).



- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์ การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21*.  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินสอน. (2548). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน  
ในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. (รายงานการศึกษาศิษระ  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประคิน สุจฉายาและคณะ. (2549). บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิด วิธีการ  
บันทึกและการใช้ประโยชน์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. (2536). *ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล*.  
กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บุปผารินทร์.
- พัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2552). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ:  
อายานูสะกราฟฟิก.
- พัชรินทร์ ชุนซัง. (2550). *การวิจัยและพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล  
สำหรับอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, สกลนคร.
- พรศิริ พันธสีและรัชนี นามจันทร์. (2549). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้  
กระบวนการพยาบาล *วารสารสภาการพยาบาล* 21, 4 (ตุลาคม – ธันวาคม).
- พรศิริ พันธสี. (2552). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*,  
กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร
- พรทิพย์ รัตนวิชัย. (2547). การพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกเพื่อคุณภาพ  
การพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการ รพศ/รพทเขต 1,6,1*  
(มกราคม-เมษายน).
- พวงเพชร สุริยพรมและกุสุมาลย์ ต้อยแก้ว. (2553). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล  
ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน. *วารสารกองการพยาบาล* 37,2:1-14.
- พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล. (2551). *การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
สถาบันราชประชาสมาสัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้  
ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , นนทบุรี.

- ฟาริดา อิบราฮิม.(2541). *สาระการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฟื่องทอง มธุรชน. (2546). ผลของการใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เยาวเรศ คุณแก้ว. (2551). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยี่น จังหวัดขอนแก่น. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. (2543). แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม. ใน *จงจิตต์ คณากุล*. ———. (2552). *บันทึกทางการพยาบาล: ยาขมหรือขมนหวาน. เอกสารประกอบการประชุมเรื่องบันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ รุ่นที่ 7*, กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 37-71.
- รภิญญา วิเชียรพัทธ์. (2551). *องค์ประกอบปัจจัยในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 11. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- รุ่ง แก้วแดง และชัยณรงค์ สุวรรณสาร.(2550). แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลและประสิทธิภาพขององค์กร. ใน *ประมวลชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารการศึกษา* (หน่วยที่ 11, หน้า 163-218).: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี
- รัตนา ขวงคำมา. (2548). การพัฒนาแนวทางการบันทึกการพยาบาล ของผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน* กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น.
- วิภาวดี วโรตส. ( 2550 ). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547). *การวิจัยทางการแพทย์: หลักการและแนวปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุศลภักดิ์และคณะ. (2554). *กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณิภา สุวิกรม. (2550). เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1* หน่วยที่ 5, (หน้า 5-12)  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี
- วรรณิ ตปนิยากร งามนิตย์ รัตนานุกุลและคณะ. (2552). *การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 1, โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก*. กรุงเทพมหานคร: ไอกรูฟเพรส.
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2554). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- อัจฉรา พุ่มดวงและคณะ. (2547). *การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- อรุณ คำเกียรติกมลและคณะ. (2547). *คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 12(1), มกราคม – มิถุนายน 2547.*
- อภิญา เพียรพิจารณ์. (2553). *แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2)* นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2548). *การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. วารสารคุณภาพการพยาบาล, 2(3), 4-12.*
- . (2551). *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*.  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- อารี ชิวเกษมสุขและชนิดา เขียรธำรงสุข. (2549). *การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้รูปแบบที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิดกับรูปแบบเชิงบรรยาย. (รายงานการวิจัย).*
- อาภรณ์ ทองทิพย์. (2550). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี

- ศศิธร วีรเวทวัฒน์. (2547). *ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาล แผนกสูติกรรมต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ*. หน่วยที่ 13 (หน้า 38 – 41).
- ศิริพร ชัมภลจิต. (2548). *บันทึกทางการพยาบาล: ความสำคัญของปัญหา*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2555. จาก <https://www.google.co.th>.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. (2544). ระบบสุขภาพ. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาระบบสาธารณสุขและการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนางานสาธารณสุข* (หน่วยที่ 1, หน้า 1 – 39). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ. (2554). *ถามและตอบ: การบริหารหอผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ฮายาบุสะกราฟฟิค.
- บานเย็น สายสุดและคณะ. (2550). *การพัฒนาประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ*. (รายงานการวิจัย).
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลี้อำนวยลาก และวิพร เสนารักษ์. (2543). *กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2540). *การบันทึกทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร.
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2549). *การประเมินผลในระบบบริการสุขภาพ. ในประมวลสาระชุดวิชาระบบบริการสุขภาพและการจัดการ* (หน่วยที่ 15, หน้า 1-79). นนทบุรี: สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์. (2543). *กระบวนการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: วิเจพรีนติ้ง.
- Alfaro – Lefevre. (2002). *Applying Nursing Process promoting Collaborative Care*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Alfaro-LeFevre Rosalinda . (2006). *Apply Nursing Process. A Tool for critical thinking*.  
Lippincott Williams & Wilkins A wolters Kluwer.
- Blatter,B.(1981). *Holistic nursing*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Carina Baath, Marie-Louise Hall-Lord, Bodil Wilde Larsson.( 2007). “Nursing assessment documentation and care of hip fracture patients’ skin,” *Journal of Orthopedic Nursing*, 11, pp. 4–14.
- Carpenito – Moyet Lynda Juall. (2004). *Nursing care plan & Documentation : Nursing diagnose and collaborative problems*. Philadelphia : Lippincott. Williams & Wilkins.
- Carpenito – Moyet Lynda Juall, (2006). *Hand book of Nursing Diagnosis*.(11<sup>th</sup>.ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott .
- Cheevakasemsook, Aree. (2005). “ Facilitating Change: The Devenlopment of An Effectice Nursing Documentation System In A Medical-Surgical Ward In Thailand.”A thesis Submitted Total Fullfillment of The Requirement For the Degree of Doctor of Philosophy. Charles Sturt University . NSW Australai.
- Delaune,S.C. and Ladner , P.K. ( 2002) . *Fandamentals of nursing standards and practice* 2 nd ed . Delmar Thomson Learning , Australia.
- Diana Jefferies, Maree Johnson and Daniel Nicholls, "Nursing documentation: How meaning is obscured by fragmentary language," *Nurs outlook*, 59(6), pp. E6-E12, December 2011.
- Eva Törnvall, Lis Karin Wahrena, Susan Wilhelmssonb.( 2009). “Advancing nursing documentation—An intervention study using patients with leg ulcer as an example,” *International journal of medical informatics* 7 8 , pp. 605–617.
- Fischbach, F. T. (1991). *Documentating Care Comuniation, the nursing process standards*. Philadelphia: F.A Davis.
- Groah,L.K.(1983). *Operating room nursing : The perioperative role*. Reston.
- Julie Considine, Robyn Potter and Jane Jenkins.( 2006). "Can written nursing practice standards Improve documentation of initial assessment of ED patients?" *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9, pp. 11-18.

- Lyer, P. W., Camp, N. H. (1995). Nursing documentation: A nursing process approach (3<sup>rd</sup> ed.), St. Louis: Mosby.
- NANDA International. (2010). Nursing Diagnoses Definitions and classification 2009-2011. Philadelphia : Wiley-Black well.
- Natalia Bianchi.(2007). "Nursing documentation at the Bambino Gesù Children's Hospital," Advance in Nursing , pp. S80-S84.
- Pirkko Nykanena, Johanna Kaipio, Anne Kuusisto.(2012). "Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland – Lessons learned and directions for the future," International journal of medical informatics, pp. 1-14.
- Potter,P.A.,Perry ,A.G.(1995). Foundation in Nursing Theory and Practice. Philadelphia: Mosby company.
- Potter,P.A., & Perry ,A.G.(2005). Basic nursing : Essentials for practice ( 6<sup>th</sup> ed.).St. Louis Mosby.
- Schaeller,T. and Gowin, C. (1983). Writing skill for nurse a practical text/work book.Rockville: An Aspen.
- Taylor,M.C.and Lillis, C.& Lemone,P. (1989). Fundamental of Nursing .Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Tonia Dandry Aiken.(2004). Documentation and the Nurse in legal, Ethical Issues in Nursing.(2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- The American Holistic Nurse Association 1997-1998. Description the AHNA. <http://org./description.html>.
- Yan, (2002). Effective nursing documentation and communication. Seminar in Oncology Nursing, 8 (2), pp. 121-127.
- Yura, H. and Walsh, M. B. (1983). The Nursing Process : assessing planning , implementing , evaluation . New York : Appleton – century Crofts.
- Voutilainen,P.,Isola,A.,Muurinen,S.(2004). Nursing documentation in nursing home : State of the art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of caring sciences,18,72-81.

- Walus, Jacqueline-Wigle.(2003). *Fandamentals of the documentation. Skill Masters:batter documentation*. New York : Lippincott Williams & Wilkins A Wolter Kluwer.
- White, L. (2003). *Documentation and the nursing process*. Clifton park: A division of Addison-Wesley Publishing.



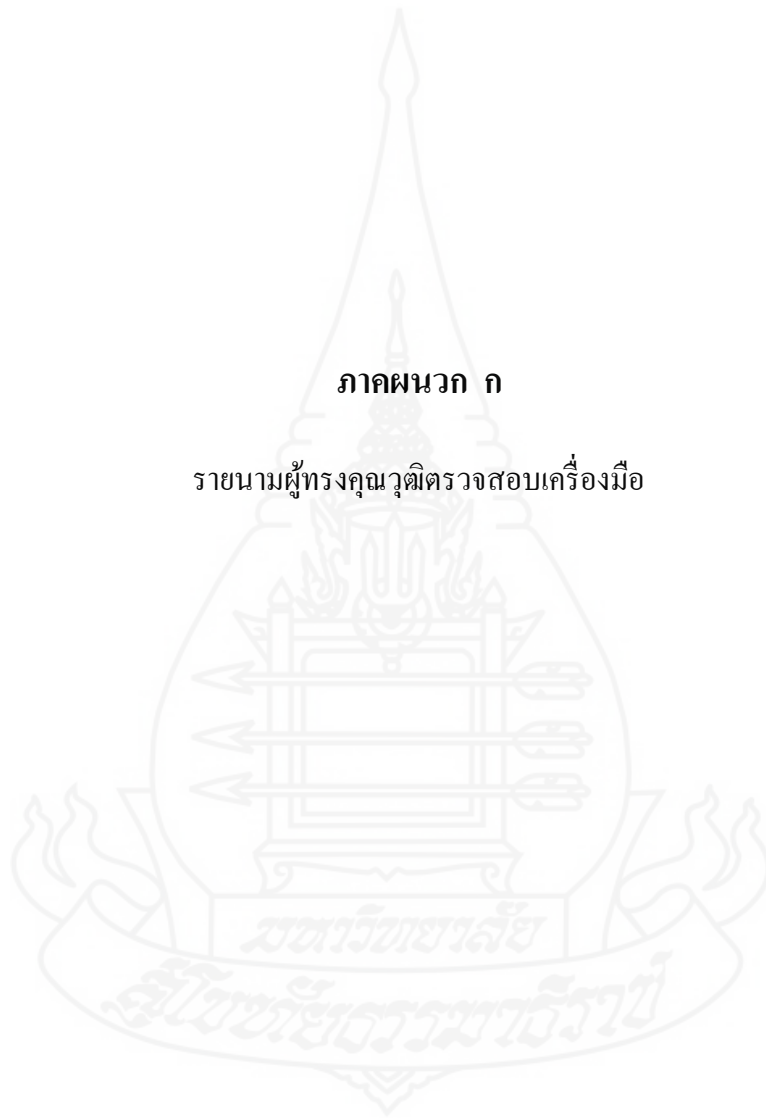
ภาคผนวก





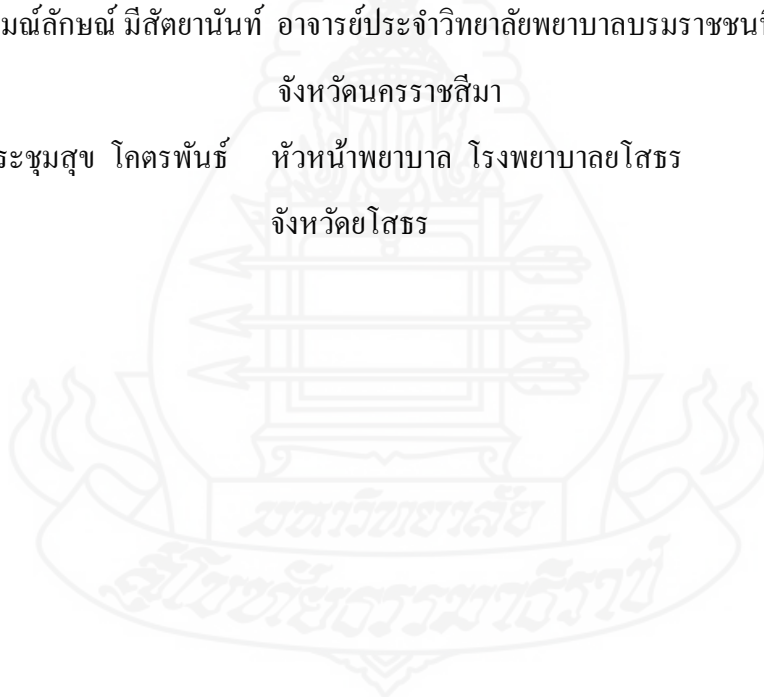
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี อาจารย์ประจำสาขาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
2. ผศ.ดร.พัชรภาพร เกิดมงคล อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.ธัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์  
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. ดร.เพชรมณี วิริยะสีบพงศ์ อาจารย์ประจำสถาบันพระบรมราชชนก  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข
5. อาจารย์ภิรมณ์ลักษณ์ มีสัตยานันท์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา  
จังหวัดนครราชสีมา
6. อาจารย์ประชุมสุข โคตรพันธ์ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร  
จังหวัดยโสธร



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 ...40/56.....

**ชื่อโครงการวิจัย** การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล  
 งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามิไสล จังหวัดศรีสะเกษ  
**เลขที่โครงการ/รหัส** ID 2515100705  
**ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย** นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์สร  
**ที่ทำงาน** โรงพยาบาลรามิไสล ต. เมืองคง อ.รามิไสล จ. ศรีสะเกษ 33130

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม  
 การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม.....

(อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์พิสุทธิ์)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... 24 กันยายน 2556 .....

มหาวิทยาลัย  
 สุโขทัยธรรมาธิราช

**ภาคผนวก ค**

ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย  
ตัวอย่างหนังสือเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





ที่ ศธ 0522.26/ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ช่วยใน โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีโดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.เพชรมณี วิริยะสีบงศ์ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร)

สำเนาเรียน ดร. เพชรมณี วิริยะสีบงศ์



ที่ ศธ 0522.26/ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.เพชรมณี วิริยะสีปงศ์

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ช่วยใน โรงพยาบาลราชสีแล จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีโดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

วิภาดา ทองดีเขต

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี)

มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมาราช



ที่ ศธ 0522.26/ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ฉัตร สติตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร. ธัญลักษณ์ บรรลิตชิตกุล เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี)

สำเนาเรียน ดร. ธัญลักษณ์ บรรลิตชิตกุล





ที่ ศธ 0522.26/ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.อัญลักษณ์ บรรลิตกุล

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีโดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณุกา ทอดงาเด

(อาจารย์ ดร. เรณุกา ทอดงาเด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8096  
โทรสาร 0-2503-2620  
โทรศัพท์ 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร)มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมาราช



ที่ ศธ 0522.26/ ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีโดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติถิตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าอาจารย์ประชุมสุข โคตรพันธ์ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลโสธรเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7, 0-25032620  
โทรสาร 0-2503-2620  
โทรศัพท์ 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร)  
สำเนาเรียน อาจารย์ประชุมสุข โคตรพันธ์มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช



ที่ ศธ 0522.26/ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ภิรมณ์ลักษณ์ มีสัตยานันท์

ด้วย นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ  
พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัด  
ศรีสะเกษ” โดยมีโดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่  
ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์  
ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา  
ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร)



ที่ ศธ 0522.26/ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ประมุข สุข โคตรพันธ์

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีโดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณุกาญ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณุกาญ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี)

ที่ ศธ 0522.26/ว 1155

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

ด้วย นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าอาจารย์ภิรมณ์ลักษณ์ มีสัจยานันท์ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เกษมศักดิ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทร. 0-2504-8096  
โทรสาร 0-2503-2620  
โทร. 08-125-2363 (นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศร)  
สำเนาเรียน อาจารย์ภิรมณ์ลักษณ์ มีสัจยานันท์มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ ศธ 0522.26/ 1155 วันที่ 13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีห์ล จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่ารองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ ศธ 0522.26/ 1155

วันที่

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี

ด้วยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีโดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

