



การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Development of nursing documentation
on Focus Charting Nursing Record

in Inpatient Units at Maechan Hospital, Chiang Rai province

วารสาร ภัทรมงคลเขตต์

โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

พร บุญมี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บทคัดย่อ

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ เป็นบันทึกเรื่องราว หรือ เหตุการณ์สำคัญของผู้ป่วยที่มีดูแลสุขภาพสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และศึกษาผลการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนดำเนินการ และ 3) ขั้นตอนประเมินผลมีการดำเนินการระหว่าง มกราคม 2556- พฤษภาคม 2558 กลุ่มประชากรได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 42 คน และกลุ่มตัวอย่างคือ เหวะระเบียบผู้ป่วยในโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลาก ร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2558 ทั้งหมด 815 ราย ได้เหวะระเบียบ จำนวน 40 ชุด เครื่องมือที่ใช้คือ แบบตรวจสอบความสมบูรณ์บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

ของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ซึ่งผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.97 และ 0.98 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 และ 0.83 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ มี 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกการซักถาม เป็นรูปแบบ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และส่วนสรุปใช้อ้างอิง และความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกซักถาม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.14, SD=0.17) ในส่วนสรุปใช้อ้างอิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก(\bar{x} =3.84 , SD=0.13) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =4.41 , SD=0.12) ผู้วิจัยเสนอว่าผู้บริหารทางการพยาบาล ควรพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะการบันทึกทางการพยาบาลแบบ



จุดเน้นเฉพาะให้แก่พยาบาลวิชาชีพให้ได้ระดับดีถึงดีมากต่อไป

คำสำคัญ : บันทึกการพยาบาล การชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน

Abstract

Focus charting nursing is a system document recorded of nursing care or important situation of patients in order to provide the better care. This documentary research aimed to development of nursing documentation on focus charting nursing record and explore the effect of nursing documentation on focus charting nursing record in Inpatient Units at Mae Chan Hospital, Chiang Rai province. The research involved 9 procedures : 1) Preparation 2) Implementation and 3) Evaluation. Have been implemented between January 2013 to May 2015. The demographic data were 42 professional nurses registered in the inpatient units and The sample was inpatient medical records by simple sampling method with the draw 5 percent of the number of cases disposed of during 1-30 May 2558, all 815 cases. The research instruments consisted of the audit checklists assessing the quality of focus charting nursing record and satisfaction questionnaire toward focus charting nursing record. Both instruments were validated by the experts, and its content validity were at 0.97 and 0.98 .The reliability was at 0.92 and

0.83 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic such as frequency, percentage, average and standard deviation.

Findings revealed that development of nursing documentation on focus charting nursing record consists of progress note. It is an AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) and focus list. The results of the use of the focus charting nursing records found that the completeness of focus charting nursing record for the progress note were at medium level ($\bar{x} = 3.14$, $SD = 0.17$), and the focus list was at high level ($\bar{x} = 3.84$, $SD = 0.13$). In addition, the nurses' satisfaction toward using focus charting nursing record was at high level ($\bar{x} = 4.41$, $SD=0.12$). Research suggests that nurse administrators should promote knowledge and skills of focus charting nursing record among registered nurse to reach at good and excellent level in order to improve the quality of nursing care.

Key word : Nursing record , Focus charting, Inpatient Units

บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังใช้เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริงช่วยสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลต่อการลดความผิดพลาดเป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล และยังใช้



เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการแพทย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพตลอดจนเป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้อง (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลแสดงการตรวจรักษาพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมายว่า พยาบาล ได้ให้การพยาบาลอะไรบ้าง ด้วยเหตุผลใด ปฏิบัติอย่างไร ผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร และผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการปฏิบัตินั้นอย่างไร (ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล, 2554) การบันทึกจำเป็นต้องใช้ทักษะ การคิดวิเคราะห์เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วย การประเมิน ความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย ทั้งที่ได้ให้การดูแล ไปแล้วรวมถึงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยด้วย (Aitken et al. 2006, Cheevakasemsook et. Al. 2006 cite in Marion .T. Wendy.C, Quentine.G, Kirsten.D, and Marianne.W, 2012) การบันทึกที่ไม่ มีคุณภาพจะนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ต่อผู้ป่วย (Lyer, 2001 cite in Marion.T. Wendy.C, Quentine.G, Kirsten.D, and Marianne.W, 2012) จากการศึกษาในประเทศ ออสเตรเลีย การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 50 เกิดจากการสื่อสารที่ล้มเหลวระหว่างทีมสุขภาพ โดยเฉพาะระหว่างแพทย์กับพยาบาล (Australian Institute of Health & Welfare, 2007 cite in Marion.T. Wendy.C, Quentine.G, Kirsten.D, and Marianne. W, 2012)

สำนักงานพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานการ พยาบาลผู้ป่วย ในมาตรฐานข้อที่ 11 ว่าด้วยเรื่อง การบันทึกการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพต้อง บันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสาร กับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่าย ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย แรกรับและการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง การกำหนด

แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับสำคัญของปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและ จิตวิญญาณ การระบุงิจกรรมการพยาบาลเพื่อ แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว ตลอดจนการตอบสนองของผู้ป่วยหรือ ผลลัพธ์ของการพยาบาลความสามารถของผู้ป่วย/ ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้มีการตรวจสอบ ความถูกต้องของการบันทึก และให้มีการทบทวน เอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน หรือได้รับการออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการ พยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย และดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึก ทางพยาบาลอย่างต่อเนื่อง(สำนักงานพยาบาล ,2551)

สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า มีความซ้ำซ้อน ใช้เวลานานไม่ชัดเจนยากที่จะดึง มาใช้เห็นเป็นส่วนๆ ไม่ต่อเนื่อง ไม่เห็นภาพรวมของ ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายไม่สัมพันธ์หรือ สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์และสื่อสารกับทีม สหสาขาได้น้อย (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) เช่นเดียวกับ สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของ โรงพยาบาลแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่จากการประชุม กลุ่มย่อยในพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในพบว่า บันทึกการพยาบาลมีความซ้ำซ้อน ไม่สอดคล้องกับ แผนการรักษา การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ไม่ชัดเจน ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย การ เขียนกิจกรรมการพยาบาลไม่สะท้อนถึงการ ใช้ มาตรฐานการพยาบาล ที่จะสนับสนุนการแก้ปัญหา ทางพยาบาล และการประเมินผลไม่ได้สะท้อนถึง การตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลและ พบว่าปัจจัยที่มีส่วนทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่ได้คุณภาพ คือ พยาบาลมีภาระงานมาก มีผู้ป่วย



จำนวนมาก ผู้ป่วยนอนนานมีปัญหาซับซ้อนมีการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ใช้เวลาในการบันทึก และรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่ต้องใช้เวลาในการบันทึก (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน, 2558)

ปัจจุบันรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่นิยมใช้ คือ การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงโดยชี้เฉพาะ (Focus) หมายถึง การบันทึกคำหรือวลีสำคัญเพื่อสื่อสารข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์สำคัญหรือเรื่องราวของผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับความสามารถ ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ กังวล พฤติกรรมของผู้ป่วย การรักษาหรือผลการรักษา รวมทั้งเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดกระบวนการคิดที่เป็นระบบ มีการคิดวิเคราะห์ ในการจับประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล เพื่อให้มองเห็นเรื่องราวของผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย (ฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาล, 2556) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรก คือ ส่วนสรุปที่ใช้อ้างอิง (Focus list) มีส่วนประกอบย่อย 5 ส่วนคือ 1) ลำดับ (number) 2) ชี้เฉพาะ (focus) 3) เป้าหมาย (Goal) 4) วันเดือนที่กำหนดชี้เฉพาะ (Active) และ 5) วันเดือนปีที่ปิดชี้เฉพาะ (resolve) และส่วนที่สองคือ ส่วนของบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) มีส่วนประกอบย่อย 1) ชี้เฉพาะ (focus) 2) ข้อมูล (DATA, Assessment) ซึ่งมีข้อมูลอัตนัย (subjective data) ข้อมูลปรนัย (objective data) จำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention,

