หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ชื่อและนามสกุล นางอาภรณ์ ทองทิพย์

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์

2. อาจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข

3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุพักตร์ พิบูลย์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สถิตวิทยานันท์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร. อารี ชีวเกษมสุข)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุพักตร์ พิบูลย์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

.....ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

วันที่ .....14.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ. ....2551.....

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ผู้วิจัย นางอาภรณ์ ทองทิพย์ **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (2) อาจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข (3) รองศาสตราจารย์ ดร.สุพักตร์ พิบูลย์ **ปีการศึกษา** 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย และ (2) ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน จำนวน 9 ราย และ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน จำนวน 60 แฟ้ม เป็นบันทึกก่อนทดลอง จำนวน 30 แฟ้ม และแบบบันทึกหลังทดลอง จำนวน 30 แฟ้ม สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล และ (2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล (2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาได้เท่ากับ 0.93 (3) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.84 ด้านความถูกต้องตามกฎหมายเท่ากับ 0.90 และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้สถิติทดสอบ ทีอิสระ และวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยหาค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pair signed ranks test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย (ก) หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล (ข) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึก (ค) นโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการพยาบาล (ง) การประเมินสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลและการฝึกอบรม (จ) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการพยาบาล (2) ค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ (3) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาล

Thesis title: The Development of the Nursing Documentation Model Focused on the Nursing Process of the Inpatient Unit at Khuntan Hospital in Chiang Rai Province

Researcher: Mrs. Aporn thongtip; **Degree**: Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors**: (1) Dr. Seenual Sadhitwithayanan, Associate Professor; (2) Dr. Aree Cheevakasemsook; (3) Dr. Suphak Pibool, Associate Professor; **Academic year**: 2007

ABSTRACT

The purposes of this research and development were: (a) to develop the nursing documentation model focused on the nursing process of the inpatient unit at Khuntan Hospital in Chiang Rai Province; and (b) to evaluate the efficiency of the nursing documentation model.

The sample consisted of nine nurses of the inpatient unit and sixty patients' nursing documentation of which the first thirty were used before and the other thirty were used after the application of the nursing documentation model .These documents were chosen by purposive sampling. The experiment tools were (1) the nursing documentation model which was focused on the nursing process and (2) the test which measured the knowledge of nurses on nursing documentation. The data collection tools were (1) the problem of using nursing documentation form, (2) the opinions of nurses on the appropriateness of the model, and (3) the check list of the quality of nursing documentation. The Cronbach alpha coefficient of the second tool was 0.93. The reliability of the third tool was checked by the Item Objective Congruence (IOC). It was found that the structure reliability according to the nursing process was 0.84, the legal reliability was 0.90, and the continuity reliability was 0.95. Statistical devices used for data analysis were independent t-test and Wilcoxon matched-pair signed ranks test. The former was employed to explore the quality of nursing documentation, while the latter was done to investigate the opinions of nurses on the appropriateness of using the new model.

The results of this research showed that the new model was efficient. Moreover, (1) the new model consisted of five components: (a) the principle of nursing documentation focused on the nursing process, (b) the objectives of model, (c) the policy and quality control of nursing documentation, (d)the assessment of staff competency and training of nursing documentation, and (e) the nursing documentation guideline and forms. (2) Nurses expressed the opinion that the new model was more significantly suitable than before ($p<.01$). Finally, (3) the mean scores of the quality of nursing documentation after the experiment were significantly higher than before conducting the experiment ($p<.01$).

Keywords: Development model, Nursing documentation, Nursing process

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ อาจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข อาจารย์ประจำสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และรองศาสตราจารย์ ดร.สุพักตร์ พิบูลย์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา นักวิชาการพยาบาลประจำสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข อาจารย์พร บุญมี อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา คุณพรทิวา คำวรรณ พยาบาลหัวหน้าตึกพิเศษ วีไอพี โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ คุณเจียมจิตต์ ชีวิตไทย พยาบาลหัวหน้าตึกศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ และคุณนิราภรณ์ หลวงฟอง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาลที่อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล ขอขอบคุณพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณสุริยา ทองทิพย์ ที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจเป็นอย่างมากในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณเพื่อน ๆ และทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้

อาภรณ์ ทองทิพย์

พฤศจิกายน 2550

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
การบันทึกทางการพยาบาล	9
กระบวนการพยาบาล	15
รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
วิธีการดำเนินการวิจัย	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
ตอนที่ 1 สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง	49
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	75
สรุปการวิจัย	75
อภิปรายผล	80
ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	97
ก หนังสือแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง	98
ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	100
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ	102
ง ผลการสนทนากลุ่มตัวอย่าง แผนอบรม แบบบันทึกทางการพยาบาล และ คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	118
ประวัติผู้วิจัย	148

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล..... 29

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบลักษณะของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล... 50

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา 59

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยรวมและรายด้าน..... 61

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล รายด้านและรายข้อ 63

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนทดลองและหลังทดลอง 69

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการการพยาบาล 70

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนทดลองและหลังทดลอง 71

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความถูกต้องตามกฎหมายของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลอง 72

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนทดลองและหลังทดลอง 73

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลอง 74

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 36

ภาพที่ 4.1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล 57

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับพยาบาล เป็นสิ่งที่แสดงเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล เป็นหลักฐานบ่งบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาล ถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติ การพยาบาลที่ดี เพราะทีมงานดูแลผู้ป่วยทุกคนได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540) การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญ และมีความจำเป็นต่อการบริการพยาบาลมากยิ่งขึ้นเมื่อสภาการพยาบาลร่วมกับแพทยสภา สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันออกคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการ ในข้อที่ 9 มีความว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น" (คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย 2541) มีผลให้ผู้ป่วยหรือประชาชนมีสิทธิในด้านการรักษาและมีสิทธิในการที่จะร้องขอดูข้อมูลการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับตนเองมากยิ่งขึ้น อีกทั้งในภาวะปัจจุบัน ผู้ป่วยมีความคาดหวังในบริการที่ได้รับสูงขึ้น มีการกล่าวหา ร้องเรียนหรือฟ้องร้องผู้ให้บริการมากขึ้น ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานที่ใช้อ้างอิงทางกฎหมายเมื่อมีการกล่าวหาร้องเรียน ดังนั้น ทุกโรงพยาบาลจึงต้องมีการประกันคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลและเน้นการบันทึกให้ถูกต้อง ครอบคลุมตามหลักการบันทึกซึ่งทำให้เกิดความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลนอกจากที่กล่าวแล้ว สภาการพยาบาลยังได้ให้ความสำคัญ โดยการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 24 เมษายน 2544 เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล 2 ใน 5 มาตรฐาน คือ มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กำหนดไว้ว่า "พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม

บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพโดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมและมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ" มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงาน กำหนดไว้ว่า " บันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาลโดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่อง และสามารถใช้ประเมินคุณภาพบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้" (ประกาศสภาการพยาบาล 24 เมษายน 2544)

แม้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลจะมีความสำคัญมาก แต่ปัจจุบันการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลได้เต็มที่ เนื่องจากการบันทึกมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามความจำเป็นในการใช้ ไม่ต่อเนื่อง วิธีการหลากหลาย ไม่เป็นปัจจุบัน (ศิริพร ขัมภลิขิต 2548) และการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนขาดความชัดเจน เขียนบันทึกการพยาบาลด้วยข้อความซ้ำ ๆ เขียนพรรณาลักษณะอาการมากกว่าการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การบันทึกปัญหา และกิจกรรมการพยาบาลขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในเรื่องความหลากหลายของแบบฟอร์มการบันทึก (รัตนา เตรือรัตนไพบูลย์ 2546) สนับสนุนด้วยผลการวิจัยของ องุ่น ดำเกิงธรรม (2547) เรื่อง คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่ พบว่า การบันทึกอาการ และอาการแสดงทางด้านจิตใจ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลมีคุณภาพในการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ อารี ชีวเกษมสุข (2548) พบว่า ระบบบันทึกทางการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง บันทึกไม่สมบูรณ์ แบบฟอร์มไม่เหมาะสม และพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถของพยาบาล ขาดแรงจูงใจ และความมั่นใจในการบันทึก 2) กิจกรรมการพยาบาลขาดประสิทธิภาพ และ 3) ระบบการตรวจสอบการบันทึก และการนิเทศยังไม่เพียงพอ

สำหรับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในต่างประเทศก็พบปัญหาเช่นกัน ดังที่ ทรอนควิส กาดอล์ฟ และสเตรนเดอ (Tornkvist Gardulf and Strender 1997) ได้ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ 22 หน่วย ในเมืองสต๊อกโฮม พบว่า พยาบาลและผู้ร่วมงาน ไม่พึงพอใจบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นอยู่ และอุปสรรคที่สำคัญต่อการบันทึกทางการพยาบาล คือ พยาบาลไม่มีเวลาและขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล บรุ๊ค (Brooks 1998) ได้ศึกษาโดยการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล เครบคอด (Cape Cod) เมืองไฮยานนีส (Hyannis) พบว่า บันทึกทางการพยาบาลไม่ได้สะท้อนถึงการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม และจากการศึกษาของ อดัมเซน และที

เวส (Adamsen and Tewes 2000) ในโรงพยาบาลดานีส ประเทศเดนมาร์ค ด้านการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า มีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยประมาณ 2 – 3 ปัญหา มีการบันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเพียง 31% ของปัญหาผู้ป่วยทั้งหมด และยังพบอีกว่า มีปัญหาของผู้ป่วยอีก 1 ใน 3 ส่วนที่พยาบาลไม่ทราบข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ภาระงานด้านการพยาบาลมีมากกว่าจำนวนพยาบาลที่มีอยู่ ดังนั้น ควรมีการจัดการด้านอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะในการคิดและทักษะในการเขียน พยาบาลต้องทำงานประสานกันเป็นทีม บางครั้งพยาบาลมีเวลาจำกัดและมีผู้ป่วยในความดูแลมาก ดังนั้น การบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน ไม่มีคุณภาพ จึงมาจากสาเหตุหลายประการ ดังที่ จิตรศิริ ขันเงิน (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ปัจจัยขัดขวางการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ภาระงาน ความยุ่งยากและความเร่งด่วนของงาน การมีภารกิจอื่น ๆ ที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากเกินไป จำนวนผู้ป่วย อัตรากำลังที่มีอยู่ แบบฟอร์มการบันทึกที่มีอยู่ไม่เหมาะสม มีแบบบันทึกมากเกินไปทำให้มีความยุ่งยาก และบันทึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และจากการศึกษาของ จรัญญาณี ภูวสันติ (2548) พบว่า ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่มาจาก พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เอกสารมีจำนวนมากต้องใช้เวลาในการบันทึก และมีภาระงานมาก

โรงพยาบาลขุนตาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีวิสัยทัศน์ที่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ จากผลการตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ที่ผ่านมาในด้านของการดูแลผู้ป่วย พบว่า การบันทึกในเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย และไม่ได้แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ผลการตรวจคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของงานผู้ป่วยในที่ผ่านมาปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2549 ได้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเท่ากับร้อยละ 79.2 และ 73.0 ตามลำดับ และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลว่า บันทึกทางการพยาบาลที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง อ่านลายมือไม่ออก บันทึกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล แบบฟอร์มไม่เอื้อให้บันทึกได้ครบตามกระบวนการพยาบาล มีภาระงานมากจึงไม่สามารถบันทึกได้ครอบคลุมองค์รวม ขาดการฟื้นฟูความรู้และทักษะการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง

จากปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่พบดังกล่าวมาข้างต้น กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ได้มีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลมาโดยตลอด มีการปรับแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลหลายครั้ง มีการนิเทศงาน มีการสอนและแนะนำโดยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานผู้ป่วยในอยู่เสมอ แต่บันทึกทางการพยาบาลก็ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากที่ผ่านมาผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้แนะนำหรือกำหนดแนวทางวิธีการบันทึก และทีมการพยาบาลเป็นผู้รับนโยบายแล้วนำไปปฏิบัติโดยขาดการมีส่วนร่วมของทีมผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยงาน นอกจากนี้ การบันทึกการพยาบาลยังพบอีกว่าเป็นการบันทึกที่ไม่คำนึงถึงความเสี่ยงด้านคลินิกเฉพาะโรคของผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการสนับสนุน ส่งเสริม ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล ให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และบันทึกทางการพยาบาลให้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสำหรับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของทีมการพยาบาลตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา การกำหนดรูปแบบในการบันทึก การออกแบบแบบฟอร์ม ตลอดจนการทดลองนำสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล เพื่อให้ได้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารและบ่งบอกถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม นำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามที่โรงพยาบาลคาดหวัง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ และสามารถตรวจสอบจากเอกสารบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแล

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล

2.2 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล

3. สมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ได้แก่

3.1 ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

3.2 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2550 ถึง ตุลาคม 2550 รวมระยะเวลา 6 เดือน ศึกษาในกลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 9 ราย และแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลขุนตาล ก่อนทดลอง จำนวน 30 แฟ้ม และหลังทดลองจำนวน 30 แฟ้ม โดยศึกษาตัวแปรต้น คือ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล และตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ 1) ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และ 2) คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

5.1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล หมายถึง แบบแผนของการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักร่วมกับการพยาบาลแบบองค์รวม และแบบบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ตามแนวคิดและหลักการของกระบวนการพยาบาล และการพยาบาลแบบองค์รวม มีการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลทุกเวร และมีแนวทางการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล 4 แบบบันทึก ดังนี้

5.1.1 แบบประเมินผู้รับบริการ ใช้บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเมื่อรับใหม่ โดยประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อมูลตามหัวข้อที่กำหนดในแบบฟอร์มให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม

5.1.2 แบบบันทึกแผนการพยาบาล เมื่อพยาบาลประเมินผู้ป่วยแล้ว ให้ระบุปัญหาและหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ ลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำไว้ ในกรณีที่ปัญหาที่พบไม่ตรงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่จัดทำไว้ให้บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลใหม่ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลแบบฟอร์มเปล่า แล้วบันทึก "วดป. และเวลา" ที่พบปัญหาในช่อง วดป. และเวลา และเมื่อปัญหาสิ้นสุดให้บันทึกในช่อง วดป. และเวลาที่สิ้นสุด

5.1.3 แบบบันทึกการพยาบาล ใช้บันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เวลา สัญญาณชีพ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและบันทึกผลของการพยาบาลตามช่องที่กำหนดไว้ ส่วนการประเมินผลการพยาบาลให้บันทึกภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลตามประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลในช่องประเมินผลการพยาบาล

5.1.4 แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ใช้บันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวินิจฉัยก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำตามรายการในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

5.2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมตามการรับรู้ของพยาบาล และมีคุณภาพ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

5.2.1 ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลในด้านต่อไปนี้

1) มีความสะดวก รวดเร็ว
2) สนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล
3) เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย
4) เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
5) แสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล

5.2.2 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกที่มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามกฎหมาย และมีความต่อเนื่องของการบันทึก สามารถตรวจสอบได้จากแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล ซึ่งต้องมีความครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1) ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามเนื้อหาการบันทึกของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล และครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

2) ความถูกต้องตามกฎหมาย หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลถูกต้องตามหลักการ และแนวทางในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล โดยบันทึกตามสภาพจริงของผู้ป่วย บันทึกเหตุการณ์ตามลำดับก่อนหลัง และบันทึกได้สั้นกะทัดรัด สื่อความหมายชัดเจน ตั้งแต่การประเมินปัญหาผู้ป่วยเมื่อแรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกฎหมาย

3) ความต่อเนื่องของการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างไม่ขาดตอนตามกระบวนการของการบันทึกในรอบ 24 ชั่วโมง และต่อเนื่องทุกเวรจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย โดยครอบคลุมการประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สามารถตรวจสอบได้โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

5.3 งานผู้ป่วยใน หมายถึง ห อผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย มีเตียงสามัญ 22 เตียง ห้องพิเศษ ห้องละ 1 เตียง 5 ห้อง และห้องแยกโรค 1 ห้อง ให้บริการผู้ป่วยทุกประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยกุมารเวช ผู้ ป่วยสูตินรีเวช เป็นต้น การจัดอัตรากำลังเวรเช้า พยาบาลวิชาชีพ 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เสมียนตึก 1 คน (เวรเช้าวันหยุดราชการ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน) เวรบ่ายพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เวรดึก พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล สำหรับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของพยาบาล

6.2 ส่งเสริมให้พยาบาลบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำมาสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีการบันทึกทางการพยาบาล
    1.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล
    1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล
    1.3 ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล
    1.4 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล
    1.5 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล
2. กระบวนการพยาบาล
    2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล
    2.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล
    2.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
3. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล

1. การบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารอ้างอิง ตำราวิชาการต่าง ๆ ได้มีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล ไว้ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียน การรวบรวมข้อมูลใด ๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของพยาบาล (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง เครื่องมือในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การรักษาพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ (พูลสุข หิงคานนท์ 2549)

ศิริพร ขัมภลิขิต (2548) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล (Nursing record) คือ ข้อความที่แสดงถึงการพยาบาล (Nursing activities) ทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐาน บันทึกทางการพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล คือ การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้

วาลัส (Walus 2003) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล คือ เครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล ที่พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลใด ๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของการพยาบาล และใช้ในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้า ในการให้การรักษาพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้

1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เป็นการสื่อสารในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ 2) เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลการดูแล 3) เป็นหลักฐานทางกฎหมาย 4) เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย 5) เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพได้ 6) เป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล 7) ใช้ในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการดูแล 8) แสดงให้เห็นถึงการร่วมมือของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ 9) ใช้แสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพ (Walus 2003)

1.3 ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์หลายด้าน คือ 1) เพื่อเป็นหลักฐานในการปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ ในด้านการรักษา และการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแต่ละเวรต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง 2) ช่วยให้การจัดการบริการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง 3) เป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้สำหรับทำการรักษา และ การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย 4) ใช้ประกอบการศึกษาค้นคว้า วิจัย

ทางการพยาบาล 5) ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป และ 6) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง (นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา 2550)

1.4 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ขั้นตอนวิธีการที่จะได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์โดยใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้ (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540)

ขั้นที่ 1 การรวบรวมข้อมูล

ก่อนการบันทึกสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมี คือการรวบรวมข้อมูลที่ดีย่อมช่วยให้การบันทึกได้ดี ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1.1 ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกี่ยวกับการเกิดโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ

1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับเพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดความต้องการของ มาสโลว์หรือโอเร็ม มาเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้แนวคิดหรือทฤษฎีใด ก็จะประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีนั้น เช่น ถ้าเป็นแนวคิดของโอเร็ม ก็จะต้องบันทึกเกี่ยวกับความสามารถในการการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

1.3 มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพและง่ายต่อการบันทึก เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติ การเลือกแบบฟอร์มแล้วแต่สถาบันนั้น ๆ

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ให้พิจารณาว่าจะบันทึกอย่างไร จึงจะสั้น กะทัดรัด ได้ใจความและสะดวกต่อการปฏิบัติ ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องศึกษา และฝึกฝนให้เกิดทักษะโดยมีแนวทางในการวิเคราะห์สิ่งที่บันทึกดังนี้

2.1 ข้อมูลนั้นเป็นจริงหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้บันทึกตามที่เห็น เช่น ถ้าพยาบาลเดินไปพบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงคนเดียวในห้องพิเศษ เราจะไม่บันทึกผู้ป่วยตกเตียง แม้จะมีสภาพแวดล้อมพอให้คาดเดาสถานการณ์ได้ว่าคงจะตกเตียงก็ตาม ให้บันทึกตามที่ตาเราเห็น คือ "พบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงในท่าคว่ำหน้าอยู่" และสภาพแวดล้อมเป็นอย่างไรในขณะนั้น ทั้งนี้ การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2.2 ข้อมูลที่ได้ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะใด เช่น เป็นปัญหาที่พยาบาลค้นพบเป็นสิ่งที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว ลงบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้มาไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ก็ไม่ต้องลงบันทึก

2.3 การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใดให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น ช่วงเวลาใด หรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวร เช่น กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วอยู่ในภาวะวิกฤต ลักษณะนี้ให้เขียนบันทึกทันทีที่ได้ข้อมูล แต่ถ้าข้อมูลไม่รีบด่วน ก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวร

2.4 สิ่งที่บันทึกมีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ และสามารถบันทึกลงในแบบบันทึกได้หรือไม่ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล

เขียนบันทึกอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ และชัดเจน อ่านง่าย กะทัดรัด ได้ใจความ ความหมายถูกต้อง ด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำ ถ้าเขียนผิดให้ขีดคร่อม แล้วเขียนใหม่ ห้ามขูดลบ แล้วลงชื่อกำกับ

นอกจากนี้ อัลฟาโร (Alfaro 2006) ได้ให้แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาล ถ้ายังไม่ได้บันทึกการให้การพยาบาลก็ให้บันทึกในใบงานไว้ก่อน เพื่อกันลืม

2. ไม่ว่าจะบันทึกด้วยมือหรือใช้คอมพิวเตอร์บันทึก การดูแลต้องเป็นไปตามขั้นตอนให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการดูแลต้องมีประสิทธิภาพ

3. เมื่อบันทึกแล้วให้คิดทบทวนการสะท้อนการดูแลให้คิดโดยใช้คำถามว่า "ฉันลืมทำอะไรบางอย่าง และจะทำอย่างไร เปรียบเทียบผู้ป่วยก่อนและหลังการบันทึกเป็นอย่างไร" วิธีนี้จะช่วยให้นึกถึงการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว

4. บันทึกสิ่งที่สำคัญที่แน่ใจว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว

5. บันทึกสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากมาตรฐานหรือที่ผิดปกติ

6. ให้เน้นการบันทึกเรียงเหตุการณ์ตามลำดับเวลาก่อนหลัง โดยตอบคำถามต่อไปนี้ เกิดอะไรขึ้น เกิดเมื่อไร เกิดอย่างไร และเกิดขึ้นที่ไหน

7. บันทึกประเด็นปัญหาที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่ใช้ในการสื่อสารว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงในวันนี้

8. บันทึกสิ่งที่เป็นจริงหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล ตัวอย่างที่ผิด เช่น "ผู้ป่วยโกรธและก้าวร้าว" ที่ถูก คือ "ผู้ป่วยตะโกนว่า ออกไปให้ห่างจากฉัน"

9. ห้ามใช้คำพูดคลุมเครือ ตัวอย่างที่ผิด เช่น "มีสายระบายน้ำจากแผลหน้าท้องยาวพอประมาณ" ที่ถูก คือ "แผลหน้าท้องมีสายระบายน้ำสีชมพูยาวประมาณ 6 เซนติเมตร"

10. บันทึกข้อความสั้นกะทัดรัด ไม่ต้องเขียนประโยคที่สมบูรณ์ อาจใช้คำคุณศัพท์ คำย่อที่เป็นที่ยอมรับ

11. บันทึกชื่อ นามสกุลผู้บันทึกหลังรายการบันทึกที่จบแล้ว

12. เมื่อลืมบันทึกบางอย่างให้รีบบันทึกทันทีที่นึกได้ต่อท้ายรายการอื่นแล้วบอกเวลาว่าเกิดขึ้นเมื่อไรต่อด้วยคำว่า เพิ่มเติมภายหลัง (late entry)

ขั้นที่ 4 ประเมินผลการบันทึก

ประเมินผลทุกครั้งว่า เขียนบันทึกตรงตามวัตถุประสงค์ดังที่กำหนดหรือไม่ คือ บอกถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองจากผู้ป่วย และสิ่งที่สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

นอกจากขั้นตอนของกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวข้างต้นแล้ว พอตเตอร์ และเพอรี่ (Potter and Perry 1995: อ้างใน ผ่องพรรณ ลาภเจริญ 2543) ได้ให้หลักในการบันทึกทางการพยาบาลไว้ 5 ประการ คือ ความถูกต้อง ความกะทัดรัดชัดเจน ความเป็นปัจจุบัน ความสมบูรณ์ และความเป็นระบบโดยใช้ระบบของกระบวนการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ความถูกต้อง

1.1 ความถูกต้องตรงกับความเป็นจริง บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกต เขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยพูดและกระทำ โดยไม่ลงความเห็นหรือตัดสินการกระทำของผู้ป่วยจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

1.2 ถูกต้องตามจำนวนและเวลา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวัดต่าง ๆ จะต้องระบุจำนวนและเวลาที่ให้อย่างถูกต้องชัดเจน