แกลุณี ทองคำรอด

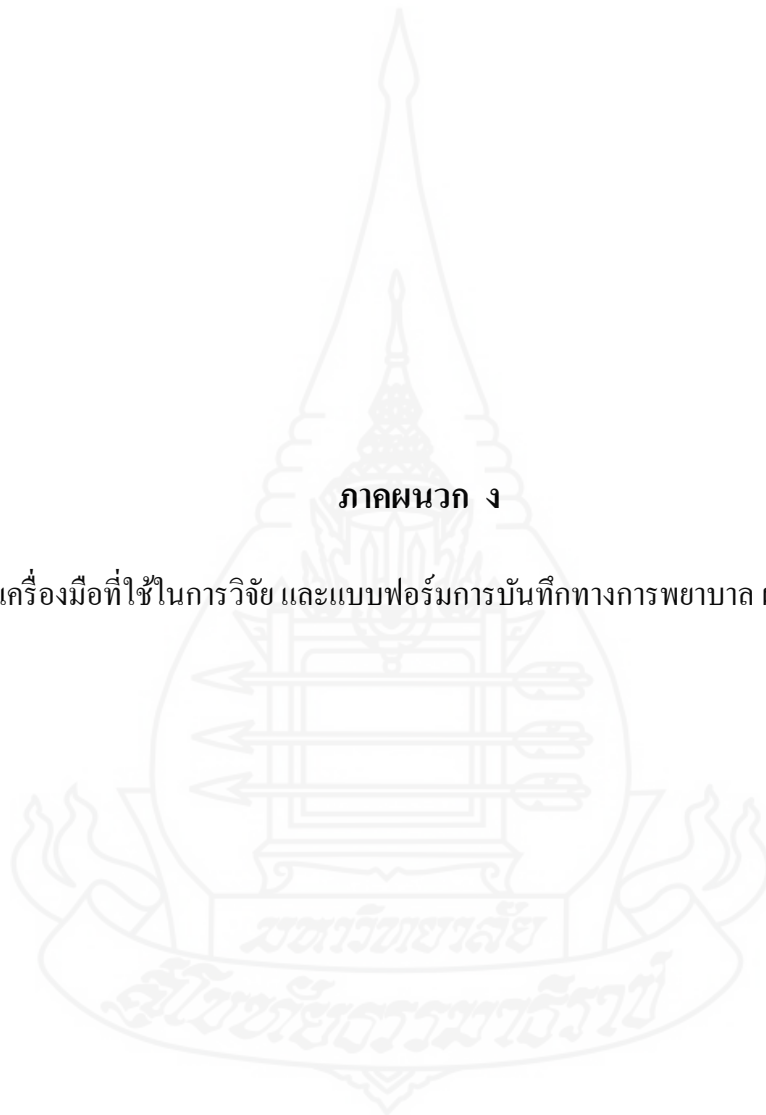
(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์



**ภาคผนวก ง**

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ผลการสนทนา





**แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนกรพยาบาล  
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ**

**คำชี้แจง** แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1	แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนกรพยาบาล	จำนวน 35 ข้อย่อย
ส่วนที่ 2	แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกระบวนกรพยาบาลและครบถ้วนตามหลัก การบันทึกทางการแพทย์	จำนวน 18 ข้อย่อย
ส่วนที่ 3	แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์	จำนวน 9 ข้อย่อย



ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี  
จังหวัดศรีสะเกษ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล เป็นเกณฑ์พิจารณาการตัดสินใจการให้คะแนน HN.....AN.....

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
<b>1. การประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ</b>		
1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล		
1.1.1 บันทึกอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล		
1.1.2 บันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ		
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน		
1.2.1 บันทึกระยะเวลาเป็นชั่วโมง / วัน / เดือนตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนมาโรงพยาบาล		
1.2.2 บันทึกลักษณะอาการเจ็บป่วย		
1.2.3 บันทึกระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย		
1.2.4 บันทึกวิธีแก้ไขปัญหของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล		
1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต		
1.3.1 การเจ็บป่วย		
1.3.1.1 บันทึกการเจ็บป่วย การผ่าตัด การได้รับอุบัติเหตุในอดีตและอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้		
1.3.1.2 บันทึกการรักษาการเจ็บป่วยในอดีต		
1.3.2 การแพ้ยาและสารอาหาร มีบันทึกการแพ้ยา และ/หรือสารอาหารและ/หรือสารอื่นๆ		
1.3.3 ประวัติสุขภาพของครอบครัว		
1.3.3.1 บันทึกโรคทางพันธุกรรม		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
1.3.3.2 บันทึกโรคติดต่อและ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว		
1.4 อาการและอาการแสดงเมื่อแรกเริ่ม		
1.4.1 สภาพทั่วไปด้านร่างกาย		
1.4.1.1 บันทึกค่าสัญญาณชีพ ( T... P....R....BP.....O2Sat.....)		
1.4.1.2 บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท (ถ้ามี)		
1.4.1.3 บันทึกความเจ็บปวด		
1.4.1.3 บันทึกอาการและอาการแสดงที่สังเกตและ/หรือตรวจได้ เช่น มีรอยฟกช้ำที่แขนข้างขวา เป็นต้น		
1.4.2 ข้อมูลด้านจิตใจ / อารมณ์ / สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
1.4.2.1 บันทึกข้อมูลด้านจิตใจ / อารมณ์		
1.4.2.2 บันทึกข้อมูลด้านสังคม เช่นมีข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน /ญาติพี่น้อง /การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / การทำกิจกรรมจิตอาสา เป็นต้น		
1.4.2.3 บันทึกข้อมูลด้านจิตวิญญาณได้แก่ ความเชื่อ		
1.4.3 มีการจำแนกประเภทผู้ป่วย		
<b>2. การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล</b>		
2.1 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมด้านร่างกายของผู้ป่วย		
2.2 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
2.2 บันทึกกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
2.3 มีการเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
<b>3. การวางแผนการพยาบาล</b>		
3.1 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลและสอดคล้องกัน		
3.1.1 มีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและเป็นไปได้จริง		
3.1.2 มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม		
3.2 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมบทบาทอิสระ กึ่งอิสระและไม่อิสระในแต่ละมิติของการพยาบาล		
3.3 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมด้านจิตใจ /อารมณ์ สังคมเช่น ครอบครัวและจิตวิญญาณ เช่นความเชื่อ เป็นต้น		
<b>4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</b>		
4.1 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาล		
4.2 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย		
4.3 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
4.4 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม		
<b>5. การประเมินผลการพยาบาล</b>		
5.1 บันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย		
5.2 บันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
5.3 บันทึกผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลที่กำหนดไว้		
5.4 นำผลการประเมินไปปรับแผนการพยาบาลให้มีความทันสมัยกับสภาพของผู้ป่วย		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
<b>6. การสรุปการจำหน่าย</b>		
6.1 บันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายที่เห็นความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ		
6.2 บันทึกการทบทวนข้อแนะนำเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การป้องกันและ / หรือการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามหลัก METHOD		
6.3 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีส่งต่อเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง		



ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล และครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ความถูกต้องตาม กระบวนการพยาบาลและครบถ้วนตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเกณฑ์พิจารณาการตัดสินใจการให้คะแนน

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
1. การประเมิน 1.1 บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยถูกต้องตามปัญหาหรือข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมจากการซักประวัติ การสังเกต อาการ อาการแสดง การตรวจร่างกายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่นๆ ทุกครั้ง ตั้งแต่แรกรับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย		
1.2 บันทึกการประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อยจนจำหน่ายทุกครั้ง		
2. การกำหนดข้อวินิจฉัย 2.1 บันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้ถูกต้องตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกครั้ง		
2.2 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมทั้งหมด		
3. การวางแผนการพยาบาล 3.1 บันทึกการวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทุกครั้ง		
3.2 กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง		
4. การปฏิบัติการพยาบาล 4.1 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
4.2 บันทึกชื่อผู้ปฏิบัติ วัน เดือน ปี และเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละเวรทุกครั้ง		

ข้อความ	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก	ไม่บันทึก
5. การประเมินผลการพยาบาล 5.1 บันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลและผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลและ/หรือการรักษาแต่ละเวรทุกครั้ง		
6. มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อยจนจำหน่ายทุกครั้ง		
7. บันทึกการประเมิน Subjective และ Objective Data ที่เป็นปัจจุบัน		
8. บันทึกอาการตามความเป็นจริงของผู้ป่วย โดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง		
9. บันทึกลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามวัน และ เวลาของเหตุการณ์		
10. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านได้ถูกต้องทุกข้อความ		
11. บันทึกทุกข้อความถูกต้องกระชับ สั้นเข้าใจง่ายและสื่อความหมายได้ชัดเจน		
12. บันทึกที่มีการใช้คำย่อและ / หรือสัญลักษณ์เป็นคำย่อและ/สัญลักษณ์ที่ถูกต้อง เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับทุกครั้ง		
13. กรณีเขียนผิด มีการขีดเส้นทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับทุกครั้ง		
14. บันทึกทุกบรรทัดโดยไม่มีเว้น และมีการขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือในเพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลังทุกครั้ง		
15. ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกให้สามารถอ่านได้ง่ายภายหลังการบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง		

ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์บาดด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์  
พยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ใสศ จังหวัดศรีสะเกษ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์  
พยาบาล โดยใช้คู่มือวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเกณฑ์พิจารณา

การตัดสินใจการให้คะแนน

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ			
	คุณภาพ			
	3	2	1	0
1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย				
1.1 บันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม (ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย) ทุกเวรตลอด 24 ชั่วโมง				
1.2 บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยซ้ำในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย ครอบคลุมองค์รวม (ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย)				
2. การวินิจฉัยการพยาบาล				
2.1 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยในวันแรกรับ โดยจัดลำดับตาม ความสำคัญของปัญหา				
2.2 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งที่เป็นปัญหาเดิมและปัญหาที่พบใหม่ ครอบคลุมและสอดคล้องกับการประเมินผู้ป่วยในวัน ต่อๆมาได้อย่างต่อเนื่อง				
3. การวางแผนการพยาบาล				
3.1 บันทึกระบุวัน เวลาที่พบปัญหาและระบุวัน เวลาที่สิ้นสุดทุกข้อของการวินิจฉัย การพยาบาลเป็นที่คาดหวังหรือไม่				
3.2 บันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนปัญหานั้นได้รับการแก้ไขหรือปัญหานั้นเปลี่ยนแปลงไป				
4. การปฏิบัติการพยาบาล				
4.1 บันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาแต่ละข้อวินิจฉัยการ พยาบาล และปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวร				



ข้อความ	ผลการตรวจสอบ			
	คุณภาพ			
	3	2	1	0
5. การประเมินผลการพยาบาล				
5.1 บันทึกการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาทุกปัญหา / ข้อวินิจฉัยการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร ตั้งแต่เริ่มมีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือปัญหานั้นเปลี่ยนแปลงไป				
5.2 บันทึกการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกเวร				



ผลการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี  
เกี่ยวกับปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลในประเด็นต่อไปนี้

.....

1. รูปแบบและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลที่มีอยู่เป็นอย่างไร ต้องการปรับปรุงหรือไม่

1.1 รูปแบบและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลที่มีอยู่เป็นอย่างไร คำตอบได้แก่

1. ใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยตั้งชื่อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนแบ่งเป็น

S = subjective data, objective data บันทึกแผนและกิจกรรมการพยาบาลในช่องเดียวกัน มีการประเมินผลการพยาบาล

2. ใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบที่ 1 ฟอรั่มบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ เป็นแบบแผนการพยาบาล โดยเลือกปัญหาที่พบในผู้ป่วยขณะนั้น เลือกกิจกรรมการพยาบาลที่มีในผู้ป่วยและประเมินผลตามปัญหาที่พบขณะนั้น เขียนปัญหาและแผนการพยาบาลเพิ่มกรณีมีปัญหาใหม่ที่ไม่มีในแผนการพยาบาลนั้นๆ

1.2 ท่านต้องการปรับปรุงหรือไม่ คำตอบได้แก่ ต้องการปรับปรุงเนื่องจาก

1. เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมด้านการพยาบาลแบบองค์รวม เพราะยังขาดด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม

3. ลดความสับสนเนื่องจากใช้แบบฟอร์มที่เป็น Pattern หลายแผ่น และไม่สะดวกในการค้นหาแผนการพยาบาลที่ใช้อยู่เดิมหลายปัญหา

2. ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในมีอะไรบ้างคำตอบได้แก่

1. ไม่มีเวลายบันทึก
2. ผู้ป่วยมาก ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อน
3. ภาระงานมาก
4. อัตรากำลังน้อย
5. แพทย์มา Round เข้าและป่วยในเวรเช้า ต้องให้การรักษาดตามแผนการรักษาบันทึกทางการพยาบาลไม่ทัน
6. ไม่ได้บันทึกการพยาบาลทันทีทำให้หลงลืม

3. ท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลหรือไม่ คำตอบได้แก่ เวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

**ถ้าท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ท่านจะมีข้อเสนอแนะอย่างไร**

1. ควรปรับปรุงแบบการเขียนให้สั้น กระชับ กะทัดรัดมากขึ้น
2. การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ควรระบุปัญหาเลยไม่ควรพรรณนาไวยากรณ์และแปลความหมายเช่น มีภาวะพร่องออกซิเจนแทนการเขียนว่ามีภาวะกำซาบของออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ไม่เพียงพอ
3. ความต่อเนื่องของการบันทึกทางการแพทย์ ควรบันทึกตามเกณฑ์การจำแนกประเภท เช่น ประเภท 3 -4 ควรบันทึกทุกเวร ประเภท 1-2 ควรบันทึก เช้า-เย็น เป็นต้น
4. กรณีมีปัญหาเดิมไม่ต้องเขียนใหม่ควรบันทึกประเมินผลการพยาบาลได้เลย
5. **ท่านคิดว่าปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยในมีแนวทางการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร** คำตอบได้แก่
  1. จัดอบรมรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์รูปแบบใหม่ เสนอแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ให้ง่าย สะดวกและเอื้อต่อการบันทึก
  2. จัดทำมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์เฉพาะโรค ในกลุ่มโรคที่พบบ่อยไว้ เป็นแผนการพยาบาล
6. **ท่านต้องการให้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยของท่านเป็นอย่างไร** คำตอบได้แก่ เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์เฉพาะโรคในกลุ่มโรคที่พบบ่อย สามารถเลือกหรือใช้อ้างอิงปัญหาที่เกี่ยวข้องได้
7. **อะไรเป็นแรงจูงใจให้ท่านบันทึกทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ** คำตอบได้แก่
  - 7.1 บันทึกทางการแพทย์ สามารถใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้เมื่อเกิดการฟ้องร้อง
  - 7.2 ผลของคะแนนการ Audit เวชระเบียนที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น
  - 7.3 สามารถสื่อสารให้ผู้อื่น แพทย์อ่านการบันทึกทางการแพทย์ที่เขียนและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจ นำมาใช้ประโยชน์
  - 7.4 สามารถใช้ความรู้ในการบันทึกทางการแพทย์ได้ถูกต้อง
  - 7.5 ได้รับการผลักดันด้านบวก
  - 7.6 ได้รับคำชม
  - 7.7 ให้ความเวลาในการบันทึกได้มากขึ้น
  - 7.8 ให้คำตอบแทน ให้รางวัลถ้ามีคะแนน Audit สูง
  - 7.9 นำการบันทึกทางการแพทย์มาเป็น KPI. รายบุคคล ยกย่องชมเชย เชิดชูเกียรติและนำมา เป็นแบบอย่างถ้าบันทึกทางการแพทย์ได้ดี
  - 7.10 ได้บันทึกทางการแพทย์ในสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลครบถ้วนผู้ป่วยปลอดภัย
  - 7.11 สามารถเขียนได้ครอบคลุมปัญหา
  - 7.12 มีแบบการบันทึกทางการแพทย์เป็นมาตรฐานสำเร็จรูปทำให้ออกเขียน
  - 7.13 บันทึกทางการแพทย์ทำให้โรงพยาบาลประหยัด ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหายในคดีความได้

**แบบสำรวจสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล**  
**สำหรับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล**  
**งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ**

วัตถุประสงค์ แบบสำรวจสภาพการณ์นี้ใช้ในการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ

ลำดับ	ประเด็นสนทนา
1	รูปแบบและวิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีอยู่เป็นอย่างไร ท่านต้องการปรับปรุงหรือไม่
2	ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยในมีอะไรบ้าง
3	ท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหรือไม่ ถ้าท่านคิดว่าเวลาเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ท่านจะมีข้อเสนอแนะอย่างไร
4	ท่านคิดว่าปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานผู้ป่วยในมีแนวทางการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร
5	ท่านต้องการให้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยของท่านเป็นอย่างไร
6	อะไรเป็นแรงจูงใจให้ท่านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

## แบบบันทึก Focus List : FM - Rasi - IPD – 02/1

NO	Focus	Goals / Outcomes	Active	Resolved	
ชื่อผู้ป่วย		อายุ	ปี	HN	AN
ตึกผู้ป่วยใน	ตึก	O คลอด-ผ่าตัด O แม่และเด็ก		แพทย์เจ้าของไข้	
		O ชาย O หญิง			