Action) เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและ 4) การประเมินผล (Evaluation, Response) เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลการรักษา (Linda.S. Smith, 2000) ข้อดีของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ช่วยให้การจัดการข้อมูลแผนการดูแล ที่ทำให้ผู้อ่านได้เห็นสภาพผู้ป่วย ที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ช่วยให้พยาบาลกำหนดจุดเน้นสำคัญของผู้ป่วยมากกว่าเป็นจุดเน้นเฉพาะของพยาบาลซึ่งฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาลได้มีการนำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) มาใช้พบว่ามีความยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล สะท้อนถึงกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกที่รวบรัด กระชับทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลที่สำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ผลการวิจัย จะทำให้ได้การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะที่เหมาะสมกับสภาพบริบทขององค์กรพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจและการพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย



2. ศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนา (research development) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

1. การเตรียมการพัฒนา

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน โดยการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) พยาบาลวิชาชีพ

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยเชิญวิทยากร มาให้ความรู้ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ

2. การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

2.1 จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.2 คณะทำงานร่วมกันออกแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะทั้งในส่วนของบันทึกความก้าวหน้า (progress note) และส่วนสรุปใช้อ้างอิง(Focus list)โดยใช้กรอบแนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2556)

2.3 คณะทำงานร่วมกันจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยใช้กรอบแนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2556)

2.4 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน ประกาศนโยบาย ให้ใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.5 นำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะไปทดลองใช้ในแผนกผู้ป่วยในชาย เป็นระยะเวลา 1 เดือน (มกราคม 2556) และประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบจุดเน้นเฉพาะ

2.6 ประชุมคณะทำงานเพื่อนำผลที่ได้จากการทดลองใช้ มาวิเคราะห์และประชุมพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน เพื่อสร้างความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะให้ชัดเจนขึ้น

2.7 ขยายผลเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงไปยังแผนกผู้ป่วยใน หญิง แผนกผู้ป่วยพิเศษ โดยทดลองใช้ในทุกหน่วยงาน (เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2556)

2.8 แต่งตั้งผู้นิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ เพื่อติดตาม ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตลอดจนการเสริมความรู้ ความเข้าใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ

2.9 ประชุมคณะทำงานและผู้นิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อนำผลที่ได้จากการทดลองใช้ในทุกแผนกและผลการนิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แจ้งที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล

2.10 ปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.11 ประชุมชี้แจงผลที่ได้จากการทดลองใช้ ผลการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้กับ



พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกและการใช้คู่มือการบันทึก
ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.12 เริ่มใช้รูปแบบการบันทึกทางการ
พยาบาลแบบชี้เฉพาะอย่างเป็นทางการ ในเดือน
พฤษภาคม 2556

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาการ บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

การประเมินผลการพัฒนา กระทำโดย
ประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลจาก
เวชระเบียนผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในต่อการบันทึกทางการ
พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและเวชระเบียนผู้ป่วยใน คือ
พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน กลุ่ม
การพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน จำนวน 42 คน และ
เวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย
(simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเลข
ทะเบียนผู้ป่วยใน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคิดจาก 5 % ของ
จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงวันที่ 1-30 พฤษภาคม
2558 ทั้งหมด 815 ราย (สำนักหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ,2553) ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียน
ผู้ป่วยใน คัดเลือกจำนวน 40 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการ
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ที่ผู้วิจัยได้
พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาล
แบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
(2556) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึก

ความก้าวหน้า มีทั้งหมด 6 ข้อ และส่วนสรุปใช้อ้างอิง
มีทั้งหมด 12 ข้อ แบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการ
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะได้ผ่านการ
ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่านได้ค่าความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ
0.97 และหลังจากนั้นได้ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี
inter rater reliability โดยผู้วิจัยได้นำแบบตรวจสอบ
ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบ
ชี้เฉพาะไปทดลองใช้ตรวจสอบบันทึกการพยาบาล
ในเวชทะเบียนที่สุ่มมาจำนวน 5 ชุดได้ค่าความเชื่อมั่น
(reliability) 0.92 และแบบสอบถามความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบ
ชี้เฉพาะ ตามกรอบแนวคิดบันทึกการพยาบาลแบบ
ชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
(2556) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5