1.3 ถูกต้องในการเขียนคำสะกดและการใช้คำย่อ ต้องใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับของสถาบันนั้น ๆ เลี่ยงการใช้คำบางคำ เช่น ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ละคน จะให้ความหมายแตกต่างกัน

1.4 ถูกต้องในแง่กฎหมาย โดยตระหนักเสมอว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้สิ่งที่บันทึกลงไปนั้นถาวรแก้ไขไม่ได้ และตรวจสอบได้ว่าผู้ใดเป็นผู้บันทึก ซึ่งมีแนวปฏิบัติว่าให้เขียนชัดเจนด้วยปากกา กรณีเขียนผิดให้เขียนทับข้อความนั้นและเขียนคำว่า "ผิด" เหนือหรือข้างข้อความนั้นแล้วลงชื่อกำกับ หากมีที่ว่างเหลืออยู่ให้ขีดเส้นคร่อมไว้ เพื่อไม่ให้มีการเติมข้อความใด ๆ

2. ความกะทัดรัด ชัดเจน อ่านแล้วได้ใจความ หลีกเลี่ยงการใช้คำที่ไม่จำเป็น

3. ความเป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่บันทึกต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการ ปฏิบัติจริง

4. ความเป็นระบบ ควรจัดระบบหมวดหมู่ข้อมูลประเภทเดียวกันไว้ด้วยกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจง่ายขึ้น

5. ความสมบูรณ์ในการบันทึก ประกอบด้วย

5.1 ความสมบูรณ์ของข้อมูล หมายถึง ข้อมูลที่เขียนลงในแบบบันทึกนั้นจะต้องบ่งบอกถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น เมื่อต้องการบันทึกข้อมูลที่เป็นอาการของผู้ป่วยก็ต้องบอกถึงลักษณะอาการ เวลาที่เป็น ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาที่มีอาการ ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือลดลง และอาการร่วมอื่น ๆ หรือเมื่อต้องการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ก็ต้องระบุถึงเวลาที่ทำกิจกรรมนั้น ปฏิกิริยาของผู้ป่วยและสิ่งที่พยาบาลตรวจพบ

5.2 ความสมบูรณ์ของกระบวนการพยาบาล หมายถึง จะต้องมีข้อมูลจากการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย และการประเมินผลการพยาบาล

ความสัมพันธ์ของกระบวนการพยาบาลกับการปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย คือ 1) กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งดำเนินอยู่ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในสถานการณ์ที่กำหนด 2) ลักษณะของงานพยาบาล เป็นงานที่ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ต้องมีการบันทึกรายงานอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการติดต่อประสานงานระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพ ต้องมีความรับผิดชอบ ตามบทบาทและหน้าที่ และ 3) พยาบาลวิชาชีพทุกคนจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะกระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณค่า (พอตเตอร์ และเพอรี่ 1995: อ้างใน ผ่องพรรณ ลาภเจริญ 2543)

1.5 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกที่มีคุณภาพต้องได้มาจากกระบวนการบันทึกที่มีคุณภาพ คือ 1) ต้องผ่านขั้นตอนการคิดวิเคราะห์คิดเชื่อมโยง ครอบคลุมฐานความคิดในการปฏิบัติการพยาบาลที่องค์กรได้กำหนดปรัชญาไว้ เช่น เน้นการพยาบาลองค์รวม หรือยึดทฤษฎีทางการพยาบาลทฤษฎีใดซึ่งแต่ละทฤษฎีให้มโนทัศน์ในการปฏิบัติการพยาบาล และที่สำคัญ คือ ภายใต้ขอบเขตที่พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้กำหนดไว้ 2) ต้องมีการคิดเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อตรวจสอบคุณภาพของงานและการบันทึก และ 3) กระบวนการบันทึกต้องสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา 2550)

การบันทึกที่มีคุณภาพนั้น ย่อมมาจากการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพเป็นอันดับแรก ถ้าการปฏิบัติการพยาบาลไม่มีคุณภาพ โอกาสที่จะเกิดการบันทึกที่มีคุณภาพจะเป็นไปได้ยาก (นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา 2550) และถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพราะทุกคนได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540)

2. กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และส่งเสริมให้การบริการพยาบาลมีความเป็นเอกลักษณ์ในวิชาชีพ ในที่นี้จะขอกล่าวถึงความหมาย ความสำคัญ และขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ซึ่งใช้กรอบทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นวิธีแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละบุคคล และครอบครัว โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (Iyer and Bernocchi 1995) และเป็นวิธีการเฉพาะที่พยาบาลใช้ความรู้และทักษะในการคิดและปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ จะช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล (สุระพรรณ พนมฤทธิ์ 2543) โดยเป็นทักษะรากฐานที่สำคัญและยั่งยืนที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ (Atkinson and Murray 1994)

2.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลในหลายด้าน ได้แก่

2.2.1 ความสำคัญต่อผู้รับบริการ การใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคล (individualized care) ได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (continuity of care) และได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ (comprehensive of care) (Iyer and Bernocchi 1995) เพราะการดูแลของพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนที่พยาบาลรวบรวมมาได้ แล้วนำมาประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นแต่ละราย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบนี้จะทำให้

ความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองที่ถูกต้อง ถ้าบุคคลมีปัญหาสุขภาพ ปัญหานั้นจะได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง (Atkinson and Murray 1986)

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ร่วมวางแผนกับพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง และครอบครัวทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเพราะการดูแลที่ได้รับมีความเฉพาะเจาะจง และได้รับการยอมรับในความสามารถในการดูแลตนเอง (Atkinson and Murray 1986)

2.2.2 ความสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้การดูแลมีคุณภาพสูงขึ้น (Iyer and Bernocchi 1995) เนื่องจากการใช้กระบวนการพยาบาลจะทำให้การประเมินสภาพของผู้รับบริการขณะแรกรับเป็นไปอย่างครอบคลุม ปัญหาต่าง ๆ จะถูกบ่งชี้ และแผนการพยาบาลจะถูกกำหนดขึ้นโดยพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการ แผนการพยาบาลนี้จะให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และแผนการพยาบาลจะถูกปรับเปลี่ยนตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป (Atkinson and Murray 1994)

2.2.3 ความสำคัญต่อวิชาชีพ การปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ มีโอกาสใช้ความรู้และทักษะในด้านต่างๆ ของกระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ทักษะการตัดสินใจ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในรูปการรวบรวมข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ (Iyer and Bernocchi 1995) ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น การยอมรับพยาบาลในฐานะวิชาชีพมีมากขึ้น และมีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลคิดค้นในการทำวิจัยมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้ทางการพยาบาลมีความกว้างขวาง เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (ศิริพร ขัมภลิขิต 2532)

2.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล พบว่า กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) เป็นขั้นแรกสุดในกระบวนการพยาบาล และเป็นองค์ประกอบที่ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนอื่น ๆ การประเมินภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการพลวัต เป็นระบบระเบียบที่พยาบาลสร้างปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้รับบริการและบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ (ANA 1990 อ้างใน Atkinson and Murray 1994) ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบ วิเคราะห์และแปลความหมายสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในการที่จะค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการโดยต้องอาศัยวิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การฟัง การสัมภาษณ์ การซักประวัติทางการพยาบาล นอกจากนี้สามารถที่จะรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่นได้อีก เช่น จากบันทึกของแพทย์ จากบันทึกทางการพยาบาล จากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จากการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการรักษาพยาบาล เมื่อรวบรวมข้อมูลเพียงพอครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์กัน ข้อมูลที่จัดเรียงเป็นหมวดหมู่แล้วเรียกว่า ข้อมูลพื้นฐาน (Iyer and Bernocchi 1995)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องใช้แบบฟอร์มที่เหมาะสมจะทำให้การรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ดังที่ อารี ชีวเกษมสุข (2534) กล่าวว่า แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) แบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง (structured form) คือ แบบฟอร์มที่มีช่องไว้ให้กาเครื่องหมาย หรือเขียนข้อความเพียงเล็กน้อย *ข้อดี* คือ ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็ว *ข้อเสีย* คือ อาจไม่ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดที่พบในสถานการณ์จริง และ 2) แบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง (unstructured form) คือ แบบฟอร์มที่มีช่องว่างไว้ตามกรอบแนวคิดอย่างกว้าง ๆ *ข้อดี* คือ ได้ข้อมูลครบถ้วน ใช้ได้หลายสถานการณ์ และสั้น กะทัดรัด เพราะเนื้อที่ในแบบฟอร์มจะใช้บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น *ข้อเสีย* คือ ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูง และใช้เวลามาก ในระยะแรกจำเป็นต้องมีคู่มือประกอบการรวบรวมข้อมูล การใช้แบบฟอร์มที่มีโครงสร้างก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบันทึกและเหมาะกับการปฏิบัติงานของพยาบาลมากกว่าแบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง แต่ก็ควรระมัดระวังในการใช้แบบฟอร์มประเภทนี้ คือ ไม่ควรให้มีข้อรายการมากเกินไป และควรมีช่องสำหรับบันทึกอย่างเหมาะสม

2.3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่สองในกระบวนการพยาบาล เป็นระยะที่พยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน และระบุขอบเขตของปัญหาสำหรับผู้ป่วย (Atkinson and Murray 1994) และเป็นการสรุปปัญหาและสาเหตุซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยความรู้ ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลและการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเริ่มต้นที่การวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับแบบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแปลผลได้เป็น 2

ลักษณะ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง จะแสดงว่าปกติหรือไม่มีปัญหา และ 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและมีการเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง จะแสดงว่าผิดปกติหรือมีปัญหา ประเภทของปัญหานั้นอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Iyer and Bernocchi 1995)

แอ๊ดคินสันและเมอเรย์ (Atkinson and Murray 1994) ได้สรุปไว้ว่า การวินิจฉัยทางการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรม 3 ประการ คือ การวิเคราะห์ข้อมูล การระบุปัญหา และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ในขั้นตอนนี้ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2536) ได้ยกตัวอย่างการใช้แนวทางของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North America Nursing Diagnosis Association) หรือเรียกย่อว่า NANDA ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำว่า "เนื่องจาก" เป็นตัวเชื่อมข้อความทั้งสอง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะพบปัจจัยเสี่ยง = เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ+เนื่องจาก+ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง - เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลแผล

2. มีปัญหาสุขภาพ = ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา

ตัวอย่าง - การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ

2.3.3 การวางแผนการพยาบาล (planning) เมื่อพยาบาลได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้ว ระยะการวางแผนการพยาบาลจึงเริ่มขึ้น ซึ่งพยาบาลจะสร้างแผนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือแก้ไขปัญหาที่กำหนดไว้ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Atkinson and Murray 1994) และการวางแผนการพยาบาลเป็นการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่มีความสำคัญจะได้รับการ

แก้ไขโดยเร็ว มีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา การเขียนแผนการพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน (Iyer and Bernocchi 1995)

นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) กล่าวว่า การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2) การเขียนวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย เป็นข้อความบอกพฤติกรรมที่คาดหวังหรือต้องการให้เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการพยาบาล โดยสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล และ 3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เพราะพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ ช่วยแก้ไขปัญหาที่รีบด่วน และมักจะเป็นปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต หรือสวัสดิภาพของผู้รับบริการ ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล ควรครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลจะมุ่งเน้นไปในด้านใดแล้วแต่ภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน

แอ๊คคินสัน และเมอเรย์ (Atkinson and Murray 1994) ได้สรุปไว้ว่า ในระยะของการวางแผนพยาบาลและผู้ป่วยควรกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายที่จะแสดงถึงการลด การป้องกัน หรือการกำจัดปัญหาร่วมกัน และการวางแผนการพยาบาลมุ่งให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป้าหมายเป็นพฤติกรรมที่ต้องการให้เปลี่ยนไปภายหลังได้รับการพยาบาล

2.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) เป็นขั้นตอนการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ การดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาล และเมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งลงในบันทึกทางการพยาบาล (Iyer and Bernocchi 1995) แอ๊คคินสันและเมอเรย์ (Atkinson and Murray 1994) กล่าวว่า ในขั้นตอนของการนำแผนไปปฏิบัติจะต้องประกอบด้วยการตรวจสอบความถูกต้องของแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการบันทึกการพยาบาล ตลอดจนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการตรวจสอบความถูกต้องของแผนการพยาบาล ควรจะตรวจสอบในประเด็นที่สำคัญ 4 อย่างคือ 1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety) 2) ความเหมาะสม (Appropriateness) 3) ความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) และ 4) เป็นแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล (Individualized nursing care) (Atkinson and Murray 1994)

นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) ได้แบ่งประเภทของกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภท คือ 1) ให้การดูแล (caring) เช่น ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ปาก ฟัน ฯลฯ 2) ให้ความ

ช่วยเหลือ (helping) เช่นให้อาหารทางสายยาง ช่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อ 3) ให้บริการ (giving) เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้ใหม่ นวดหลังและกล้ามเนื้อให้ 4) ตรวจสอบ (monitoring) สังเกตพฤติกรรม วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับการรู้สติ และ 5) สอน (teaching) การปฏิบัติตนให้หายเร็ว การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

แอ๊ดคินสันและเมอเรย์ (Atkinson and Murray 1994) กล่าวว่า ขั้นตอนสุดท้ายของการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ คือ การลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ให้กับการตอบสนองของผู้ป่วย ดังภาษิตโบราณที่ว่า "ถ้าไม่ได้บันทึก แสดงว่า การปฏิบัติการพยาบาลยังไม่สำเร็จ" ดังนั้น ถ้าไม่มีหลักฐานของการนำแผนการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ปรากฏอยู่ในบันทึกรายงานของผู้ป่วย อาจเป็นไปได้ว่ายังไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาล หรือยังไม่ได้มีการติดตามประเมินแผนการพยาบาลที่ให้

2.3.5 การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพของ กิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ การประเมินผลการพยาบาลจะทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการได้รับกิจกรรมการพยาบาลกับพฤติกรรมที่คาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมินผล การแปลผลข้อมูลจะสรุปได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาล แสดงออกในทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการแก้ไข แล้ว 2) พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาล แสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้ตั้งแต่ตอนแรก แสดงว่าปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล และ 3) กรณีที่พบว่า พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาล แสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้รับบริการ และวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ (Iyer and Bernocchi 1995)

นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) กล่าวว่า การประเมินผลการพยาบาลทำได้ 2 ลักษณะ คือ 1) การประเมินผลในขณะปฏิบัติการพยาบาลแต่ละขั้นตอน เรียกว่า Formative Evaluation เป็นการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยขณะที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลให้เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และอาจต้องปรับแผนการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และ 2) การประเมินผลภายหลังการพยาบาลสิ้นสุดเรียบร้อยแล้ว เรียกว่า Summative Evaluation เป็นการประเมินเพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้

บุคลากรในทีมพยาบาลได้ทราบความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาแต่ละปัญหาว่าหมดไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่

แอ๊ดคินสันและเมอเรย์ (Atkinson and Murray 1994) ได้สรุปไว้ว่า การประเมินผลการพยาบาลนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่ให้การพยาบาลแต่ละเวร โดยประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การบันทึกการตอบสนองต่อการพยาบาล 2) การประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล 3) การประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และ 4) การทบทวนแผนการพยาบาล โดยพยาบาลจะกลับไปดูที่เป้าหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมที่จะบ่งชี้ว่า ปัญหาของผู้ป่วยลดลง หรือได้รับการแก้ไขแล้ว

การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พยาบาลควรใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับบทบาท 4 มิติ ซึ่งครอบคลุมการป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีความสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) เป็นการให้การพยาบาลโดยความเชื่อว่ามนุษย์เป็นองค์รวม หน่วยเดียวอย่างผสมผสานของกาย จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ การทำความเข้าใจคนไม่สามารถแยกทำความเข้าใจออกเป็นส่วน ๆ ได้ (ทัศนา บุญทอง 2532) และพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในเรื่อง สุขภาพแบบองค์รวม เนื่องจากสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง สุขภาพที่ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์อันละเอียดอ่อนระหว่าง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่มีแต่เฉพาะในเรื่องกายหรือชีววิทยาเท่านั้น (ประเวศ วะสี 2544)

ในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในองค์รวมของบุคคลแล้ว จะทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกาย และจิตเป็นอย่างดี โรคทางกายหลายโรคเกี่ยวโยงกับจิต และเยียวยาได้ด้วยจิตที่ให้ความรักและความเข้าใจ ความห่วงใยและเอื้ออาทร (ฟาริดา อิบราฮิม 2546)

การให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับบทบาท 4 มิติ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพบุคคลที่เจ็บป่วย (อำภาพร พัววิไล 2545) เนื่องจากปัจจุบันนี้ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ได้รับอันตรายจากการให้บริการของทีมสุขภาพ และลดการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น ในการให้การพยาบาลบทบาทของพยาบาลในด้านการป้องกันความเจ็บป่วยจึงต้องคำนึงถึง การป้องกันความเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ซึ่ง อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2544) ได้ให้ความหมายความเสี่ยงไว้ว่า ความเสี่ยง คือ เหตุการณ์ที่ไม่พึง

ประสงค์ มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสีย หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สิน กฤษฎา แสวงดี (2543) ได้กล่าวถึง ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ 4 ด้าน คือ 1) ความเสี่ยงด้านร่างกาย เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เช่น การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียง การให้ยาผิด การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ตามลำพัง การประเมินปัญหาผู้ป่วยล่าช้า 2) ความเสี่ยงด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย การทำให้อับอายขายหน้า การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว 3) ความเสี่ยงด้านสังคม เช่น การไม่รักษาความลับของผู้ป่วย การละเมิดสิทธิผู้ป่วย และ 4) ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การละเลยผู้ป่วยในระยะสุดท้าย สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ดุสิต สถาวร (2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความปลอดภัย หมายถึง การปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยควรใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กล่าวคือ ใน 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และให้ครอบคลุมบทบาท 4 มิติ โดยค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ก่อนเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์อันจะนำไปสู่การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียหรือเกิดอันตรายกับผู้ป่วย และเมื่อพยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้ว ควรบันทึกการพยาบาลให้ครอบคลุมประเด็นดังกล่าว เพื่อแสดงว่าพยาบาลได้ใช้องค์ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาพยาบาล และสำคัญที่สุดคือ เป็นความรับผิดชอบต่อสังคมในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

3. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลได้มีผู้คิดค้นวิธีการหรือรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลไว้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีจุดแข็งจุดอ่อนต่างกัน ดังที่ วาลัส (Walus 2003) ได้สรุปรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พยาบาลทั่วไปนิยมใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล มี 8 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (narrative charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นและผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เป็นการบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ได้จากการสังเกตหรือจากการปฏิบัติการพยาบาล ดังตัวอย่าง 1) บันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย เช่น อาการดีขึ้น อาการเลวลง หรือเกิดปัญหาใหม่

ขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น "ผู้ป่วยฝึกเดินไปมาด้วยไม้เท้าช่วยเดินได้ 3 นาทีแล้วรู้สึกเหนื่อย" 2) การตอบสนองต่อการดูแลรักษา ตัวอย่างเช่น "ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องลดลงภายหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง และ สีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถขึ้นลงเตียงได้โดยไม่ลำบาก" 3) อาการของผู้ป่วยไม่ก้าวหน้า ตัวอย่างเช่น "ขนาดหรือสภาพของแผลกดทับไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากรักษาไปแล้ว 6 วัน" และ 4) การตอบสนองของผู้ป่วยจากการได้รับการสอน ตัวอย่างเช่น "ผู้ป่วยสามารถสาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันได้" รูปแบบการบันทึกแบบบรรยายนี้มีข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย คือ 1) เป็นรูปแบบบันทึกที่ยืดหยุ่นเหมาะสมกับทุกสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วย 2) การบันทึกแสดงถึงความเข็มแข็งของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองต่อผู้ป่วย 3) เป็นการเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยในแต่ระยะเวลาเป็นเวลานาน 4) ใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย และ 5) ใช้แบบฟอร์มธรรมดาเหมาะแก่การฝึกพยาบาลใหม่ ให้บันทึกได้รวดเร็ว

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย คือ 1) ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ สัมพันธ์กันอย่างไรเพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่เรียบเรียงข้อมูล 2) เป็นการยากที่จะติดตามปัญหา และวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากระบบบันทึกนี้ 3) เป็นการบันทึกที่ไม่มีแนวทาง พยาบาลจะบันทึกไปเรื่อย ๆ บันทึกทุกอย่างทำให้ข้อความยาวและบางครั้งก็บันทึกซ้ำ และ 4) ไม่ได้สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล

3.2 รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (problem- oriented medical record : POMR)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่มุ่งแก้ปัญหา และช่วยสื่อสารในระหว่างทีมดูแล เป็นรูปแบบที่พัฒนาครั้งแรกโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ต่อมาได้พัฒนาโดยพยาบาล รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาใช้ได้ผลในผู้ป่วยวิกฤติ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAPIE คือ S = subjective data คือ ข้อมูลอัตนัยเป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล O = objective data คือ ข้อมูลปรนัยเป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้ A = assessment สิ่งที่พยาบาลวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้ P = plan คือ แผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาล I = intervention คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย E = evaluation คือ การประเมินผลการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา มีส่วนประกอบ ดังนี้

1. ฐานข้อมูล (data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ทั้งเหตุผลที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ได้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหา

2. ข้อปัญหา (problem list) หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานแล้ว ก็จะกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วย สามารถเขียนปัญหาในรูปของอาการ อาการแสดง หรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ตามวันที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ

3. แผนการพยาบาล (initial plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหาซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาล และแผนการสอน

4. บันทึกความก้าวหน้า (progress notes) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาลซึ่งเขียนในรูปของ SOAP (IE)

5. การสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา คือ 1) เป็นรูปแบบการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะซึ่งผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพได้ดี 2) การบันทึกที่แสดงถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแล และความก้าวหน้าของผู้ป่วย 3) สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก และ 4) ใช้เป็นแนวทางบันทึกที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้ป่วย

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา คือ 1) การบันทึกรูปแบบนี้ บางครั้งยากที่จะตัดสินใจว่าข้อมูลนี้ควรอยู่ภายใต้หัวข้อใดหรือการกำหนดลำดับความสำคัญของข้อปัญหา และ 2) การประเมินสภาพผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลปรับใช้กับปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหา การบันทึกตามแบบฟอร์ม SOAPIE ทำให้ต้องใช้เวลาในการบันทึกมากและเกิดการบันทึกซ้ำซ้อน

3.3 รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (problem intervention evaluation system)

เป็นรูปแบบบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยและมีกระบวนการบันทึกที่สะดวกขึ้น รูปแบบ PIE ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ส่วนของปัญหา (problem) การปฏิบัติการพยาบาล (intervention) และการประเมินผล (evaluation) มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (a daily patient assessment flow sheets) การบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวันในแบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note)

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE คือ 1) การบันทึกจะรวมถึงรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล 2) บันทึกปัญหาที่เป็นปัจจุบัน 3) รูปแบบบันทึกที่ง่ายโดยรวมการบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบบันทึกเดียวกัน และใช้แบบบันทึกย่อยในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย และ 4) มีการปรับปรุงคุณภาพ การปฏิบัติ การเขียนบันทึก และการประเมินผล

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE คือ 1) ทีมการพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างมากก่อนนำรูปแบบนี้ไปใช้ 2) ในรูปแบบนี้ต้องบันทึกการประเมินปัญหาแต่ละปัญหาของผู้ป่วยทุกเวร ซึ่งต้องบันทึกบ่อยโดยที่ไม่มีความจำเป็น และ 3) ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกกับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังอยู่โรงพยาบาลนาน

3.4 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ (focus system)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ก็จะกำหนดเป็น "focus" แทนคำว่า "ปัญหา" การบันทึกความก้าวหน้าใช้รูปแบบ DAR (Aata Action Rresponse)

บันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วยแบบฟอร์มสำหรับเขียน Focus และ Dar คือ D = data คือ ข้อมูลอัตนัย ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน focus A = action คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล R = response คือ ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ คือ 1) เป็นระบบการบันทึกการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นในการปรับให้เข้ากับระบบด้านคลินิก 2) มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าในรูป DAR 3) เป็นระบบบันทึกที่สามารถชี้บ่งปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วยและใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ และ 4) เป็นระบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ ทางการพยาบาล และสอดคล้องกับข้อกำหนดของ JCAHO

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ คือ 1) พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างลึกซึ้ง ก่อนใช้รูปแบบ และ 2) เป็นระบบที่มีการเช็คในแบบฟอร์มจำนวนมาก ซึ่งเป็นการยากที่จะวิเคราะห์ออกมาเป็นปัญหาของผู้ป่วย