โรงพยาบาลราชวิถี		FM-IPD-01	
รับวคป.....เวลา.....น. มาโดย O รถเข็นนั่ง O เพลนอน O เพลนอนพร้อม O2 ผู้นำส่ง O พนง.เปล O RN...O TN... O เวชกิจ O NA O....	ชื่อผู้ป่วย ..... อายุ .....ปี HN.....AN .....เตียง..... การวินิจฉัยโรค.....การผ่าตัด .....วคป..... อาการสำคัญ ..... ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน .....		
การเจ็บป่วยในอดีต 1. โรคประจำตัว O ไม่มี O มีระบุ .....กินยาO สม่าเสมอชื่อยา.....O ขาดยา 2. ประวัติ Admit O ไม่เลข O เลข < 28 วัน ด้วยโรค/อาการ..... 3. ประวัติการแพ้ O ปฏิเสธ O ยา..... O อาหาร..... O อื่นๆ..... 4. ประวัติผ่าตัด O ไม่เลข O เลขระบุ..... ประวัติการใช้สารเสพติดระบุ..... O ไม่ใช่			
การเจ็บป่วยในครอบครัว โรคทางพันธุกรรม O ไม่มี O มีระบุ ..... โรคติดต่อ O ไม่มี O มีระบุ ..... แบบแผนชีวิตก่อนมา 1. การเคลื่อนไหว O เดินเองได้ O คนอื่นช่วยพยุง O ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง O เดินไม่ได้ O อัมพาต O ข้อ.....ติด 2. การนอนหลับ O นอนหลับวันละ .....ชั่วโมง O ไม่เคยใช้ยานอนหลับ O ใช้ยานอนหลับระบุ..... 3. การออกกำลังกาย O ประจำ O เป็นครั้งคราว O ไม่ได้ออกกำลังกาย O อื่นๆ..... 4. การกินอาหาร O กินได้เอง O คนอื่นป้อน O ให้อาหารทางสายยาง O อื่นๆ..... 5. การดื่มสุรา/สูบบุหรี่ O นานๆครั้ง O เป็นประจำระบุ..... 6. จิตวิญญาณ/ความเชื่อ(ไสยศาสตร์) O ไม่มี O มีระบุ ..... 7. สภาพอารมณ์ O โหมโง่งง O ร่ารึง สนุกสนาน O เศร้าๆ : สุขนิสสัยส่วนตัว O ชอบอยู่บ้าน O ชอบออกงานสังคม O .....			
ประวัติสูติ-นรีเวช O ไม่ตั้งครรภ์ O ตั้งครรภ์ G.....P.....A.....L..... Last Child.....ปี PMP.....LMP.....EDC.....GA.....Wks O ไม่เคยคุมคลอด O เคยคุมคลอดสาเหตุจาก ..... O ไม่มีอาการผิดปกติ O ผิดปกติได้แก่ <input type="checkbox"/> ตกขาวลักษณะ..... <input type="checkbox"/> มีเลือดออกทางช่องคลอด <input type="checkbox"/> มีประจำเดือน.....			
สังคมและเศรษฐกิจ 1. การศึกษา O ประถมศึกษา O มัธยมศึกษา O อนุปริญญา O ปริญญาตรี O สูงกว่าปริญญาตรี O ..... 2. อาชีพปัจจุบันระบุ..... O ไม่มี O มีรายได้เฉลี่ย .....บาท / <input type="checkbox"/> เดือน <input type="checkbox"/> ปี 3. บทบาท O เป็นหัวหน้าครอบครัวมีสมาชิกจำนวน.....คน O เป็นสมาชิกของครอบครัว O อื่นๆ ..... 4. ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อป่วย O ไม่มี O มีเป็น.....อยู่ในครอบครัวเดียวกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ระบุ.....			
สภาพจิตใจ-อารมณ์ 1. พฤติกรรม O ให้ความร่วมมือดี O ไม่ให้ความร่วมมือ O กระวนกระวาย O เฉยๆ O ร้องไห้ O เอะอะโวยวาย / ก้าวร้าว O อื่นๆ... 2. อารมณ์ O โกรธ O หวาดกลัว O ซึมเศร้า O หงุดหงิด O วิตกกังวล O ตื่นเต้น O อื่นๆ.....			
สภาพร่างกาย 1. ระบบประสาทและการรับรู้สติ O ปกติ <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ..... 2. ระบบการหายใจขณะพัก O ปกติ <input type="checkbox"/> หายใจหอบ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ปอดมีเสียง ..... 3. ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต O ปกติ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> เขียว <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> เสียง/จังหวะการเต้นของหัวใจ..... 4. ผิวหนัง O ปกติ <input type="checkbox"/> แห้งแตก <input type="checkbox"/> เขียวช้ำ <input type="checkbox"/> มีแผล..... <input type="checkbox"/> บวม..... 5. การติดต่อสื่อสาร(การได้ยิน/พูด/การมองเห็น) O ปกติ O ผิดปกติระบุ..... 6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก O ปกติ <input type="checkbox"/> ข้อบวม <input type="checkbox"/> แรงกำมืออ่อนแรง <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง <input type="checkbox"/> ..... 7. ภาวะโภชนาการ O ปกติ <input type="checkbox"/> กินได้น้อย <input type="checkbox"/> มีคลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia <input type="checkbox"/> ..... 8. ระบบย่อยอาหาร O ปกติ <input type="checkbox"/> ปวดท้อง <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ท้องเสีย <input type="checkbox"/> ..... 9. ความสมดุลของสารน้ำ O ปกติ <input type="checkbox"/> มีภาวะขาดน้ำ <input type="checkbox"/> มีภาวะน้ำเกิน <input type="checkbox"/> ..... 10. ระบบขับถ่ายปัสสาวะ O ปกติ <input type="checkbox"/> แสบขัด <input type="checkbox"/> ขุ่น <input type="checkbox"/> ลำบาก <input type="checkbox"/> สวมปัสสาวะ ..... <input type="checkbox"/> กลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> ..... 11. การพักผ่อน O พักได้ O พักไม่ได้เนื่องจาก ..... 12. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน O ช่วยตนเองได้ <input type="checkbox"/> ช่วยตนเองได้น้อย <input type="checkbox"/> ช่วยตนเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> .....			
สัญญาณชีพแรกรับ T .....°C P..... ครั้ง/ นาที R .....ครั้ง/ นาที BP.....mm.Hg E.....V.....M...SSS..... O2 Saturation.....% Pain score.....คะแนน จำแนกประเภท.....	ผู้ให้ข้อมูล O ผู้ป่วย O เป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ..... ที่อยู่..... Tel ..... อาการทั่วไป ..... การพยาบาล ..... ..... .....	ลงชื่อ ..... ผู้บันทึก ORN O TN O	

วคป	ประเภท	เวลา	Vital Signs				Urine	ชื่อวินิจฉัย / ข้อมูลสนับสนุน		ประเมินผล
			T	P	R	BP.	Hr	กิจกรรมการพยาบาล		
ชื่อผู้ป่วย							อายุ ปี		HN	AN
ตึกผู้ป่วยใน			ตึก <input type="checkbox"/> คลอด-ผ่าตัด <input type="checkbox"/> แม่และเด็ก <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง					แพทย์เจ้าของไข้		

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ลำดับ	ปัญหา-ความเสี่ยงการดูแลสุขภาพเมื่อกลับบ้าน (ถ้าไม่ไข้ให้ระบุในช่องตามหัวข้อประเมิน)	ประเมินปัญหา		กิจกรรมการสอน / สาธิต/ ฝึกทักษะ	ประเมินผล
		วคป.	ผู้พบ		
1.	ป่วยเรื้อรัง				
2.	พร้อมด้านอารมณ์				
3.	พร้อมความรู้เรื่อง				
4.	ขาดผู้ดูแล				
5.	Re-Admit				
6.	มีอุปสรรคติดกาย				
7.	มีแผล				
8.					
หัวข้อการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ (ครั้งแรก ประเมินภายใน Admit day 2 ต่อไปประเมินที่ Day )		ระบุ วคป. ประเมิน ( / ไข้ x ไม่ไข้)			
		Admit day	Admit day		
โรค พยาธิสภาพของโรคการดูแล					
การใช้ยา /อาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น					
การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำที่เหมาะสมกับโรค					
การอาบน้ำและการทำความสะอาดปาก ฟัน					
การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์					
การระดม					
การใช้ไม้กั้นเตียง					
การใช้อุปกรณ์ช่วยถ่าย					
การล้างมือ					
การพลิกตะแคงตัว -ยก- เคลื่อนย้ายผู้ป่วย					
การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ					
การให้อาหารทางสายยาง					
การทำอาหารปั่น					
การ O จิตยา O พ่นยา ระบุ.....					
การทำแผล.....					
การดูดเสมหะโดย .....					
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อแขน ขา ข้อ ไหล่					
การเตรียมสถานที่และของใช้ที่บ้าน					
การติดต่อหน่วยงานเพื่อช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ					
การใช้บริการสาธารณสุขใกล้บ้านกรณีฉุกเฉิน					
ลงชื่อผู้ประเมิน					
ผู้ดูแลหลัก..... ผู้ดูแลรอง ..... ที่อยู่ปัจจุบัน .....Tel. ....					
จำหน่ายโดย	ประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่าย		พบทวนและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย		
O แพทย์อนุญาต	ระดับความรู้สึกตัว O รู้สึกตัวดี O สับสน O ซึม O ไม่รู้สึกตัว		O การดูแลและการปฏิบัติเฉพาะโรคที่ต้องทำต่อเนื่อง		
O หนักกลับ	การดูแลตนเอง O ทำได้ดี O ทำได้บ้าง O ทำไม่ได้		O ความรู้เรื่องยา / วิธีการใช้ / อาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น		
O ไม่สมัครใจอยู่	อุปกรณ์ ติดกาย O ไม่มี O มีคือ.....		O การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำที่เหมาะสมกับโรค		
O ย้ายเตียง	แผล O ไม่มี O มีคือ.....		O การช่วยถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ		
O refer	F/U แผล O ไม่มี O มีวคป.....		O การทำกิจกรรม / การพักผ่อนและการนอนหลับ		
O Dead	ส่ง HHC O ไม่ส่ง O ส่งที่ .....		O การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์		
วคป.กลับ.....เวลา.....น					
โดย O เคน O รถนั่ง O เพลนอน O เพลนอนพร้อม O2		ลงชื่อ .....		ผู้รับกลับ เป็น O ผู้ป่วย O .....ของผู้ป่วย	
		ลงชื่อ .....		ตำแหน่ง O RN .... OTN.....	
ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN ..... AN .....การวินิจฉัยโรค.....เตียง .....					



แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล  
 ทดสอบครั้งที่ .....วันที่ ..... / .....2557

ชื่อ .....นามสกุล .....

**คำชี้แจง**

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีทั้งหมด 20 ข้อๆละ 1 คะแนน รวมเป็นคะแนนเต็ม 20 คะแนน

2. แบบทดสอบเป็นข้อสอบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือกคือ ก, ข, ค, ง
3. วงกลมรอบตัวอักษรที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว
4. ใช้เวลาทำ 20 นาที

.....

1. ข้อใดคือความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - ก. การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล
  - ข. การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
  - ค. การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกเวรตลอด 24 ชั่วโมง
  - ง. การบันทึกกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการและเป็นหลักฐานในการปฏิบัติงาน
2. ข้อใดคือวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - ก. เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมิน การวิจัย และการพัฒนาคุณภาพ
  - ข. เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการสื่อสารในทีม สุขภาพที่ให้การดูแลผู้รับบริการ
  - ค. เพื่อแสดงให้เห็นถึงแบบแผนการตอบสนองและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ
  - ง. เป็นแบบแผนการตอบสนองภาวะสุขภาพที่ใช้ในการสื่อสารและใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
3. ข้อใดไม่ใช่ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - ก. เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาล
  - ข. เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
  - ค. เป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล
  - ง. เป็นหลักฐานแสดงให้เห็นถึงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
4. ประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ยกเว้น ข้อใด
  - ก. ใช้ในการวินิจฉัยของแพทย์
  - ข. บอกคุณภาพงานของพยาบาล
  - ค. ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา วิจัย
  - ง. ใช้เป็นเอกสารทางด้านกฎหมาย

5. หลักของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ข้อใดไม่ถูกต้อง
- หลีกเลี่ยงการใช้คำที่มีความหมายกว้าง เช่นอาการปกติ อาการดี เป็นต้น
  - บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เป็นจริง ตามลำดับก่อน – หลัง โดยไม่ต้องแปลความหมาย
  - เขียนข้อคิดเห็นส่วนตัวที่มีต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน
  - เขียนให้เห็นสภาพจริง เช่น แผลหน้าท้องมีสายระบายน้ำ สีชมพู ยาวประมาณ 6 เซนติเมตร
6. การวัดชีพจรของผู้ป่วยรายหนึ่ง ท่านพบว่าจำนวนครั้ง 59 ครั้ง/นาที เต็มเขามาก และจังหวะไม่สม่ำเสมอ ท่านต้องบันทึกอย่างไรจึงถูกต้อง
- มีภาวะ bradycardia เบาลและไม่สม่ำเสมอ
  - ชีพจร = 59 ครั้งต่อนาที เต็มเบาและผิดปกติ
  - ชีพจรเบา ไม่สม่ำเสมอ ประมาณ 59 ครั้ง/นาที
  - ชีพจรผิดปกติ, อัตราการเต้นของชีพจร 59 ครั้ง/นาที เบาล ไม่สม่ำเสมอ
7. การแก้ไขการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เขียนผิดพลาดตามหลักของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือข้อใด
- ลบหรือขีดฆ่าสิ่งผิดออกแล้วบันทึกสิ่งที่ถูกต้องแทน
  - รายงานด้วยคำพูดให้เวรต่อไปทราบ เพื่อการแก้ไข
  - ขีดฆ่าสิ่งผิด เช่นชื่อกำกับแล้วบันทึกสิ่งที่ถูกต้องแทน
  - ลบหรือขีดฆ่าสิ่งผิด เช่นชื่อกำกับแล้วบันทึกสิ่งที่ถูกต้องแทน
8. บันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยลายมือที่อ่านไม่ออกจะมีผลอย่างไร
- ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขาดคุณค่า
  - เกิดความสับสนในศาลเมื่อเกิดคดีฟ้องร้อง
  - บุคลากรในทีมสุขภาพใช้เวลามากในการแปลความหมาย
  - เกิดความผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วยของทีมการพยาบาล
9. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพสะท้อนให้เห็นอะไรมากที่สุด
- ความสามารถของผู้บันทึก
  - ความรับผิดชอบของพยาบาล
  - คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
  - การสื่อสารภายในทีมการพยาบาล
10. “การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยระบุกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ” เป็นการบันทึกที่ตรงตามหลักการใดใน 4 C
- Clear
  - Concise
  - Correct
  - Complete
11. กระบวนการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคือข้อใด
- บันทึกก่อนลงเวร
  - บันทึกก่อนการปฏิบัติการพยาบาล
  - บันทึกทันทีหลังปฏิบัติการพยาบาล
  - บันทึกก่อนหรือหลังการปฏิบัติงาน

12. หลักการใช้อักษรย่อในการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องคือข้อใด
- ใช้คำที่เป็นคำย่อสากล
  - ใช้กับคำที่ต้องบันทึกบ่อยๆ
  - ใช้แล้วทำให้เข้าใจความหมาย
  - ไม่ควรใช้ถ้ามีเวลาพอในการบันทึก
13. ความหมายของกระบวนการพยาบาล ข้อใดไม่ถูกต้อง
- เป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ
  - เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
  - การนำขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมาใช้ทุกขั้นตอน ไม่สามารถย้อนกลับได้
  - เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ใช้แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้
14. “ผู้ป่วยมาด้วยอาการหายใจหอบ ปีกจมูกบานริมฝีปากเขียว และซีม” แสดงถึงขั้นตอนใดของกระบวนการพยาบาล
- การประเมินผล
  - การวินิจฉัยปัญหา
  - การประเมินภาวะสุขภาพ
  - การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล
15. การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลอย่างไร
- เกิดกระบวนการแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและเชื่อถือได้
  - ช่วยให้การทำงานของทีมสุขภาพเป็นไปตามที่คาดหวังมีทิศทางชัดเจน
  - ทำให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายมีความถูกต้อง รวดเร็ว ไม่ผิดพลาด และใช้บทบาทอิสระได้อย่างเต็มที่
  - เป็นกระบวนการที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และการตัดสินใจเพื่อค้นหา วางแผน และแก้ไขปัญหา
16. ท่านรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็น Subjective data ได้ด้วยวิธีใด
- การสังเกต
  - การสัมภาษณ์ ...
  - ผลการตรวจต่างๆ
  - การตรวจร่างกายตามระบบ
17. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินสภาพของผู้รับบริการ
- ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย
  - ต้องมีทักษะในการแปรผลข้อมูล
  - ต้องมีความรู้ด้านการแพทย์เฉพาะทาง
  - ประเมินตั้งแต่แรกรับต่อนื่องจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
18. เมื่อปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลในเรื่องใด
- ระยะเวลาในการรักษา
  - ความคิดเห็นของสาขาวิชาชีพ
  - การแปรความหมายพฤติกรรมทางกายของผู้รับบริการ
  - การปฏิบัติพยาบาลที่เป็นองค์รวมและเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย

19. ความสำคัญของการบันทึกประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลคือข้อใด
- ก. ช่วยให้พยาบาลทราบว่าต้องมีการวินิจฉัยการพยาบาลใหม่หรือไม่
  - ข. ทำให้พยาบาลทราบว่าการปฏิบัติการพยาบาลบรรลุตามผลลัพธ์หรือไม่
  - ค. เป็นการแยกข้อมูลที่เป็นผลงานการพยาบาลออกจากการรักษาของแพทย์
  - ง. เป็นหลักฐานแสดงความสำคัญของการพยาบาลและเป็นเหตุผลของการใช้ทรัพยากรทางการพยาบาล
20. ข้อใดไม่ใช่โครงสร้างของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา
- ก. SOAPIE
  - ข. Focus Charting
  - ค. Narrative charting
  - ง. SOAPIE และ Focus Charting



แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ  
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ

.....