ระดับ จำนวน 15 ข้อที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบ
แนวคิดบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ
แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิง
เนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง จาก
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าความสอดคล้องทั้ง
ฉบับเท่ากับ 0.98 และทำการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ
(reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbachs' Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลความ
สมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ
ใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดย
เทียบบัญญัติไตรยางศ์ คะแนนร้อยละ 100 เท่ากับ 5
คะแนนและแปลความหมายของความสมบูรณ์การ
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะดังนี้ (เติมศักดิ์
สุขวิบูลย์, 2552)



ร้อยละ 90.20-100 เท่ากับค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับมากที่สุด

ร้อยละ 70.20-90.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 50.20-70.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 30.20-50.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับน้อย

ร้อยละ 20.00-30.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การแปล ความหมายของข้อมูล ความพึงพอใจ ตามแนวทางของ เดวิด คักดี สุขวิบูลย์, 2552 ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ ของ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน

ผลการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จันพบว่า การบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะที่ใช้

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกก้าวหน้าเป็นแบบตาราง ประกอบด้วย 3 คอลัมน์คือ 1) บันทึกวันเดือนปี และช่วงเวร/เวลา 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย และ 3) บันทึก AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ประกอบด้วยการประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยกำหนดให้มีการบันทึกการดูแลที่ต่อเนื่องมีความสอดคล้องกัน ส่วนบันทึกสรุปใช้อ้างอิง เป็นแบบตารางเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 5 คอลัมน์ คือ 1) บันทึกลำดับ (number) 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย 3) บันทึกผลลัพธ์ของชี้เฉพาะ (Goal/outcome) 4) บันทึกวันเดือนปีที่กำหนดชี้เฉพาะ (Active) และ 5) บันทึกวันเดือนปีที่ชี้เฉพาะปิด (Resolve) โดยบันทึกก้าวหน้าและบันทึกสรุปใช้อ้างอิงแยกออกจากกัน โดยเรียงบันทึกสรุปใช้อ้างอิงอยู่ด้านหน้าของบันทึกส่วนก้าวหน้าและการบันทึกทั้งสองส่วนต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

2. ผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

ผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย ความสมบูรณ์บันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะในบันทึกสรุปใช้อ้างอิงและในส่วนบันทึกก้าวหน้า และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล จากผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก
ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในบันทึกสรุปล้างอิง

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	แปลผล
1	ชี้เฉพาะ สอดคล้อง/ครอบคลุม กับส่วนบันทึกกำหนดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย	90.00	4.50	0.51	มาก
2	ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความ เสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	72.60	3.63	0.60	มาก
3	ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย	69.00	3.45	0.50	ปานกลาง
4	ชี้เฉพาะเรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย	92.60	4.63	0.51	มากที่สุด
5	ผลลัพธ์ สะท้อนไปยังผู้ป่วย	87.60	4.38	0.44	มาก
6	ผลลัพธ์มีความเป็นไปได้จริง	87.60	4.38	0.69	มาก
7	ผลลัพธ์สามารถวัดผลและสังเกตได้	64.60	3.23	0.49	ปานกลาง
8	ผลลัพธ์มีความชัดเจนและกระชับ	72.00	3.60	0.51	มาก
9	ผลลัพธ์สะท้อนให้เห็นถึงการให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม	73.00	3.65	0.50	มาก
10	ผลลัพธ์มีกรอบระยะเวลาที่เป็นไปได้	62.60	3.13	0.44	ปานกลาง
11	บันทึก Active ตรงกับสภาพจริงและสอดคล้องกับบันทึกกำหนด	68.60	3.43	0.49	ปานกลาง
12	การบันทึก Resolve ตรงกับสภาพจริงและสอดคล้องกับบันทึก กำหนด	81.00	4.05	0.81	มาก
	เฉลี่ยภาพรวม	76.80	3.84	0.13	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในส่วนสรุปล้างอิง
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.84, SD=0.13$) หรือร้อยละ 76.80 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ชี
เฉพาะ เรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย ($\bar{X}=4.63, SD=0.51$) รองลงมาคือ ชีเฉพาะ
สอดคล้อง/ครอบคลุม กับบันทึกกำหนดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ($\bar{X}=4.50, SD=0.51$)