3.5. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (charting by exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดเวลาที่ใช้ในการบันทึก โดยใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยายและลดการบันทึกซ้ำซ้อน การบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อย ได้แก่ 1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (nursing and medical order flow sheets) 2) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (graphic form) 3) แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย (patient –teaching record) 4) แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (patient discharge note) และ 5) แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note)

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE คือ 1) เป็นแบบบันทึกที่มีขนาดเล็กใช้บันทึกงานประจำตามแนวทางมาตรฐานการพยาบาล 2) เป็นระบบการบันทึกที่ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก 3) การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน 4) มีแนวทางและมาตรฐานการดูแล

ตามแบบฟอร์มที่บันทึก 5) แบบบันทึกย่อย (flow sheet) ทำให้สะดวกในการดูแล และ 6) ช่วยลดเวลาในการบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE คือ 1) การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการดูแลต้องใช้เวลา 2) ใช้เวลานานในการเรียนรู้ และการยอมรับที่จะใช้รูปแบบนี้ได้อย่างถูกต้องและมั่นคง และ 3) การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยอาจบันทึกโดยย่อพอเข้าใจในแบบฟอร์มหลายแบบฟอร์มแทนที่จะรวมใช้แบบฟอร์มเดียว

3.6 รูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ FACT (flow sheet concise timely)

รูปแบบของแบบบันทึกการพยาบาล FACT ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบบันทึกการพยาบาล CBE การบันทึกรูปแบบนี้จะหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น การบันทึกข้อมูลซ้ำ ๆความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยายามลดเวลาที่ใช้ในการบันทึก

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT คือ 1) การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีความสอดคล้องของภาษา และลักษณะของโครงสร้าง 2) รายละเอียดของการบันทึกสามารถหาได้ใน แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึก คือ มีความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ และ 4) ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลน้อยลง

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT คือ 1) การบันทึกด้วยรูปแบบนี้ต้องใช้เวลาในการพัฒนา และวิธีการให้เป็นมาตรฐาน และ 2) การใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกนี้ตรวจสอบได้ยาก

3.7 รูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CORE (core system)

รูปแบบของการบันทึกการพยาบาลนี้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการบันทึกในระบบนี้โดยบันทึกความต้องการและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมงเมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบ CORE ประกอบด้วย 1) ฐานข้อมูล (data base) เป็นข้อมูล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2) แผนการพยาบาล (care plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาล 3) แบบบันทึกย่อย (flow sheets) บันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล และการสอนผู้ป่วย 4) บันทึกความก้าวหน้า (progress notes) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเขียนในรูปของ DAE และ 5) การสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CORE คือ 1) แบบบันทึกแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล และ ระบบ DAE สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล 2) เป็นระบบบันทึกที่สั้น กะทัดรัด และ 3) เป็นระบบบันทึกที่เน้นการบันทึกด้านสังคมและจิตใจ

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CORE คือ 1) การบันทึกด้วยระบบนี้พยาบาลจะต้องได้รับการแนะนำหรือฝึกอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบไปใช้ 2) การพัฒนาแบบฟอร์มอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้ระยะเวลานาน และ 3) แบบฟอร์ม DAE ไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้รวดเร็ว

3.8 รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ (computerized)

การบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มีความสำคัญในการบันทึกช่วยลดเวลาในการบันทึก และเพิ่มความถูกต้องแน่นอน ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนบุคลากร ก่อนที่จะบันทึกอาการทางคลินิกของผู้ป่วยพยาบาลต้องลงบันทึกเป็นรหัสเฉพาะหรือลงบันทึกรหัสบัตรประชาชน (ID number) ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ ก่อน และการลงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนผลการพยาบาลก็ใช้บันทึกเป็นรหัส ทำให้บันทึกได้รวดเร็ว

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ คือ 1) เป็นบันทึกที่สามารถหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้รวดเร็ว 2) สามารถสะสมข้อมูลผู้ป่วยและช่วยทำให้การพยาบาลมีคุณภาพ 3) สามารถปรับข้อมูลผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์ 4) เป็นระบบการบันทึกที่อ่านง่ายและสามารถส่งข้อความความต้องการของผู้ป่วยให้ทีมดูแลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และ 5) ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินและได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ คือ 1) ถ้าการใช้ไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ก็ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ 2) มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่ใช้ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์ และ 3) ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล่มข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถใช้ได้

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ เช่น บอร์ดรีกินีและลาราบี (Boldreghini and Larrabee 1998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้บันทึกระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อประเมินความครอบคลุมการบันทึกทางการพยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาลและเป้าหมายความสำเร็จของการพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบ

ข้อมูลทางการพยาบาล (Nursing information system: NIS) กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนทดลอง 20 แฟ้มและหลังทดลองอีก 20 แฟ้ม ผลการทดลองพบว่า ระบบบันทึกแบบคอมพิวเตอร์ ไม่ได้ช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล หรือเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ดังนั้น จึงต้องมีการปรับปรุงระบบ NIS ให้เป็นระบบการบันทึกแบบเน้นเป้าหมายความครอบคลุมโดยพยาบาลพี่เลี้ยง มีการฝึกอบรมในเรื่อง การวางแผนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล

สำหรับการศึกษาของ กิวเกอตีและมิเชล (Gugerty and Michael 2007) ได้ศึกษาเรื่อง "โอกาสและความท้าทายในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย" กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเมืองแมรีแลน จำนวน 933 คน พบว่า พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ มาใช้ยังไม่มาก มีประมาณ 2/3 ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ แต่พยาบาลส่วนใหญ่คิดเป็น 59% ของกลุ่มตัวอย่าง มีความคาดหวังว่า การบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์จะทำให้พยาบาลเกิดความผ่อนคลายมากขึ้นกว่าเดิม และพยาบาลให้ความเห็นว่า การบันทึกแบบนี้จะทำให้เอกสารมีความสมบูรณ์มากขึ้น และเป็นบันทึกที่มีคุณภาพ พยาบาลส่วนใหญ่ได้แนะนำให้นำการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการพัฒนาระบบการทำงานแต่ก็ยังมีจุดอ่อนในเรื่องการออกแบบ และ การรวมเข้ากับระบบอื่น ๆ ที่ใช้อยู่

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบ	การใช้กับผู้ป่วย	ส่วนของการบันทึก	การประเมินสภาพ	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์และการประเมินผล	การบันทึกความก้าว หน้า
แบบบรรยาย (NARRA-TIVE)	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยระยะพักฟื้น	-ความก้าวหน้า -บันทึกย่อย แผนการรักษาเพิ่มเติม	แรกรับ:แบบบันทึกประวัติ ต่อเนื่อง:แบบบันทึก ความก้าวหน้า	แผนการพยาบาล	ความก้าวหน้าของการรักษา -สรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	บันทึกแบบบรรยายตามเวลา
แบบมุ่งแก้ปัญหา (POMR)	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ	-ข้อมูลพื้นฐาน -แผนการพยาบาล -รายการปัญหา -ความก้าวหน้าของการรักษา -สรุปการจำหน่าย	แรกรับ:ข้อมูลพื้นฐานและแผนการพยาบาล ต่อเนื่อง:แบบบันทึก ความก้าวหน้า	-ข้อมูลพื้นฐาน -แผนการพยาบาลตามรายการปัญหา	ความก้าวหน้าของการรักษา SOAPIE	บันทึกแบบ SOAPIE
แบบ PIE	ผู้ป่วยเฉียบพลัน	-แบบบันทึกย่อย การประเมินสภาพ -แบบบันทึกความก้าวหน้า -แบบรายการปัญหา	แรกรับ:แบบประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบประเมินสภาพทุกเวร	-แผนการพยาบาลและความก้าว หน้า	ความก้าวหน้าของการรักษา	-บันทึกแบบPIE
แบบ FOCUS	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	-แบบบันทึกความก้าวหน้า -บันทึกย่อย -แบบเช็ค	แรกรับ:แบบบันทึกประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วย ต่อเนื่อง:แบบประเมินสภาพ	แผนการพยาบาลตามปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ความก้าวหน้าของการรักษา	บันทึกแบบ DAR

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

รูปแบบ	การใช้กับผู้ป่วย	ส่วนของการบันทึก	การประเมินสภาพ	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์และการประเมินผล	การบันทึกความก้าวหน้า
แบบ CBE	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	-แผนการพยาบาล -บันทึกย่อย ,บันทึกการสอนผู้ป่วย	แรกรับ:แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานการประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึกการพยาบาลและแผนการรักษา	แผนการพยาบาลตามรายการข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ความก้าวหน้าของการรักษา	บันทึกแบบ SOAPIE หรือ SOAPIER
แบบ FACT	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	-แบบบันทึกย่อยประเมินสภาพ -บันทึกย่อย -บันทึกความก้าวหน้า	แรกรับ:แบบบันทึกการประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึกย่อย,บันทึกความก้าวหน้า	แผนการพยาบาลตามรายการข้อวินิจฉัยการพยาบาล	บันทึกย่อย	บันทึกแบบ DAR
แบบ CORE	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง	-Kardex -บันทึกย่อย -บันทึกความก้าวหน้า	แรกรับ:แบบบันทึกการประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึกความก้าวหน้า	แผนการพยาบาล	บันทึกความก้าวหน้า	บันทึกแบบ DAE
แบบ COMPU-TER	ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยระยะพักฟื้น	-ความก้าวหน้า -บันทึกย่อย -แผนการพยาบาล -ข้อมูลพื้นฐาน, แผนการสอน	แรกรับ:แบบบันทึกการประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึกความก้าวหน้า	ข้อมูลพื้นฐานแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์แผนการพยาบาล	ประเมินผลผลที่คาดหวังผลการเรียนรู้

ที่มา: ตารางแสดงเปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล (Walus 2003: 64-67)

โดยสรุป รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า กลุ่มการพยาบาลแต่ละแห่งจะเลือกรูปแบบใดมาพัฒนาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และลักษณะงานของหน่วยงานนั้น ๆ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ (narrative charting) เพื่อให้ทราบรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละเวร และนำรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (POMR) มาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า มีผู้ที่ได้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

ไขแสง โพธิโกสุม (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลเทคนิคและพยาบาลวิชาชีพ 11 คน การดำเนินงานวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการและการทำความเข้าใจสถานการณ์เบื้องต้น ขั้นทำความเข้าใจสถานการณ์จริงเกี่ยวกับหอผู้ป่วย ขั้นปฏิบัติและการวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล และขั้นการพัฒนารูปแบบและการสะท้อนหลักการทางวิชาชีพ ใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองเป็นแบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึก คู่มือแนวทางการบันทึกการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การใช้คู่มือแนวทางการบันทึกการพยาบาลที่ประกอบด้วยแผนการดูแล แนวทางการบันทึกการพยาบาลและระบบการจัดการบันทึกการพยาบาลทำให้คุณภาพการบันทึก และคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังทำวิจัยสูงกว่าก่อนทำวิจัย บุคลากรพยาบาลที่ได้รับการพัฒนามีความรู้สึกพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ใช้เวลาการบันทึกลดน้อยลง มีความรู้ ความสามารถในการบันทึกดีขึ้น มีบรรยากาศการทำงานในการพัฒนาการบันทึกดีมาก การตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยทำเฉพาะก่อนรับเวรเช้าเท่านั้น ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการเอาใจใส่และคำแนะนำระดับดีมาก

ศรีสง่า คุ้มพิทักษ์ (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความครบถ้วนของการบันทึกความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย แต่ในด้านความคล่องตัว มีความแตกต่างกัน ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการ

บันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มใหม่สูงสุดในด้านความครบถ้วนของการบันทึกทำให้ใช้สื่อสารได้และต่ำสุดในด้านความคล่องตัวในการบันทึก

รัตนา เครือรัตนไพบูลย์ (2546) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีการดำเนินการศึกษาพัฒนา 6 ขั้นตอน คือ การวางแผน การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล นำแบบบันทึกทางการพยาบาลไปปฏิบัติในหอผู้ป่วย (ครั้งที่ 1) ประเมินและสรุปผลคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จัดอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาล นำแบบบันทึกทางพยาบาลไปปฏิบัติในหอผู้ป่วย (ครั้งที่2) ประเมินและสรุปผลคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก 4 C ร้อยละ 64.4 ครั้งที่ 1 และร้อยละ 81.5 ในการประเมินครั้งที่ 2 และคะแนนคุณภาพการบันทึกในด้านกระบวนการพยาบาลร้อยละ 56.2 ใน ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 66.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต่อไปอีก

กนกพร ดุสิตกุลและคณะ (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิผลการบันทึก และความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 26 คน และเวชระเบียนแยกตามความรุนแรงของผู้ป่วย 3 ระดับ คือ emergent urgent และ non-urgent ประเภทละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการ แบบตรวจสอบรายการบันทึกทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้บันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้หลังใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการมากกว่าคะแนนความรู้ก่อนใช้บันทึกทางการพยาบาล ประสิทธิผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการภายหลังพัฒนามีเปอร์เซ็นต์การบันทึกสูงขึ้น ในเรื่องความถูกต้องครบถ้วนตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องของการบันทึกข้อวินิจฉัยตามความเป็นจริง (actual diagnosis)

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 20 คน ด้วยวิธี Matched pair กลุ่มอาการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และ 2) พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีลักษณะการทำงานใกล้เคียงกันจำนวน 22 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน และกลุ่มควบคุม 13 คน โดยพยาบาลกลุ่มทดลองร่วมกันพัฒนาและใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลองค์รวม ส่วนกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เครื่องมือการพัฒนารูปแบบการบบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม 4 ชุด คือ 1) แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยรับใหม่ 2) แบบฟอร์มการบันทึกแผนการพยาบาล 3) แบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาล และ 4) แบบฟอร์มประเมินการจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือการบันทึกทางการพยาลบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และแบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาลบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลอง

พรทิพย์ รัตนวิชัย (2547) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาล: เพื่อคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม) แบ่งกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โดยวัดผลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลหลังใช้รูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงขึ้นกว่าเดิม

อารี ชีวเกษมสุข (Cheevakasemsook Aree 2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลเซ็นต์หลุยส์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม

สังเกตการทำงานของพยาบาลทุกคนในแต่ละวัน ตารางกำหนดเวลาสนทนากลุ่ม คู่มือเทคนิคการทำกลุ่ม แบบฟอร์มสังเกตกิจกรรมการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึก การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการบันทึก ระยะที่ 2 การนำสู่การปฏิบัติและปรับปรุงระบบ 4 รอบ ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผล โดยมีรายละเอียดสำคัญ คือ 1) ส่วนของเนื้อหาในแฟ้มผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) ส่วนของการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มที่เป็นโครงสร้างซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม มาตรฐานการดูแล มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ การบริหารเวลาและการบริหารความเสี่ยง 3) ส่วนของการปฏิบัติการ ประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนการจำหน่าย และ 4) คู่มือบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกทางการพยาบาล 6 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลซึ่งใช้แบบบันทึกต่อเนื่อง แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และแบบฟอร์มการให้ยา

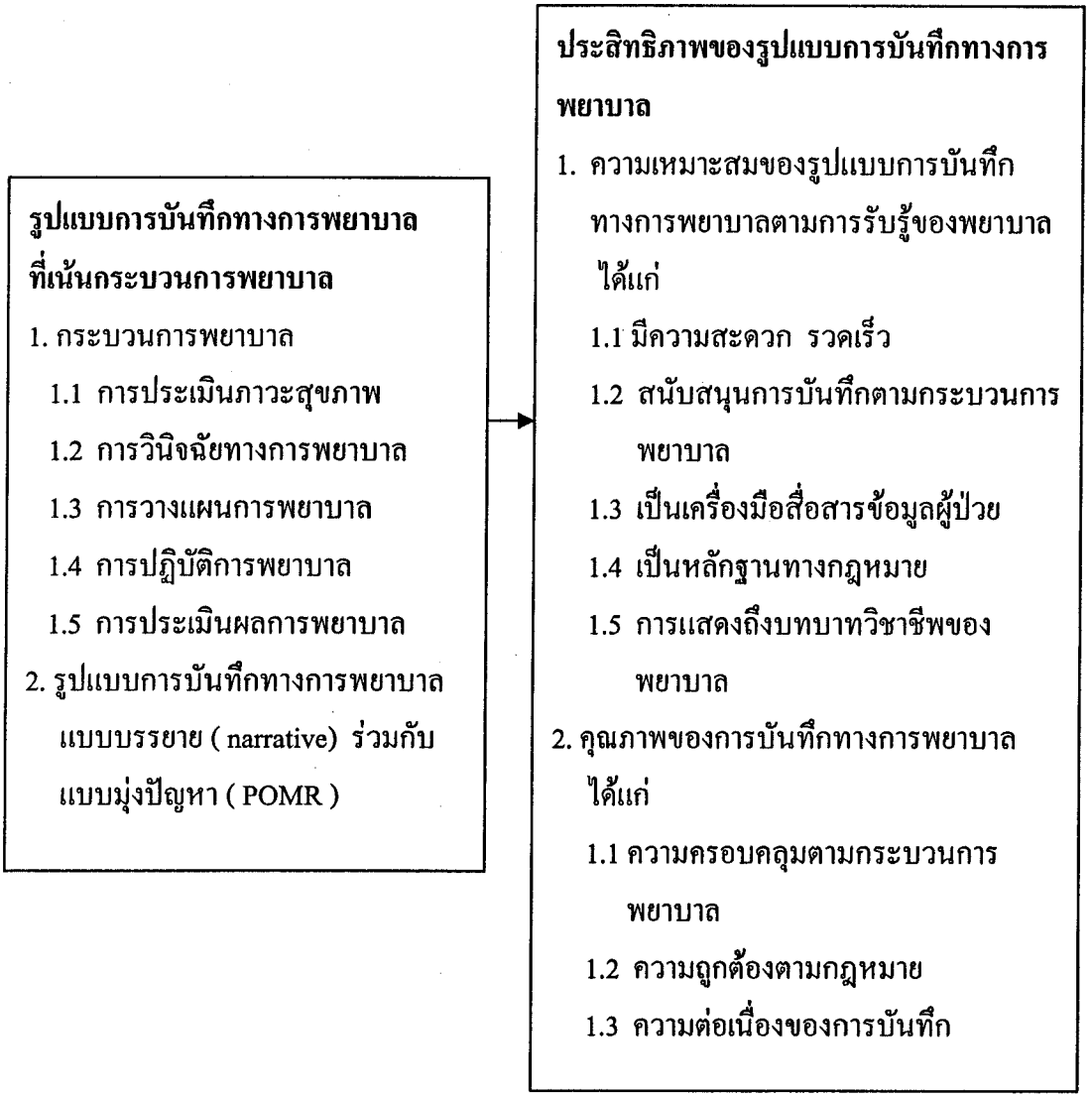
ทรอนควิส กาดอล์ฟ และสเตรนเดอ (Tornkvist Gardulf and Strender 1997) ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน (primary health) ที่มีต่อบันทึกการพยาบาล ในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในสต๊อกโฮม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาล 164 คน (94%) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีความไม่พึงพอใจในงานของตนเองและเพื่อนร่วมงานรวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลนั้น พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือ เรื่องของเวลาและความรู้ พยาบาลส่วนใหญ่เชื่อว่า การบันทึกที่ชัดเจนเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการพยาบาล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การบันทึกของพยาบาลพบว่าน้อยกว่า 1 ใน 5 ส่วน จะเป็นการบันทึกในเรื่องประวัติการรักษาพยาบาล (nursing history) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล 1 ใน 3 ส่วนของการเขียนรายงานเป็นกิจกรรมทางการพยาบาล (nursing intervention) ประมาณ 1ใน 4 ส่วน เป็นสถานะทางการพยาบาล (nursing status) และประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการปฏิบัติการทางการพยาบาลหรือเป็นส่วนใหญ่ของบันทึก จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลและความคิดเห็นที่มีต่อการบันทึกทางการพยาบาล และยืนยันว่าการบันทึกโดยใช้รูปแบบกระบวนการพยาบาลเป็นการช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม

บอร์ดรีกินิและลาราบี (Boldreghini and Larrabee 1998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้บันทึกระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อประเมินความครอบคลุมการบันทึกทางการพยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาลและเป้าหมายความสำเร็จของการพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบข้อมูลทางการพยาบาล (Nursing information system: NIS) กลุ่มตัวอย่างคือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนทดลอง 20 แฟ้มและหลังทดลองอีก 20 แฟ้ม ผลการทดลองพบว่าระบบบันทึกแบบคอมพิวเตอร์ ไม่ได้ช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล หรือเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการปรับปรุงระบบ NIS ให้เป็นระบบการบันทึกแบบเน้นเป้าหมายความครอบคลุมโดยพยาบาลพี่เลี้ยง มีการฝึกอบรมใหม่ในเรื่องการวางแผนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุม

กิวเกอตีและมิเชล (Gugerty and Michael 2007) ได้ศึกษาเรื่อง "โอกาสและความท้าทายในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย" ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเมืองแมรีแลนจำนวน 933 คน พบว่า พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ มาใช้ แต่อย่างไรก็ตาม ประมาณ 2/3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ พยาบาลส่วนใหญ่ที่ทำงานในโรงพยาบาลคิดเป็น 59% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความคาดหวังว่า การบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ จะทำให้พยาบาลเกิดความผ่อนคลายมากขึ้นกว่าเดิม สำหรับการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์พยาบาลให้ความเห็นว่า เอกสารมีความสมบูรณ์มากขึ้น และเป็นบันทึกที่มีคุณภาพ พยาบาลส่วนใหญ่ได้แนะนำให้นำการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการพัฒนาระบบการทำงานแต่ก็ยังมีจุดอ่อนในเรื่องการออกแบบ และ การรวมเข้ากับระบบอื่น ๆ ที่ใช้อยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่พยาบาลตระหนัก และทราบดีว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และยังพบอีกว่าการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังต้องพัฒนาต่อไปอีก เนื่องจากพยาบาลมุ่งประเมิน และให้การพยาบาลในด้านร่างกายเพียงด้านเดียว อาจสรุปได้ว่า ระบบการบันทึกทางการพยาบาลได้มีการพัฒนา และปรับปรุงมาตลอดเพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้และสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และนอกจากนี้ก็เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยเลือกรูปแบบบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ (narrative charting) เพื่อให้ทราบรายละเอียด ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละเวร และนำรูปแบบการ

บันทึกแบบมุ่งปัญหามาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และบันทึกให้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล และให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทวิชาชีพพยาบาล



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล และเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2550 ถึง ตุลาคม 2550 รวมระยะเวลา 6 เดือน การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล และ 2) ระยะทดลอง และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล ทั้งหมดจำนวน 28 คน และแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดที่พักรักษาในโรงพยาบาลขุนตาล ซึ่งถูกบันทึกโดยพยาบาลงานผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 9 ราย ซึ่งเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง เป็นผู้บันทึกทางการพยาบาล และให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. แบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองประกอบด้วย 3 แบบบันทึก ได้แก่ แบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 30 แฟ้ม และหลังทดลองประกอบด้วยแบบบันทึก 4 แบบ ได้แก่ แบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 30 แฟ้ม สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกแบบบันทึกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มารับการรักษาที่มีระยะเวลานอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ระยะเวลาก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ในช่วง 1 มิถุนายน ถึง 30 มิถุนายน 2550 และหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ในช่วง 15 กันยายน – 30 กันยายน 2550

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม และการบันทึกทางการพยาบาล

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และ 3) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

2.2 วิธีพัฒนาเครื่องมือ

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนา ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม และกระบวนการพยาบาล

ขั้นที่ 2 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล โดยใช้แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล

2. การสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล เกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

3. การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลขุนตาล โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

ขั้นที่ 3 สรุปประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นที่ 2 แล้วร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกทางการพยาบาล และคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 4 นำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล เสนอให้พยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ปรับร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 5 นำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 5 ท่าน ดังรายละเอียดในข้อ 2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ขั้นที่ 6 ปรับปรุงร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 1 สร้างแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แบบทดสอบอัตนัย ถามเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม และหลักการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 2 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาปรับปรุง ตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 การสร้างเครื่องมือ

1. แบบสำรวจปัญหา และอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และหลักการบันทึกทางการพยาบาล

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับหลักการบันทึกทางการพยาบาลของ พอตเตอร์และเพอรี่ (Potter and Perry 1995 อ้างใน ผ่องพรรณ ลาภเจริญ 2543)

3. แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อารี ชีวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)

ส่วนแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก สิริวัฒนา เกตุวีระพงศ์ (2548) และอารี ชีวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005)