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอ  
เป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล  
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ ” แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) หน้าคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์  
จำนวนข้อย่อย 22 ข้อย่อย

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความ  
ความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง ทั้งนี้คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในด้านการ  
บันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดและ  
จะไม่มีผลใดๆต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

( นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์สร )

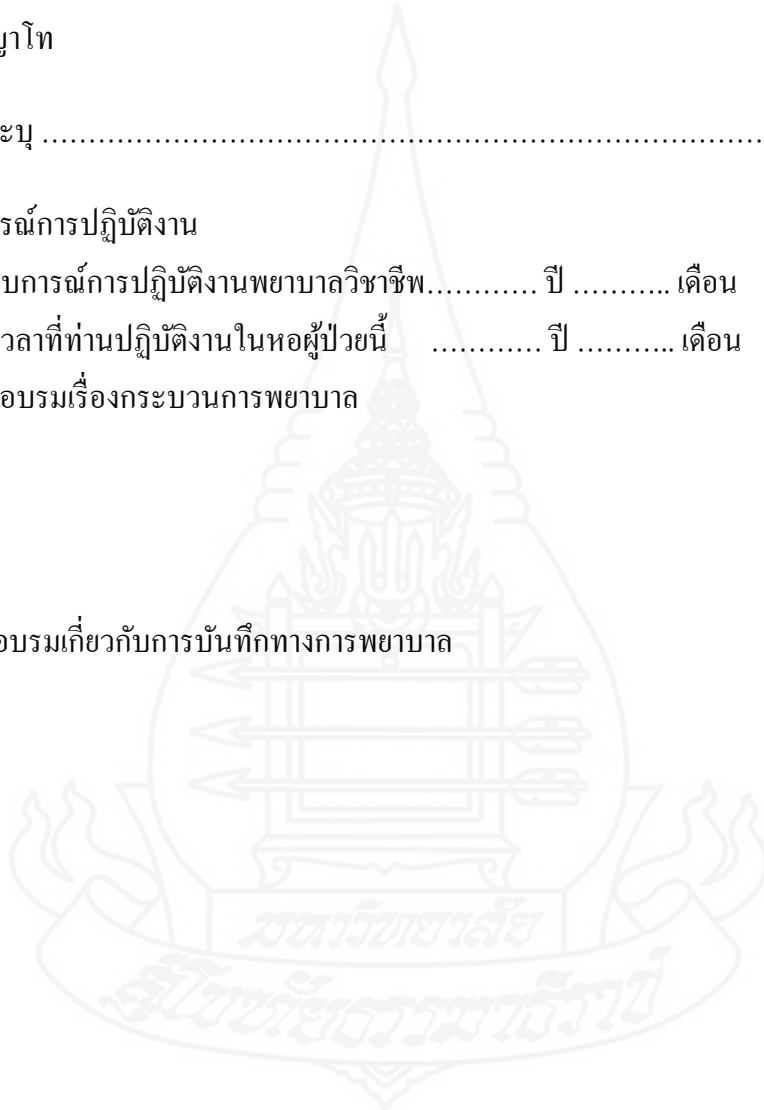
นักศึกษาปริญญาโท วิชาเอกบริหารการพยาบาล  
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้า ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ .....ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - ( )ปริญญาตรี
  - ( )ปริญญาโท
  - ( ) อื่นๆระบุ .....
3. ประสบการณ์การปฏิบัติงาน
  - 3.1 ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ..... ปี ..... เดือน
  - 3.2 ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ ..... ปี ..... เดือน
4. ได้รับการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาล
  - ( ) เคย
  - ( ) ไม่เคย
5. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล
  - ( ) เคย
  - ( ) ไม่เคย



**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีทั้งหมด จำนวน 22 ข้อย่อย ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) ที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาก

3 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อย

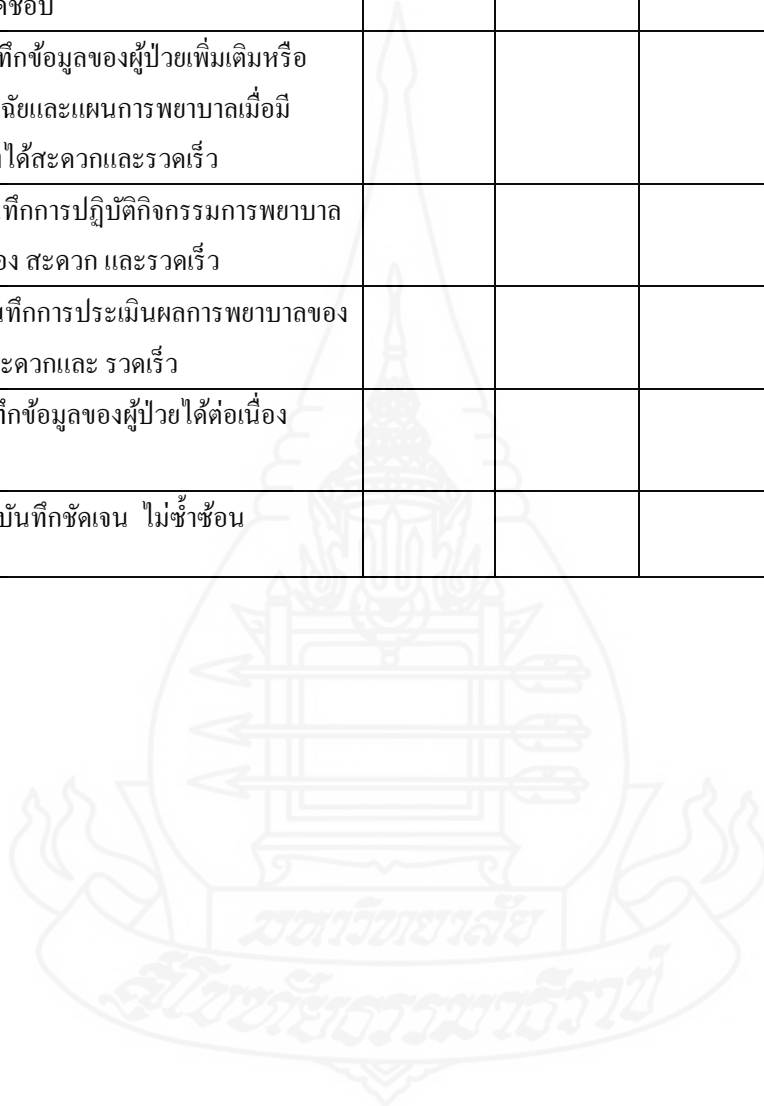
1 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
	5	4	3	2	1
1. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการของกระบวนการพยาบาลดังนี้					
1.1 สามารถบันทึกการประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย					
1.2 สามารถบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วย					
1.3 สามารถบันทึกแผนการพยาบาลของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล					
1.4 สามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยได้สอดคล้องทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล					
1.5 สามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง					
1.6 สามารถบันทึกการประเมินผลการพยาบาลของผู้ป่วยหลังจากให้การพยาบาลได้ครบถ้วน					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
	5	4	3	2	1
2. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยดังนี้					
2.1 สามารถใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลได้ดี					
2.2 สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆได้ดี					
2.3 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีรายละเอียดที่สำคัญและมีความชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาล					
3. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมายได้ดังนี้					
3.1 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถแสดงรายละเอียดที่ชัดเจนและครบถ้วนในสิ่งที่ตรวจสอบและสังเกตได้โดยไม่แปลความหมาย					
3.2 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแสดงให้เห็นสภาพปัญหาตามความเป็นจริงของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การพยาบาล					
3.3 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถบันทึกสถานการณ์ของผู้ป่วยตามลำดับก่อนและหลังเหตุการณ์					
3.4 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถบันทึกการพยาบาลได้ชัดเจนและครบถ้วน					
4. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแสดงถึงความ เป็นวิชาชีพทางการแพทย์พยาบาลดังนี้					
4.1 สามารถสะท้อนให้เห็นการใช้องค์ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล					
4.2 แสดงให้เห็นการนำองค์ความรู้มาปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตามกระบวนการพยาบาล					
4.3 สามารถใช้ในการตรวจสอบหรือประเมินคุณภาพการพยาบาลได้					

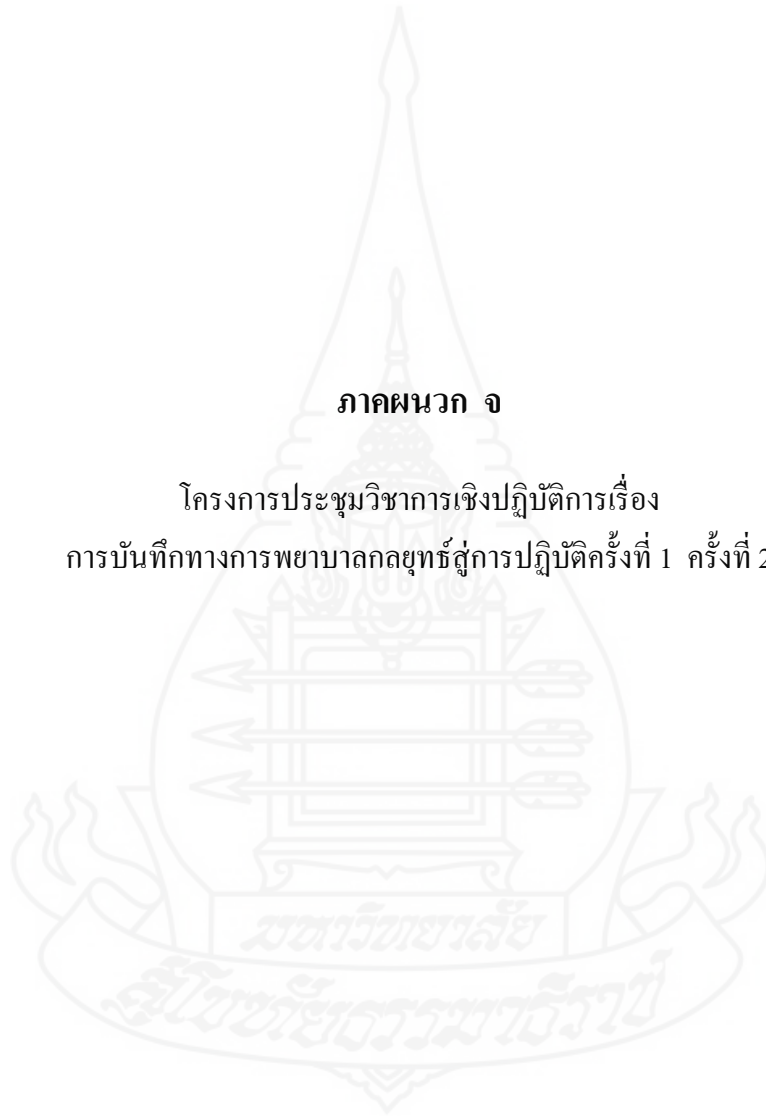


ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
	5	4	3	2	1
5. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณสมบัติดังนี้					
5.1 สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลได้ต่อเนื่องสะดวกและรวดเร็วสอดคล้องกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ					
5.2 สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาลเมื่อมีปัญหาเปลี่ยนแปลงได้สะดวกและรวดเร็ว					
5.3 สามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง สะดวก และรวดเร็ว					
5.4 สามารถบันทึกการประเมินผลการพยาบาลของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง สะดวกและ รวดเร็ว					
5.5 สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้ต่อเนื่องทุกเวร					
5.6 รูปแบบการบันทึกชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน					



**ภาคผนวก จ**

โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง  
การบันทึกทางการพยาบาลกลยุทธ์สู่การปฏิบัติครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2



**โครงการประชุมวิชาการ**  
**เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**  
**งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ**

**หลักการและเหตุผล**

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีจะสามารถใช้สื่อสารกันภายในทีมการพยาบาลเอง และทีมสุขภาพอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี และมองเห็นบทบาทงานของวิชาชีพการพยาบาลได้ การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จึงมีความสำคัญสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างยิ่ง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีจะต้องสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งการที่พยาบาลจะเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ดีจำเป็นต้องใช้ทักษะในด้านการเขียน ใช้สติปัญญา และเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทั้งด้านการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ นำมาประกอบในการประเมินปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ต้องมีการกำหนดแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานและประเภทของผู้ป่วย โดยต้องบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน สามารถตรวจสอบความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างสะดวก และรวดเร็ว ทั้งนี้จะต้องบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นบทบาทเอกลักษณ์ของความเป็นวิชาชีพการพยาบาลได้

ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลมักมีทักษะการปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลมากกว่าการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่ได้เขียนบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติหรือเขียนแต่ไม่ครอบคลุม จึงไม่สามารถสื่อสารการดูแลผู้ป่วยภายในทีมการพยาบาลเองหรือทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ ประเภทและรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นส่วนสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ส่งเสริมให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานสูงสุด จึงควรใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและมีแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีมาตรฐาน

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แล้วนำความรู้มาพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะและภาระงานในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำโครงการประชุมวิชาการเรื่อง “การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ” ขึ้น และให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ให้สามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้สื่อสารกันระหว่างทีมการพยาบาลและในสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งยังสามารถใช้อ้างอิง เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม สามารถเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับหอผู้ป่วยในได้ถูกต้อง

## เป้าหมายโครงการ

ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจากตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย จำนวน 12 คน

## ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ระดับความรู้การบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังประชุมเสริมความรู้

## ระยะเวลาดำเนินการ

2 วัน เดือน..... โดยดำเนินการ 2 ช่วงเวลา (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)

## สถานที่

ณ ห้องประชุมร่วมไทร โรงพยาบาลราชวิถี

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขึ้นเตรียมการ
  - 1.1 จัดทำโครงการเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อพิจารณาอนุมัติ
  - 1.2 ประสานงานเชิญผู้เข้าร่วมประชุม
  - 1.3 จัดเตรียมเอกสาร
  - 1.4 จัดเตรียมสถานที่ประชุม

## 2. ขึ้นดำเนินการ ดำเนินการจัดอบรม 2 ครั้งดังนี้คือ

ครั้งที่ 1 บรรยายเนื้อหา แนวคิดหลักการการบันทึกทางการพยาบาล แนวคิดกระบวนการพยาบาล ประเภทและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล จากนั้นประชุมกลุ่มพิจารณาเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทและภาระงานในหน่วยงาน

ครั้งที่ 2 เสริมความรู้และเสริมทักษะการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยหัวข้อการบรรยายเน้นการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล แนะนำและยกตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ แนะนำ

การใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ และให้ฝึกบันทึกทางการแพทย์ตามรูปแบบบันทึกทางการแพทย์รูปแบบใหม่ โดยใช้สถานการณ์จำลอง

### 3. ชั้นประเมินผล โดย

- 3.1 ใช้แบบประเมินความรู้การบันทึกทางการแพทย์ก่อนการอบรม (Pre-test)
- 3.2 ใช้แบบประเมินความรู้การบันทึกทางการแพทย์เมื่อสิ้นสุดการอบรม (Post-test)

#### งบประมาณ

1.	ค่าอาหารว่าง	20x25	บาทx 4 มื้อ	เป็นเงิน	2,000	บาท
2.	ค่าอาหารกลางวัน	20x80	บาทx2 มื้อ	เป็นเงิน	3,200	บาท
3.	ค่าเอกสารในการจัดประชุม			เป็นเงิน	500	บาท
	รวมจำนวนเงิน				5,700	บาท

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์
2. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการบันทึกทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน
3. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถพิจารณาเลือกรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของงานผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ลงชื่อ

ผู้เสนอโครงการ

(นางสาวศิริลักษณ์ อินทร์ศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ

ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางนภาพร จำปาพันธุ์)

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลราชินีไศล

ลงชื่อ

ผู้อนุมัติโครงการ

(นายสมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชินีไศล

**กำหนดการประชุมวิชาการ**  
**เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**  
**งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ**  
**ณ ห้องประชุมร่มไม้ไทร โรงพยาบาลราชวิถี**  
**ครั้งที่ 1 วันที่ .....**