ตารางที่ 2 แสดง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการ
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในส่วนบันทึกกำหนด

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	แปลผล
1	ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วย	67.00	3.35	0.37	ปานกลาง
2	ปฏิบัติการพยาบาลมีความสอดคล้องและสนับสนุนการบรรลุผลลัพธ์ของชี้ เฉพาะ	63.60	3.18	0.44	ปานกลาง
3	ปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาลและเป็นไปตาม หลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม	59.00	2.95	0.31	ปานกลาง
4	ปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงการใช้องค์ความรู้ความสามารถและการ ตัดสินใจของพยาบาล	64.60	3.23	0.44	ปานกลาง
5	ประเมินผลการพยาบาลมีความสอดคล้องกับ ปฏิบัติการพยาบาลและการ บรรลุ ผลลัพธ์ของชี้เฉพาะ	61.00	3.05	0.22	ปานกลาง
6	ประเมินผลการพยาบาลโดยรวม	62.00	3.10	0.37	ปานกลาง
	เฉลี่ยภาพรวม	62.80	3.14	0.17	ปานกลาง



จากตารางที่ 2 พบว่า ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกความก้าวหน้า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.14, SD=0.17$) หรือร้อยละ 62.80 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ค้นหาชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\bar{X}=3.35, SD=0.37$) และข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาลและเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม ($\bar{X}=2.95, SD=0.31$)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ระดับความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่โจ้

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		แปลผล
		\bar{X}	SD	
1.	การใช้เวลาในการเขียนบันทึกทางการแพทย์	4.10	0.47	มาก
2.	บันทึกในสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง	4.40	0.39	มาก
3.	การประเมินผลการพยาบาลได้ตรงสภาพจริงของผู้ป่วย	4.40	0.39	มาก
4.	การประเมินผลการพยาบาลได้สอดคล้องกับเวลาจริง	4.26	0.31	มาก
5.	สิ่งที่เขียนหรือบันทึกเป็นสิ่งที่นำไปปฏิบัติได้จริง	4.40	0.22	มาก
6.	สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้กะทัดรัดและชัดเจน	4.33	0.50	มาก
7.	รู้สึกกระตือรือร้นในการเขียนบันทึกทางการแพทย์	4.38	0.68	มาก
8.	สิ่งที่บันทึกนำไปใช้ในการส่งเสริมได้	4.50	0.60	มาก
9.	รูปแบบการบันทึกกระตุ้นให้คิดวิเคราะห์ และเชื่อมโยงได้	4.48	0.50	มาก
10.	รูปแบบการบันทึกช่วยให้มองผู้ป่วยเป็นองค์รวมได้	4.40	0.49	มาก
11.	ช่วยมองเห็นภาพผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง	4.43	0.76	มาก
12.	ช่วยให้รู้ว่าสิ่งสำคัญของผู้ป่วยรายนี้คืออะไร	4.50	0.51	มาก
13.	คุณค่าของบันทึกการพยาบาลสะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.57	0.49	มากที่สุด
14.	คุณค่าของบันทึกการพยาบาลสะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลได้	4.52	0.51	มากที่สุด
15.	โดยภาพรวมท่านพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์	4.43	0.57	มาก
	เฉลี่ยภาพรวม	4.41	0.12	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.41, SD=0.12$) โดยความพึงพอใจที่คะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด คือ คุณค่าของบันทึกการพยาบาล สะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\bar{X}=4.57, SD=0.49$) คุณค่าของบันทึกทางการแพทย์ สะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลได้ ($\bar{X}=4.52, SD=0.51$) และความพึงพอใจที่ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากคือ การใช้เวลา ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ($\bar{X}=4.10, SD=0.47$)