ขั้นที่ 2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มพยาบาล แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและให้ข้อคิดเห็นในเชิงคุณภาพแล้วผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข

ขั้นที่ 3 ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ดังรายละเอียดในข้อ 2.3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือวิจัยมีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

เห็นด้วยมากที่สุด	=	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	=	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	=	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	=	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	=	1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ดังนี้

คะแนน 4.50 – 5.00 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมากที่สุด

คะแนน 3.50 – 4.40 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก

คะแนน 2.50 – 3.40 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ปานกลาง

คะแนน 1.50 – 2.40 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมน้อย

คะแนน 1.00 – 1.40 ระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล มี 3 ชุดย่อย ได้แก่

2.1 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

มีบันทึก = 1 คะแนน

ไม่บันทึก = 0 คะแนน

2.2 ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย

มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

มีบันทึก = 1 คะแนน

ไม่บันทึก = 0 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึก ดังนี้

0.89 – 1.00 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก

0.76 – 0.88 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดี

0.63 – 0.75 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง

0.50 – 0.62 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำ

ต่ำกว่า 0.50 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำมาก

2.2.3 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

บันทึกต่อเนื่องครบถ้วน = 3 คะแนน

บันทึกต่อเนื่องบางรายการ = 2 คะแนน

บันทึกต่อเนื่องน้อย = 1 คะแนน

บันทึกไม่ต่อเนื่องหรือบันทึกต่อเนื่องน้อยมาก = 0 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพของการบันทึกตามระดับค่าเฉลี่ยของการบันทึก ดังนี้

2.50 – 3.00 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก

2.00 – 2.49 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ดี

1.50 – 1.99 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง

1.00 – 1.49 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำ

ต่ำกว่า 1.00 ระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ต่ำมาก

2.3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

โดยนำแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และให้ข้อคิดเห็นในเชิงคุณภาพแล้วผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ คือ ข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมดี แต่ต้องปรับบางข้อคำถาม เช่น ให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วย การใช้สำนวนภาษา ควรจะให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจง่าย สามารถสื่อสารด้วยความหมายที่ตรงกัน

นำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวนภาษา และความเหมาะสมของรูปแบบ แล้วนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index หรือ CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป (นิรัตน์ อิมามี 2549) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลมีค่า CVI เท่ากับ 0.80

2.3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยนำไปให้พยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 22 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (cronbach's alpha coefficient) ซึ่งจะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าอัลฟ่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ 2547) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเท่ากับ 0.9

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ผู้วิจัยนำแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยจำนวน 10 แฟ้ม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ไปให้พยาบาลจำนวน 2 คน ตรวจสอบ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง ตามสูตรของ สก๊อต (intra and inter observer reliability) อ้างใน อารี ชีวเกษมสุข (2534) ดังนี้

$$\P = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

Po = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

Pe = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.84 ด้านความถูกต้องตามกฎหมายเท่ากับ 0.90 และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล ในการขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยจะพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับจะนำเสนอเป็นภาพรวมของการบันทึกทางการพยาบาลเท่านั้น

1.3 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้การพิทักษ์สิทธิของพยาบาลโดยชี้แจงสิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย และให้พยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

1.4 การค้นหาปัญหา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยในจำนวน 9 ราย

ได้ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ บันทึกทางการพยาบาลที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง อ่านลายมือไม่ออก บันทึกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล แบบฟอร์มไม่เอื้อให้บันทึกได้ครบตามกระบวนการพยาบาล มีภาระงานมากจึงไม่สามารถบันทึกได้ครอบคลุมองค์รวม ขาดการฟื้นฟูความรู้และทักษะการบันทึกทางการพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

2) สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล เกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในเดือนกรกฎาคม 2550 โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

3) ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลขุนตาล เดือนมิถุนายน 2550 จำนวน 30 แฟ้ม และทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกในช่วงเดือนกรกฎาคม โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

4) สรุปประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อ 1.4.1 – 1.4.3

1.5 ร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในข้อที่ 1.4.4 แล้วพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล เป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1) แนวทางการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

2) สร้างกระบวนการบันทึก โดยผสมผสานแนวปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล กับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม และการพัฒนากระบวนการบันทึกให้เป็นระบบ ได้ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพยาบาล

3) ร่างแบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งมี 4 แบบบันทึก ได้แก่ แบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากข้อ 1.4 การค้นหาปัญหา เป็นแนวคิดพื้นฐานควบคู่ไปกับเกณฑ์พิจารณาในการออกแบบ คือ การลงบันทึกได้ง่าย ความกะทัดรัด และสะดวกต่อการใช้ มีเนื้อที่ลงบันทึกข้อมูลสำคัญที่ต้องเขียนบรรยายอย่างเหมาะสม ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

4) ร่างคู่มือบันทึกทางการพยาบาล โดยกำหนดแนวทางในการบันทึกในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กำหนดแนวทางการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 4 ประเภท และร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล

1.6 จัดอบรมพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 9 ราย โดยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบันทึกทางการพยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์เชียงราย จังหวัดเชียงราย อบรมความรู้เรื่อง กระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม และ การบันทึกทางการพยาบาล ในวันที่ 13 สิงหาคม 2550 ก่อนการอบรมได้มีการประเมินความรู้ของพยาบาลผู้เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม ผลการประเมินความรู้ก่อนอบรมได้เท่ากับร้อยละ 66.38

วิทยากรได้บรรยายและเน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมให้มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล รับรู้ในคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งวิทยากรได้นำประสบการณ์เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลมากล่าวยกตัวอย่างประกอบการบรรยาย ประเด็นการบรรยาย ได้แก่ 1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาลโดยครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม และ 2) แนวคิดหลักการ ความสำคัญ ประโยชน์ และกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล (ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ภาคเช้า) รายละเอียดภาคผนวก ข และทำการทดสอบความรู้หลังอบรมได้ผลการทดสอบความรู้เท่ากับร้อยละ 90.43

1.7 การนำเสนอร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ยกร่างแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ ได้แก่ แบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 4 ประเภท และร่างคู่มือการบันทึก มานำเสนอให้พยาบาลผู้เข้าอบรมพิจารณา ร่วมให้ความคิดเห็น และปรับปรุงรูปแบบ และแบบบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 4 ประเภท (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ภาคบ่าย)

1.8 ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย แบบบันทึกทางการพยาบาล 4 ประเภท และร่างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 5 ท่าน ดังรายละเอียดในข้อ 2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.9 ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ซึ่งผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา สำหรับรายละเอียดที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอ ได้แก่ แบบประเมินผู้รับบริการ เนื้อหาละเอียด และครอบคลุมดี แต่ควรปรับให้ครอบคลุมองค์รวมให้ชัดเจนสังเกตเห็นได้ง่าย สำหรับแบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเหมาะสมต่อการนำไปใช้

ระยะที่ 2 การทดลองและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

2.1 ผู้วิจัยจัดประชุมพยาบาล งานผู้ป่วยใน ผู้เข้าร่วมอบรมกลุ่มเดิมทั้งหมด เพื่อชี้แจงการนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลมาใช้ พร้อมอธิบายคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบดังกล่าว และแต่งตั้งทีมตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในวันที่ 27 สิงหาคม 2550)

2.2 ผู้วิจัยนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลไปทดลองปฏิบัติในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน 2550 ในระยะนี้ผู้วิจัยจะเป็นที่ปรึกษาและติดตามเก็บข้อมูล และร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยติดตามสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2.3 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดในข้อ 4 และข้อ 5 ที่นำเสนอในหัวข้อต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล โดยใช้แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 9 ราย ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2550 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 1 คนเป็นผู้บันทึกการสนทนา (ผู้วิจัยได้เตรียมผู้บันทึก โดยการชี้แจงหลักการ และแนวทางในการบันทึกข้อความจากการสนทนากลุ่ม) และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์อีกครั้ง

4.2 ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล เกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยผู้วิจัยมีหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย และให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในเดือนมิถุนายน 2550 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยให้พยาบาลกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในเดือนตุลาคม 2550

4.3 ข้อมูลจากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ครั้งที่ 1 ก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล จากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) (วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล 2549) ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับการรักษามีระยะเวลานอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเดือนมิถุนายน 2550 จำนวน 30 แฟ้ม และตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ครั้งที่ 2 หลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล จากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน จำนวน 30 แฟ้ม ในระหว่างวันที่ 15 – 30 กันยายน 2550 นำข้อมูลที่รวบรวมไว้ มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และด้วยวิธีทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ คือ

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกทางการพยาบาล ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (ศิริพร จิรวัฒน์กุล 2549)

5.2 วิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล มีดังนี้

5.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยใช้สถิติ wilcoxon matched –pair signed-ranks test (วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล 2549)

5.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยทดสอบค่า t ที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระแก่กัน (independent groups t - test) (ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ 2548)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล และเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2550 รวมระยะเวลา 6 เดือน ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน จำนวน 9 ราย และ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 30 แฟ้มก่อนทดลองและ 30 แฟ้มหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่มีระยะเวลานอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 2.1 ผลการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ และตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ประเด็นปัญหาสำคัญและการแก้ไข ดังนี้

1. ปัญหาด้านแบบบันทึกและวิธีการบันทึกทางการพยาบาล คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลไม่เอื้อให้บันทึกได้ครบตามกระบวนการพยาบาล ขาดรูปแบบที่ชัดเจน การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม บันทึกไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และบันทึกการพยาบาลขาดความต่อเนื่อง ไม่มีคู่มือแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล

2. ปัญหาด้านคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล คือ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัญหาเกิดจากตัวบุคลากร คือ พยาบาลผู้บันทึกมีการรับรู้คุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาลน้อย ไม่เห็นความสำคัญของการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ขาดทักษะและการใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลขาดความต่อเนื่อง

3. ผู้วิจัยและพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาล 4 แบบบันทึก กำหนดแนวทางการบันทึกไว้ในคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล และได้เปรียบเทียบข้อแตกต่างของการบันทึกทั้ง 4 แบบบันทึก ดังปรากฏในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การเปรียบเทียบลักษณะของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกก่อนทดลอง	แบบบันทึกหลังทดลอง
1.แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ		
1.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย	-รวบรวมข้อมูลพื้นฐานและประเมินสภาพผู้ป่วย	-แบบประเมินผู้รับบริการ เป็นแบบบันทึกที่มีโครงสร้าง ดัดแปลงจากอารี ชีวเกษมสุข (2548)
1.2 ลักษณะของแบบบันทึก	-มี 1 แผ่น 2 หน้า เป็นแบบฟอร์มที่เติมข้อความในช่องว่าง และให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) -มีสรุปปัญหา/ความต้องการ และความเสี่ยงของผู้ป่วย	-มี 1 แผ่น 2 หน้าเหมือนเดิมมีส่วนเพิ่มเติม ดังนี้ 1.เพิ่มรายละเอียดของรายการประเมินของอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการแรกรับ 2.สัญญาณทางระบบประสาท (กรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท) 3.จัดหมวดหมู่ข้อมูลให้ชัดเจนเป็นระบบแบบ องค์รวม เพื่อให้ประเมินประเด็นปัญหาได้ง่าย ได้แก่ ข้อมูลด้านร่างกายของผู้ป่วย ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม และข้อมูลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกก่อนทดลอง	แบบบันทึกหลังทดลอง
1.แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ (ต่อ) 1.3 วิธีการบันทึก	-ประเมินแรกรับผู้ป่วยและบันทึกให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมงนับจากแรกรับผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย	-การประเมินเช่นเดียวกับแบบเดิมแต่มีเพิ่มรายละเอียดรายการประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม
2.แบบบันทึกแผนการพยาบาล		
2.1 กรอบแนวคิดที่ใช้	-	-ใช้กระบวนการพยาบาล
2.2 ลักษณะแบบบันทึก	-ไม่มีแบบบันทึกแผนการพยาบาล	-มีแบบบันทึกแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 1.กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน รูปแบบของ NANDA คือ เสี่ยงต่อการเกิด +ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก +ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามประเด็นปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย 2.ระบุแผนกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล 3.มีช่อง"บันทึก วดป. และเวลา" ที่พบปัญหา และช่อง "บันทึก วดป. และเวลา" ที่ปัญหาสิ้นสุด
2.3 วิธีการบันทึก	-บันทึกปัญหาของผู้ป่วยทั้งในรูปของอาการผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาล	-เมื่อประเมินผู้ป่วยแล้วให้ระบุปัญหาและหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ ลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำไว้ ในกรณีปัญหาที่พบไม่ตรงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ให้เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลใหม่ในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลแบบฟอร์มเปล่า -บันทึก "วดป. และเวลา" ที่พบปัญหาในช่อง วดป. และเวลา และเมื่อปัญหาสิ้นสุดให้บันทึกในช่อง วดป. และเวลาที่สิ้นสุด -วงกลมล้อมรอบหัวข้อของแผนการพยาบาลที่เลือกใช้กับผู้ป่วยรายนั้น ๆ

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกก่อนทดลอง	แบบบันทึกหลังทดลอง
3.แบบบันทึกการพยาบาล		
3.1 ระบบการบันทึก	-การบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ไม่ได้เน้นกระบวนการพยาบาล	-การบันทึกเป็นแบบที่เน้นกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม
3.2 ลักษณะแบบบันทึก	-แบบฟอร์มมี 5 ช่องคือ ช่องที่ 1 วันที่ เวลา ช่องที่ 2 ปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ช่องที่ 3 แผนการพยาบาล/กิจกรรมการพยาบาล ช่องที่ 4 ประเมินผล ช่องที่ 5 ผู้ประเมิน ตำแหน่ง	--แบบฟอร์มมี 6 ช่องคือ ช่องที่ 1 วัน เดือน ปี ช่องที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ช่องที่ 3 เวลา ช่องที่ 4 สัญญาณชีพ (T,P,R,BP) ช่องที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล ช่องที่ 6 การประเมินผล
3.3 วิธีการบันทึก	-บันทึกเนื้อหาตามช่องที่กำหนดให้ในแบบฟอร์มทั้ง 5 ช่องคือ ช่องที่ 1 วันที่ เวลา -บันทึก ว.ด.ป และเวลา ที่บันทึกในแต่ละเวร ช่องที่ 2 ปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล -บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย หรือบันทึกข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลในแต่ละเวรและแต่ละช่วงเวลา ช่องที่ 3 แผนการพยาบาล/กิจกรรมการพยาบาล -บันทึกทั้งแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลปนกัน	-บันทึกเนื้อหาตามช่องที่กำหนดให้ในแบบฟอร์มทั้ง 6 ช่องคือ ช่องที่ 1 วัน เดือน ปี -บันทึก ว.ด.ป ในแต่ละเวร ช่องที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล -บันทึกสภาพผู้ป่วยอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และระบุข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลของผู้ป่วยแต่ละข้อปัญหา โดยยกมาจากแบบบันทึกแผนการพยาบาล ช่องที่ 3 เวลา -บันทึกเวลาที่บันทึกสัญญาณชีพ หรือเวลาที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ช่องที่ 4 สัญญาณชีพ -บันทึกตามที่ได้วัดสัญญาณชีพ

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะแบบบันทึก	แบบบันทึกก่อนทดลอง	แบบบันทึกหลังทดลอง
	ช่องที่ 4 ประเมินผล -บันทึกผลการพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาล ช่องที่ 5 ผู้ประเมิน ตำแหน่ง -บันทึกชื่อและตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึก	ช่องที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล -บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ ช่องที่ 6 การประเมินผล -บันทึกการประเมินผลตามประเด็นข้อวินิจฉัยหรือตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลและเมื่อปัญหาสิ้นสุดให้ไปบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาลนั้นๆ ในช่อง วดป.ที่ปัญหาสิ้นสุด (สำหรับการบันทึกชื่อและตำแหน่ง ผู้บันทึกจะบันทึกปิดท้ายการประเมินผลของแต่ละเวร)
4.แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย		
4.1 ระบบบันทึก	-เป็นการบรรยายข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด และให้เช็ค / ใน( )	-เช่นเดียวกับแบบเดิม
4.2 ลักษณะแบบบันทึก	-แบบบันทึกมีโครงสร้าง	-เช่นเดียวกับแบบเดิม แต่จัดหมวดหมู่ของข้อความที่ต้องบันทึกให้เป็นระบบครอบคลุมองค์รวม -เพิ่มรายละเอียดของการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน -เพิ่มการระบุ เวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย -เพิ่มข้อกำหนดในการนัด -เพิ่มชื่อแพทย์เจ้าของไข้
4.3 วิธีการบันทึก	-บันทึกรายละเอียดตามรายการที่กำหนดในแบบฟอร์ม	-บันทึกรายละเอียดตามรายการที่กำหนดในแบบฟอร์ม

4. กำหนดรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล จากการมีส่วนร่วมของพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ผนวกกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเลือกรูปแบบการบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ เพื่อให้ทราบรายละเอียด ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละเวร และนำรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา มาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย กำหนดเป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลโดยบูรณาการรูปแบบการบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ และรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหา โดยใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และบทบาทวิชาชีพพยาบาล ให้เป็นจริงในการปฏิบัติ โดยมีหลักของการบันทึกทางการพยาบาล 5 ประการ ดังนี้

1) มีความถูกต้อง ได้แก่ 1) บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกตได้ 2) บันทึกในเวลาที่ถูกต้อง โดยเขียน วัน เวลา ที่บันทึกให้ชัดเจน 3) ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และ 4) ถูกต้องในแง่กฎหมาย

2) มีความกะทัดรัด ชัดเจน อ่านแล้วได้ใจความ

3) ข้อมูลที่บันทึกต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง

4) มีความเป็นระเบียบของข้อมูล

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

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

1) เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ ได้แก่ 1) มีความสะดวก รวดเร็ว 2) สนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล 3) เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย 4) เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และ 5) แสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล

2) เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ คือ 1) มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 2) มีความถูกต้องตามกฎหมาย และ 3) มีความต่อเนื่องของการบันทึก

องค์ประกอบที่ 3 นโยบายและการควบคุมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

1) กำหนดนโยบายให้หน่วยงานบันทึกทางการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการพยาบาล และแต่งตั้งทีมรับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และกำหนดแผนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2) หัวหน้างานตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อย 1 แฟ้ม ทุกวันราชการ พร้อมให้คำแนะนำ และหัวหน้าทีมการพยาบาลในแต่ละเวรสลับกันตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อย 1 แฟ้ม พร้อมให้คำแนะนำในการปรับปรุง และมีการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึกทุกเวรอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินสมรรถนะด้านการบันทึกทางการพยาบาลและการฝึกอบรม

1) ประเมินความรู้และทักษะการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นกระบวนการพยาบาลของพยาบาลทุก 1 ปี และพยาบาลใหม่ทุกราย

2) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้พยาบาล เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล และฝึกทักษะการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลทุก 1 ปี และพยาบาลใหม่ทุกราย

องค์ประกอบที่ 5 แนวทางการบันทึก และแบบบันทึกทางการพยาบาล

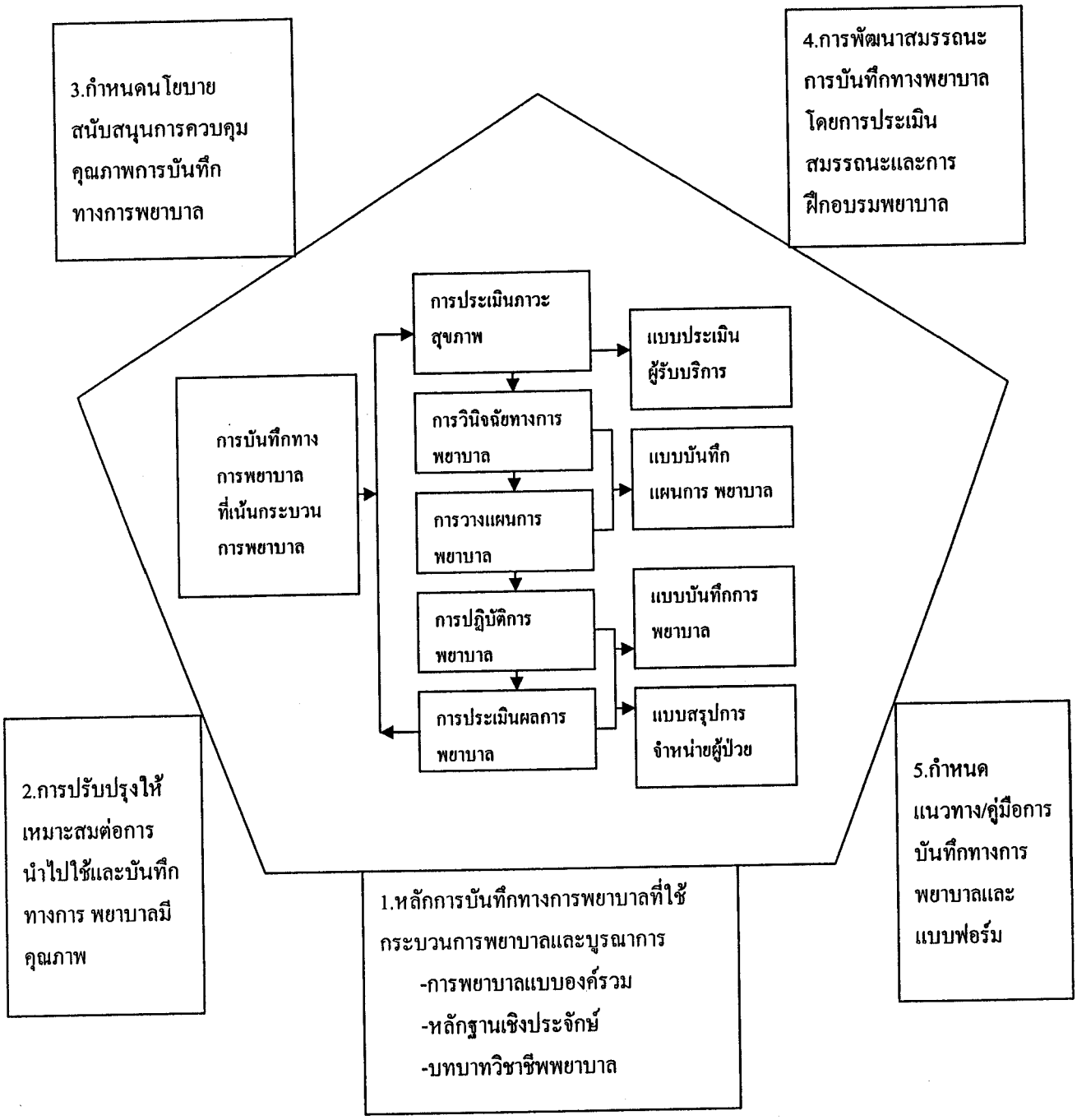
ให้บันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ที่กำหนดไว้ในคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล (ภาคผนวก ค) แต่ละขั้นตอนใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งการบันทึกรูปแบบนี้จะแสดงถึงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล โดยบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล 4 แบบบันทึก ดังนี้

1) แบบประเมินผู้รับบริการ ใช้บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเมื่อรับใหม่ โดยประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อมูลตามหัวข้อที่กำหนดในแบบฟอร์มให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม

2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล เมื่อพยาบาลประเมินผู้ป่วยแล้ว ให้ระบุปัญหาและหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ ลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำไว้ ในกรณีที่ปัญหาที่พบไม่ตรงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ให้บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลใหม่ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลแบบฟอร์มเปล่า และบันทึก “วดป. และเวลา” ที่พบปัญหาในช่อง วดป. และเวลา และเมื่อปัญหาสิ้นสุดให้บันทึกในช่อง วดป. และเวลาที่สิ้นสุด

3) แบบบันทึกการพยาบาล ใช้บันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เวลา สัญญาณชีพ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและบันทึกผลของการพยาบาลตามช่องที่กำหนดไว้ การประเมินผลการพยาบาล ให้บันทึกภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลตามประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ๆ โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลในช่องประเมินผลการพยาบาล

4) แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ใช้บันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวินิจฉัยก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำตามรายการในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 2.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

1) จำนวนและร้อยละของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา (ตารางที่ 4.2)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ก่อนทดลองและหลังทดลองรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยรวมและรายด้าน (ตารางที่ 4.3)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล รายด้านและรายข้อ (ตารางที่ 4.4)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

1) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนทดลองและหลังทดลอง (ตารางที่ 4.5)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการการพยาบาล (ตารางที่ 4.6)

3) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนทดลองและหลังทดลอง (ตารางที่ 4.7)

4) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความถูกต้องตามกฎหมายของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล (ตารางที่ 4.8)

5) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนทดลองและหลังทดลอง (ตารางที่ 4.9)

6) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล (ตารางที่ 4.10)

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและการเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (9 คน)	ร้อยละ (100)
เพศ		
หญิง	9	100
รวม	9	100
อายุ (ปี)		
20 – 25	2	22.22
26 – 30	4	44.45
31 – 35	2	22.22
36 – 40	1	11.11
รวม	9	100
สถานภาพสมรส		
โสด	6	66.67
คู่	3	33.33
รวม	9	100
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	9	100
รวม	9	100

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (9 คน)	ร้อยละ (100)
ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล (ปี)		
0 – 3	2	22.22
4 - 7	3	33.33
8 - 10	3	33.33
มากกว่า 10	1	11.12
รวม	9	100
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยใน (ปี)		
1 - 3	4	44.45
4 - 7	3	33.33
8 - 10	2	22.22
รวม	9	100

จากตารางที่ 4.2 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลงานผู้ป่วยในจำนวน 9 คน เป็นหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 31 ปี ช่วงอายุ 26– 30 ปี มีมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.45 และรองลงมา คือ ช่วงอายุ 20 - 25 ปี และช่วงอายุ 31– 35 ปี จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 22.22 ปี สถานภาพเป็นโสดมีมากที่สุด คือ ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ สถานภาพคู่ ร้อยละ 33.33 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลช่วงเวลา 4-7 ปี และช่วงเวลา 8-10 ปี จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ33.33 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยใน 1-3 ปีมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 44.45 และรองลงมา คือ ระยะเวลา 4- 7 ปี ร้อยละ 33.33

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่มัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนทดลองและหลังทดลองรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยรวม และรายด้าน

คะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล		N (9)	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
1.ด้านความสะดวก	Negative Ranks	0	.00	3.28	.240	4.42	.536	2.673**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
2.ด้านสนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล	Negative Ranks	0	.00	2.90	.335	4.49	.357	2.666**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
3.ด้านการสื่อสาร	Negative Ranks	0	.00	3.17	.250	3.83	.353	2.762**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
4.ด้านกฎหมาย	Negative Ranks	0	.00	3.33	.166	4.44	.381	2.689**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
5.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	Negative Ranks	0	.00	3.44	.288	4.29	.538	2.539*
	Positive Ranks	8	4.50					
	Ties	1						
รวม	Negative Ranks	0	.00	3.27	.235	4.41	.310	2.670**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						

**P<.01

*P<.05

Z= Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

Negative Ranks หมายถึง ระดับความคิดเห็นหลังทดลอง < ระดับความคิดเห็นก่อนทดลอง

Positive Ranks หมายถึง ระดับความคิดเห็นหลังทดลอง > ระดับความคิดเห็นก่อนทดลอง

Ties หมายถึง ระดับความคิดเห็นหลังทดลอง = ระดับความคิดเห็นก่อนทดลอง

จากตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวม ก่อนทดลองและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ก่อนทดลองและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพยาบาล 1 ราย ที่มีความคิดเห็นก่อนทดลองและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล รายด้าน และรายข้อ

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล		N (9)	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
ด้านความสะดวก								
1.ช่วยให้บันทึกข้อมูลได้รวดเร็ว	Negative Ranks	1	4.50	3.55	.527	4.44	.726	2.309**
	Positive Ranks	8	5.00					
	Ties	0						
2.ช่วยให้ตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้เร็ว	Negative Ranks	0	.00	3.00	.000	4.33	.500	2.762**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
3.ช่วยให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มเติมได้รวดเร็ว	Negative Ranks	0	.00	3.11	.333	4.44	.527	2.762**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
4.ช่วยให้บันทึกแผนการพยาบาลเพิ่มเติมได้รวดเร็ว	Negative Ranks	0	.00	3.22	.441	4.67	.500	2.739**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
5.ช่วยให้บันทึกสรุปการจำหน่าย	Negative Ranks	0	.00	3.78	.667	4.44	.527	2.121**
	Positive Ranks	5	3.00					
	Ties	4						
6.สะดวกและเหมาะสมกับภาระงานประจำ	Negative Ranks	0	.00	3.00	.000	4.22	.441	2.673**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

คะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล		N (9)	Mean Rank	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$	ก่อนการทดลอง S.D.	หลังการทดลอง $\bar{x}$	หลังการทดลอง S.D.	Z
รวมด้านความสะดวก	Negative Ranks	0	.00	3.28	.240	4.42	.536	2.673**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
ด้านสนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล								
7.ช่วยให้แนวทางการบันทึกชัดเจนขึ้น	Negative Ranks	0	.00	3.00	.000	4.67	.500	2.762**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
8.ช่วยให้บันทึกการประเมินผู้ป่วยได้ครบถ้วน	Negative Ranks	0	.00	2.78	.441	4.56	.527	2.701**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
9.เอื้อให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมปัญหา	Negative Ranks	0	.00	2.78	.667	4.44	.527	2.549*
	Positive Ranks	8	4.50					
	Ties	1						
10.ช่วยให้เขียนแผนการพยาบาลครอบคลุม	Negative Ranks	0	.00	3.22	.441	4.56	.527	2.585**
	Positive Ranks	8	4.50					
	Ties	1						
11.ช่วยให้บันทึกครอบคลุมทุกข้อวินิจฉัย	Negative Ranks	0	.00	3.33	.500	4.33	.500	2.251*
	Positive Ranks	6	3.50					
	Ties	3						

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล		N (9)	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
12.ช่วยให้บันทึกการประเมินผล	Negative Ranks	0	.00	2.44	.726	4.33	.500	2.588**
	Positive Ranks	8	4.50					
	Ties	1						
13.ส่งเสริมให้การปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่อง	Negative Ranks	0	.00	2.78	.441	4.56	.527	2.701**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
รวมด้านสนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล	Negative Ranks	0	.00	2.90	.335	4.49	.357	2.666**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
ด้านการสื่อสาร								
14.เป็นเครื่องมือในการสื่อสารในทีมพยาบาล	Negative Ranks	0	.00	3.33	.500	4.33	.500	3.000**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
15.ส่งเสริมการสื่อสารในทีมสุขภาพ	Negative Ranks	0	.00	3.00	.000	3.33	.500	1.732*
	Positive Ranks	3	2.00					
	Ties	6						
รวมด้านการสื่อสาร	Negative Ranks	0	.00	3.17	.250	3.83	.353	2.762**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล		N (9)	Mean Rank	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$	ก่อนการทดลอง S.D.	หลังการทดลอง $\bar{x}$	หลังการทดลอง S.D.	Z
ด้านกฎหมาย								
16.ส่งเสริมบันทึกที่ตรวจสอบได้	Negative Ranks	0	.00	3.33	.500	4.33	.500	2.460*
	Positive Ranks	7	4.00					
	Ties	2						
17.ส่งเสริมเห็นภาพจริงของผู้ป่วย	Negative Ranks	0	.00	2.89	.333	4.33	.500	2.754**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
18.ส่งเสริมบันทึกครบกระบวนการพยาบาล	Negative Ranks	0	.00	3.33	.500	4.44	.527	2.428*
	Positive Ranks	7	4.00					
	Ties	2						
19.บันทึกเหตุการณ์ก่อนหลัง	Negative Ranks	0	.00	3.00	.000	4.67	.500	2.762**
	Positive Ranks	9	5.00					
	Ties	0						
20. บันทึกข้อความชัดเจน	Negative Ranks	0	.00	3.44	.527	4.33	.500	2.070*
	Positive Ranks	5	3.00					
	Ties	4						
21.ส่งเสริมบันทึกข้อมูลที่จำเป็น	Negative Ranks	0	.00	4.00	.000	4.56	.527	2.236*
	Positive Ranks	5	3.00					
	Ties	4						
รวมด้านกฎหมาย	Negative Ranks	0	0	3.33	.166	4.44	.381	2.689**
	Positive Ranks	5	3.00					
	Ties	3						

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล		N (9)	Mean Rank	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$	ก่อนการทดลอง S.D.	หลังการทดลอง $\bar{x}$	หลังการทดลอง S.D.	Z
ด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ								
22.เอื้อต่อการบันทึกตามบทบาทวิชาชีพ	Negative Ranks	0	.00	3.67	.500	4.33	.500	2.121*
	Positive Ranks	5	3.00					
	Ties	4						
23.การบันทึกแสดงการใช้กระบวนการพยาบาล	Negative Ranks	0	.00	3.11	.333	4.22	.667	2.428*
	Positive Ranks	7	4.00					
	Ties	2						
24.สะท้อนการใช้องค์ความรู้	Negative Ranks	0	.00	3.56	.500	4.33	.500	2.333*
	Positive Ranks	6	3.50					
	Ties	3						
รวมด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ	Negative Ranks	0	.00	3.44	.288	4.29	.538	2.539*
	Positive Ranks	8	4.50					
	Ties	1						

**P<.01

*P<.05

Z= Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

Negative Ranks หมายถึง ระดับความคิดเห็นหลังทดลอง < ระดับความคิดเห็นก่อนทดลอง

Positive Ranks หมายถึง ระดับความคิดเห็นหลังทดลอง > ระดับความคิดเห็นก่อนทดลอง

Ties หมายถึง ระดับความคิดเห็นหลังทดลอง = ระดับความคิดเห็นก่อนทดลอง

จากตารางที่ 4.4 เมื่อพิจารณารายข้อของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ด้านความสะดวก มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านความสะดวก หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกข้อ มีพยาบาลเพียง 1 ใน 8 ราย ที่มีความคิดเห็นในข้อ (1) ช่วยให้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้รวดเร็วและถูกต้องหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง (Negative Rank = 1 Positive Rank = 8) สำหรับด้านการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ข้อ (15) การส่งเสริมการสื่อสารในทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย (ก่อนทดลอง $\overline{x}$ =3.00 SD=.000 และหลังทดลอง $\overline{x}$ =3.33 SD=.500)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนทดลองและหลังทดลอง (N=30)

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1.การประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	.82	.118	ดี	.88	.056	ดี
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	.68	.404	ปานกลาง	.93	.172	ดีมาก
3.การวางแผนการพยาบาล	.66	.379	ปานกลาง	1.00	.000	ดีมาก
4.การปฏิบัติการพยาบาล	.82	.245	ดี	.93	.172	ดีมาก
5.การประเมินผลการพยาบาล	.65	.374	ปานกลาง	.82	.307	ดีมาก
6.การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	.65	.333	ปานกลาง	.92	.143	ดีมาก
รวมทั้งหมด	.75	.152	ดี	.89	.060	ดีมาก

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =.75 SD=.152) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =.89 SD=.060) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการวางแผนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากกว่าด้านอื่น ๆ โดย ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =.66 SD=.379) และหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =1.00 SD=.000) รองลงไป คือ ด้านการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =.65 SD=.333) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =.92 SD=.143)

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล (N=30)

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1.การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	.82	.118	.88	.056	2.439	.009**
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	.68	.404	.93	.172	3.114	.001**
3.การวางแผนการพยาบาล	.66	.379	1.00	.000	4.817	.000**
4.การปฏิบัติการพยาบาล	.82	.245	.93	.172	2.131	.019*
5.การประเมินผลการพยาบาล	.65	.374	.82	.307	1.883	.032*
6.การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	.65	.333	.92	.143	4.027	.000**
รวมทั้งหมด	.75	.152	.89	.060	4.687	.000**

** $p < .01$

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ก่อนทดลองและหลังทดลองโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนทดลองและหลังทดลอง (N=30)

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1.บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ	.83	.379	ดี	.90	.305	ดีมาก
2. บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล	.60	.498	ต่ำ	.90	.305	ดีมาก
3. บันทึกการวางแผนการพยาบาล	.97	.183	ดีมาก	.97	.183	ดีมาก
4. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล	.87	.346	ดี	.87	.346	ดี
5. บันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติ	.53	.507	ต่ำ	.93	.254	ดีมาก
6. บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย	.79	.407	ดี	.93	.254	ดีมาก
7. บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วย	.93	.254	ดีมาก	1.00	.000	ดีมาก
8. บันทึกสภาพของผู้ป่วย	1.00	.000	ดีมาก	1.00	.000	ดีมาก
9. บันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์	.60	.498	ต่ำ	1.00	.000	ดีมาก
10. บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ	.37	.490	ต่ำมาก	.47	.507	ต่ำมาก
11.บันทึกข้อความสั้น กะทัดรัด	.87	.346	ดี	.90	.305	ดีมาก
12.ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์	.83	.379	ดี	1.00	.000	ดีมาก
13.ขีดเส้นตรง ทับข้อความที่เขียนผิด	.13	.346	ต่ำมาก	.73	.450	ปานกลาง
14. ขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือ	.00	.000	ต่ำมาก	1.00	.000	ดีมาก
15. ลงชื่อ และตำแหน่ง ของผู้บันทึก	.03	.183	ต่ำมาก	.70	.466	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	.62	.148	ต่ำ	.89	.122	ดีมาก

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนทดลองโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ =.62 SD=.183) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =.89 SD=.122) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากที่สุด คือ ข้อ (13) ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด และข้อ (14) ขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือทุกครั้ง สำหรับข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึก อยู่ในระดับดีมากทั้งก่อนและหลังทดลอง คือ ข้อ (8) บันทึกสภาพผู้ป่วยไม่แปลความหมายทุกครั้ง (ก่อนทดลองและหลังทดลอง $\bar{x}$ =1.00 SD=.000) และข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึก อยู่ในระดับต่ำมากทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง คือ ข้อ (10) บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ (ก่อนทดลอง $\bar{x}$ =.37 SD=.479 และหลังทดลอง $\bar{x}$ =.47 SD=.507)

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความถูกต้องตามกฎหมายของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลอง (N=30)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ	.83	.379	.90	.305	.750	.228
2. บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล	.60	.498	.90	.305	2.812	.003**
3. บันทึกการวางแผนการพยาบาล	.97	.183	.97	.183	.000	.500
4. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล	.87	.346	.87	.346	.000	.500
5. บันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติ	.53	.507	.93	.254	3.862	.000**
6. บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย	.79	.407	.93	.254	1.523	.067*
7. บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วย	.93	.254	1.00	.000	1.439	.080
8. บันทึกสภาพของผู้ป่วย	1.00	.000	1.00	.000	-	-
9. บันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์	.60	.498	1.00	.000	4.397	.000**
10. บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ	.37	.490	.47	.507	.776	.220
11.บันทึกข้อความสั้น กะทัดรัด	.87	.346	.90	.305	.396	.347
12.ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์	.83	.379	1.00	.000	2.408	.011*
13.ขีดเส้นตรง ทับข้อความที่เขียนผิด	.13	.346	.73	.450	5.793	.000**
14. ขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือ	.00	.000	1.00	.000	0	.000**
15.ลงชื่อ และตำแหน่ง ของผู้บันทึก	.03	.183	.70	.466	7.295	.000**
รวม	.62	.148	.89	.122	7.662	.000**

** $p < .01$, * $p < .05$

จากตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวม ก่อนทดลองและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนทดลองและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ข้อ (1) บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ ข้อ (3) บันทึกการวางแผนการพยาบาล ข้อ (4) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ข้อ (7) บันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วย ข้อ (10) บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ และข้อ (11)

บันทึกข้อความสั้น กะทัดรัด สำหรับข้อที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนคุณภาพการบันทึกเลย คือ ข้อ (8) บันทึกสภาพของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนทดลองและหลังทดลอง (N=30)

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1.การประเมินภาวะสุขภาพ	2.15	.233	ดี	2.66	.355	ดีมาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	2.00	.000	ดี	2.57	.504	ดีมาก
3.การวางแผนการพยาบาล	1.76	.253	ปานกลาง	2.90	.203	ดีมาก
4.การปฏิบัติการพยาบาล	1.97	.183	ปานกลาง	2.57	.504	ดีมาก
5.การประเมินผลการพยาบาล	1.72	.252	ปานกลาง	2.52	.359	ดีมาก
รวมทั้งหมด	1.90	.141	ปานกลาง	2.66	.237	ดีมาก

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =1.90 SD=.141) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =2.66 SD=.237) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากที่สุด (ก่อนทดลอง $\bar{x}$ =1.76 SD=.253 และหลังทดลอง $\bar{x}$ =2.90 SD=.203) และรองลงไป คือ ด้านการประเมินผลการพยาบาล (ก่อนทดลอง $\bar{x}$ =1.72 SD=.252 และหลังทดลอง $\bar{x}$ =2.52 SD=.359)

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนทดลองและหลังทดลอง (N=30)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1.การประเมินภาวะสุขภาพ	2.15	.233	2.66	.355	6.656	.000*
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	2.00	.000	2.57	.504	6.158	.000*
3.การวางแผนการพยาบาล	1.76	.253	2.90	.203	19.089	.000*
4.การปฏิบัติการพยาบาล	1.97	.183	2.57	.504	6.131	.000*
5.การประเมินผลการพยาบาล	1.72	.252	2.52	.359	9.986	.000*
รวมทั้งหมด	1.90	.141	2.66	.237	15.034	.000*

* $p<.01$

จากตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่อง โดยรวมก่อนทดลองและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5
สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยการสนทนากลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการ สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล แล้วสรุปประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ซึ่งปรากฏสาระโดยสรุปเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัยดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

1.1.2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลโรงพยาบาลขุนตาลทั้งหมดจำนวน 28 คน และแบบบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมดของโรงพยาบาลขุนตาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 9 ราย

2. แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลจำนวน 60 แฟ้ม โดยประเมินก่อนทดลองจำนวน 30 แฟ้ม และหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลจำนวน 30 แฟ้ม สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกแบบบันทึกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มารับการรักษาและมีระยะเวลานอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยใน 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และ 3) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลจากแบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 9 ราย

2) ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

3) ข้อมูลจากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จากแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง

จำนวน 30 แฟ้ม และครั้งที่ 2 หลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล จำนวน 30 แฟ้ม

1.2.4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

*1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาล*ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกทางการพยาบาล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

2) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล มีดังนี้

*(1) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับที่มัธยฐานคะแนน*ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ wilcoxon matched –pair signed-ranks test (วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล 2548)

(2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนน คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยทดสอบค่า t ที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระแก่กัน (independent groups t - test) (ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ 2548)

1.3 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล และเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลจังหวัดเชียงราย สรุปผลการวิจัยเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

1. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลจากการมีส่วนร่วมของพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ผนวกกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเลือกรูปแบบการบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ เพื่อให้ทราบรายละเอียด ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละเวร และนำรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา มาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย 1) หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 3) นโยบายและ

การควบคุมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 4) การประเมินสมรรถนะเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และการฝึกอบรม และ 5) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการพยาบาล

ตอนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 2.1 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

ความคิดเห็นของพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวม ก่อนทดลองและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนทดลองและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพยาบาล 1 ราย ที่มีความคิดเห็นก่อนทดลองและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายข้อของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ด้านความสะดวกมีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านความสะดวก หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกข้อ ยกเว้นข้อ (1) ช่วยให้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้รวดเร็วและถูกต้องที่คะแนนความคิดเห็นของพยาบาล 1 รายหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และด้านการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ข้อ (15) การส่งเสริมการสื่อสารในทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย

ส่วนที่ 2.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนทดลอง และหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล

1. ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ก่อนทดลองและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =.75 SD=.152) และหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =.89 SD=.060) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการวางแผนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากกว่าด้านอื่น ๆ โดยก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =.66 SD=.379) และหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =1.00 SD=.000) รองลงไป คือ ด้านการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการสรุปการจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =.65 SD=.333) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการสรุปการจำหน่ายอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =.92 SD=.143)

2. ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนทดลองและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ =.62 SD=.183) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =.89 SD=.122) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมาย หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากที่สุด คือ ข้อ (13) ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับทุกครั้ง และข้อ (14) ขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือทุกครั้ง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับดีมากเท่ากันทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือ ข้อ (8) บันทึกสภาพของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง ($\bar{x}$ =1.00 SD=.000) และข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับต่ำมากทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือ ข้อ (10) บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความโดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{x}$ =.37 SD=.479) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{x}$ =.47 SD=.507)

3. ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก คะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก ก่อนทดลองและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมก่อนทดลองอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =1.90 SD=.141) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =2.66 SD=.237) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการวางแผนการพยาบาล มีคะแนนคุณภาพการบันทึกหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากที่สุด และรองลงไป คือ ด้านการประเมินผลการพยาบาล

2. อภิปรายผล

2.1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้การวิจัยและพัฒนา และการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและทีมพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยร่วมกันแสดงความคิดเห็นและคิดหาแนวทางพัฒนา ตั้งแต่ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล และการหาแนวทางแก้ไขปัญหาการออกแบบแบบบันทึกทางการพยาบาล และการจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้นกว่าเดิม และเมื่อนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ไปใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล พบว่ารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลนี้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้และทำให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น

2.2 ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จากการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมและรายด้านหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แสดงว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องทอง มธุรชน (2546) พบว่า ความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลหลังการใช้

แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ดุสิตกุล และคณะ (2546) พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลต่อการใช้การบันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารี ชีวเกษมสุข (2548) พบว่า ได้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถนำสู่การปฏิบัติได้และพยาบาลมีความพึงพอใจในระบบการบันทึกมาก แต่ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ศรีสง่า คุ้มพิทักษ์ (2542) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความครบถ้วนของการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย โดยผู้วิจัยให้เหตุผลว่า ในช่วงเวลาที่ใช้แบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่พยาบาลยังปฏิบัติการพยาบาลและทำการบันทึกทางการพยาบาลด้วยวิธีการเหมือนเดิม

จากผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อนำมาพิจารณารายด้าน พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองทุกด้าน สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

2.2.1. ด้านความสะดวก พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านความสะดวกหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ พยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล มีระบบการตรวจสอบการบันทึกที่ชัดเจน มีการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ช่วยให้บันทึกได้สะดวกขึ้น ทั้ง 4 แบบบันทึก ได้แก่ แบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ (2545) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการใช้บันทึกกระบวนการพยาบาลโรงพยาบาลหนองเรือ พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่า แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความสะดวกในการนำไปใช้มาก ยกเว้น แบบประเมินอาการและความสามารถของผู้ป่วยต่อเนื่องที่ใช้ได้สะดวกปานกลาง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) พบว่า พยาบาลมีความเห็นว่า แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น ด้านความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ในระดับมาก ตรงข้ามกับการศึกษาของ ศรีสง่า คุ้มพิทักษ์ (2542)

พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการบันทึกในแบบฟอร์มเดิมมากกว่าแบบฟอร์มใหม่ โดยมีความเห็นว่า แบบฟอร์มเดิมมีความคล่องตัวมากกว่า

การวิจัยครั้งนี้เมื่อพิจารณาความคิดเห็นของพยาบาลด้านความสะดวกเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีข้อคิดเห็นว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ช่วยให้สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้ถูกต้อง และรวดเร็ว แต่มีพยาบาล 1 รายที่มีความคิดเห็นว่า รูปแบบใหม่ช่วยให้การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้ถูกต้อง และรวดเร็ว หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากยังไม่คุ้นเคยกับแบบฟอร์มที่ปรับใหม่เพราะแบบฟอร์มใหม่ได้เพิ่มรายละเอียดเพื่อให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม ดังนั้น ในระยะเวลาทำการทดลองภายใน 1 เดือนอาจเป็นระยะที่สั้นทำให้พยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังเช่น ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ (2545) ให้ความเห็นว่า ในการที่พยาบาลมีความคิดเห็นว่า แบบประเมินอาการและความสามารถของผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่พัฒนาขึ้นใช้ได้สะดวกปานกลาง เนื่องจากมีรายละเอียดการประเมินมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูล เพราะเป็นข้อมูลส่วนตัวที่ผู้ป่วยไม่ค่อยจะเปิดเผยโดยง่าย

2.2.2. ด้านสนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านสนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่พยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เกิดความมั่นใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลมากขึ้น และแบบบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบใหม่เป็นแบบบันทึกที่เอื้อให้บันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ตลอดจนมีแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน ครอบคลุมขั้นตอนตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ (2545) พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่า แบบบันทึกกระบวนการพยาบาลทุกแบบฟอร์ม ส่งเสริมให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากพยาบาล

2.2.3. ด้านการสื่อสาร พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านการสื่อสารหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบใหม่ ช่วยทำให้การให้ข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลระหว่างทีมการพยาบาลสะดวกขึ้น เพราะสามารถสื่อสารให้เห็นถึงสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การรักษาพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับไว้ใน