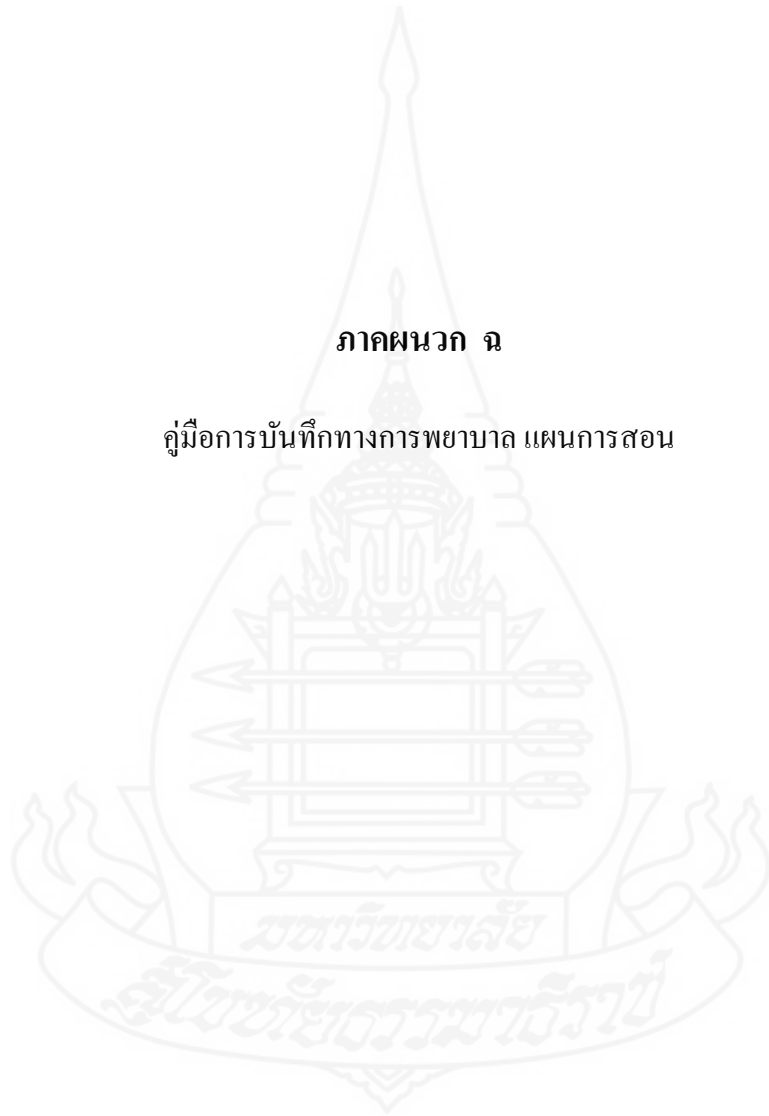
เวลา	08.00 - 08.30 น.	ลงทะเบียน
		ทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการอบรม
	08.30 - 09.00 น.	เปิดการประชุม โดยนายแพทย์สมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
	09.00 - 10.30 น.	แนวคิดและหลักการของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลความสำคัญ ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : บันทึกอย่างไรให้มีคุณภาพ โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี
	10.30 - 10.45 น.	รับประทานอาหารว่าง
	10.45 - 12.00 น.	แนวคิดและหลักการการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วย
	12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
	13.00 - 14.00 น.	สภาพการณ์และปัญหา - อุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลประเภทของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี
	14.30 - 15.30 น.	ประชุมกลุ่มร่วมกันพิจารณารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี
	15.30 - 16.00 น.	นำเสนอผลงานกลุ่ม” รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ พิจารณา” โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี
	16.00 น.	อภิปราย / ซักถาม / ปิดการประชุม

**กำหนดการประชุมวิชาการ**  
**เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**  
**งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ**  
**ณ ห้องประชุมร่มไม้ทร โรงพยาบาลราชวิถี**  
**ครั้งที่ 2 วันที่ .....**

เวลา	08.00 - 08.30 น.	ลงทะเบียน
	08.30 - 09.00 น.	เปิดการประชุมโดยนายแพทย์สมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี
	09.00 - 09.20 น.	แนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่ โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์สร
	09.20 - 09.35 น.	รับประทานอาหารว่าง
	09.35 - 10.40 น.	การใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการ พยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่ โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์สร
	10.40 - 12.00 น.	ฝึกเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลรูปแบบใหม่จากสถานการณ์จำลอง โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์สร
	12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
	13.00 - 14.45 น.	ฝึกเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลรูปแบบใหม่จากสถานการณ์จำลอง โดยนางสาวสิริลักษณ์ อินทร์สร(ต่อ)
	14.45 - 15.00 น.	รับประทานอาหารว่าง
	15.00 - 15.30 น.	นำเสนอผลงานกลุ่ม
	15.30 - 16.00 น.	ทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการอบรมอภิ ปราย/ซักถาม/ปิดการประชุม

ภาคผนวก จ

คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล แผนการสอน





# คู่มือ

## การบันทึกทางการพยาบาล



งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล  
โรงพยาบาลราชภัฏ จังหวัดศรีสะเกษ

แผนการสอน

เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

จัดทำโดย

นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี

งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชภัฏไสธล จังหวัดศรีสะเกษ

แผนการสอนเรื่อง การบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ

ครั้งที่ 1 วันที่ .....

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน/การประเมินผล
09.00-09.10น.	บทนำเข้าสู่บทเรียน	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมอธิบายแนวคิดของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้	<p>ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทำให้ความต้องการการดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปประกอบกับกฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 กำหนดให้ผู้รับบริการสุขภาพมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะเลือกรับบริการและได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เพียงพอจากผู้ให้บริการ รวมทั้งมีสิทธิตรวจสอบหลักฐานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพยาบาลได้ ทุกโรงพยาบาลจึงตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อเข้ารับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในปัจจุบัน</p> <p>การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหลักประกันของคุณภาพการพยาบาลอย่างหนึ่ง เพราะหากไม่มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก็เปรียบเสมือนไม่มีการปฏิบัติ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงถือเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับพยาบาล เป็นสิ่งที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล กล่าวคือถ้ามีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง จะประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี นอกจากนี้ยังสามารถใช้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าสำหรับงานวิจัย เพื่อพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลตลอดจนใช้ เป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีปฏิบัติการพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลรวมถึงใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้</p>	วิธีการสอน บรรยาย สื่อการสอน Power point การประเมินผล สังเกต สอบถาม
09.10-09.20น.	ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมบอกความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้	<p><b>การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล</b> หมายถึงการเขียนข้อมูลการพยาบาล( nursing activities )หรือกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่พยาบาลบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ไว้เป็นหลักฐานหลังให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยบันทึกภาวะสุขภาพ ผลการประเมินอาการ ปัญหาของผู้รับบริการ กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลทั้งการรักษา ป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลและแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ</p> <p>การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของระบบเอกสารในโรงพยาบาลสามารถกำหนดระบบการบันทึกได้เองตามความต้องการของสถาบันและองค์กรที่ควบคุม โดยมีการติดตามอย่างเป็นระบบ และปรับปรุงให้เข้ากับบริบทขององค์กรอย่างต่อเนื่อง</p>	วิธีการสอน บรรยาย สื่อการสอน Power point การประเมินผล สังเกต สอบถาม แบบทดสอบ

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
09.15-09.25	วัตถุประสงค์ ของการบันทึก ทางการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม บอกวัตถุประสงค์ ของการบันทึก ทางการพยาบาล	<b>วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาลได้แก่</b> -เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการสื่อสาร ในทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการให้ มีความรู้ ความเข้าใจในตัว ผู้รับบริการอย่างชัดเจนครบถ้วนเหมือนกันซึ่งจะก่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างถูกต้องต่อเนื่อง -เพื่อแสดงให้เห็นถึงแบบแผนการตอบสนองและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ -เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมิน การวิจัย และการพัฒนาคุณภาพ -เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง -เพื่อเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้ -เพื่อเป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหาผู้รับบริการและการปฏิบัติการพยาบาล - เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ารักษา -เพื่อใช้เป็นเอกสารทางกฎหมาย	วิธีการสอน บรรยาย อภิปราย สื่อการสอน Power point การประเมินผล สังเกต สอบถาม แบบทดสอบ
09.20-09.30น.	ความสำคัญ ของการบันทึก ทางการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม อธิบายความสำคัญ ของของการบันทึก ทางการพยาบาล ได้	<b>ความสำคัญของของการบันทึกทางการพยาบาลคือ</b> ข้อมูลที่บันทึกนำมาใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับภาวะและความก้าวหน้าในอาการผู้รับบริการระหว่าง บุคลากร ในทีมสุขภาพ ข้อมูลที่บันทึกสามารถนำมารวบรวม เปรียบเทียบและประเมินความต้องการการดูแล ของผู้รับบริการ -ช่วยในการวางแผนการพยาบาลและให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้รับบริการได้รับการ ดูแลที่ปลอดภัยช่วยในการแยกแยะบทบาทของพยาบาลจากวิชาชีพอื่น -ใช้เป็นเกณฑ์ในการจำแนกผู้รับบริการ -ให้ข้อมูลแก่ฝ่ายบริหารเพื่อการวางแผน -นำมาใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้รับบริการและเป็นหลักฐานในการ รับรองคุณภาพบริการพยาบาลและ โรงพยาบาล -ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย -เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาและวิจัย <b>ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลมีดังนี้คือ</b> <b>1. ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ</b> คือทำให้ทราบความก้าวหน้าอาการ การตอบสนองและการรักษาพยาบาลที่ ผู้ให้บริการได้รับอย่างถูกต้องครบถ้วน จึงได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพที่ต่อเนื่อง ลดความ	วิธีการสอน บรรยาย อภิปราย สื่อการสอน Power point การประเมินผล สังเกต สอบถาม แบบทดสอบ

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
09.30-09.50 น.	ประโยชน์ของการบันทึก ทางการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม สามารถอธิบาย ประโยชน์ ของการบันทึก ทางการพยาบาลได้	<p>ซ้ำซ้อน และลดความผิดพลาด จำนวนวันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตของผู้ใช้บริการ ลดลงและยังใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้</p> <p><b>2. ประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพ</b> คือ ได้รับทราบข้อมูลตรงกันทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและปัญหาของผู้ใช้บริการ การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับรวมทั้งการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล จึงเกิดการประสานงาน ร่วมมือกันในระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพทุกฝ่ายในการดูแล ผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>3. ประโยชน์ต่อพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลคือ</b></p> <p><b>3.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล</b> คือได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ และผลที่ประเมินได้ของพยาบาลผู้ทำการบันทึก เพื่อช่วยให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังสื่อสารให้พยาบาลรับทราบข้อควรระวังต่างๆ จึงเพิ่มความรอบคอบ และความระมัดระวังในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผลให้ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลรวมทั้งครอบครัวพึงพอใจต่อพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ผลที่ตามมาคือพยาบาลได้รับแรงสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>3.2 ด้านการบริหารการพยาบาล</b> คือผู้บริหารการพยาบาลสามารถใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นข้อมูลในการจัดอัตราค่าจ้าง จัดสรรทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนและคำนวณค่าตอบแทน ฯลฯ รวมทั้งการสร้างนโยบายให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น</p> <p><b>3.3 ด้านการศึกษาทางการพยาบาล</b> คือสามารถใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นแหล่งในการค้นคว้า และการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาการศึกษาทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>3.4 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล</b> คือสามารถใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นแหล่งในการทำวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยอาจสามารถกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาการวิจัย รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่อเนื่องได้</p> <p><b>4. ด้านการประกันคุณภาพและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล</b> พยาบาลสามารถใช้การบันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของพยาบาล รวมทั้งการเปรียบเทียบกับสถาบันหรือ</p>	<p>วิธีการสอน</p> <p>บรรยาย</p> <p>อภิปราย</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p> <p>แบบทดสอบ</p>

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
09.50-10.10	หลักการของ การบันทึก ทางการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม บอกหลัก ของการบันทึก ทางการพยาบาลได้	<p>โรงพยาบาลที่มีมาตรฐานทั้งในและนอกประเทศ เพื่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลต่อไป</p> <p><b>หลักการการบันทึกทางการพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้คือ</b></p> <p>การบันทึกในเวลาที่ต้องคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-เขียนวัน เวลา ที่บันทึกให้ชัดเจน</li> <li>-เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์</li> <li>-บันทึกทันทีหลังเหตุการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ</li> <li>-ควรบันทึกให้เรียบร้อยก่อนไปทำงานอื่น ๆ เพื่อป้องกันการหลงลืมและทำให้ผู้ร่วมทีมสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ทันที</li> <li>- ไม่บันทึกก่อนปฏิบัติจริง เพราะไม่ทราบว่าเมื่อไรจะมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์</li> <li>- บันทึกโดยมีการใช้ภาษาและวิธีการที่ถูกต้อง ชัดเจน ดังนี้</li> <li>-ใช้คำพูดที่ชัดเจนมีน้ำหนัก ไม่ควรพูดว่า “ปกติดี” “เพียงพอ” ควรใช้คำพูดที่บอกรายละเอียด เป็นตัวเลขที่ชัดเจน</li> <li>-ไม่ใช้คำที่เป็นการตัดสินหลังคำปฏิเสธ ควรเป็นการบรรยายถึงสิ่งที่มองเห็น ให้เห็นสภาพผู้รับบริการในขณะนั้น</li> <li>-ใช้คำกะทัดรัดได้ใจความ ตัดข้อความที่ไม่สำคัญออกไป</li> <li>-ใช้สัญลักษณ์ คำย่อที่เป็นสากลและเชื่อว่าคำย่อที่คนในทีมสุขภาพสามารถทำความเข้าใจได้ชัดเจน</li> <li>-ใช้ไวยากรณ์ต่างๆ ให้ถูกต้อง ไม่ใช้ภาษาพูดถ้าเขียนผิด ชีดเส้นผ่าน 1 เส้น แต่ยังไม่มองเห็นข้อความเดิมเขียนคำถูกเหนือคำผิดนั้น ไม่ควรเขียนแทรก ระหว่างคำ เพราะจะทำให้การบันทึกนั้นเชื่อถือได้น้อย</li> <li>-เขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน</li> <li>-เขียนด้วยหมึกสีดำ หรือน้ำเงิน</li> <li>-ก่อนจบเขียนเส้นจบให้เรียบร้อย อย่าปล่อยช่องว่าง เพราะจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นมาเขียนเพิ่มเติมได้ ซึ่งจะ มีผลในแง่กฎหมาย ผู้เซ็นกำกับต้องรับผิดชอบในข้อความนั้นเขียนชื่อและตำแหน่งผู้บันทึกให้ชัดเจน</li> </ul>	<p>วิธีการสอน</p> <p>บรรยาย</p> <p>อภิปราย</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p> <p>แบบทดสอบ</p>

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>0) ในแต่ละแผ่นของรายงานต้องเขียนชื่อ-สกุล ของผู้รับบริการให้เรียบร้อย</p> <p>1) ห้ามใช้เครื่องหมายละเอียดยความ (.. ..)</p> <p>บันทึกข้อมูลครบถ้วนชัดเจนเป็นความจริง และสิ่งที่บันทึกต้องมีความเหมาะสมเกี่ยวเนื่อง ไม่จำเป็นต้องบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยจะทำให้เสียเวลา และอาจเป็นการก้าวก่ายความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ เขียนบันทึกความก้าวหน้าที่เป็นจริง มีความจำเพาะ คือสิ่งที่ได้เห็น ได้ยินจริง ไม่ใช่ความคิดเห็น หรือการแปลความหมายของพยาบาล</p> <p>นอกจากนี้หลักการการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี(กองการพยาบาล , 2539:26) ควรมีลักษณะ 4 C ดังนี้คือ</p> <p>1) มีความถูกต้อง ( Correct ) หมายถึงการบันทึกที่มีความถูกต้องตามปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีข้อมูลชัดเจนและบันทึกตามวัน เวลาที่เกิดปัญหา 2) มีความครบถ้วน ( Complete )หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ และมีความต่อเนื่องของปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ระบุกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติและควรเขียนยึดหลักตามกระบวนการพยาบาล 3) มีความชัดเจน ( Clear ) หมายถึงบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร หรือตัวเลขที่ชัดเจน อ่านง่ายใช้ตัวย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และ4) ได้ใจความ (Concise)หมายถึงการบันทึกที่สั้น กระชับรัดกุม ไม่ใช่คำฟุ่มเฟือย อ่านแล้วได้ใจความ</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
09.55-10.30น.	กระบวนการ ของการ บันทึก ทางการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม อธิบายกระบวนการ ของการบันทึก ทางการพยาบาลได้	<p><b>กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล</b> หมายถึงขั้นตอนหรือวิธีการที่จะได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ และเป็น<b>ประโยชน์</b> โดยใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้</p> <p><b>ขั้นที่ 1 การรวบรวมข้อมูล</b></p> <p>ผู้รวบรวมข้อมูล ต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เกี่ยวกับการเกิดโรคการดำเนินการของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบและเกิดขึ้นได้</p> <p>ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับ เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดตามความต้องการของมาสโลว์ หรือโอเรียม มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้แนวคิดหรือทฤษฎีใด ก็จะประเมินผู้ป่วยตามแนวคิด ทฤษฎีนั้น เช่นถ้าเป็นแนวคิดของโอเรียม ก็จะต้องบันทึกเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น</p> <p>มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพและง่ายต่อการบันทึก เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติ การเลือกแบบฟอร์มบันทึกขึ้นอยู่กับหน่วยงานหรือสถาบันจะต้องตกลงกันเอง</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล</b> โดยผู้บันทึกพิจารณาข้อมูลที่ได้มาว่าจะบันทึกอย่างไรให้สั้น กระชับ ได้ใจความและสะดวกต่อการปฏิบัติ แนวทางในการวิเคราะห์สิ่งที่บันทึกมีดังนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเป็นจริงหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้บันทึกตามที่เห็นเช่น ถ้าพยาบาลเดินไปเห็นผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงในห้องพิเศษ เราจะไม่นับที่ผู้ป่วยตกเตียง แม้จะมีสภาพแวดล้อมพอให้เดาได้ว่าคงจะตกเตียงก็ตาม ให้บันทึกตามที่ตาเราเห็นคือ “พบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียง ในท่าคว่ำหน้าอยู่”และสภาพแวดล้อมเป็นอย่างไรในขณะนั้น ทั้งนี้การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้</li> <li>2. ข้อมูลที่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะใด เช่นเป็นปัญหาที่พยาบาลค้นพบ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็นเป็นการ พยาบาลที่ได้ทำไปแล้ว ลงบันทึกได้แต่ถ้าข้อมูลนั้นๆ ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือ ไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ไม่ต้องบันทึก</li> <li>3. การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใดให้พิจารณาตามความเหมาะสมหรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลา</li> </ol>	<p>วิธีการสอน</p> <p>บรรยาย</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p> <p>แบบทดสอบ</p>



เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p><b>ขั้นที่ 3</b> ดำเนินการบันทึกทางการแพทย์ โดยเขียนบันทึกอย่างถูกต้อง สมบูรณ์และชัดเจน อ่านง่าย กระชับ ได้ใจความ ความหมายถูกต้องด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำ ถ้าเขียนผิดให้ขีดคร่อมแล้วเขียนใหม่ ห้ามขูดลบแล้วลงชื่อกำกับทุกครั้ง โดยบันทึกตามหลักการของการบันทึกทางการแพทย์คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาล ถ้ายังไม่ได้บันทึกการให้การพยาบาลก็ให้บันทึกในใบงานไว้ก่อนเพื่อกันลืม</li> <li>2. ไม่ว่าจะบันทึกด้วยมือหรือใช้คอมพิวเตอร์บันทึก การดูแลต้องเป็นไปตามขั้นตอน ให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการดูแลต้องมีประสิทธิภาพ</li> <li>3. เมื่อบันทึกแล้วให้ทบทวนการสะท้อนการดูแลให้คิดโดยใช้คำถามว่า “ฉันลืมทำอะไรบางอย่างและจะทำอย่างไร เปรียบเทียบผู้ป่วยก่อนและหลังการบันทึกเป็นอย่างไร” วิธีนี้จะช่วยให้นึกถึงการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วบันทึกสิ่งที่สำคัญที่แน่ใจว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว</li> </ol> <p>บันทึกสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากมาตรฐานหรือที่ผิดปกติให้เน้นการบันทึกเรียงเหตุการณ์ตามลำดับเวลา ก่อน – หลัง โดยตอบคำถามต่อไปนี้ เกิดอะไรขึ้น เกิดเมื่อไหร่ เกิดอย่างไรและเกิดขึ้นที่ไหน</p> <p>บันทึกประเด็นปัญหาที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่ใช้ในการสื่อสารว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงในวันนี้</p> <p>บันทึกสิ่งที่เป็นจริง หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล ตัวอย่างที่คิดเช่น “ผู้ป่วยโกรธและก้าวร้าว” ที่ถูกคือ “ผู้ป่วยตะโกนว่า ออกไปให้ห่างฉัน” ห้ามใช้คำพูดคลุมเครือ ตัวอย่างที่คิดเช่น “มีสายระบายน้ำจากแผลหน้าท้องยาวพอประมาณ” ที่ถูกคือ “แผลหน้าท้องมีสายระบายน้ำสีชมพูยาว 6 เซนติเมตร”</p> <p>บันทึกข้อความสั้น กระชับ ไม่ต้องเขียนประโยคที่สมบูรณ์ อาจใช้คำคุณศัพท์ คำย่อที่เป็นที่ยอมรับ</p> <p>บันทึกชื่อ นามสกุลผู้บันทึกหลังรายการบันทึกที่จบแล้ว</p> <p>เมื่อลืมนักเรียนบางอย่าง ให้รีบบันทึกทันทีที่นึกได้ต่อทำรายการอื่น แล้วบอกเวลาที่เกิดขึ้นเมื่อไร ต่อด้วยคำว่าเพิ่มเติมภายหลัง ( late entry )</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน/การประเมินผล
10.30-10.40 น.	คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมอธิบายได้ว่าการบันทึกทางการพยาบาล บันทึกอย่างไรให้มีคุณภาพ	<p><b>ขั้นที่ 4 ประเมินผลการบันทึก</b> โดย ประเมินทุกครั้งว่า เขียนบันทึกตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ คือบอกถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลการตอบสนองจากผู้ป่วยและสิ่งที่สังเกตพบซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล</p> <p><b>แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ</b> ต้องปฏิบัติดังนี้</p> <p>บันทึกตามข้อเท็จจริง(factual basis)ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลที่ได้รับ ต้องเป็นตามความจริง เป็นสิ่งที่พยาบาลเห็น ได้ยิน สัมผัสได้และได้กลิ่นโดยไม่ต้องแปลความ</p> <p>บันทึกถูกต้องตามความเป็นจริง (accurate) และเชื่อถือได้ (reliable) โดยเฉพาะการบันทึกตัวเลขต่างๆ เช่น ให้บันทึกว่า ผู้ป่วยปีสภาวะสีเหลืองใสจำนวน 450 ซี.ซีแทนการบันทึกว่าผู้ป่วยปีสภาวะสีเหลืองใสปริมาณพอควร</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. บันทึกครบถ้วน มีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์ (complete detail)</li> <li>4. บันทึกสั้น กระชับได้ความหมายชัดเจน (brief and concise)</li> <li>5. ข้อมูลอันน้อยต้องสามารถบอกแหล่งที่มาและบริบทได้</li> <li>6. บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตรงตามเวลาและบันทึกทันทีหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแล้วเสร็จ (timely with current data)</li> <li>7. บันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและระบบ (logical organization data) เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและควรบันทึกตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น</li> <li>8. สิ่งที่บันทึกควรเป็นเรื่องปกปิด ( confidentiality)ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาไม่สามารถเข้าถึงบันทึกได้ ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นกรณี</li> <li>9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่าย ( legibility)เพื่อให้เข้าใจได้ตรงกัน</li> </ol>	<p>วิธีการสอน</p> <p>บรรยาย</p> <p>อภิปราย</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p> <p>แบบทดสอบ</p>
10.40-11.00น.	ประเภทของการบันทึกทางการพยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมบอกประเภทของการบันทึกทางการพยาบาลได้	<p><b>ประเภทของการบันทึกทางการพยาบาล</b> เป็นการบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาการปฏิบัติการพยาบาลและความก้าวหน้าของผู้ป่วย ความถี่ในการบันทึกขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงาน มาตรฐานการดูแลและการตัดสินใจของพยาบาล เอกสารเหล่านี้ได้แก่</p> <p><b>แบบบันทึกประวัติสุขภาพทางการพยาบาล ( nursing health history form )</b> เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยบันทึกแบบแผนสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทางกายและพฤติกรรมที่เสี่ยงเบนไปจากปกติ และแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>ผู้ป่วยปรับตัวได้ แบบฟอร์มอาจแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ข้อมูลในแบบบันทึกนี้ประกอบด้วย ประวัติของผู้ป่วย เช่น อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ อาชีพ เหตุผลของการใช้บริการ เช่น เป้าหมายของการดูแล ความคาดหวังที่มีต่อสถานให้บริการสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เช่นอันตราย ความปลอดภัย ประวัติจิตสังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลเกี่ยวกับระบบต่างๆของร่างกายและแบบแผนสุขภาพ(functional health patterns)</p> <p><b>แบบบันทึกแผนการพยาบาล (nursing care form)</b> เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล (objective of nursing care) เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลซึ่งแบบบันทึกนี้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย อาจจะพัฒนาแผนการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเป็น “แผนการพยาบาลมาตรฐาน (standardize care plans)” เพื่อลดเวลาในการบันทึกแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลมาตรฐานนี้ สร้างขึ้นโดยยึดปรัชญาทางการพยาบาล (philosophy of nursing) เป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน โดยพยาบาลจะประเมินปัญหาแล้วแยกแยะว่ากิจกรรมการพยาบาลใด ซึ่งกำหนดอยู่ในแผนการพยาบาลมาตรฐานที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แผนการพยาบาลนี้จะเก็บไว้ในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย (patient chart)</p> <p><b>3 แผ่นกราฟ (graphic sheet)</b> เป็นแบบบันทึกย่อยที่อยู่ในรายงานของผู้ป่วย มีตารางและช่องสำหรับบันทึก สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ เป็นต้น</p> <p><b>4. แบบบันทึกย่อย (flow sheet form)</b> เป็นแบบบันทึกที่ต้องการรายละเอียดเฉพาะอย่าง เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค และติดตามผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบางราย เช่น แบบบันทึกการให้ยา (medical record form) แบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย (intake output form) แบบบันทึกการตรวจน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (diabetic chart form) แบบบันทึกอาการแสดงทางระบบประสาท (neurological record form) แบบบันทึกสัญญาณชีพตามเวลา แบบบันทึกการติดตามอาการของผู้ป่วยที่มี ภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น</p> <p><b>5. แบบบันทึกการให้ยา (medication record form)</b> เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่อยู่ในแฟ้มบันทึกย่อยหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย สำหรับให้พยาบาลผู้ให้ยาเซ็นชื่อตามเวลาที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็น</p>	<p>วิธีการสอน</p> <p>บรรยาย</p> <p>อภิปราย</p> <p>ยกตัวอย่าง</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p> <p>แบบทดสอบ</p>

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>หลักฐานแสดงว่า ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ป้องกันการละลายหรือการให้ยาซ้ำ และเป็นข้อมูลประกอบการรักษาพยาบาล บางครั้งพยาบาลอาจใช้แบบบันทึกการให้ยาทั้งที่เป็นยาที่ให้ต่อเนื่อง (continuous medication) และยาที่ให้ภายใน 24 ชั่วโมงหรือหนึ่งวัน (one day medication) บางแห่งอาจแยกบันทึกการให้ยา 2 ประเภทออกจากกัน</p> <p><b>6. แบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย ( intake – output form )</b> เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่อยู่ในแฟ้มบันทึกย่อยหรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย สำหรับบันทึกรายละเอียดของปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ และขับออกใน 24 ชั่วโมง</p> <p><b>7. แบบบันทึกการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ (diabetic chart form)</b> เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งที่ใช้บันทึกผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อติดตามและให้ยาอินซูลินตามแผนการรักษา</p> <p><b>8. แบบบันทึกทางระบบประสาท ( neurological record form )</b> เป็นแบบบันทึกย่อยประเภทหนึ่งใช้บันทึกรายละเอียดของอาการ อาการแสดงทางระบบประสาทของผู้ป่วย เพื่อใช้วางแผนการรักษาพยาบาลและติดตาม อาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>9. แบบบันทึกการพยาบาล ( nurse’ s note form )</b> เป็นแบบบันทึกที่อาจอยู่ในแฟ้มบันทึกย่อย หรือในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย จะบันทึกเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา การให้การพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล รวมถึงการตรวจเยี่ยมของทีมสุขภาพ การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาล แบ่งตามระยะการรักษาดังนี้</p> <p><b>9.1 ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล</b> จะบันทึกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย รวมถึงการกระทำของแพทย์ และการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยของสมาชิกในทีมสุขภาพ สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง มักจะนิยมการบันทึกเพื่อสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล (nursing process) นั่นคือจะอยู่ในรูปแบบของ “ DAE” (data – action – evaluation) Data (D) หมายถึงข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย Action (A) หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและEvaluation (E)</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>หมายถึงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึกการพยาบาลเช่น มีไข้ T = 39 ° C (D)ให้ยาลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำ 1 แก้วและให้พักผ่อนบนเตียง( A )หลังจากนั้น 30 นาที ไข้ลดเหลือ T=38.5 °C ( E )</p> <p><b>9.2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล</b> พยาบาลจะต้องบันทึกสรุปการจำหน่าย ( discharge summary ) ซึ่งเป็นการบันทึกเพื่อสรุปโดยย่อว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยปัญหาอะไร ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างไร ภาวะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังออกจากโรงพยาบาล ( เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด ) และการมาตรวจตามแพทย์นัด แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยอาจจัดทำขึ้นเฉพาะก็ได้</p>	
11.00-12.00น.	รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมอธิบายรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลได้	<p><b>รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล</b> แบ่งรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่างๆ ได้ดังนี้</p> <p>1. <b>รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย ( narrative charting )</b> เป็นรูปแบบการบันทึกที่เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรต่างๆของแต่ละวันตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นจริง</p> <p><b>ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย</b> ได้แก่เป็นรูปแบบการบันทึกที่ยืดหยุ่น เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยการบันทึกแสดงถึงความเข้มแข็งของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย เป็นการเสนอรายละเอียดในเวรต่างๆของแต่ละวัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละเวรได้ ใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย</p> <p>ใช้แบบฟอร์มธรรมดา เหมาะแก่การฝึกพยาบาลใหม่ ให้บันทึกได้รวดเร็ว</p> <p><b>ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย</b> ได้แก่</p> <p>ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่าข้อมูลต่างๆสัมพันธ์กันอย่างไร เพราะเป็นแบบการบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่เรียงเรียงข้อมูลเป็นการยากในการติดตามปัญหาและวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากแบบการบันทึกนี้เป็นการบันทึกที่ไม่มีแนวทาง พยาบาลจะบันทึกไปเรื่อยๆ บันทึกทุกอย่าง ทำให้ข้อความยาวและ บางครั้งก็บันทึกซ้ำไม่ได้สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล</p>	<p>วิธีการสอน บรรยาย ยกตัวอย่าง สื่อการสอน Power point การประเมินผล สังเกต สอบถาม แบบทดสอบ</p>

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>2. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (problem – oriented medical record : POMR)</p> <p>เป็นรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหา เน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก ช่วยสื่อสารระหว่างทีมดูแล เป็นรูปแบบที่เดิมพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ต่อมาพัฒนาขึ้นโดยพยาบาล ใช้ได้ผลในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างคล้ายกับกระบวนการพยาบาล เขียนได้ 2 รูปแบบคือ</p> <p><b>รูปแบบที่ 1</b> ประกอบด้วย SOAP ดังนี้คือ</p> <p>S = ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย ( Subjective data )</p> <p>O = ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของพยาบาลหรือการตรวจร่างกายของผู้ป่วย ( objective data )</p> <p>A = การประเมินปัญหาของผู้ป่วย ( Assessment data )</p> <p>P = การวางแผนแก้ไขปัญหา ( plan )</p> <p><b>รูปแบบที่ 2</b> SOAPIE ดังนี้คือ</p> <p>S = Subjective data คือข้อมูลอัตนัย เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกเล่ากับพยาบาล</p> <p>O = Objective data คือข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้</p> <p>A = Assessment data คือสิ่งที่พยาบาลคิด วิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้</p> <p>P = Plan คือการวางแผนการพยาบาลหรือการวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>I = Intervention คือการปฏิบัติการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย</p> <p>E = Evaluation คือการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>3. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา มีส่วนประกอบดังนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ฐานข้อมูล ( data base ) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ทั้งเหตุผลที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ได้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหา</li> <li>2. ข้อปัญหา ( problem list ) หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานแล้ว ก็จะกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วยสามารถเขียนปัญหาในรูปอาการ อาการแสดงหรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ตามวันที่ค้นพบปัญหานั้นๆ</li> </ol>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>3. แผนการพยาบาล (initial plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหา ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาลและแผนการสอน</p> <p>4. บันทึกความก้าวหน้า (progress note) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเขียนในรูปของ SOAP ( IE)</p> <p>5. การสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูล ในการส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานดูแลต่อเมื่อที่บ้าน</p> <p><b>ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาคือ</b> เป็นรูปแบบการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะซึ่งผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพได้ดี การบันทึกที่แสดงถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแลและความก้าวหน้าของผู้ป่วย สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก ใช้เป็นแนวทางบันทึกที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้ป่วย</p> <p><b>ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาคือ</b> การบันทึกรูปแบบนี้ บางครั้งยากที่จะตัดสินใจว่าข้อมูลนี้ควรอยู่ภายใต้หัวข้อใดหรือการกำหนดลำดับความสำคัญของข้อปัญหา</p> <p>การประเมินสภาพผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลปรับใช้กับปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหา การบันทึกแบบฟอร์ม SOAPIE ทำให้ต้องใช้เวลาในการบันทึกมากและเกิดการบันทึกซ้ำซ้อน</p> <p><b>3. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE ( Problem intervention evaluation system)</b> เป็นรูปแบบบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยและมีกระบวนการบันทึกที่สะดวกขึ้น รูปแบบ PIE ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยส่วนของปัญหา (problem) การปฏิบัติการพยาบาล (intervention) และการประเมินผล (evaluation) มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (a patient assessment flow sheet) การบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวันในแบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note)</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p><b>ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE</b> คือ</p> <p>การบันทึกจะรวมถึงรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล</p> <p>บันทึกปัญหาที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>รูปแบบบันทึกที่ง่าย โดยรวมการบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบบันทึกเดียวกัน และใช้แบบบันทึกช่วยในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย</p> <p>มีการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติ การเขียนบันทึกและการประเมินผล</p> <p><b>ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE</b> คือ</p> <p>ทีมการพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างมากก่อนนำรูปแบบนี้ไปใช้</p> <p>ในการบันทึกรูปแบบนี้ต้องประเมินปัญหาแต่ละปัญหาของผู้ป่วยทุกแคว ซึ่งต้องบันทึกบ่อยโดยไม่จำเป็น ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกกับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง อยู่ในโรงพยาบาลนาน</p> <p><b>4. รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ( focus charting )</b></p> <p>เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ชี้เฉพาะ ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยหลังจากประเมินสภาพผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นอาการ หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง คือเป็นการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย ( data ) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ( action ) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล รวมทั้งผลของการรักษา ( response ) การบันทึกรูปแบบนี้คือ DAR ( data action response ) คือ</p> <p>D = data คือข้อมูลอัตนัย ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน focus</p> <p>A = action คือการปฏิบัติการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล</p> <p>R = response คือปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>ต่อมาได้พัฒนารูปแบบการบันทึกรูปแบบนี้เป็นรูปแบบต่างๆ ได้แก่ DAE ( data action evaluation ) AIE ( assessment intervention evaluation )</p>	



เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p><b>ข้อดีของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการ</b> คือ</p> <p>เป็นระบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีความยืดหยุ่นในการปรับให้เข้ากับระบบด้านคลินิก มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปของ DAR เป็นระบบบันทึกที่จับปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วยและใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นระบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ทางการแพทย์พยาบาลและสอดคล้องกับข้อกำหนดของ JCAHO เป็นการบันทึกที่ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล</p> <p><b>ข้อเสียของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการ</b> คือ</p> <p>พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างลึกซึ้งก่อนใช้รูปแบบ เป็นระบบที่มีการเช็คในแบบฟอร์มจำนวนมาก ซึ่งเป็นการยากที่จะวิเคราะห์ออกมาเป็นปัญหาของผู้ป่วย</p> <p><b>5. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (charting by exception)</b></p> <p>เป็นรูปแบบการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดเวลาที่ใช้นบันทึก โดยใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย และลดการบันทึกซ้ำซ้อน การบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อยได้แก่</p> <p>แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (nursing and medical order flow sheet)</p> <p>แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (graphic form)</p> <p>แบบฟอร์มการสอนผู้ป่วย (patient teaching record )</p> <p>แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (patient discharge note)</p> <p>แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note)</p> <p><b>ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE</b> คือ</p> <p>เป็นแบบบันทึกที่มีขนาดเล็ก ใช้บันทึกงานประจำตามแนวทางมาตรฐานการพยาบาล เป็นระบบการบันทึกที่ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก</p> <p>การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน</p> <p>มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่บันทึก</p> <p>แบบบันทึกย่อย (flow sheet) ทำให้สะดวกในการดูแล</p> <p>ช่วยลดเวลาในการบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p><b>ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE</b> คือ</p> <p>การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานต้องใช้เวลา ใช้เวลานานในการเรียนรู้และการยอมรับที่จะใช้รูปแบบนี้ได้ถูกต้องและมั่นคง</p> <p>การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผล การตอบสนองของผู้ป่วยอาจบันทึกโดยย่อพอเข้าใจใน แบบฟอร์มหลายแบบฟอร์มแทนที่จะรวมใช้แบบฟอร์มเดียว</p> <p><b>6. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ FACT ( flow sheet assessment concise timely )</b> เป็นรูปแบบที่ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบบันทึกการพยาบาล CBE การบันทึกแบบนี้จะหลีกเลี่ยง ข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น การบันทึกข้อมูลซ้ำๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยายามลดเวลาที่ใช้ใน การบันทึก</p> <p><b>ข้อดีของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ FACT</b> คือ</p> <p>การบันทึกในรูปแบบนี้ มีความสอดคล้องของภาษาและลักษณะของโครงสร้าง รายละเอียดของการบันทึก สามารถหาได้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึกคือ มีความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลน้อยลง</p> <p><b>ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ FACT</b> คือ</p> <p>การบันทึกในรูปแบบนี้ ต้องใช้เวลาในการพัฒนาและวิธีการให้เป็นมาตรฐาน การใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกนี้ ตรวจสอบได้ยาก</p> <p><b>7. รูปแบบการบันทึกแบบ CORE ( core charting )</b> รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบ CORE นี้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญ ที่สุดของการบันทึกในระบบนี้ โดยบันทึกความต้องการและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมง เมื่อ รับไว้รักษาในโรงพยาบาล รูปแบบบันทึกแบบ CORE ประกอบด้วย</p> <p>ฐานข้อมูล (data base) เป็นข้อมูลประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ แผนการพยาบาล ( care plan ) เป็นส่วนที่บันทึกแผนการพยาบาล</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>แบบบันทึกย่อย (flow sheet ) เป็นบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการวินิจฉัยและการสอนผู้ป่วย</p> <p>บันทึกความก้าวหน้า (progress note) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเขียนในรูปของ DAR (data , action , evaluation)</p> <p>การสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด</p> <p><b>ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบ CORE ได้แก่</b></p> <p>เป็นแบบบันทึกที่แสดงถึงกระบวนการพยาบาล</p> <p>มีระบบ DAR สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล</p> <p>เป็นระบบที่สั้น กระชับ</p> <p>เป็นระบบบันทึกที่เน้นการบันทึกด้านสังคม จิตใจ</p> <p><b>ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกแบบ CORE ได้แก่</b></p> <p>การบันทึกแบบนี้ พยาบาลจะต้องได้รับการแนะนำและฝึกฝนอย่างมาก ก่อนที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้</p> <p>การพัฒนาแบบฟอร์ม อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้ระยะเวลานาน</p> <p>แบบฟอร์ม DAR ไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว</p> <p><b>8. รูปแบบการบันทึกที่ใช้คอมพิวเตอร์ ( computerization system )</b></p> <p>การบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มีความสำคัญในการบันทึกและเพิ่มความถูกต้องแน่นอน ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิด เช่นรายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนบุคลากร</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p><b>ข้อดีของรูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์</b> ได้แก่</p> <p>เป็นบันทึกที่สามารถหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>สามารถสะสมข้อมูลของผู้ป่วยและช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ</p> <p>สามารถปรับข้อมูลของผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>เป็นระบบการบันทึกที่อ่านง่าย และสามารถส่งข้อความความต้องการของผู้ป่วย ให้ทีมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ</p> <p>ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินและการดูแลตามกระบวนการพยาบาล</p> <p><b>ข้อเสียของรูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์</b> ได้แก่</p> <p>ถ้าการใช้ไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ก็ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้</p> <p>มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่ใช้ ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์</p> <p>ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล่ม ข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถใช้ได้</p> <p><b>9. การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล ( charting by nursing process )</b></p> <p>การบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการบันทึกที่มีรูปแบบและสะท้อนถึงการ ใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ จนถึงการประเมินผลการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่ม ข้อมูลและมีการระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และผลของการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกต่างๆ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลมากขึ้น</p> <p><b>ข้อดีของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เนื่องจากการบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล จึงมีการบอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาผู้ป่วยชัดเจน ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลในแนวเดียวกันและมีความ ต่อเนื่องเพราะทีมการพยาบาลมองปัญหาผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน</li> <li>2. สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล จึงมองเห็นความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล และคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน เพราะการที่จะเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้</li> </ol>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>ต้องมีความรู้ทั้งศาสตร์สาขาการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการคิดวิเคราะห์ข้อมูล และมีการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>3. สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่าย เพราะมีการประเมินผลการพยาบาลชัดเจน ทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมกับสถานการณ์</p> <p><b>ข้อเสียการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล</b></p> <p>1. ไม่เหมาะสำหรับการบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการบันทึกจะซ้ำกันทุกเวรทุกวันเช่นผู้ป่วยอัมพาตที่ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังคงที่ เป็นต้น</p> <p>2. การบันทึกต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องมาก ต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึก การเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล อาจทำให้เสียเวลานานจนเกิดความท้อถอย หรือไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบการคิดวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ และเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา จึงเป็นอุปสรรคต่อพยาบาลผู้บันทึกที่ขาดความรู้ ทำให้พยาบาลบางส่วนมีทัศนคติที่ไม่ดีและไม่ยอมรับการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล อย่างไรก็ตามการบันทึกโดยวิธีนี้ น่าจะเป็นที่นิยมมากขึ้นถ้าพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลมากขึ้น และยังเป็นการแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลอีกด้วย</p> <p><b>10. การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway , care map charting)</b></p> <p>การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นการบันทึกที่ใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยแบบ case management ซึ่งเป็นการบันทึกแบบแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลและสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน</p> <p><b>ข้อดีของ การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย</b></p> <p>บันทึกได้สะดวก รวดเร็วและสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์ เนื่องจากมีแนวทางรักษามาตรฐาน (standard order) อยู่แล้ว</p> <p>ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจนในทีมสุขภาพ จึงเป็นการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>เกิดการประสานงานที่ระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม</p> <p>4. ทำให้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นระบบมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>5. สามารถใช้ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการ</p> <p><b>ข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย</b></p> <p>ไม่เหมาะสำหรับบันทึกในผู้ป่วยที่เป็นหลายโรค เนื่องจากแผนการดูแลรักษา จัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค และไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เพราะไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายและกลับบ้านตามที่กำหนดได้</p>	
13.00-13.05	แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมอธิบายกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลได้	<p><b>กระบวนการพยาบาล</b> เป็นเครื่องมือที่สำคัญทางวิทยาศาสตร์อย่างหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล มีหลักการแก้ปัญหาที่พยาบาลต้องอาศัยความคิด และทักษะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว กระบวนการพยาบาล เป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการที่จะช่วยให้พยาบาล สามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ กระบวนการพยาบาลจึงเป็นทั้งแก่นและสาระการปฏิบัติที่มีขั้นตอนเป็นระบบระเบียบไม่หยุดนิ่ง</p> <p>กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล</p>	<p>วิธีการสอน</p> <p>บรรยาย</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p>
13.05-13.15	ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมบอกความสำคัญของกระบวนการพยาบาลได้	<p><b>ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลคือ</b></p> <p>1. กระบวนการพยาบาลช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน การนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นระบบ มีขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยพยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์และจากแหล่งข้อมูลต่างๆของบุคคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องบนพื้นฐานของข้อมูลสุขภาพที่ประเมินได้จากผู้รับบริการนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ นอกจากนี้การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานยังช่วยให้พยาบาลทราบถึงเป้าหมายของการพยาบาลชัดเจน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมต่อเนื่องจนกว่าปัญหาของผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขหมดไป ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน</p>	<p>วิธีการสอน</p> <p>บรรยาย</p> <p>อภิปราย</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p> <p>แบบทดสอบ</p>

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>2. กระบวนการพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้พยาบาลได้ฝึกทักษะการใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์ มีการคิด วิเคราะห์ เพื่อแก้ปัญหาของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3. กระบวนการพยาบาลช่วยในการสื่อสารของทีมให้มีประสิทธิภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานทำให้ทีมการพยาบาลมีความเข้าใจตรงกันเพราะแผนการพยาบาลช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมให้มีแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติงานจึงลดความซ้ำซ้อนหรือข้อผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>4. กระบวนการพยาบาลช่วยให้การมอบหมายงานได้เหมาะสมกับสถานการณ์ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานจะช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมงานช่วยให้มีแนวทางในการมอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่ในทีมการพยาบาลเนื่องจากการวางแผนการพยาบาลไว้ล่วงหน้า ทำให้สามารถมอบหมายงานได้อย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย</p> <p>5. กระบวนการพยาบาลแสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทอิสระจึงส่งผลให้วิชาชีพการพยาบาลมีความเป็นเอกลักษณ์ชัดเจนยิ่งขึ้น</p> <p>6. กระบวนการพยาบาลส่งเสริมให้มีการพัฒนาวิชาชีพ การใช้กระบวนการพยาบาลมีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลมีการทำวิจัยมากขึ้น เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพและเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล</p>	
13.15-13.20	ลักษณะของกระบวนการพยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุมบอกลักษณะของกระบวนการพยาบาลได้	<p><b>ลักษณะของกระบวนการพยาบาล ได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีเป้าหมายแน่นอน</li> <li>2. เป็นระบบระเบียบ มีขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง</li> <li>3. มีความยืดหยุ่น 4. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล บุคคล ครอบครัว ชุมชน</li> <li>4. อยู่บนพื้นฐานทางทฤษฎี</li> </ol>	<p>วิธีการสอน - บรรยาย สื่อการสอน Power point การประเมินผล สังเกต</p>

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อ การสอน /การประเมินผล
13.20 - 14.20	ขั้นตอนของ กระบวนการ รพพยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้า ประชุม อธิบาย ขั้นตอนของ กระบวนการ รพพยาบาลได้	<p><b>กระบวนการพยาบาล</b> ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆที่เป็นวงจรต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์กัน 5 ขั้นตอนคือ</p> <p>การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล</p> <p><b>1. การประเมินสภาพ (Assessment)</b></p> <p>เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่มีความสำคัญที่สุด เพราะการประเมินสภาพจะเป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อกำหนดเป็นปัญหาของผู้ป่วย วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ขั้นตอนนี้จะประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน(อารี ชิวเกษมสุข 2551:6 – 7)คือ</p> <p>1. <b>การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)</b> พยาบาลจะเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และตลอดระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีเช่น การสังเกต การสัมภาษณ์หรือซักประวัติ ตรวจร่างกายโดยการดู คลำ เคาะ ฟังหรือรวบรวมจากบันทึกและรายงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ เช่นบันทึกต่างๆของพยาบาล บันทึกของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษเป็นต้น การเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลต้องอาศัยความรู้พื้นฐานต่างๆ เช่นความรู้ทางการแพทย์ กายวิภาคศาสตร์ ทฤษฎีความต้องการมนุษย์ ความรู้ด้านวัฒนธรรมฯลฯ และต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย <b>ซึ่งการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย สามารถรวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การตรวจร่างกายของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย ทีมสุขภาพและจากการตรวจพิเศษหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่นผลการตรวจเลือดเป็นต้น</b></p> <p>2. <b>การตรวจสอบข้อมูล (validating the data)</b> พยาบาลควรตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้ว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับข้อมูลที่ได้อีกจากการตรวจร่างกาย</p>	วิธีการสอน บรรยาย อภิปราย  สื่อการสอน Power point การประเมินผล สังเกต สอบถาม แบบทดสอบ



เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>3. <b>การจัดกลุ่มข้อมูล</b> (organizing or clustering the data) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้และได้ผ่านการตรวจสอบแล้วมาแยกเป็นกลุ่มๆ โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์เอาไว้ด้วยกัน หากมีการรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้ป่วย (assessment form) ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดๆ เช่นตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (functional health patterns) ก็จะช่วยให้การจัดกลุ่มข้อมูลง่ายมากขึ้น</p> <p>4. <b>การบันทึกข้อมูล</b> (recording the data) ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลตรวจสอบและจัดกลุ่มข้อมูลพยาบาลจะบันทึกข้อมูลในแบบประเมินผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้</p> <p>1. การประเมินสภาพขั้นต้น (initial assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยช่วงแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลในแบบประเมินสภาพระยะแรก (initial assessment form) หลังจากนั้นพยาบาลจะนำไปวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลต่อไป</p> <p>2. ประเมินสภาพต่อเนื่อง (ongoing assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยในระยะต่อจากการประเมินสภาพในระยะแรก เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อยืนยันและเพิ่มเติมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต่อจากการประเมินสภาพขั้นต้น เป็นการตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>3. ประเมินสภาพซ้ำ (reassessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยซ้ำในช่วงการประเมินผลการพยาบาล เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินสภาพซ้ำ จะนำไปสู่การประเมินสภาพผู้ป่วยใหม่ การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลใหม่</p> <p>2. <b>การวินิจฉัยทางการพยาบาล</b> (Nursing Diagnosis) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการกำหนดข้อมูลสนับสนุน</p> <p>2.1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล คือการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและเมื่อนำไปปฏิบัติกับผู้รับบริการแล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พยาบาลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ คุณลักษณะที่สำคัญของการวินิจฉัยการพยาบาลมีดังนี้คือ</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>ก. เป็นการกำหนดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน</p> <p>ข. เป็นการกำหนดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพดีในกรณีที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยซึ่งพยาบาลมีบทบาท ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพดีนั้นให้นานที่สุด</p> <p>การวินิจฉัยทางการแพทย์ เกิดจากการตัดสินใจของพยาบาลโดยอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตาม ขอบเขตที่กฎหมายกำหนด ครอบคลุมบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Holism) ใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพทั้ง 4 บทบาทคือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาและกรณีฟื้นฟูสภาพร่างกาย</p> <p>2.2 รูปแบบของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การกำหนดภาวะสุขภาพหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลของผู้รับบริการ เขียนได้ 4 รูปแบบดังนี้</p> <p>(1) ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพดี (Wellness) เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงภาวะสุขภาพ ดี มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลสามารถคงสภาวะสุขภาพที่ดีนั้นต่อไปหรือให้บุคคลมีศักยภาพในการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น</p> <p>(2) ข้อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่อาจเกิดขึ้น (Possible or Potential problem) เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงการมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคต โดยมีข้อมูล สนับสนุนเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk) หรือมีข้อมูลบ่งชี้ว่าอาจเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้ในเวลาต่อมา การกำหนดข้อ วินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถหาทางป้องกันปัญหานั้นๆ ได้</p> <p>(3) ข้อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual problem) เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ แสดงถึงการมีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ การระบุว่ามิปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว จะต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนเช่นมีอาการและอาการแสดง หรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเป็นต้น</p>	