การอภิปรายผล

การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ ชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ได้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะของ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกก้าวหน้าเป็นแบบตาราง ประกอบด้วย 3 คอลัมน์ คือ 1) บันทึกวันเดือนปี และช่วงเวร/เวลา 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย และ 3) บันทึก AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยกำหนดให้มีการบันทึกการดูแลที่ต่อเนื่องมีความสอดคล้องกัน ส่วนบันทึกสรุปลงใช้อ้างอิง เป็นแบบตาราง เช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 5 คอลัมน์ คือ 1) บันทึกลำดับ (number) 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย 3) บันทึกผลลัพธ์ของชี้เฉพาะ (Goal/outcome) 4) บันทึกวันเดือนปีที่กำหนดชี้เฉพาะ (Active) และ 5) บันทึกวันเดือนปีที่ชี้เฉพาะปิด (Resolve) โดยบันทึกก้าวหน้าและบันทึกสรุปลงใช้อ้างอิงแยกออกจากกัน โดยเรียงบันทึกสรุปลงใช้อ้างอิงอยู่ด้านหน้าของบันทึกส่วนก้าวหน้าและการบันทึกทั้งสองส่วนต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งการจัดทำในรูปแบบตาราง จะช่วยให้การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละส่วนมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และช่วยให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้

เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

ผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน พบว่า ความสมบูรณ์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในส่วนของบันทึกก้าวหน้า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.14, SD=0.17$) หรือร้อยละ 62.80 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหา ความต้องการและความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\bar{X}=3.35, SD=0.37$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพชร สุริยะพรหม (2553) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน โดยใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งรูปแบบการบันทึกมีความคล้ายคลึงกันพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากระดับที่ไม่ดีมาอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ระดับ M2 (Mid-level Referral Hospital) ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน ได้ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้สามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นประเด็นที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จันได้ให้ความสำคัญ และมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มาอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือการปฏิบัติการพยาบาลที่สะท้อนถึงมาตรฐานการ



พยาบาล และเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม ($\bar{X}=2.95, SD=0.31$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการถึงร้อยละ 78.57 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.53 ซึ่งองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการทำงานยังน้อย ประกอบกับลักษณะงานของผู้ป่วยใน อัตราการครองเตียงเฉลี่ย ร้อยละ 99.32 ผลผลิตทางการพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 130 – 140 (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมัจฉา, 2558) ประเด็นดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของปฏิบัติการพยาบาล ที่ไม่สะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาล และเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ และเป็นรูปธรรมดังการศึกษาของ จิตติมา ปลั่งใจ และเพ็ญ ญ พัทลุง (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา พบว่า การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่สะท้อนเป้าหมายทางการพยาบาลและบทบาทที่สละสลวยเขียนตามคำสั่งแพทย์

ในส่วนของความสมบูรณ์การบันทึกในส่วนสรุปใช้อ้างอิงอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.84, SD=0.13$) หรือร้อยละ 76.80 ข้อที่มีคะแนนอยู่ในระดับมาก คือ การบันทึกชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้สอดคล้อง/ครอบคลุมกับส่วนบันทึกกำหนดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ($\bar{X}=4.50, SD=0.51$) หรือ ร้อยละ 90 และชี้เฉพาะเรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย ($\bar{X}=4.63, SD=0.51$) หรือ ร้อยละ 92 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบการบันทึกในส่วนสรุปใช้อ้างอิงมีโครงสร้างการบันทึกและเกณฑ์ความสมบูรณ์ของการบันทึกที่ไม่ซับซ้อนทำให้ง่ายต่อการบันทึกสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณมณี ชันเงิน (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า

การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะได้คะแนนร้อยละ 93% มีพยาบาลไม่เห็นด้วยร้อยละ 7.55 เนื่องจากยังมีความไม่มั่นใจและต้องการการนิเทศติดตามอย่างใกล้ชิดจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง แต่สามารถช่วยลดระยะเวลาในการบันทึกน้อยลงและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้มากขึ้น ลดความกังวลเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลไม่ทันเวลา ทำให้บริหารงานได้รวดเร็ว กระชับ ครอบคลุมชัดเจน จึงมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายมากขึ้น และพยาบาลสามารถบริหารเวลาในการปฏิบัติงานได้ทันเวลาทำงาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่อตนเอง เพื่อนร่วมงานและครอบครัวดีขึ้น ทุกคนมีความสุขกับการทำงาน สุขภาพจิตแจ่มใส คลายความกังวล และพยาบาลปฏิบัติการร้อยละ 100 มีความเห็นให้ใช้การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะต่อไป ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารได้ดี ประหยัดเวลา สะท้อนปัญหาในการดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้นเช่นเดียวกับ ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2554) กล่าวว่า ส่วนสรุปใช้อ้างอิง มีประโยชน์ คือ แสดงภาพรวมของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ทั้งปัญหาที่แก้ไขแล้วมีผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย และที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายซึ่งทำให้การติดตามอย่างต่อเนื่องเปรียบเหมือนแผนหรือทิศทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องนำไปให้ถึง ซึ่งทิศทางกิจกรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแต่ละคนอาจตัดสินใจปฏิบัติการแตกต่างกันขึ้นกับความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ แต่เมื่อมีเป้าหมาย/ผลลัพธ์กำกับ ความแตกต่างของการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และในที่สุดก็สามารถทำให้บรรลุผลเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังแสดงถึงเรื่องราวของผู้ป่วยที่พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนการดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวมมากขึ้น สื่อสาร