โรงพยาบาล ทำให้พยาบาลที่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยบางเวลาสามารถทราบข้อมูลได้จากการบันทึก และให้การดูแลต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับ เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ที่กล่าวว่า แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดแบบใหม่ ช่วยทำให้เกิดการติดต่อประสานงานให้ข้อมูลระหว่างทีมพยาบาลศัลยกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสง่า คุ้มพิทักษ์ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพญาไท 1 พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ในด้านการสื่อสารว่า สามารถใช้สื่อสารให้เกิดความต่อเนื่องของการพยาบาลได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาความคิดเห็นของพยาบาลด้านการสื่อสารเป็นรายข้อ พบว่า (ข้อ15) ส่งเสริมการสื่อสารในทีมสุขภาพ มีคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านส่งเสริมการสื่อสารในทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลเพียงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากบันทึกทางการพยาบาลจะใช้ในการสื่อสารเพื่อการดูแลต่อเนื่องในทีมพยาบาลมาก แต่สำหรับทีมสุขภาพได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น จะใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลน้อย เนื่องจากมีวิธีสื่อสารทางอื่นที่สะดวกรวดเร็วกว่า เช่น การบันทึกในแบบคำสั่งแพทย์ (Doctor Order) มีช่องบันทึกรายงานความก้าวหน้าที่ทีมสุขภาพหรือทีมสหวิชาชีพใช้บันทึกเพื่อสื่อสารกันอยู่แล้ว แต่มีบางครั้งที่แพทย์ต้องการรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มก็จะอ่านจากบันทึกการพยาบาล

2.2.4. ด้านกฎหมาย พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านกฎหมายหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ สามารถตรวจสอบย้อนหลังถึงการให้การรักษาพยาบาลได้ เพราะแบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถบันทึกเหตุการณ์ตามลำดับก่อนหลัง และแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ที่กล่าวว่า แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดแบบใหม่สามารถนำมาตรวจสอบย้อนหลังถึงคุณภาพการให้การรักษาพยาบาลได้ และสอดคล้องกับ สายสมร พลซื่อ และคณะ (2540) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ของโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี พบว่า การรับรู้คุณค่าของแบบบันทึกการพยาบาลของพยาบาลทางด้านกฎหมายว่า สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเพื่ออ้างอิงถึงการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแลของตน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) พบว่า พยาบาลมีความเห็นว่า แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น ด้านความถูกต้องตามกฎหมายมีประสิทธิภาพมาก

2.2.5. ด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่พยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เกิดความมั่นใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลมากขึ้น มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ทำให้บทบาทอิสระของพยาบาลมีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อใช้รูปแบบการบันทึกรูปแบบใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ (2545) พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่า แบบบันทึกทุกแบบฟอร์ม มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลมากเพราะครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล ทำให้บทบาทอิสระของพยาบาลเด่นชัดมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการนำมาใช้ ดังที่ ไอเยอร์และโลเดย์ (1995) กล่าวว่า การปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ มีโอกาสใช้ความรู้และทักษะในด้านต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ทักษะการตัดสินใจ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในรูปการรวบรวมข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการสังเคราะห์

2.3. คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล จากผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เป็นระยะเวลา 1 เดือน ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในระดับหนึ่ง โดยมีคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.44 และคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังทดลอง อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 91.22 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล อาจเนื่องมาจาก รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ พยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่อง กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล และบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ถูกต้องตามกฎหมาย และบันทึกได้ต่อเนื่องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา ศิริจิระชัย (2544) พบว่า การให้ความรู้เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยหลังพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนา นอกจากนี้ในรูปแบบใหม่มีระบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล มีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการออกแบบแบบฟอร์มบันทึกที่เอื้อให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาลได้ชัดเจนขึ้นกว่าแบบฟอร์มเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ ไขแสง โพธิโกสุม (2542) พบว่า การใช้คู่มือแนว

ทางการบันทึกการพยาบาลที่ประกอบด้วย แผนการดูแล แนวทางการบันทึกการพยาบาลและระบบการจัดการบันทึกการพยาบาลทำให้คุณภาพการบันทึก และคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังทำวิจัยสูงกว่าก่อนทำวิจัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกพร ดุสิตกุล และคณะ (2546) พบว่า ประสิทธิผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการภายหลังพัฒนามีเปอร์เซ็นต์การบันทึกสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ รัตนวิชัย (2547) พบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สายสมร พลซื่อ และคณะ (2540) และรัตนา เครือรัตนไพบูลย์ (2546) ที่ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าเดิม

เมื่อพิจารณาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ตามรายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

2.3.1 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมก่อนทดลองอยู่ในระดับดี และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ทำให้มีการบันทึกทางการพยาบาลได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิม อาจเนื่องมาจาก รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ พยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟู เรื่อง กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เกิดความมั่นใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลมากขึ้น มีระบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล มีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการออกแบบแบบฟอร์มบันทึกที่เอื้อให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาลได้ชัดเจนขึ้นกว่าแบบฟอร์มเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เครือรัตนไพบูลย์ (2546) พบว่า การบันทึกมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพคุณภาพ อยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 82.3)

ซึ่งผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาของ จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) ที่ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยให้เหตุผลว่า อาจเนื่องจากแบบฟอร์มบันทึกเป็นแบบบันทึกแบบเช็ค

เครื่องหมายถูกในวงเล็บ (check list) ซึ่งพยาบาลไม่คุ้นเคยกับการใช้เครื่อง หมาย และพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอต่อภาระงาน

2.3.2 ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกฎหมายหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ พยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟู เรื่อง กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้รับรู้ถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลในด้านกฎหมายมากยิ่งขึ้น มีระบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล มีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการออกแบบแบบฟอร์มบันทึกที่เอื้อให้บันทึกเหตุการณ์ตามลำดับเวลามากกว่าแบบฟอร์มเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) ที่ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลครั้งนี้ แม้ว่าการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวมหลังทดลองใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลสูงกว่าเดิมมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า บางข้อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมาก ได้แก่ "บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ" และข้อที่มีคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ "ขีดเส้นตรง ทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับทุกครั้ง" และ "ลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกให้สามารถอ่านได้ง่ายภายหลังการบันทึกทุกครั้ง" อาจเนื่องจากพยาบาลบางคนลายมืออ่านยาก ลายมือไม่ค่อยเป็นระเบียบ และบันทึกด้วยความรีบเร่ง แต่ยังคงบันทึกสาระสำคัญได้ครบถ้วน ดังนั้น งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องด้านกฎหมายนี้ต่อไปอีก เนื่องจากบันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารที่สำคัญ ดังที่ วาลัส (Walus 2003) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล คือ เครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วย การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ และนวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) ได้ให้ความเห็นว่าบันทึกทางการพยาบาล เป็นเอกสารทางกฎหมายที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง

2.3.3 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง โดยมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ พยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟู เรื่อง กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เกิดความมั่นใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล และต่อเนื่องมากขึ้น มีระบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล มีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และ การออกแบบแบบฟอร์มบันทึกที่เอื้อให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาลได้ชัดเจนและต่อเนื่องมากกว่าแบบฟอร์มเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวัฒนา เกตุวีระพงศ์ (2548) ที่ศึกษา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องหลังการพัฒนา อยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนการพัฒนา เกิดจากมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการประเมินผลการดูแล มีการบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อการดูแลให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลในกรณีพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ (2545) ที่พบว่า คุณภาพการบันทึกในแบบบันทึกแผนการรักษาต่อเนื่อง และแบบประเมินอาการและความสามารถผู้ป่วยต่อเนื่อง อยู่ในระดับต่ำมาก ทั้งนี้ เหตุผลที่ผู้วิจัยเสนอไว้ว่าอาจมาจากแบบบันทึกแผนการรักษาต่อเนื่อง ทีมพยาบาลต้องใช้เวลามากในการบันทึกเพราะต้องบันทึกบ่อยครั้ง และแบบประเมินอาการและความสามารถผู้ป่วยต่อเนื่องมีรายละเอียดการประเมินมากต้องใช้เวลามากในการบันทึก

สำหรับผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากที่สุด และรองลงไป คือ ด้านการประเมินผลการพยาบาล อาจเนื่องมาจากรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ มีแบบบันทึกแผนการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลบันทึกการพยาบาลได้รวดเร็วและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นแสดงว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผลการทดลองพบว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีความเหมาะสมตามการรับรู้ของพยาบาล ในการนำไปใช้ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ได้แก่

1) มีความสะดวก รวดเร็ว 2) สนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล 3) เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย 4) เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และ 5) แสดงถึงความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล และจากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ ดังนี้ 1) มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 2) มีความถูกต้องตามกฎหมาย และ 3) มีความต่อเนื่องของการบันทึกมากกว่าเดิม อาจเนื่องมาจากมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล จึงทำให้พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด

2. การปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกต่าง ๆ ที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้บันทึก ทำให้ได้แบบฟอร์มที่เหมาะสมและสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ โดยลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก และสะดวกในการใช้

3. การจัดอบรมพยาบาล เรื่อง กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาลในขั้นทดลอง มีผลทำให้พยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้ มีความมั่นใจ และสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง

4. มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ทำให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน

5. มีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาล และให้คำปรึกษาแนะนำอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงระบบการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป และควรมีการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้สามารถบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.1.2 กลุ่มการพยาบาลทุกโรงพยาบาล ควรสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีทัศนคติที่ดี มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

3.1.3 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการนิเทศติดตามผลการบันทึกทางการพยาบาลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อรับทราบปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลกับการปฏิบัติการพยาบาลและความต่อเนื่องของการบันทึกทางการพยาบาล

3.1.4 ควรมีการนำระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานบริการพยาบาลอื่น ๆ ของโรงพยาบาลขุนตาล และโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลขุนตาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะของพยาบาลในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลอื่น ๆ ของประเทศไทย

3.2.2 ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานมากทำให้มีเวลากับการบันทึกน้อย ซึ่งมีผลทำให้การบันทึกทางการพยาบาลขาดคุณภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกพร ดุสิตกุล และคณะ (2547) "ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด การพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิผลการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาล" ใน *วารสารวิชาการเขต 12* 15, 1 (มกราคม – มีนาคม): 2-9

กฤษฎา แสวงดี (2542) "การบริหารความเสี่ยง:มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล" *วารสารกองการพยาบาล* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ (2548) "สถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูล" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 8 หน้าที่ 27-39 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ไขแสง โพธิโกสุม (2542) "การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรม" ใน *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 19, 3 (กันยายน – ธันวาคม): 2-17

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา (2548) *แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ธนาเพรส

จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) "ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล" วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จรัญญาณี ภูวสันติ (2548) "การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยในและงานหลังคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น" รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จิตรศิริ ขันเงิน (2542) "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) "ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดุสิต สถาวร (2546) "เครื่องชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วย" ใน *Best Practices in Patient Safety.* สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร ดีไซน์

ทัศนา บุญทอง (2532) "มโนมติของการพยาบาลแบบองค์รวม" ใน*การประชุมวิชาการคณะพยาบาล ศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่อง มโนมติในการพยาบาลแบบองค์รวม* (อัดสำเนา)

นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2548) "การบันทึกทางการพยาบาล" ค้นคืนวันที่ 15 กรกฎาคม 2550 จาก http: //www.mhso.moph.go.th

นิรัตน์ อินามี (2549) "เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 4 หน้าที่ 51-57 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ประคอง อินสอน (2548) "การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์" รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประเวศ วะสี (2544) "การแพทย์แบบผสมผสาน แพทย์ทางเลือก" ใน *วารสารวิชาการทางการแพทย์* 3, 1 (มกราคม – มีนาคม): 48-49

ผ่องพรรณ ลาภเจริญ (2543) "ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของกฎหมายต่อการปฏิบัติวิชาชีพ ความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลคุณค่าวิชาชีพ กับความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบันฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา

พรทิพย์ รัตนวิชัย (2547) "การพัฒนารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกเพื่อคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา" ใน *วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 1* 6, 1 (มกราคม – เมษายน): 39-48

พูลสุข หิงคานนท์ (2549) "มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล: การบันทึกทางการพยาบาล" ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ* วันที่ 12-13 สิงหาคม 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดอุตรดิตถ์

ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ (2545) "การพัฒนารูปแบบการใช้บันทึกกระบวนการพยาบาล โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น" รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ฟาริดา อิบราฮิม (2546) *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) "ผลการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2550) "กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล" ค้นคืนวันที่ 20 มกราคม 2550 จาก htt://www.mhso.moph.go.th

รัตนา เครือรัตนไพบูลย์ (2546) "การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกำแพงเพชร" ใน *วารสารวิชาการเขต 12* 14, 2 (เมษายน- มิถุนายน): 31-37

รัตนา ศิริจิระชัย (2544) "ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล" ใน *วารสารกรมการแพทย์* 26, 2 (เมษายน - มิถุนายน): 22-29

วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล (2549) "การสุ่มตัวอย่างและการหาขนาดตัวอย่าง" ใน *เอกสารประมวลสาระชุดวิชา การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 5 หน้าที่ 34-36 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

———————. (2549) "สถิติไม่อิงพารามิเตอร์" ใน *เอกสารประมวลสาระชุดวิชา การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 10 หน้าที่ 28-31 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ศรีสง่า คุ้มพิทักษ์ (2542) "การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล พญาไท 1" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก การบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศิริพร ขัมภลิขิต (2532) "กระบวนการพยาบาล:มิติใหม่ทางการพยาบาล" ใน *วารสารวิชาการ* วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์ 9, 1 (มกราคม – มีนาคม): 12

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2549) "การวิจัยเชิงคุณภาพ" ใน *เอกสารประมวลสาระ ชุดวิชา การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 13 หน้าที่ 38-41 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สภาการพยาบาล (2541) "คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย" ใน *สารสภาการพยาบาล* 13, 2 (เมษายน – มิถุนายน): 20

สภาการพยาบาล (2544) "มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์" ใน *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ .2544* ใน ราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 24 เมษายน 2544 หน้า 3-4

สายสมร พลซื่อ และคณะ (2542) "ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ" *วารสารสภาการพยาบาล* 14, 1 (มกราคม-มีนาคม): 46-58

สิริวัฒนา เกตุวีระพงศ์ (2548) "การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร

สุขวิภา ร่มโพธิ์ชี และคณะ (2546) "การพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเตรียมรับการตรวจสอบคุณภาพ" ใน *เอกสารรายงานประกอบการศึกษาวิชาสัมมนาการบริหารการจัดการทางคลินิก* หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2536) *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีและการนำไปใช้* พิมพ์ครั้งที่ 4 ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ (2543) *กระบวนการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) *การบันทึกทางการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2544) *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ* สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ดีไซน์

องุ่น ดำเกิงธรรม (2547) "คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่" ใน *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ* 10, 1 (มกราคม – ธันวาคม): 8-16

อารี ชีวเกษมสุข (2534) "การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา" วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อำภาพร พัววิไล (2545) "การพยาบาลบุคคล" ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา มโนมติและกระบวนการพยาบาล* หน่วยที่ 8 หน้า 223 – 227 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

Adamsen and Tewes. (2000). "Discrepancy between patients' perspective,staffs documentation and reflection on basic nursing care." *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* Retrieved August 13, 2006, from http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi

Alfaro, Rosalinda –LeFevre. (2006). *Applying Nursing Process. A Tool for critical thinking.* Lippincott Williams & Wilkins A Wolters Kluwer Company. Copyright 2006.

Atkinson & Murray. (1986). *Understanding the nursing processs.* New York: Maemillan Publishing.

_____. (1994). *Understanding the nursing process. The next generation.* New York: McGraw-Hill, Inc.

Boldreghini, S. and Larrabee, JH. (1998). "Difference in nursing documentation before and after computerization: a pilot study." *On Line Journal of Nusing Informatics.* Retrieved August 13, 2006, from http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi

Brooks, JT. (1998). "An analysis of nursing docmentation as a reflection of actual nurse work." Abstract Online. Retrieved August 13, 2006, from http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi

Cheevakasemsook , Aree. (2005). "Facilitating Change: The Development of An Effective Nursing Documentation System In A Medical-Surgical Ward In Thailand." A thesis Submitted Total Fulfillment of The Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy. Charles Sturt University. NSW Australia.

Gugerty, Brian and Michael, J. (2007). "Challenges and Opportunities in Documentation of the Nursing Care of Patients." *A Report of the Maryland Nursing Workforce Commission,Documentation Work Group.* Retrieved August 5, 2007, from htt://www.mbon.org/commission 2/documentation challenges.pdf.

Iyer, Taptich and Bernocchi – Lodey. (1995). *Nursing Process and Nursing Diagnosis.* Philadelphia: W.B.Saunders Company.

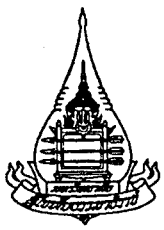
Tornkvist, L. Gardulf, A. and Strender, LE. (1997). "The opinions of nursing documentation held by district nurses and by nurses at primary health care centres." Abstract Online. Retrieved July 21, 2006, from http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi

Walus, Jacqueline-Wigle. (2003). *Fundamentals of Documentation. Skill Master: Better Documentation.* New York: Lippincott Williams & Wilkins AWolter Kluwer Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

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 0000.019

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2485100610

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางอาภรณ์ ทองทิพย์

ที่ทำงาน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม .....
(อาจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข)
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....
(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง 19 ธ.ค. 2560

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

นางนวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา	นักวิชาการพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์พร บุญมี	อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา
นางพรทิวา คำวรรณ	พยาบาลหัวหน้าตึกพิเศษ วีไอพี โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย ประชานุเคราะห์
นางสาวเจียมจิตต์ ชีวิตไทย	พยาบาลหัวหน้าตึกศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์
นางนิราภรณ์ หลวงฟอง	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เลขที่.....ครั้งที่.....วันที่...../...../.....	
ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก
<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ ตามความเป็นจริง โดยใช้คู่มือวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึก	

ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล			
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	**รายการ**	**มี 1**	**ไม่มี 0**
1.การประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ 1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1.1.1 มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล		
	1.1.2มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ		
1.2 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1.2.1.มีบันทึกลักษณะของอาการเจ็บป่วย		
	1.2.2.มีบันทึกเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วย		
	1.2.3.มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วย		
	1.2.4.มีบันทึกวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ		
1.3 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต และ ประวัติการแพ้ยา	1.3.1มีบันทึกการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ผ่านมาในอดีตซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้		
	1.3.2มีบันทึกประวัติการแพ้ยา สารอาหารและ/หรือสารใด ๆ		
1.4 ประวัติสุขภาพของครอบครัว	1.4.1 มีบันทึกโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว		
1.5 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.5.1 มีบันทึกค่าสัญญาณชีพ และถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้บันทึกสัญญาณทางระบบประสาทของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
	1.5.2 มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางกายที่สังเกตและ/ หรือตรวจได้เมื่อแรกรับโดยครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย		

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
	1.5.3.มีบันทึกข้อมูลที่แสดงถึงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
2 .วินิจฉัยหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ	2. 1. มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายได้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย		
	2.2.มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาครอบคลุมด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย		
3.การวางแผน	3.1.มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย		
	3.2 มีบันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลโดยครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ		
4.การปฏิบัติ	4.1. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับแผนการพยาบาล		
	4.2.มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านจิตใจ สังคม และหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
5. การประเมินผล	5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้		
	5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความ ต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้		

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
6. การสรุปการจำหน่าย	6.1. มีบันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยและสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย		
	6.2.มีบันทึกการทบทวนข้อแนะนำและหรือการให้คำแนะนำผู้ป่วยเฉพาะราย ก่อนจำหน่าย		
	6.3 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง		

ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามกฎหมาย		
รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1.มีบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการการพยาบาลและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทุกครั้ง		
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการการพยาบาลและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทุกครั้ง		
5. มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง		
6. มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง		
7. บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง		
8. บันทึกสภาพของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง		
9. บันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลังทุกครั้ง		
10. บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ		
11.บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กะทัดรัด ได้ใจความ		
12.ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลทุกครั้ง		
13.ขีดเส้นตรง ทับข้อความที่เขียนผิด และลงชื่อกำกับทุกครั้ง		
14. ขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือทุกครั้งเพื่อป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลัง		
15.ลงชื่อ และตำแหน่ง ของผู้บันทึกให้สามารถอ่านได้ง่าย ภายหลังการบันทึกทุกครั้ง		

ส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก				
รายการ	**คะแนน**			
	3	**2**	**1**	**0**
1.การประเมินสภาพของผู้ป่วย				
1.1 มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง ครอบคลุมองค์รวมประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย 1.2 มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวร ภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ครอบคลุมองค์รวม/ประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย				
2.การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย				
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อๆมา ได้ครอบคลุมองค์รวม ประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย				
3.การวางแผนการพยาบาล				
3.1.มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาล				
3.2. มีบันทึกที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องต่อกัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือปัญหาเปลี่ยนแปลงไป				
4.การปฏิบัติการพยาบาล				
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวร				
5. การประเมินผลการพยาบาล				
5.1 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป				
5.2 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกเวร				

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่อง“ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย” ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( )หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
   - ( ) โสด ( ) หม้าย
   - ( ) คู่ ( ) หย่า/แยกกันอยู่
4. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุดของท่าน
   - ( ) ปริญญาตรี
   - ( ) ปริญญาโทสาขา.....
   - ( ) อื่นๆ(ระบุ).....
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล.....ปี
6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยใน.....ปี

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องทางขวามือที่เห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

5 หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด	หรือ ท่านรู้สึกว่า ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากที่สุด	(80%ขึ้นไป)
4 หมายถึง	เห็นด้วยมาก	หรือ ท่านรู้สึกว่า ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมาก	(61 - 79%)
3 หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง	หรือ ท่านรู้สึกว่า ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริง ปานกลาง	(41 - 60%)
2 หมายถึง	เห็นด้วยน้อย	หรือ ท่านรู้สึกว่า ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริง น้อย	(21 - 40%)
1 หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด	หรือ ท่านรู้สึกว่า ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด (น้อยกว่า/เท่ากับ 20 %)	

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รายการ	เห็นด้วยมากที่สุด 5	เห็นด้วยมาก 4	เห็นด้วยปานกลาง 3	เห็นด้วยน้อย 2	เห็นด้วยน้อยที่สุด 1
รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้					
<u>ด้านความสะดวก</u>					
1. ช่วยให้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้รวดเร็วและถูกต้อง					
2.ช่วยให้สามารถตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว					
3.ช่วยให้บันทึกเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว					
4.ช่วยให้บันทึกเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้เมื่อปัญหาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปได้สะดวก					
5.ช่วยให้บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว					
6.สะดวกและเหมาะสมกับภาระงานประจำในแต่ละเวรของท่าน					
<u>ด้านสนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล</u>					
7.ช่วยให้แนวทางในการบันทึกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น					
8.ช่วยให้บันทึกการประเมินผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและครอบคลุมความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย					
9. เอื้อต่อการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย					
10.ช่วยให้เขียนแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล					
11.ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล					
12.ช่วยให้บันทึกการประเมินผลการพยาบาลหลังจากให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้					

รายการ	เห็นด้วยมากที่สุด 5	เห็นด้วยมาก 4	เห็นด้วยปานกลาง 3	เห็นด้วยน้อย 2	เห็นด้วยน้อยที่สุด 1
13.ส่งเสริมให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง					
<u>ด้านการสื่อสาร</u> 14.เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลได้ดี					
15.ส่งเสริมการสื่อสารในทีมสุขภาพ					
<u>ด้านกฎหมาย</u> 16.ส่งเสริมให้การบันทึกสิ่งที่ตรวจสอบ/สังเกตได้โดยไม่แปลความหมาย					
17. ส่งเสริมให้เห็นสภาพจริงของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การพยาบาล					
18.ส่งเสริมให้การบันทึกครบถ้วนตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล					
19.ช่วยให้บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลัง					
20.ส่งเสริมให้การบันทึกใช้ข้อความชัดเจนไม่คลุมเครือ					
21.ส่งเสริมให้การบันทึกที่ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่จำเป็นได้ถูกต้อง					
<u>ด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ</u> 22.เอื้อต่อการบันทึกข้อมูลตามบทบาทของวิชาชีพพยาบาลได้					
23. การบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบนี้แสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลได้ชัดเจน					
24. สะท้อนให้เห็นการใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาล					

แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จ.เชียงราย

1. ท่านมีความพึงพอใจในบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพียงใด กรุณาให้เหตุผลประกอบ