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p>(4) ข้อวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Collaborative problem) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแตกต่างจากข้อวินิจฉัยการพยาบาลคือข้อวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลสามารถให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้โดยอิสระแต่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เป็นปัญหาที่พยาบาลรับผิดชอบร่วมกับการรักษาของแพทย์ พยาบาลไม่สามารถให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้โดยลำพัง การกำหนดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจึงมีลักษณะเป็นภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นทางด้านร่างกายที่พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง โดยที่พยาบาลมีบทบาทในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยด้วยวิธีสังเกต การตรวจวัดและการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้สามารถประเมินปัญหาหรือประเมินอาการผู้ป่วยได้โดยเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทีในการลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจึงเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างบทบาทที่อิสระและไม่อิสระของพยาบาล</p> <p>2.3 ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล อาจมีส่วนประกอบเป็น 2 หรือ 3 ส่วน ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 เป็นส่วนแรกของข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย</p> <p>ส่วนที่ 2 เป็นส่วนหลังของข้อความที่บอกถึงสาเหตุหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพเพื่อบอกว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร</p> <p>ส่วนที่ 3 เป็นข้อความที่ขยายส่วนที่สองให้เห็นปัญหาชัดเจนยิ่งขึ้น</p> <p>2.4 หลักการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เขียนได้หลายแบบคือเขียนข้อความครบถ้วนทั้งส่วนแรกและส่วนหลัง เขียนข้อความเฉพาะส่วนแรกในกรณีปัญหาสุขภาพมีความชัดเจนอยู่แล้วโดยไม่ต้องกล่าวถึงปัญหาสุขภาพ</p> <p>2.5 วิธีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรเขียนให้ครอบคลุมองค์รวม</li> <li>- คำที่ใช้เขียนอาจใช้คำได้หลากหลาย เช่น ขาด เกิน พร่อง ลดลง ไม่เหมาะสม</li> <li>- ควรใช้ข้อความที่ชัดเจน เข้าใจง่าย</li> <li>- ไม่นำกิจกรรมการพยาบาล คำสั่งการรักษามาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล</li> <li>- ไม่ควรเขียนการวินิจฉัยโรคเป็นการวินิจฉัยการพยาบาล</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลรวมกันหลายๆปัญหาไว้ในข้อความเดียวกัน</li> <li>- ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลสลับข้อความกัน เช่นเอาส่วนของปัญหาไปเขียนไว้ส่วนหลัง</li> </ul>	
เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน/การประเมินผล
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีข้อความส่วนแรกและส่วนหลังมีความหมายเหมือนกัน และควรเขียนอยู่ภายในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล</li> <li>- ไม่ใช้มาตรฐานของพยาบาลมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล</li> <li>- ไม่เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นการละเมิดสิทธิ์หรือเป็นการว่ากล่าวผู้ป่วย และเสี่ยงต่อการผิดกฎหมาย</li> </ul> <p>2.6 การกำหนดข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ความหมายของข้อมูลสนับสนุน เป็นข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องและผ่านการวิเคราะห์จัดกลุ่มข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลอัตนัย (subjective data) ที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ และข้อมูลปรนัย (subjective data) ที่ได้จากการสังเกต ตรวจวัดของพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนจะเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ ดังนั้นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นปัญหาสุขภาพ ต้องมีการกำหนดข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากการประเมินผู้รับบริการไม่ใช่กำหนดตามความคิดเห็น คาดเดาของพยาบาล</p> <p>2. ข้อควรระวังในการกำหนดข้อมูลสนับสนุน ข้อมูลสนับสนุน ต้องมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีข้อมูลเพียงพอที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจริงและต้องไม่นำกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาของแพทย์มาเป็นข้อมูลสนับสนุน</p> <p><b>3. การวางแผนการพยาบาล</b></p> <p>เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติกรพยาบาลตามการประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์การพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล การพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังและการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล พิจารณาตามความรุนแรงหรือความสำคัญของปัญหา ถ้าเป็นปัญหาที่เร่งด่วน รุนแรงต้องให้การช่วยเหลือทันทีให้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก และปัญหาที่มีความเร่งด่วนน้อยกว่าจัดให้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญรองลงมา</p> <p>2) การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลได้มาจากการพิจารณาแต่ละปัญหาของผู้ป่วย เป้าหมายของการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่จะให้</p>	

		ผู้ป่วย	
--	--	---------	--

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน/การประเมินผล
			<p>ก. แนวทางในการกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล จะเขียนข้อความกว้างๆที่เป็นการคาดหวังว่าต้องการให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรโดยไม่ต้องระบุรายละเอียดหรือระดับของการเปลี่ยนแปลง คำที่ใช้เขียนสามารถใช้ได้หลายคำเช่น เพิ่ม ลด ป้องกัน รักษา ปรับปรุง เป็นต้น ส่วนการกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพนั้น จะมีหลักในการเขียน โดยข้อวินิจฉัยที่เป็นภาวะสุขภาพดี เป้าหมายการพยาบาลจะมุ่งเน้นให้ดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นตลอดไปหรือสนับสนุนภาวะสุขภาพนั้นให้ดีตลอดไป ส่วนข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลอาจตั้งเป้าหมายเพื่อบรรเทาปัญหา ทำให้เป้าหมายหมดไปหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นๆ สำหรับข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล อาจตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดปัญหานั้นในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ที่พยาบาลไม่สามารถให้การช่วยเหลือตามลำพังได้ ต้องอาศัยแผนการรักษาของแพทย์ จะกำหนดเป้าหมายการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือให้สามารถ ประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเร็วไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลอาจเป็นเป้าหมายระยะสั้นหรือระยะยาว ที่มี 1 ข้อหรือมากกว่าก็ได้</p> <p>ข. การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล (ผลลัพธ์ที่คาดหวัง) ต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลหนึ่งข้อสามารถกำหนดเกณฑ์การประเมินผลได้หลายเกณฑ์ ซึ่งจะต้องเหมาะสมและปฏิบัติได้จริง โดยพิจารณาตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้ และเกณฑ์ต้องเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ชี้เฉพาะเจาะจง สามารถสังเกตได้วัดประเมินได้ชัดเจน โดยมีการระบุระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ค. การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีการปฏิบัติต่างๆของวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย บทบาทอิสระ (Independent role) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เองตามขอบเขตของกฎหมาย ส่วนบทบาทไม่อิสระ (Dependent and Collaborative role) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการกำหนด กิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยและวัตถุประสงค์การพยาบาล ครอบคลุมบทบาท 4 มิติของการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวมและควรให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กิจกรรมที่กำหนดขึ้นจะต้องมีการป้องกันความเสี่ยงและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่</p>	

			ละคราย ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดจะต้องไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษาของแพทย์ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วย	
--	--	--	--	--

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
			<p><b>4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)</b></p> <p>เป็นการนำแผนการพยาบาล ไปปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยคือ การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>การปฏิบัติการพยาบาลมีทั้งบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้เอง บทบาทร่วมกับบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ และบทบาทไม่อิสระที่ต้องทำตามแผนการรักษาของแพทย์ ในการปฏิบัติการพยาบาลต้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ คือ การให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการ การสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่นๆ การใช้เทคนิคการปฏิบัติทางการพยาบาลต่างๆ (Procedure) เพื่อช่วยเหลือบรรเทาอาการหรือปัญหาของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจสอบ สังเกต เฝ้าระวัง ประเมินอาการ และปัญหาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง</p> <p><b>5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)</b></p> <p>เป็นการตรวจสอบผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาลหรือบรรลุตามผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือไม่เพียงใด การประเมินผลการพยาบาลมี 2 ชนิดคือการประเมินผลการพยาบาลขณะปฏิบัติการพยาบาลและเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล</p> <p>การประเมินผลการพยาบาลมี 3 แนวทางคือ การประเมินผลการพยาบาลที่บรรลุวัตถุประสงค์ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ทั้งหมด บรรลุวัตถุประสงค์บางส่วน หรือไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้</p> <p>การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลเป็นการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแล้วมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ผลของการประเมินผลการพยาบาลอาจพบว่าปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด บางส่วนหรือยังไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินภาวะสุขภาพโดยการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยใหม่มีหลักการเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้</p> <p>1. รูปแบบบันทึกนั้น จะต้องเหมาะสมกับที่จะนำมาใช้ในองค์กรการพยาบาลที่ประกอบด้วยพยาบาลหลายระดับการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาลซึ่งรับผิดชอบช่วยกันในการบันทึกให้มีความ</p>	

			ครบถ้วนและสมบูรณ์ ซึ่งแบบบันทึกย่อยที่บันทึกเกี่ยวกับงานประจำเช่นการพลิกตะแคงตัว การบันทึกจำนวนน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกายเป็นต้น สามารถมอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลรับผิดชอบได้										
เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน/การประเมินผล									
14.20-15.30	พิจารณา รูปแบบการ บันทึกทางการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม พิจารณารูปแบบการ บันทึกทางการ พยาบาลและ นำเสนอผลการ พิจารณารูปแบบการ บันทึกทางการ พยาบาลที่เหมาะสม กับหน่วยงานได้	<p>2. พิจารณาความรู้และทักษะของพยาบาลส่วนใหญ่ขององค์กร เช่นพยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่า 20 ปีมาแล้ว ในหลักสูตรสมัยนั้นไม่ได้สอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย การใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรปัจจุบันที่ทันสมัยและกว้างขวางกว่า ความแตกต่างนี้เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและเลือกกระบวนการบันทึกใหม่ที่ควรคำนึงถึง</p> <p>3. พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องใช้เพื่อนำรูปแบบบันทึกใหม่มาใช้ ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการเตรียมงาน ค่าเวลาที่เสียไป ค่าพิมพ์แบบบันทึกใหม่และค่าใช้จ่ายในการศึกษาอบรม</p> <p>4. พิจารณาถึงเวลาที่ใช้ในการศึกษาอบรมว่า การใช้รูปแบบบันทึกใหม่แต่ละแบบบันทึก ต้องใช้เวลาแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่การศึกษาอบรมขั้นต้น การติดตามคอยช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อุปสรรค การปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ในการใช้รูปแบบบันทึกและเวลาที่ใช้ในการฝึกฝน เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญ</p> <p>5. พิจารณาถึงความถูกต้องในทางกฎหมายและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้</p> <p><b>ตัวอย่างที่ 1.</b> การบันทึกทางการพยาบาลแบบ AIE</p> <p>10.00 น.      A    มีไข้ 38.5<sup>o</sup>c เหงื่อออกมาก ร้าคาญตัว                   I    เช็ดตัว ให้ดื่มน้ำ 250 cc แนะนำดื่มน้ำอย่างน้อย 2 แก้ว ระวังมืออาหาร                   E    บอกว่าสบายขึ้น</p> <p><b>ตัวอย่างที่ 2.</b> การบันทึกทางการพยาบาลแบบ DAR</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Date/Time</th> <th>Focus</th> <th>Notes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10/12/99</td> <td>กลั้นปัสสาวะไม่ได้</td> <td>Data    ผู้ป่วยปวดปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ได้และปัสสาวะจำนวนน้อย Action    อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลจะพาไปปัสสาวะที่                   ห้องน้ำ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ทุก 2 ชั่วโมงตามตารางเวลาถ่ายปัสสาวะ Response    ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเดิน ไปถ่ายที่ห้องน้ำ มี                   ปัสสาวะหยดระหว่างเดินไปห้องน้ำ จากนั้นถ่ายปัสสาวะ                   ในห้องน้ำจำนวน 250 cc. พัชรี R.N.</td> </tr> </tbody> </table>	Date/Time	Focus	Notes	10/12/99	กลั้นปัสสาวะไม่ได้	Data    ผู้ป่วยปวดปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ได้และปัสสาวะจำนวนน้อย Action    อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลจะพาไปปัสสาวะที่ ห้องน้ำ			ทุก 2 ชั่วโมงตามตารางเวลาถ่ายปัสสาวะ Response    ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเดิน ไปถ่ายที่ห้องน้ำ มี ปัสสาวะหยดระหว่างเดินไปห้องน้ำ จากนั้นถ่ายปัสสาวะ ในห้องน้ำจำนวน 250 cc. พัชรี R.N.	วิธีการสอน ใช้ สถานการณ์จำลองโดย ดำเนินการดังนี้ แบ่งกลุ่มย่อย แจกสถานการณ์จำลอง เป็นที่ปรึกษาขณะเข้า กลุ่ม การประเมินผล สังเกต สอบถาม การนำเสนอผลการ พิจารณารูปแบบการ บันทึกทางการพยาบาล
Date/Time	Focus	Notes											
10/12/99	กลั้นปัสสาวะไม่ได้	Data    ผู้ป่วยปวดปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ได้และปัสสาวะจำนวนน้อย Action    อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลจะพาไปปัสสาวะที่ ห้องน้ำ											
		ทุก 2 ชั่วโมงตามตารางเวลาถ่ายปัสสาวะ Response    ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเดิน ไปถ่ายที่ห้องน้ำ มี ปัสสาวะหยดระหว่างเดินไปห้องน้ำ จากนั้นถ่ายปัสสาวะ ในห้องน้ำจำนวน 250 cc. พัชรี R.N.											

แผนการสอนเรื่อง การบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ  
ครั้งที่ 2 วันที่ .....

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
09.00-09.20	ปัญหา อุปสรรคของ การบันทึก ทางการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม <b>อภิปราย</b> <b>สภาพการณ์และ</b> ปัญหาและอุปสรรค ของการบันทึก ทางการแพทย์ได้	<p><b>สภาพการณ์และ</b>ปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ได้แก่</p> <p>ไม่ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์</p> <p>การบันทึกทางการแพทย์มักเขียนตามกัน</p> <p>การออกแบบระบบบันทึกไม่สอดคล้องกับบริบท ทำตามคนอื่นโดยตนเองไม่เข้าใจ</p> <p>ไม่สามารถแสดงให้เห็นภาพที่ชัดเจนของ สภาวะผู้ป่วยหรือความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>ไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับ</p> <p>    การประเมินและผลของการประเมินด้านความรู้</p> <p>    ความต้องการการเตรียมจำหน่าย</p> <p>    การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล</p> <p>    ผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติพยาบาลเช่นการสอน</p> <p>    ขาดความครอบคลุมของการบันทึก ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ</p> <p>    ยังขาดความถูกต้องตามเนื้อหา</p> <p>    ใช้เวลามากถ้าเขียนอย่างมีคุณภาพ</p> <p>ไม่ได้ใช้กระบวนการพยาบาล ผู้บันทึกคิดไม่เป็น เขียนไม่เป็น ขาดความรู้</p> <p>การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีสาระที่เป็นแก่นสาร</p> <p>    ไม่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล โดยบันทึกไป</p> <p>    เรื่อยๆ (narrative records) ขาดการประเมินผล การวิเคราะห์และการสังเคราะห์</p> <p>ไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บันทึกเฉพาะวิธีการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยมากกว่าการสังเกตถึงปฏิกิริยาโต้ตอบของผู้ป่วย</p> <p>    ด้อยคุณภาพทั้งเนื้อหาและรูปแบบการบันทึก ไม่มีใครสนใจอ่าน และนำไปเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>ภาระงานมากไม่มีเวลายบันทึก</p>	<p>วิธีการ</p> <p>บรรยาย</p> <p>อภิปราย</p> <p>สื่อการสอน</p> <p>Power point</p> <p>การประเมินผล</p> <p>สังเกต</p> <p>สอบถาม</p>



เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
09.20-09.50	รูปแบบการ บันทึก ทางการ พยาบาลใหม่	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม อธิบายรูปแบบการ บันทึกทางการ พยาบาลรูปแบบ ใหม่ที่พัฒนาขึ้นได้	ชี้แจงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลใหม่ที่พัฒนาขึ้น สาธิตการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ เน้นการบันทึกทางการ พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล	วิธีการสอน บรรยาย ยกตัวอย่าง สื่อการสอน Power point แบบบันทึกทางการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้น การประเมินผล สังเกต สอบถาม
09.50-10.40	แนวทางการ บันทึกทาง การพยาบาล โดยใช้ กระบวนการ พยาบาล	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม สามารถบันทึก ทางการพยาบาล ตามแนวทาง การบันทึกทางการ พยาบาลตาม รูปแบบใหม่ที่ พัฒนาขึ้น	แนะนำการใช้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	วิธีการสอน บรรยาย ยกตัวอย่าง สื่อการสอน Power point คู่มือการบันทึกทางการ พยาบาล การประเมินผล สังเกต สอบถาม

เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	วิธีการสอน/สื่อการสอน /การประเมินผล
10.40-12.00 และ 13.00-15.30	ฝึกเขียน บันทึก ทางการ พยาบาลตาม รูปแบบใหม่	เพื่อให้ผู้เข้าประชุม สามารถบันทึก ทางการพยาบาล ตามรูปแบบใหม่ที่ พัฒนาขึ้นได้	ให้ฝึกบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ โดยใช้สถานการณ์จำลอง นำเสนอ บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง	วิธีการสอนใช้ สถานการณ์จำลองโดย ดำเนินการดังนี้ แบ่งกลุ่มที่ สื่อการสอน Power point แบบบันทึกและคู่มือการ บันทึกทางการพยาบาล สถานการณ์จำลอง การประเมินผล สังเกต สอบถาม การนำเสนอผลการ บันทึก

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสิริลักษณ์ อินทร์ศรี
วันเดือนปีเกิด	6 มิถุนายน 2503
สถานที่เกิด	อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง สถานศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ปีที่สำเร็จการศึกษา 2526
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	ตึกผู้ป่วยหญิง กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชภัฏ จังหวัดศรีสะเกษ