ข้อมูลผู้ป่วยให้แก่พยาบาล ระหว่างพยาบาลเวรต่อเวร หรือระหว่างหอผู้ป่วยหน่วยงานวิกฤต ห้องผ่าตัดกับหอผู้ป่วยอื่นได้และใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่ามีข้อที่ได้คะแนน อยู่ระดับปานกลาง คือการค้นหาชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวมทั้งตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ($\bar{X}=3.45, SD=0.50$) หรือร้อยละ 69.00 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มากของพยาบาล จากอัตราการครองเตียงของแผนกผู้ป่วยในเฉลี่ย ร้อยละ 99.32 ผลกระทบทางการพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 130 - 140 (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน, 2558) อาจส่งผลให้พยาบาลมีเวลาจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลให้ได้มาซึ่งปัญหาหรือชี้เฉพาะที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งได้ และอาจมีปัจจัยในด้านระบบการมอบหมายงานทางการพยาบาล ที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จันใช้ระบบการมอบหมายงานทางการพยาบาลเป็นแบบรายผู้ป่วย (case method) ผสมผสานกับการมอบหมายแบบตามหน้าที่ (functional) ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยไม่ลึกซึ้งอย่างเพียงพอ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนั้น การระบุชี้เฉพาะของผู้ป่วย ด้านองค์รวมจึงเป็นสิ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญ การกำหนด เป้าหมายผลลัพธ์ ที่สามารถวัดผลและสังเกตได้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23, SD=0.49$) หรือ ร้อยละ 64.60 เช่นเดียวกันและการกำหนด เป้าหมายผลลัพธ์ ที่มีกรอบระยะเวลาที่เป็นไปได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13, SD=0.44$) หรือ ร้อยละ 62.60 และการบันทึกส่วนที่พบชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพจริง มีความสอดคล้องกับบันทึก

ความก้าวหน้าขึ้นอยู่กับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.43, SD=0.49$) หรือร้อยละ 68.60 เช่นเดียวกัน ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลผู้ตรวจการณ์ สามารถตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกได้ประจำทุกวันได้อย่างรวดเร็วเพราะใช้เวลาในการตรวจสอบไม่มากตลอดจนใช้บันทึกส่วนสรุปใช้อ้างอิงในการรับส่งเวรในทีมการพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนสรุปใช้อ้างอิงเพิ่มขึ้นได้

ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.41, =0.12$) โดยคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากที่สุดคือคุณค่าของบันทึกการพยาบาล สะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\bar{X}=4.57, =0.49$) คุณค่าของบันทึกการพยาบาล สะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลได้ ($\bar{X}=4.52, =0.51$) สิ่งทีบันทึกนำไปใช้ในการส่งเวรได้ ($\bar{X}=4.50, =0.60$) และช่วยให้รู้ว่าสิ่งสำคัญของผู้ป่วยรายนี้คืออะไร ($\bar{X}=4.50, =0.51$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นในพยาบาลวิชาชีพ ของฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาลพบว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยว่าบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะช่วยให้การบันทึกทางการพยาบาลใช้เวลาน้อยลง ร้อยละ 82.00 สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้กะทัดรัดและชัดเจนขึ้น ร้อยละ 84.60 เห็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ทำให้ใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ร้อยละ 83.10 โดยภาพรวมมีความพอใจต่อการบันทึกถึงร้อยละ 84.60 (ฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาล, 2556) และ การศึกษาของพวงเพชร สุริยะพรหม (2553) การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน โดยใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสามารถ



ให้ข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน สนับสนุนการวางแผนการพยาบาล เห็นความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถบอกบอกระยะเวลาในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แสดงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกตลอดจนใช้เป็นเครื่องมือติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพได้ สอดคล้องกับจุดเด่นของรูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ที่มีความยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล สะท้อนกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็ว กระชับ และชัดเจน หาข้อมูลได้ง่ายเนื่องจากรูปแบบของโครงสร้างบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะง่ายต่อการค้นหาข้อมูลที่สำคัญ และปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) และการศึกษาของ ณิชภัทร ธนะพัฒน์ นภาพร แก้วนิมิตชัย และ ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2554) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกแบบชี้เฉพาะและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน พบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก และด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ส่วนด้านการใช้เวลาในการบันทึกพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ มัลลิกา ลุนจันท์ และมารีสา ไกรฤกษ์ (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การบันทึกแบบชี้เฉพาะ ที่มุ่งความต้องการและสะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย หลังจากนำแบบฟอร์มบันทึกใหม่ไปปฏิบัติ ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ให้ข้อคิดเห็นที่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในแบบฟอร์มการบันทึกนี้และสามารถติดตามผลการ

ดูแลรักษาได้ต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลพบว่าการบันทึกมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นจากระดับไม่ดีมาอยู่ระดับปานกลางถึงระดับดีมาก ความพึงพอใจภาพรวมของพยาบาลต่อการใช้แบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่อยู่ในระดับพึงพอใจมาก และการศึกษาของ พรรณมณี ชันเงิน (2555) ศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจเห็นด้วยถึงร้อยละ 93.45 เช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในแผนกอื่นๆ และประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทั้งนี้มีความจำเป็นที่ต้องมีการติดตาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดจนมีการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะอย่างจริงจังต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบันทึกที่ต่อเนื่องและเกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน. (2558). *เอกสารสรุปรายงานประจำปี*. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย.
- รุติมา ปลื้มใจ และผอญ ฌ พัทลุง. (2558). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแผนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิชาการเขต 12*, 26 (1), 27-35.
- ณภัทรธนะพุดินนาท นภาพร แก้วนิมิตชัย และ ยูวดี เกตสัมพันธ์. (2554) .ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน. *วารสารเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ*, 14 (28), 1-10.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์ . (2552). *ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย*. 10 มกราคม 2558 ,<http://krupee.blogspot.com/2009/09/rating-scale.html>.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ. (2545). *การบริหารการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง จำกัด.
- ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2554). *ปัญหากฎหมายกับการบันทึกรายงาน*. เอกสารประกอบการบรรยาย เว็บไซต์ประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ.
- ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. (2556). *focus charting : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช*. เอกสารประกอบการบรรยาย เว็บไซต์ประชุมวิชาการของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2555.
- พรรณมณี ชันเงิน. (2555). *การพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting in MICU* . วันที่ 28 มค. 2560, www.bmnhos.com.
- พวงเพชร สุริยะพรมหม. (2553). *การพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน*. *วารสารกองการพยาบาล*. 37(2), 8-9.
- มัลลิกา ลุนจักร์และมารีสา ไกรฤกษ์. (2557). *การพัฒนาารูปแบบฟอร์มบันทึกปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 32(4), 171.
- ยูวดี เกตสัมพันธ์. (2554). *บันทึกการพยาบาล*. เอกสารประกอบการบรรยาย เว็บไซต์ประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ
- วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์และรัชตวรรณ ศรีตระกูล (2551). *การพัฒนาาระบบการนิเทศการบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลโนนสัง*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.(2553). *แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน*. กรุงเทพฯ : ยูเนียนอุลตราไวโอเร็ด.
- Linda.S. Smith. (2000). *How to use Focus charting*. *Nursing 2000*, 30(5), 76-77.
- Marion .T. Wendy.C, Quentine.G, Kirsten .D, and Marianne.W. (2012). Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(20), 2917-2929.