2. ท่านคิดว่า ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลมีอะไรบ้าง
   2.1 ปัญหาเกี่ยวกับระบบการบันทึกทางการพยาบาล เช่น แบบฟอร์ม , คู่มือ
   2.2. ปัญหาอื่น ๆ เช่น ระบบงาน ความสามารถของพยาบาล ระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความตระหนักและการให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

3. ท่านคิดว่าการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวในข้อ 2 ควรมีแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

แบบทดสอบความรู้ การอบรมเรื่อง

การพยาบาลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล

13 สิงหาคม 2550

จงตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้อธิบายพอสังเขป ในกระดาษคำตอบ

1. ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม (5 คะแนน)
2. ความหมายของกระบวนการพยาบาล (5 คะแนน)
3. จงอธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (10 คะแนน)
4. จงอธิบายหลักการบันทึกทางการพยาบาล (10 คะแนน)
5. จงอธิบายวิธีการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล (10 คะแนน)

หาความสอดคล้อง ตามสูตรของ สก๊อต (intra and inter observer reliability)
อ้างใน อารี ชีวเกษมสุข (2534) ดังนี้

$$¶ = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

Po = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

Pe = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุด กับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนคนใดคนหนึ่ง

ส่วนที่ 1 คุณภาพของแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความครอบคลุมกระบวนการพยาบาลที่ใช้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล

แบบบันทึกของผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วนจากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	19	.112	22	.129	.017
2	18	.106	20	.117	.011
3	16	.095	16	.094	.001
4	20	.118	19	.111	.007
5	15	.089	15	.088	.001
6	16	.095	17	.100	.005
7	14	.083	14	.082	.083
8	13	.077	12	.070	.007
9	19	.112	18	.105	.007
10	19	.112	17	.100	.012
รวม	169	.999	170	.996	.151

ค่าความเที่ยง = .844 ~ .84

จากสูตร

$$\text{Reliability} = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

Po = 1 - .151 = .849

Pe = (.129) 2 +(.117)2 = .031

$$\text{Reliability} = \frac{.849 - .031}{1 - .031} = .844$$

ส่วนที่ 2 คุณภาพของแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย

คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายที่ใช้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

แบบบันทึกของผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วนจากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	8	.086	11	.106	.002
2	8	.086	11	.106	.002
3	8	.086	11	.106	.002
4	10	.106	11	.106	.000
5	9	.027	9	.087	.006
6	11	.118	11	.106	.012
7	11	.118	11	.106	.012
8	5	.034	6	.058	.024
9	11	.118	11	.106	.012
10	12	.129	11	.106	.023
รวม	93	.908	103	.993	.095

ค่าความเที่ยง = .90

จากสูตร

$$\text{Reliability} = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

$Po = 1 - .085 = .905$

$Pe = (.129)\,2 + (.118)2 = .031$

$$\text{Reliability} = \frac{.905 - .031}{1 - .031} = .901$$

ส่วนที่ 3 คุณภาพของแบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึกที่ใช้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

แบบบันทึกของผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วนจากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	16	.103	17	.105	.002
2	16	.103	16	.099	.004
3	16	.103	16	.099	.004
4	17	.108	16	.099	.009
5	16	.103	16	.099	.004
6	15	.096	16	.099	.003
7	14	.089	16	.099	.009
8	14	.089	16	.099	.001
9	16	.103	16	.099	.004
10	16	.103	16	.099	.004
รวม	156	1.000	161	.996	.044

ค่าความเที่ยง = .95

จากสูตร

$$\text{Reliability} = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

$Po = 1 - .044 = .956$

$Pe = (.108)\,2 + (.103)2 = .023$

$$\text{Reliability} = \frac{.956 - .023}{1 - .023} = .955$$

ส่วนที่ 4 คุณภาพของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

คุณภาพของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่นำไปใช้กับพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ 22 คน

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	86.5000	81.3095	.6927	.9334
P2	86.4545	82.8312	.7079	.9331
P3	86.3636	78.3377	.7955	.9316
P4	86.3182	78.5130	.7896	.9317
P5	86.3636	85.9567	.6152	.9347
P6	86.8182	82.6320	.5690	.9359
P7	86.2273	83.9935	.6534	.9339
P8	86.0000	88.4762	.3544	.9377
P9	86.0455	86.1407	.5662	.9353
P10	86.1364	85.0758	.6013	.9347
P11	86.1818	84.8225	.7036	.9336
P12	86.1818	85.6797	.6125	.9347
P13	86.2273	85.2316	.6312	.9344
P14	85.9545	84.8074	.6965	.9336
P15	86.2273	80.9459	.7544	.9322
P16	86.3182	83.3701	.7767	.9324
P17	86.0000	86.1905	.6125	.9348
P18	86.0455	87.0931	.4662	.9365
P19	86.3182	85.2749	.4150	.9384
P20	86.4545	81.4026	.7489	.9323
P21	85.9545	87.9502	.4654	.9365
P22	86.0000	88.3810	.4861	.9364
P23	85.9091	91.0390	.2128	.9385
P24	85.9545	86.8074	.4876	.9362

Reliability Coefficients

N of Cases = 22.0 N of Items = 24
Alpha = .9373

ภาคผนวก ง

แผนอบรมเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล

คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล

ผลการสนทนากลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยใน เกี่ยวกับปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล

ในประเด็นต่อไปนี้

1. ท่านมีความพึงพอใจในบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพียงใด

คำตอบได้แก่

การบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการบันทึกซ้ำซ้อน บันทึกไม่ตรงช่อง เช่น นำการปฏิบัติการพยาบาลมาใส่ช่องประเมินผล หรือบางครั้งนำการประเมินผลการพยาบาลไปใส่ช่องปัญหา และพยาบาลยังรู้สึกไม่ค่อยพึงพอใจที่ต้องเขียนปัญหาผู้ป่วยซ้ำเวรก่อนหน้านี้แต่ต้องเขียนเนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเดิมอยู่

2. ท่านคิดว่า ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล ของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล มีอะไรบ้าง

1) ปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล

คำตอบได้แก่

(1) แบบฟอร์มการบันทึกยังมีปัญหาระหว่างแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งอยู่ในช่องเดียวกัน ทำให้แยกลำบากว่าแผนการพยาบาลนั้นได้ปฏิบัติไปแล้วหรือยัง

(2) ขาดคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

2) ปัญหาเกี่ยวกับระบบงานที่มีผลต่อการบันทึกทางการพยาบาล

คำตอบได้แก่

(1) มีภาระงานอื่นที่ไม่ใช่งานบริการพยาบาลมาก ทำให้ไม่มีเวลาบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การลงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การลงรหัสโรค การลงข้อมูลผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ เป็นต้น

(2) บางครั้งมีผู้ป่วยมาก มีภาระงานมากทำให้ต้องรีบเร่ง จึงทำให้บันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วนไม่ครอบคลุม

3) ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถของพยาบาล

คำตอบได้แก่

(1) พยาบาลบางส่วนมีทักษะในการบันทึกดี แต่บางส่วนก็มีทักษะในการบันทึกปานกลาง และพยาบาลบางส่วนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคในเชิงลึก ทำให้การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายไม่ครอบคลุม

(2) การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย

4) ปัญหาเกี่ยวกับระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

คำตอบได้แก่

(1) มีระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแต่ยังขาดความต่อเนื่อง และการตรวจสอบล่าช้า น่าจะมีการประเมินการเขียนบันทึกเป็นรายบุคคล เพื่อให้แต่ละคนได้รับทราบว่าตนเองมีข้อบกพร่องและ ควรปรับปรุงอะไรบ้าง

(2) ควรนำเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกมาให้พยาบาลทุกคนได้ศึกษาและทำความเข้าใจและเพื่อปรับปรุงวิธีการบันทึกทางการพยาบาลของตนเอง

5) ปัญหาเกี่ยวกับความตระหนักและการให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

คำตอบได้แก่

พยาบาลส่วนใหญ่มีความตระหนักและให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลดี แต่มีพยาบาลบางส่วนที่ยังขาดความตระหนัก ทำให้เขียนอาการและปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะขาดปัญหาในประเด็นความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย และพยาบาลบางส่วนจะบันทึกทางการพยาบาลเมื่อใกล้จะลงเวรทำให้บันทึกทางการพยาบาลเป็นการสรุปรวม ไม่ได้สื่อให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา

3 ท่านคิดว่าการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวในข้อ 2 ควรมีแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

คำตอบได้แก่

1) นำเสนอต่อทีมนำของโรงพยาบาลถึงความจำเป็นในการบริการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้ทีมนำของโรงพยาบาลได้เห็นชอบ พร้อมพิจารณาหาบุคลากรวิชาชีพอื่นมารับผิดชอบงานแทนพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม และมีเวลาบันทึกทางการพยาบาลได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

2) ปรับแบบบันทึกโดยแยกช่องบันทึกแผนการพยาบาลออกจากช่องกิจกรรมการพยาบาล

3) จัดอบรมวิชาการ ความรู้เกี่ยวกับโรค ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อจะได้ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้ครอบคลุม

4) หัวหน้างานควรประเมินการบันทึกของพยาบาลเป็นรายบุคคลทุกสัปดาห์

5) ควรเน้นให้พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญในการบันทึกทางการพยาบาล และให้ตั้งใจเขียนบันทึกให้ถูกต้อง ชัดเจน สามารถอ่านได้ง่าย

6) หัวหน้างานและหัวหน้าเวรควรมีการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

7) ควรมีทีมรับผิดชอบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและมีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในระยะแรกทุกเดือน ต่อไปเป็นทุก 3 เดือน ถ้าคุณภาพดีคงที่ปรับเป็นทุก 6 เดือน

8) ควรมีการจัดอบรม ฟื้นฟูทักษะการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นประจำทุกปี อย่างต่อเนื่อง

9) ควรมีการจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลและมีตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่พบบ่อย

แผนการอบรมเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

ผู้เรียน พยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น

2.เพื่อให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	อุปกรณ์ประกอบการสอน	การประเมินผล
วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลทีเข้าอบรม 1.มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้นในการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 2.เห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 3.แสดงออกในด้านความคิดร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล	1.แบบบันทึกทางการพยาบาล 1.1 ความรู้พื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล 1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล 1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องของบันทึกทางการพยาบาล 1.4 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 1.5การบันทึกทางการพยาบาลที่ดี	1.บรรยาย 2.ให้ผู้เข้าอบรมอ่านจากเอกสารประกอบการสอนและพูดคุย สอบถาม ความคิดเห็น ความรู้สึกของพยาบาลต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในปัจจุบัน 3.ทดสอบความรู้ 4.นำเสนอร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล	1.โปรแกรมคอมพิวเตอร์นำเสนอเนื้อหา (Power Point) 2.เอกสารประกอบการสอน 3.ร่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 4.ร่างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล	1.พยาบาลมีท่าทีให้ความสนใจในการบรรยาย เช่นมีการซักถาม เสนอความคิดเห็น 2.พยาบาลสามารถตอบข้อสอบวัดความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้องมากกว่า 80%

แบบบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล

แบบเดิม(ก่อนปรับ)

ไม่มีแบบบันทึกแผนการพยาบาล

แบบประเมินสภาพผู้รับบริการ

ชื่อ ..... สกุล ..... อายุ..... ปี

รับไว้วันที่.....เวลา.....น. รับเข้ามาภายหลังการจำหน่ายภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

รับจาก ( ) OPD ( ) ER ( ) เปลนอน ( ) ล้อเข็น ( ) เดิน ( ) อื่น ๆ..... ( ) Refer จาก.....

สถานภาพ ( ) ในปกครอง ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย / หย่า / แยก ( ) ศาสนา.....

สิทธิบัตร ..... สิทธิในการลดหย่อนค่าห้องพิเศษ.....

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล : .....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : .....

.....

.....

อาการแรกรับ :.....

VITAL SIGNS T....องศาเซลเซียส PR.....ครั้ง / นาที RR... ครั้ง / นาที BP..... mmHg.

ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติผ่าตัด ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

โรคประจำตัว ( ) ไม่มี

( ) มี ได้แก่ ( ) DM ( ) HT ( ) COPD ( ) CA ( ) โรคหัวใจ ( ) โรคตับ ( ) อื่น ๆ.....

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว.....

.....

ประวัติการคลอด (สำหรับเด็ก) ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ (ระบุ).....

ประวัติการรับวัคซีน (เด็ก) ( ) ครบ พัฒนาการ ( ) ปกติ

( ) ไม่ครบ ( ) ไม่ปกติ.....

ประวัติการรับประทานยา ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

ประวัติแพ้ยา / ภูมิแพ้ (อาหาร , อื่น ๆ และปฏิกิริยาของการแพ้) ( ) ไม่เคย ( ) เคย (ระบุ).....

ข้อมูลทั่วไป

สถานภาพอารมณ์ ( ) ปกติ ( ) ซึมเศร้า ( ) วิตกกังวล ( ) เอะอะโวยวาย ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ( ) เป็นหัวหน้าครอบครัว ( ) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ....คน

( ) เป็นสมาชิกในครอบครัว ( ) อื่นๆ(เช่นพระสงฆ์, ผู้อาศัย).....

ลักษณะครอบครัว ( ) ไม่มีบ้านอยู่เป็นหลักแหล่ง ( ) มีบ้านอยู่เป็นหลักแหล่ง

( ) มีผู้ดูแล ( ) ขาดผู้ดูแล

สภาพแวดล้อมของครอบครัวที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยครั้งนี้

( ) ไม่มี

( ) มี (ระบุ).....

จิตวิญญาณความเชื่อ/สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของครอบครัว(ระบุ).....

.....

โภชนาการ ประเภทอาหารเมื่ออยู่ที่บ้าน..... อาหารเฉพาะโรค (ตามคำสั่งแพทย์).....

จำนวนมื้ออาหาร..... มื้อ

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา ( ) ไม่มี ( ) มี ( ) เพิ่ม / ลด .....

ปัญหาการกลืนอาหาร ( ) ไม่มี ( ) มี .....

การขับถ่าย ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ (ระบุ) .....

การนอนหลับพักผ่อน อุปนิสัยการนอนหลับ.....ชม. / คืน มีการงีบหลับในช่วง ( ) เช้า..... ชม. ( ) บ่าย.....ชม.

การรับรู้ การได้ยิน ( ) ปกติ( ) ผิดปกติ (ขวาซ้าย) ( ) หูหนวก (ขวาซ้าย) ( ) อื้อ ( ) เครื่องช่วยฟัง

การมองเห็น ( ) ปกติ ( ) ใช้แว่นตา ( ) ใช้ Contact lene ( ) ผิดปกติ อื่น ๆ .....

การเจริญพันธุ์ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย..... ปัญหาขณะมีประจำเดือน( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

การดูแลสุขภาพ บุหรี่ ( ) ไม่สูบ( ) สูบ ขนาด .....ซอง / วัน จำนวนปีที่สูบ.....หยุดสูบเมื่อ.....

เหล้า ( ) ไม่ดื่ม ( ) ดื่ม ปริมาณ / วัน .....หยุดดื่มเมื่อ .....

สิ่งเสพติด ( ) ไม่ติด ( ) ติด (ระบุ).....

การออกกำลังกาย (ชนิด & ความถี่) .....

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

.....

ผู้ให้ข้อมูล..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ผู้บันทึกข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

สรุปปัญหา/ความต้องการ และความเสี่ยง

ปัญหา / ความต้องการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ
( ) Dyspnea ( ) Cough ( ) Fever ( ) Plan	( ) เกิดแผลกดทับ ( ) ตกเตียง ( ) บาดเจ็บจากการผูกยึด
( ) Tremor ( ) Convultion ( ) Shock ( ) Infection	( ) เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
( ) Hypotention ( ) Hypertention ( ) Dyspepsia	( ) เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
( ) Dysuria ( ) dysmenorrhea ( ) Palpitation	( ) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ IV Fluid
( ) Cheat pian ( ) Hypoglycemia ( ) Hypoxia	( ) หลบหนี / สูญหาย ( ) ทำร้ายตัวเอง ( ) ของมีค่าสูญหาย
( ) Hyperglycemia ( ) Fracture ( ) Swelling	( ) แพร่กระจายเชื้อ ( ) ไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน
( ) depression ( ) สับสน ( ) การปรับตัว ( ) ขาดคนดูแล	( ) ขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ( ) อื่น ๆ .....
( ) อื่น ๆ	( ) ..... ( ) .....

การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย / ญาติ

( ) การใช้เตียง ( ) ผู้ป่วยข้างเตียง ( ) ห้องน้ำ ( ) เครื่องใช้ไฟฟ้า ( ) เครื่องปรับอากาศ

( ) โทรศัพท์ ( ) ตู้เย็น ( ) อาหาร ( ) ระบบเยี่ยม ( ) การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล

( ) แพทย์ผู้รักษา ( ) อื่น ๆ .....

แบบบันทึกการพยาบาล

การวินิจฉัยโรค.....

มีปัญหาทาง จิตใจ,อารมณ์ ( ) มี ( ) ไม่มี

สังคม เศรษฐกิจ ( ) มี ( ) ไม่มี

วันที่ (เวลา)	ปัญหา/ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	แผนการพยาบาล/ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล	ผู้ประเมิน ตำแหน่ง
ชื่อผู้ป่วย		อายุ ปี	HN AN	
แผนก		หอผู้ป่วย	แพทย์ผู้รักษา	

แบบบันทึกการพยาบาลเดิมปี 2549 ก่อนปรับ

จุดอ่อน 1. ไม่มีช่องบันทึกสัญญาณชีพทำให้มีการบันทึกสัญญาณชีพไม่สม่ำเสมอ

2. ช่องบันทึกแผนการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลอยู่ช่องเดียวกันทำให้มีการบันทึกแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลปนกันและไม่ครบตามประเด็น

สรุปแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

ชื่อ.....**สกุล**.....**อายุ**.....**ปี**

สรุปสภาพผู้ป่วยก่อน

จำหน่าย.....

.....

.....

ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย **การวินิจฉัยโรคครั้ง** **สุดท้าย**..... ..... **ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล**.....**วัน** **สัญญาณชีพเมื่อจำหน่าย** T.....C , P.R.....T/m,RR.....T/m BP.....mmHg, **ระดับความรู้สึก** ( )**รู้สึกตัวดี** ( )**สับสน/รู้ตัวบ้าง** ( )**ซึม** ( ) **ไม่รู้สึกตัว** **ความสามารถในการดูแลตนเอง** ( )**ช่วยเหลือตัวเองได้** ( )**ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน** ( )**ช่วยเหลือตนเองไม่ได้** **อุปกรณ์ที่รักษาพยาบาลที่ติดตัวกลับบ้าน** ( )**ไม่มี** ( )**มีระบุ**..... **แผล** ( )**ไม่มี** ( )**มีระบุลักษณะแผล**.....	**ประเภทของการจำหน่าย** ( )**แพทย์อนุญาต** ( )**ไม่สมัครใจอยู่** ( )**หนีกลับ** ( )**ถึงแก่กรรม** ( )**ส่งต่อไปยัง**..... **ผู้รับกลับบ้านคือ**..... **เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น** ( )**สามี/ภรรยา** ( )**บุตร** ( )**ปู่/ย่า** ( )**ตา/ยาย** ( )**พี่/น้อง** ( )**ลุง/ป้า** ( ) **น้า/อา** **ออกจากหอผู้ป่วยโดย** ( )**เดินเอง** ( )**รถนั่ง** ( )**เปลนอน** ( )**อื่นๆ**..... **พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อจำหน่าย** ( )**สดชื่น** ( )**ตื่นเต้น/กระวนกระวาย** ( )**กลัว** ( )**ซึมเศร้า** ( )**ปฏิเสธเรื่อง**.....( )**อื่นๆ**..... **การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เฉพาะราย ดังต่อไปนี้** ( )**การรับประทานยา** ( ) **การรับประทานอาหาร** ( )**การออกกำลังกาย** ( ) **การงดสูบบุหรี่** ( )**การงดดื่มสุรา/กาแฟ** ( ) **การบริหารปอด** ( )**การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบ** ( )**การป้องกันการเกิดแผลกดทับ** ( )**การดูแลแผล** ( )**การฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ** ( )**อื่นๆ**..... **การส่งต่อ**..... **การนัด**.....

ลงชื่อผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....

แบบบันทึกทางการพยาบาล
หลังปรับปรุง

เพิ่ม: แบบบันทึกแผนการพยาบาล

แบบประเมินผู้รับบริการ

ชื่อ ..... สกุล ..... อายุ..... ปี HN.....AN.....

รับไว้วันที่.....เวลา.....น. รับเข้ามาภายหลังการจำหน่ายภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

รับจาก ER โดย ( ) รถนอน ( ) รถนั่ง ( ) เดิน ( ) ผู้ปกครองอุ้มมา Refer มาจากสอ./รพ.....

สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย / หย่า / แยก ศาสนา ( ) พุทธ ( )อิสลาม ( ) คริสต์ ( )อื่นๆ

สัญญาณชีพ T.....C PR.....T / M RR..... T / M BP..... mmHg.

สัญญาณทางระบบประสาท(กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท)PUPIL Rt =...mm ,Lt =...mm E...V....M...

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล(อาการ/เวลา).....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (เริ่มมีอาการ,ลักษณะอาการ,ระยะเวลา,ปัจจัยที่ทำให้ดีขึ้นหรือเลวลง,วิธีแก้ไข).....

.....

.....

.....

อาการแรกรับ(สภาพทั่วไปด้านร่างกาย/จิตใจ-

อารมณ์).....

.....

:.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติผ่าตัด ( )ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

โรคประจำตัว ( )ไม่มี ( ) มี ได้แก่ ( ) DM ( ) HT ( ) COPD ( ) CA ( )โรคหัวใจ ( ) อื่นๆ.....

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว( )ไม่มี ( ) มี ได้แก่ ( )DM ( ) HT ( ) COPD ( )CA ( )โรคหัวใจ ( )อื่นๆ

ประวัติการคลอด (สำหรับเด็ก) ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ (ระบุ).....

ประวัติการรับวัคซีน (เด็ก) ( ) ครบ พัฒนาการ ( ) ปกติ

( ) ไม่ครบ ( ) ไม่ปกติระบุ.....

ประวัติแพ้ยา / ภูมิแพ้ (อาหาร , อื่น ๆ และปฏิกิริยาของการแพ้) ( ) ไม่เคย ( ) เคย (ระบุ).....

ข้อมูลแบบแผนความต้องการของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านร่างกาย

1.การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ที่ผ่านมาคิดว่าตนเองมีสุขภาพ ( ) ดี ( )ไม่ดี

เพราะ.....การสูบบุหรี่( )ไม่เคยสูบ ( ) สูบมานาน.. เดือน/ปี,ปัจจุบันสูบ...มวน/ วัน

( ) เลิกสูบมา...เดือน/ปี และเคยสูบนาน.....เดือน/ปี

ชา / กาแฟ ( ) ไม่ดื่ม ( ) ดื่ม จำนวน.....ถ้วย / วัน

สุรา ( ) ไม่ดื่ม ( ) ดื่ม จำนวน....แก้ว/วันและ....วัน/ สัปดาห์

ยาที่ใช้ประจำ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

ยาหรือสิ่งเสพติด ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ( )ซื้อยากินเอง ( )ไปโรงพยาบาล ( )อื่นๆ

2.ภาวะโภชนาการ รับประทานอาหาร วันละ...มื้อ

( ) ตรงเวลา ( ) ไม่ตรงเวลา เพราะ .....ดื่มน้ำ (รวมเครื่องดื่ม) ...แก้ว/ วัน

อาการที่ผิดปกติในปัจจุบัน (เช่น ท้องอืด กลืนลำบาก)

( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ .....

ความอยากอาหาร( )ปกติ( )เพิ่มขึ้น ( )ลดลงในช่วง...เดือนที่ผ่านมา

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ( )ปกติ ( )เพิ่มขึ้น...กก. ( )ลดลง...กก

เยื่อบุตา ( )ปกติ ( )ซีด ( ) เหลือง ( ) อื่นๆ ระบุ.....

เปลือกตา ( )ปกติ ( )บวมแดง ( )หนังตาตก ( )อื่นๆระบุ.....

ข้อมูลด้านร่างกาย (ต่อ)

3. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ( )ได้( )ไม่ได้ ระบุ.....

เพราะ.....การออกกำลังกาย ( ) ทุกวัน

( ) นาน ๆ ครั้ง ( )ไม่ออกกำลังกายเพราะ.....

อาการผิดปกติที่ปรากฏเมื่อออกกำลังกายในปัจจุบัน (เช่น เป็นลม หอบเหนื่อย) ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ .....

4.การพักผ่อน นอนหลับวันละ.....ชั่วโมง

ปัญหาการนอน ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ .....

วิธีการแก้ไขระบุ.....

5.สติปัญญาและการรับรู้

สายตา ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ .....

การได้ยิน ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ .....

การพูด ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ .....

การรู้จักเวลา สถานที่ บุคคล ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ .....

ความรู้สึก ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ .....

ความจำและโต้ตอบ ( )ปกติ ( )ความจำไม่ดี ( )

อื่นๆ.....

ความเจ็บปวด ( )ไม่มี ( )มี

บริเวณ.....

2.ภาวะโภชนาการ (ต่อ)

ผิวหนัง สีผิว( )ปกติ ( )ซีด ( )เหลือง ( )เขียวคล้ำ ( )มีจุดจ้ำเลือด ( )อื่นๆระบุ.....

-ลักษณะ( )ปกติ ( )แห้ง ( )บวม ( )อื่นๆระบุ.....

-แผล ( )ไม่มี ( )มีระบุตำแหน่ง.....

-เล็บ ( )ปกติ ( )สีม่วงคล้ำ ( )นิ้วปุ้ม ( )เล็บช้อน ( ) อื่นๆ.....

-ต่อมน้ำเหลือง (คอ รักแร้ ขาหนีบ) ( )ไม่โต( )โต ระบุตำแหน่ง...

6.การขับถ่ายของเสีย

ปัสสาวะ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ .....

ถ่ายอุจจาระ ...ครั้ง/วัน หรือ...วัน/ ครั้ง ( )ท้องเสีย( )ท้องผูก ( )อื่นๆ.....

7.เพศและการเจริญพันธ์ (เฉพาะรายที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับข้อนี้)

ประจำเดือนรอบละ.....วัน,ครั้งละ .... วัน ( )หมดนาน.....เดือน/ปี

ตั้งครรภ์ครั้งที่.. การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ( )ปกติ ( ) ผิดปกติระบุ.....

คลอด ครั้งที่ ...การคลอดที่ผ่านมา ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติระบุ ....

การป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ ( ) ป้องกัน( ) ไม่ป้องกัน

ความกังวลเกี่ยวกับ เพศสัมพันธ์ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ .....

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	ข้อมูลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ
8. <u>บทบาทในครอบครัวและสัมพันธภาพ</u> อาชีพ ปัจจุบัน..... รายได้( )เพียงพอ ( )ไม่เพียงพอ วิธีแก้ไข..... ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัว/อาชีพ/การเรียน ( )ไม่มี ( )มี ระบุ..... บทบาทในครอบครัว( )หัวหน้าครอบครัว( )สมาชิกครอบครัว ความรับผิดชอบหารายได้( )ทั้งหมด( )บางส่วน( )ไม่ต้องรับผิดชอบ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ( )ไม่มี ( )มี ระบุ..... ผู้ให้ความช่วยเหลือขณะป่วย ( )ไม่มี ( )มีระบุ..... สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ( )ราบรื่น ( )ไม่ราบรื่น.....	**9.** <u>การรับรู้ตนเอง</u> คิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร (เช่น ดุยเก่ง ปกติ) ระบุ..... อารมณ์ ( ) ปกติ ( )กังวลง่าย ( )อื่นๆ..... **10.** <u>ความเครียดและการเผชิญความเครียด</u> สิ่งที่ทำให้เครียด ระบุ ..... วิธีแก้ไขความเครียด (เช่น ใช้ยา เล่นกีฬา)ระบุ ..... **11.** <u>คุณค่าและความเชื่อ</u> ที่พึ่งทางใจ / นับถือบูชา ระบุ ..... สิ่งยึดเหนี่ยวในขณะเจ็บป่วย( )ครอบครัว( )ศาสนา ( )อื่นๆ ระบุ... <u>12.ช่วงนี้มีความวิตกกังวล</u>( ) ไม่มี ( )มีระบุเรื่อง ..... ผู้ให้ข้อมูล( )ผู้ป่วย( )ญาติชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ชื่อผู้บันทึกข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

แบบบันทึกการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จ.เชียงราย

ว.ด.ป	ข้อมูลผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เวลา	Vital sign				กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
			T	P	R	BP		

ผู้ป่วยชื่อ.....สกุล. .....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....

HN .....AN.....

แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี HN.....แพทย์เจ้าของไข้.....

สรุปอาการผู้ป่วยก่อน

จำหน่าย.....

... .

.....

ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	**ประเภทของการจำหน่าย**
การวินิจฉัยโรคครั้ง	( )แพทย์อนุญาตให้กลับ ( ) หนีกลับ ( )ถึงแก่กรรม
สุดท้าย.....	( )ส่งต่อ ( )ไม่สมัครใจรักษาต่อเพราะ.....
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล.....วัน	.....
สัญญาณชีพเมื่อจำหน่าย	**ผู้รับกลับบ้านคือ**.....
T.....C , P.R.....T/m,RR.....T/m,BP.....mmHg	เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น(ระบุ).....
ระดับความรู้สึก	**ออกจากหอผู้ป่วยโดย**
( )รู้สึกตัวดี ( )สับสน/รู้ตัวบ้าง ( )ซึม ( ) ไม่รู้สึกตัว	( )เดินเอง ( )รถนั่ง ( )เปลนอน ( )อื่นๆ.....
ความสามารถในการดูแลตนเอง	**พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อจำหน่าย**
การช่วยเหลือตัวเอง ( )ได้มาก ( )ได้บางส่วน( )ไม่ได้	( )ปกติ ( ) กระวนกระวาย ( )กลัว
ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องหรือให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ	( )ซึมเศร้า ( )ปฏิเสธเรื่อง.....
(เช่นการทำแผล การให้อาหารทางสายยาง)ระบุ.....	( )อื่นๆระบุ.....
.....	

สรุปการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย

( )การได้รับยากลับบ้าน ผู้รับคำแนะนำ ( )ผู้ป่วย ( )ญาติ ( )ผู้เกี่ยวข้อง .....

( ) การดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ( ) Foley 's catheter ( ) Tracheostoomy Tube ( ) NG. Tube ( ) อื่นๆ ...

( ) อาหาร ( ) ธรรมดา ( ) อ่อนย่อยง่าย ( ) อาหารทางสายยาง ( ) ลดเค็ม ( ) ลดมัน ( ) อื่นๆ .....

( ) การออกกำลังกาย ( ) ปกติ ( ) จำกัด ระบุ .....

( ) การพักผ่อนให้เพียงพอ ( ) อื่นๆ ระบุ .....

( ) งดเว้นสิ่งเสพย์ติดต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น

( ) การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด ระบุ .....

( ) การบริหารปอด โดยการเป่าน้ำในขวด ( )การปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการหอบ ( ) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

( ) การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ ( ) คำแนะนำอื่นๆ .....

การส่งต่อ ( ) HHC เรื่อง.....

( ) ไม่ส่ง HHC ( ) ส่งต่อไปยัง..... ..... ( )อื่นๆ.....

การนัด ( )ไม่นัด ( )นัดครั้งต่อไป.....

ลงชื่อผู้บันทึก.....**ตำแหน่ง**..... **ว.ด.ปที่จำหน่าย**...../...../...../.....**เวลา**.....น.

แบบบันทึกแผนการพยาบาล

วันและเวลาที่พบปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์เกณฑ์การประเมินผล	แผนการพยาบาล	วันและเวลาที่สิ้นสุดปัญหา
	( )มี ( ) เสี่ยงต่อการเกิด.....	วัตถุประสงค์ .... เกณฑ์การประเมินผล	....

คู่มือบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล

คู่มือนี้จะมีรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้แก่

1. แบบประเมินผู้รับบริการ
2. แบบบันทึกแผนการพยาบาล
3. แบบบันทึกการพยาบาล
4.แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

2. เพื่อให้มีการบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

1. แนวคิดของการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล ที่พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยมีวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อ (1) สื่อสารให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมให้การดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้องต่อเนื่อง (2) เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลและเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล การค้นหาปัญหาของผู้ป่วย (3) เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย และพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล (4) เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลและเป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

กระบวนการพยาบาล เป็น กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นวิธีแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละบุคคล โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และเป็นทักษะรากฐานที่สำคัญ ที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลใช้ความรู้และทักษะในการคิดและปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้จะช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล

การบันทึกทางการพยาบาลของงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลใช้หลักการบันทึกทางการพยาบาล และเลือกรูปแบบบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ (narrative charting) เพื่อให้เห็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละเวร และนำรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (POMR) มาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม(Newbeck 1986 อ้างใน ทัศนา บุญทอง 2531) แล้วบันทึกให้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล (Iyer, Taptich and Bernocchi – Lodey 1995) ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ และสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการบริการพยาบาลได้

2. แบบแบบบันทึกทางการพยาบาล

แบบบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 แบบบันทึก ดังนี้

1) แบบประเมินผู้รับบริการ
2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล
3) แบบบันทึกการพยาบาล
4) แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

3. คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล

คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลเป็นคู่มือการที่ผู้วิจัยและทีมพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล ได้ร่วมกันสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางพยาบาลทั้ง 4 แบบบันทึก และ เพื่อให้มีการบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการทางพยาบาล มีรายละเอียดของกระบวนการบันทึกเป็นขั้นตอนดังนี้

ก.ขั้นตอนการบันทึกทางการพยาบาล

1. การรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการและการบันทึก

1.1. การรับผู้ป่วยใหม่ ให้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการโดยการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการให้ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เช่น วัดสัญญาณชีพ สังเกต แล้วบันทึกในแบบประเมินผู้รับบริการ หากรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้รับบริการยังไม่ครบถ้วนต้องส่งเวรให้เวรต่อไปรวบรวมเพิ่มเติม โดยมีแนวทางการบันทึกดังนี้

รายการ	แนวทางการบันทึก
1. หลักการบันทึกทั่วไป	บันทึกทันทีขณะแรกรับผู้ป่วย บันทึกข้อมูลอย่างสั้น กะทัดรัด เข้าใจง่าย และ ถูกต้อง ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล บันทึกผิดห้ามลบ ให้ขีดเส้นตรงคร่อมข้อความที่ผิด และลงชื่อก่อนเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
2.บันทึกสัญญาณชีพ	วัดสัญญาณชีพ ขณะแรกรับแล้วบันทึก
3. บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท	กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ให้บันทึกขนาดรูม่านตา และระดับความรู้สึก(Pupil Size , Coma Score)
4. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ เกี่ยวกับอาการสำคัญ และระยะเวลาที่เกิดอาการ บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อความสั้น ๆ
5. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เวลาที่เริ่มมีอาการ ลักษณะอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการ วิธีแก้ไขก่อนมารักษา และเหตุผลที่มาโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อความสั้น ๆ

รายการ	แนวทางการบันทึก
6. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ และตรวจร่างกาย โดยการสังเกต คลำ เคาะ หรือฟัง ตามสภาพปัญหาและความเจ็บป่วยที่เป็นปัจจุบัน ณ. เวลารับไว้ดูแล เพื่อรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อความสั้น ๆลงในแบบประเมินผู้รับบริการ
7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การผ่าตัด โรคประจำตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน .....
8. ประวัติสุขภาพของครอบครัว	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคเรื้อรังที่ญาติสายตรงของผู้ป่วยเป็น บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน .....
9.ประวัติการคลอด และประวัติการรับวัคซีน(กรณีเด็ก)	สัมภาษณ์บิดา มารดาของเด็กหรือญาติเกี่ยวกับประวัติการคลอด และประวัติการรับวัคซีน (ขอดูสมุดบันทึกการได้รับวัคซีนของเด็ก)
10. ประวัติการแพ้ยา/ภูมิแพ้	การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับประวัติการแพ้ ยา อาหารหรืออื่นๆ
11. ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ 1.การรับรู้และดูแลสุขภาพ 2.ภาวะโภชนาการ 3. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 4. การพักผ่อนนอนหลับ 5. สติปัญญาและการรับรู้ 6.การขับถ่ายของเสีย 7. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติร่วมกับการสังเกต - บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน ..... และทำเครื่องหมาย - ลงใน ( ) ในกรณีไม่มีประวัติตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์ม

รายการ	แนวทางการบันทึก
12. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม 8. บทบาทในครอบครัวและสัมพันธภาพ	บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน ..... และทำเครื่องหมาย - ลงใน ( ) ในกรณีไม่มีประวัติตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์ม
13. ข้อมูลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ 9.การรับรู้ตนเอง 10.ความเครียดและการเผชิญความเครียด 11.คุณค่าและความเชื่อ 12.ความวิตกกังวล	บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน ..... และทำเครื่องหมาย - ลงใน ( ) ในกรณีไม่มีประวัติตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์ม

1.2.ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง ให้ประเมินตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยช่วงเวลานั้นๆแล้วบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลช่องข้อมูลผู้ป่วย

2. การบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ให้บันทึกลำดับที่ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในแบบบันทึกการพยาบาล ช่องข้อวินิจฉัยโดยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล นอกจากนี้ต้องลงวันที่และเวลาที่ค้นพบปัญหาในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมในเวรต่อไป

รูปแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. **คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะพบปัจจัยเสี่ยง** = เสี่ยงต่อการเกิด +ปัญหาสุขภาพ+เนื่องจาก+ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การบันทึกแผนการพยาบาล

ให้ใช้แนวทางแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกแผนการพยาบาล โดยเลือกใช้ให้ตรงประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายและบันทึก "เวลา วันเดือนปีที่พบปัญหา" ในช่อง วันและเวลาที่พบปัญหา และเมื่อปัญหาหมดสิ้นในเวลาต่อมาให้บันทึก "เวลา วันเดือนปีที่ปัญหาสิ้นสุด" ในช่อง วันและเวลาที่สิ้นสุดปัญหา

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

แบบบันทึก แผนการพยาบาล

วันและเวลาที่พบปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์เกณฑ์การประเมินผล	แผนการพยาบาล	วันและเวลาที่สิ้นสุดปัญหา
20/06/50 10.00 น.	( ) มี ( ) เสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจาก ☐ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ☐ อ่อนเพลีย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ☐ Paralysis ข้าง..... ☐ มีแผลกดทับบริเวณ..... ขนาด..... ☐ ผิวหนังทั่วตัวบวม ☐ ถ่ายเหลวบ่อย ☐ Serum albumin ต่ำกว่ามาตรฐาน Serum Albumin =.....	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่พบแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก 2. ขนาดของแผลกดทับเดิมไม่เพิ่มมากขึ้นและลักษณะแผลสีแดง	1. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การลุกลามของแผล ♦ ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตังเองของผู้ป่วยทุกเวรและให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม ♦ ติดตามประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเวร ♦ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลผิวหนังให้แห้ง สะอาด ไม่ให้เปียกอับชื้นอยู่เสมอทุกเวร ♦ กดนวดบริเวณปุ่มนูนต่าง ๆ ของกระดูกเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทุก 2 ชั่วโมง ♦ กระตุ้น/พลิกตัวให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชม. ในรายช่วยตัวเองไม่ได้ทำ passive ROM ♦ จัดปูผ้าปูเตียง เสื้อผ้าผู้ป่วยให้เรียบตึงอยู่เสมอ และไม่ให้เปียกชื้นเป็นเวลานาน ๆทุกเวร ♦ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ อาหารที่มีคุณค่าอย่างเพียงพอ 2. ติดตามผล Lab ตามแผนการรักษา 3. ในรายที่มีแผลกดทับ (การพยาบาลเพิ่ม) ♦ ติดตามประมินความรุนแรงของแผลอย่างต่อเนื่องทุกเวร ♦ ทำแผลอย่างน้อยวันละครั้งด้วยหลักปราศจากเชื้อ 4.ดูแลการให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 5. อื่น ๆ	23/06/50 8.30 น.

ชื่อ – สกุล ..... อายุ .....ปี DX.....

4. การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

ให้บันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล ช่องกิจกรรมพยาบาลโดยบันทึกเวลาที่ได้ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในช่องเวลา โดยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล โดยบันทึกทันทีหลังปฏิบัติการพยาบาล และการบันทึกต้องคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยดังนี้

4.1 ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงบ่อยครั้ง พยาบาลจะต้องเขียนบันทึกการพยาบาลเป็นระยะ ๆ 15 นาที - 4 ชั่วโมง และลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลตามอาการและอาการที่เปลี่ยนไป

4.2 ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงค่อนข้างคงที่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย พยาบาลจะบันทึกการพยาบาลเวรละ 1 ครั้ง โดยลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลตามอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไปแล้วลงชื่อและตำแหน่งกำกับไว้

5. การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล

ในแต่ละเวรของแต่ละวัน หัวหน้าทีมแต่ละทีมจะประเมินผลการพยาบาลว่า แผนการพยาบาลยุติได้เมื่อปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว และ/หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลเมื่อปัญหาเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร จะบันทึกภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล หรือช่วงเวลาสรุปอาการผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลในช่องประเมินผลการพยาบาล

ข. แนวทางการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse' s Note)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
1.	<u>การบันทึกแรกรับ</u> วัน เดือน ปี	- บันทึกวันที่ เดือน ปี ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาโดยยึดหลักเดียวกับการบันทึก วัน เดือน ปี ในแบบฟอร์มอื่น ๆ
2.	เวลา	-บันทึกเวลาแรกรับผู้ป่วยในช่องเดียวกับ วัน เดือน ปี โดยก่อนที่จะบันทึกเวลาแรกรับในบรรทัดล่างลงมา และมีหน่วยเวลากำกับ
3.	สรุปสภาพปัญหาของผู้ป่วยแรกรับ	-บันทึกสภาพของผู้ป่วยแรกรับว่าอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาแรกรับเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
4.	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน บันทึกในช่องข้อมูลผู้ป่วย/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	-บันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายให้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย -บันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาครอบคลุมด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ ให้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย (นำหมายเลขลำดับที่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลและระบุชื่อปัญหาสั้น ๆ)
5.	เวลา และสัญญาณชีพ	บันทึกเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วย และบันทึกสัญญาณชีพตามแผนการพยาบาล
6.	การปฏิบัติการพยาบาล	-มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับแผนการพยาบาล -มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย
7.	การประเมินผลการพยาบาล บันทึกในช่องประเมินผลการพยาบาล	-บันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ -บันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ (บันทึกผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินผลที่อยู่ในแผนการพยาบาล)

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
8.	**<u>การบันทึกต่อเนื่องระหว่างรักษาใน โรงพยาบาล</u>** วัน เดือน ปี ที่บันทึก	-บันทึกวัน เดือน ปี และ พ.ศ.ที่บันทึก
9.	เวลาที่บันทึก	-บันทึกเช่นเดียวกับเวลาแรกรับ
10.	สัญญาณชีพเมื่อเกิดปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงในระหว่างรักษาใน โรงพยาบาล กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท	-บันทึกสัญญาณชีพทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการหรือปัญหาเกิดขึ้นในแต่ละเวรและกรณีที่ผู้ป่วยอาการปกติให้บันทึกอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง และในกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท
11.	อาการและอาการแสดงด้านร่างกาย	-บันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ปรากฏอย่างต่อเนื่องในแต่ละเวร
12.	อาการและอาการแสดงด้านจิตใจ	-บันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจและอารมณ์ที่ปรากฏขึ้นภายหลังจากที่มีปัญหาด้านร่างกายแล้วส่งผลถึงสภาพอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย
13.	กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย หรือสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	-บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย
14.	กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์ หรือสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	-บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจและอารมณ์
15.	อาการและอาการแสดงทาง ด้านร่างกายภายหลังการทำกิจกรรมการพยาบาล	-บันทึกอาการแสดงทางด้านร่างกายภายหลังการทำกิจกรรมการพยาบาล

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
16.	กิจกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	-บันทึกกิจกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
17.	อาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจภายหลังการทำกิจกรรมการพยาบาล	-บันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
18.	กิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย	-บันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการสอน การให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังการได้รับคำแนะนำ
19.	ชื่อผู้บันทึก	-บันทึกชื่อพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยด้วยตัวบรรจง เช่น สุเนตร
20.	ตำแหน่งผู้บันทึก	-บันทึกตำแหน่งของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น RN5,TN4 หมายเหตุ: การบันทึกต่อเนื่องระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลให้บันทึกทุกรายและทุกเวร
21.	<u>การบันทึกการเตรียมผู้ป่วยรับการผ่าตัด</u> ระดับความรู้สึก	(กรณีได้รับการผ่าตัด) -บันทึกระดับความรู้สึกตัวก่อนส่งผ่าตัด
22.	สัญญาณชีพ	-บันทึกสัญญาณชีพก่อนออกจากหอผู้ป่วย
23.	การเตรียมสภาพผู้ป่วย	-บันทึกการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ
24.	การให้ยา	-บันทึกการให้ยาก่อนไปรับการผ่าตัด
25.	เวลาที่ส่ง	-บันทึกเวลาที่ส่งออกจากหอผู้ป่วย

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
26.	**<u>การบันทึกผู้ป่วยหลังผ่าตัด</u>** การผ่าตัด	(กรณีได้รับการผ่าตัด) -บันทึกชนิดการผ่าตัด
27.	เวลา	-บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย
28.	ระดับความรู้สึกตัว	-บันทึกระดับความรู้สึกตัว
29.	สัญญาณชีพ	-บันทึกสัญญาณชีพ
30.	อาการทั่วไป	-บันทึกอาการทั่วไป อาการสำคัญเช่น ความเจ็บปวด มีเลือดออกจากบริเวณแผลผ่าตัด ท่อระบายต่าง ๆ
31.	แผลผ่าตัด	-บันทึกลักษณะแผลผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วย
32.	การพยาบาล	-บันทึกการพยาบาลที่ให้เมื่อผู้ป่วยกลับจากผ่าตัด
33.	ผลลัพธ์การพยาบาล	-บันทึกการประเมินผลการพยาบาล
34.	**<u>การบันทึกผู้ป่วยถึงแก่กรรม</u>** อาการรุนแรง	(กรณีถึงแก่กรรม) -บันทึกอาการรุนแรงที่เกิดขึ้น
35.	เวลาหัวใจหยุดเต้น	-บันทึกเวลาหัวใจหยุดเต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ
36.	การรักษา	-บันทึกการรักษาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ
37.	เวลาถึงแก่กรรม	-บันทึกเวลาที่แพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วยถึงแก่กรรม

หมายเหตุ: 1. เวรแรกที่รับผู้ป่วยใหม่จะต้องเริ่มบันทึกข้อวินิจฉัยที่เป็นประเด็นหลักหรือปัญหาวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วย ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนแล้วตามด้วยข้อวินิจฉัยอื่นๆถ้ามีภาระงานมากเกินที่จะบันทึกได้ครบ ให้พยาบาลเวรต่อไปบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมให้ครอบคลุม 4 มิติ คือการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ทุกเวรพยาบาลจะบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ โดยบันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วย เมื่อรับเวรแล้วบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยที่ยังไม่สิ้นสุดหรือยังค้างอยู่ต่อจากเวรก่อน เมื่อพบว่ามีปัญหาใหม่ก็บันทึกเพิ่มปัญหาหรือข้อวินิจฉัยใหม่ และในแต่ละเวรต้องประเมินผลการพยาบาลในช่องประเมินผลการพยาบาล

2. การบันทึกการจำหน่ายในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
1.	สรุปอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	-บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
2.	ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	-บันทึกการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย -ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล -สัญญาณชีพเมื่อจำหน่าย -ระดับความรู้สึก -ความสามารถในการดูแลตนเอง -บันทึกประเภทของการจำหน่าย เช่น แพทย์อนุญาต หนีกลับ ส่งต่อไปรักษา หรือไม่สมัครใจอยู่รักษา เป็นต้น -พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อจำหน่าย
3.	สรุปการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย	-บันทึกคำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะรายที่บ้าน -บันทึกการดูแลอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน บันทึกคำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะรายที่บ้าน
4.	การส่งต่อและการนัด	-บันทึกการส่งต่อ HHC ระบุประเด็นปัญหาหรือเรื่องที่ต้องติดตาม -บันทึกการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานบริการใกล้บ้านหรือกิจกรรมการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง
5.	ชื่อผู้บันทึก	-บันทึกชื่อพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยด้วยตัวบรรจง เช่น ราตรี
6.	ตำแหน่งผู้บันทึก	-บันทึกตำแหน่งของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เช่น RN 5,TN4
7.	วัน เดือน ปี	-บันทึกวันที่ เดือน พ.ศ. ที่จำหน่ายผู้ป่วย
8.	เวลา	-บันทึกเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย โดยมีหน่วยของเวลากำกับ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอาภรณ์ ทองทิพย์
วัน เดือน ปีเกิด	30 ธันวาคม 2505
ประวัติการศึกษา	วทบ.สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์
	สถานศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2528
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย