

ปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Problems and Needs of Nursing Documentation in Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine,
Mahasarakham University

ปาลิตา พูลเพิ่ม^{1*}, นงเยาว์ มีเทียน², อภิญญา วงศ์พิริยโยธา³

Palita Pulperm^{1*}, Nongyaow Meethien², Apinya Wongpiriyayothar³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (งานการพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
จังหวัดมหาสารคาม, 44000

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 44150

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 44150

¹Professional nurse, Nursing Department Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University,
44000

²Assistant professor, Adult and Elderly Nursing Academic Group, Faculty of Nursing, Mahasarakham University,
44150

³Assistant professor, Adult and Elderly Nursing Academic Group, Faculty of Nursing, Mahasarakham University,
44150

(Received: 8 June 2022 Revised: 18 July 2022 Accepted: 25 July 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 27 คน แพทย์ 4 คน และแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้ม ศึกษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุทธาเวช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล มีค่า Interrater Reliability $\geq .8$ 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า 1) การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ทุกข้อมีคะแนนอยู่ในระดับ 1 คือ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ ($\geq$ ร้อยละ 80) 2) จากการสนทนากลุ่ม พบประเด็นปัญหา 4 ประเด็น เกี่ยวกับแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล คือ 1) วิธีการเขียนแบบบันทึก 2) ความสามารถในการเขียนบันทึก 3) การประเมินผล และ 4) การตรวจสอบ

2. ความต้องการการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลต้องการ 1) พัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยให้มีผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการเขียนที่ถูกต้อง มีคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาล 2) ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล และ 3) มีระบบการประเมิน และ 4) มีการตรวจสอบ

สรุปผลการศึกษา : จากผลการวิจัยพบว่า พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุทธาเวช ดังนั้นทางผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาล โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

คำสำคัญ : ปัญหาและความต้องการ การบันทึกทางการพยาบาล

Corresponding Author: *E-mail: nongyaow.m@msu.ac.th

ABSTRACT

Objective : To study problems and needs of nursing documentation in Suddhavej hospital.

Methods : This study was descriptive study. The sample consisted of 27 nurses, 4 doctors and 30 patient profiles studying in inpatient wards, Suthavej hospital. The research tools consisted of the 1) Assessing the Quality of the Nursing Record Form which had Interrater reliability of $\geq .8$, 2) Group Discussion Questionnaires, and 3) an In-depth Interview Form. Data were analyzed by using frequency, percentage, standard deviation, and content analysis

Results: The results of the study as follows;

1. Problems of nursing records were; 1) for assessing the quality of nursing documentation, most of all items were scored at level 1. It meant that recording was not clear, incomplete, and inaccurate ($\geq 80\%$) 2) for group discussion, there were 4 problems related to 1) the nursing documentation forms, 2) how to write in the form, 3) ability to write of the nurse, and 4) evaluation and audit.

2. The needs for nursing documentation were; 1) to develop for writing competency by having an expert to teach how to write correctly, 2) improving the nursing documentation form, 3) having the assessment, and 4) having an audit system.

Conclusion: The results of the research indicate that there were problems with the nursing documentation of the inpatient wards in Suthavej hospital. Therefore, the nursing administrators should provide policies for improving the quality of nursing documentation according to the problems and needs of nursing using participation of the nurses.

Keywords: Problems and needs, Nursing documentation

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล ที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลและการตอบสนองของผู้รับบริการต่อแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร⁽¹⁾ เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของผู้รับบริการ ตั้งแต่แรกรับบริการ ประเมินปัญหาการเจ็บป่วย การให้การช่วยเหลือดูแล การรักษา รวมทั้งผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลที่ได้รับ ตลอดจนการจำหน่ายเพื่อการพักฟื้นที่บ้าน หรือส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ⁽²⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล⁽³⁾ รวมทั้งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญในระหว่างทีมสุขภาพ เป็นเอกสารหลักฐานสำคัญทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้อง⁽⁴⁾ ดังนั้นบันทึกทางการพยาบาลจึงถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานสำคัญของการประกันคุณภาพและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและสภาวิชาชีพพยาบาล⁽⁵⁾ การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องบันทึกอย่างครบถ้วน ชัดเจน สมบูรณ์ เป็นความจริง มีความต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกขั้นตอน สามารถติดตามความก้าวหน้าของปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอ⁽⁴⁾ แบบบันทึกที่ดีสามารถประเมินสภาพปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม แล้วนำมาวางแผนการดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา และผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากขึ้น⁽⁶⁾ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบฟอร์มบันทึกมีจำนวนมาก รูปแบบไม่เอื้อต่อการบันทึก วิธีการบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน^{(7),(8)} มีความซับซ้อนไม่ตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยการพยาบาล การ

วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล⁽⁹⁾ รวมทั้งไม่มีคู่มือหรือตัวอย่างเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรให้บันทึกได้อย่างถูกต้อง⁽¹⁰⁾

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีขนาด 120 เตียง เปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2557 ปัจจุบันมีหอผู้ป่วยใน จำนวน 5 หน่วยงาน มีการพัฒนาและใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิมต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา 8 ปี จากการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2560-2563 พบว่าระดับคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในส่วนที่เป็นบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน มีคะแนน 72,74 และ 75 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 80 คะแนน พบปัญหา คือ 1) บันทึกไม่ครบสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) บันทึกไม่ต่อเนื่อง 3) เขียนศัพท์ทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง 4) มีผลกระทบต่อการคุณภาพการให้บริการพยาบาลและรายได้ของโรงพยาบาล

จากผลการประเมินพบสาเหตุที่สำคัญคือ เอกสารบันทึกทางการพยาบาลจำนวนมาก บางส่วนซ้ำซ้อน บันทึกยุ่งยาก การจัดทำแบบฟอร์มต่าง ๆ ไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมหรือข้อคิดเห็นของบุคลากรการบันทึกจึง ไม่สอดคล้องกับกับความต้องการของบุคลากร จึงทำให้คะแนนการบันทึกทางการพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และยังไม่ได้มีการพัฒนาทำให้ได้คะแนนการบันทึกทางการพยาบาลต่ำกว่ามาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) และเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบันทึก

ทางการพยาบาล^{(4),(5)} เป็นแนวทางในการศึกษา รวมทั้ง การสอบถามความต้องการของบุคลากรที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการบันทึกเพื่อให้ทราบปัญหาและความ ต้องการที่แท้จริงของการบันทึกทางการพยาบาล อันจะ เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาแบบบันทึก ทางพยาบาลของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของบันทึก ทางพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น พยาบาล แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึกทางการ พยาบาล และแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ศึกษาในหอผู้ป่วย ในทั้งหมด 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญชั้น 8 หอ ผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 และหอผู้ป่วยระยะวิกฤต กลุ่ม ตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 3 ปี จำนวน 27 คน แพทย์ 4 คน และแฟ้ม ประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้มที่มีเอกสารครบตามที่สำนัก หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล และแพทย์
2. แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักของ 4C+1C ได้แก่ ถูกต้อง (Correct) ชัดเจน (Clear) ครบถ้วน (Complete) ได้ใจความ (Concise) และความต่อเนื่อง (Continuous) ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล^{(4),(5)} จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการ ประเมินสุขภาพ (8 ข้อ) 2) ด้านการวินิจฉัยการ พยาบาล (2 ข้อ) 3) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการ

พยาบาล (4 ข้อ) และ 4) ด้านการประเมินผลการ พยาบาลและการวางแผนจำหน่าย (7 ข้อ) ซึ่งลักษณะ คำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่ถูกต้อง 1 คะแนน หมายถึง ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และ ไม่ได้ใจความ และ 2 คะแนน หมายถึง ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ

3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับการบันทึกทางการ พยาบาล มีประเด็นสำคัญ 6 ประเด็น ดังนี้ 1) เกี่ยวกับ ความสำคัญ/ความจำเป็น 2) คุณภาพของแบบบันทึก 3) ความเหมาะสมของรูปแบบ/แบบฟอร์มการบันทึก การพยาบาล 4) ปัญหา/อุปสรรคที่พบของการเขียน บันทึกทางการพยาบาล 5) ความคิดเห็น/ความต้องการ และ 6) แนวทางการแก้ไขปรับปรุงการบันทึกทางการ พยาบาล

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อ ใช้สำหรับสัมภาษณ์แพทย์ ซึ่งมีแนวคำถามคล้ายคลึง กับแนวคำถามการสนทนากลุ่ม คือ ความสำคัญ/ความ จำเป็น คุณภาพของแบบบันทึก ความเหมาะสมของ แบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาล ปัญหา/อุปสรรคที่ พบ ความคิดเห็น/ความต้องการ และแนวทางการแก้ไข ปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ 1) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 3) แบบสัมภาษณ์ เชิงลึก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลที่เป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย 2 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และนำมาแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ค่า IOC เฉพาะแบบประเมิน คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ 1 และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพการบันทึก

ทางการพยาบาลไปตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี Interrater reliability โดยให้ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาล และเป็นคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (Audit chart) 6 คน ตรวจสอบการบันทึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย แบ่งผู้ตรวจเป็น 3 ทีม ทีมละ 2 คน ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ทีมละ 10 แฟ้ม พบว่าได้ค่าความเชื่อถือได้ของทั้ง 3 ทีม เท่ากับ 1, 1 และ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยกับ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล และแพทย์ และขอความร่วมมือในการวิจัย และให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2565 ตามลำดับดังนี้

3.1. การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย ผู้วิจัยประสานกับเวชระเบียน ให้คัดเลือกแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มีเอกสารตามรายการที่ประเมินครบถ้วนที่เคยรักษาที่หอผู้ป่วย ในจำนวน 30 แฟ้ม และให้ผู้ช่วยวิจัย 6 คน แบ่งเป็น 3 ทีม ทีมละ 2 คน ทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้วยกัน

3.2. การสนทนากลุ่ม มี 4 กลุ่ม กลุ่ม ๆ ละ 6-7 คน แต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/ครั้ง โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

3.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์แพทย์ 4 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณคนละ 1 ชั่วโมง

จริยธรรมในการวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564 (หมายเลข 24921912564)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณภาพของแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการบันทึกทางการพยาบาล จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสรุปประเด็น

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำนวน 27 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 26-48 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี ทุกคนจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ ร้อยละ 88.89 และเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 11.11 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล 6-10 ปีร้อยละ 56.67 และไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลร้อยละ 60 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์จำนวน 4 คน เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 2 คน ศัลยกรรม 1 คน และสูติรีเวช 1 คน มีอายุในช่วง 29-36 ปี มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง 2-5 ปี

2. ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล

2.1 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้มจากการบันทึก 21 ข้อ พบว่าทุกข้อส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับ 1 (ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาทางด้าน มีผลการวิจัยดังนี้ 1) **ด้านการประเมินสุขภาพ** พบว่าทุกแฟ้ม (ร้อยละ 100) มี 1 ข้อ ที่มีคะแนนในระดับ 1 เกี่ยวกับการบันทึกท้ายกระดาษ ส่วนข้อที่เหลือส่วนมากมีคะแนนการบันทึกในระดับ 1 คิดเป็น

ร้อยละ 96.67 2) ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล พบว่าทุกแฟ้ม (ร้อยละ 100) ทั้ง 2 ข้อ มีคะแนนในระดับ 1 เกี่ยวกับการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าทุกข้อ ส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับ 1 ร้อยละ 83.33-96.67) และ 4) ด้านการประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย พบว่า ทุกแฟ้ม

(ร้อยละ 100) มี 1 ข้อ ที่มีคะแนนในระดับ 1 เกี่ยวกับการบันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ส่วนข้อที่เหลือส่วนใหญ่คะแนนในระดับ 1 ร้อยละ 60.00-96.67 เมื่อพิจารณาถึงข้อที่มีคะแนนการบันทึกในระดับ 2 พบ 3 ข้อ มี 11 แฟ้ม (ร้อยละ 33.67) ที่บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ ในเรื่องบันทึกข้อมูลทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ในการประเมินสุขภาพ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลรายข้อ

หัวข้อประเมิน	ระดับคุณภาพการบันทึก		
	0	1	2
ด้านที่ 1 การประเมินสุขภาพ (8 ข้อ)	n(%)	n(%)	n(%)
1. บันทึกท้ายกระดาษ ด้วยชื่อ-สกุล อายุ เลขทะเบียนผู้ป่วยฯ หอผู้ป่วยที่รับไว้รักษา และชื่อแพทย์	0(0)	30(100)	0(0)
2. บันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ	10(33.33)	17(56.67)	3(10)
3. บันทึกลักษณะอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	10(33.33)	15(50)	5(16.67)
4. บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัด การได้รับอุบัติเหตุ การแพ้ยา และอาหาร โรคทางพันธุกรรมหรือโรคติดต่อของสมาชิกในครอบครัว	1(3.33)	19(63.33)	10(33.33)
5. บันทึกวัน เดือน ปี ช่วงเวลาที่รับผู้ป่วย	1(3.33)	26(86.67)	3(10)
6. บันทึกข้อมูลทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ช่วงเวลาที่รับผู้ป่วย	1(3.33)	18(60)	11(36.67)
7. บันทึกแบบฟอร์มปรอท	0(0)	29(96.67)	1(3.33)
8. บันทึกการให้ยา	0(0)	28(93.33)	2(6.67)
ด้านที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (2 ข้อ)			
1. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ฯ	0(0)	30(100)	0(0)
2. มีการระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการแสดงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	0(0)	30(100)	0(0)
ด้านที่ 3 การปฏิบัติการกรรมการพยาบาล (4 ข้อ)			
1. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมอาการแสดงหรือปัญหาสำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย	0(0)	29(96.67)	1(3.33)
2. บันทึกการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ระบุข้อบ่งชี้ถึง การเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์	0(0)	27(90.00)	3(10.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	ระดับคุณภาพการบันทึก		
	0	1	2
ด้านที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (4 ข้อ)			
3. บันทึกกิจกรรมพยาบาลที่คำนึงถึงจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย	1(3.33)	27(90.00)	2(6.67)
4. บันทึกกิจกรรมปัญหาจากการเฝ้าตรวจร่วมกับทีมสุขภาพ (ถ้ามี)	2(6.67)	25(83.33)	3(10)
ด้านที่ 4 การประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย (7 ข้อ)			
การประเมินผลการพยาบาล			
1. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาของแพทย์	0(0)	29(96.67)	1(3.33)
2. บันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล	0(0)	30(100)	0(0)
3. การบันทึกและการลงลายมือชื่อ	1(3.33)	18(60)	11(36.67)
การวางแผนจำหน่าย			
4. บันทึกระบุมาร หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย	2(6.67)	27(90)	1(3.33)
5. บันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตัวเองมีการทบทวนข้อแนะนำเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย ก่อนจำหน่ายตามหลัก METHOD	1(3.33)	26(86.67)	3(10)
6. บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย	1(3.33)	18(60)	11(36.67)
7. บันทึกข้อมูลการประสานการดูแลที่ต่อเนื่อง	4(13.33)	24(80)	2(6.67)

2.2 การสนทนากลุ่มของพยาบาล

สามารถสรุปปัญหาได้ 5 ประเด็น คือ

2.2.1 ความสำคัญและความจำเป็น

ในการบันทึกทางการพยาบาล จากการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นเนื่องจาก เป็นเครื่องมือที่แสดงหลักฐานเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง การติดตามอาการที่มีการเปลี่ยนแปลง การให้กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นหลักฐานทางกฎหมาย และใช้สื่อสารกันระหว่างพยาบาลเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังเช่น

“สำคัญและจำเป็น เพราะเป็นการบันทึกเพื่อใช้ติดตามดูความก้าวหน้า และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย” “เป็นการบันทึกกิจกรรมที่พยาบาลทำหรือดูแล และประเมินผลการดูแล” “เป็นเครื่องมือสื่อสารให้เวรถัดไปเพื่อการดูแลต่อเนื่อง” “สำคัญเพราะใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย”

2.2.2 แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล สรุปผลการสนทนากลุ่มได้ดังนี้

ด้านที่เหมาะสม พบว่า มีแบบฟอร์มมีรูปแบบเดียวกันเหมาะสมแล้ว สอดคล้องกับกระบวนการ

พยาบาล เช่น แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) ที่ใช้รูปแบบของ Focus charting

ด้านที่ไม่เหมาะสม พบว่า 1) แบบฟอร์มซ้ำซ้อน 2) แบบฟอร์มขาดความสมบูรณ์ 3) ขาดแบบฟอร์มสำคัญ 4) ขาดส่วนการอธิบายรายละเอียดสำคัญบางแบบฟอร์ม 5) แบบฟอร์มยากในการนำมาใช้ 6) แบบฟอร์มมีความหลากหลาย แม้เป็นแบบฟอร์มเรื่องเดียวกัน เช่น แบบฟอร์มในการบันทึกติดตามอาการผู้ป่วย 7) แบบฟอร์มไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ 8) รูปแบบของแบบฟอร์มไม่เหมาะสม 9) มีรายละเอียดการประเมินมากเกินไป ทำให้ต้องใช้เวลามากขึ้น เช่น แบบฟอร์มจำหน่ายมี 5 แผ่น มากเกินไป และ 10) ยังมีการใช้แบบฟอร์มที่สำคัญไม่ครอบคลุมทุกเวิร์ด เช่น แบบบันทึกอาการต่อเนื่อง (Progress note) ดังเช่น

“ไม่มีช่องประเมินอาการแรก รับของผู้รับบริการ” “แบบบันทึกสารน้ำเข้าออกไม่มี” “แบบฟอร์มจำหน่ายไม่มีช่องขยายรายละเอียด ข้อมูลเลยไม่ค่อยชัดเจนเท่าไร” “แบบประเมินละเอียดเกินไป...ต้องเสียเวลาทำมาก” “บางเวิร์ดไม่มีการนำแบบบันทึกอาการต่อเนื่องมาใช้กับผู้ป่วย”

2.1.3 วิธีการเขียนแบบบันทึกของพยาบาล พบว่า พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ได้คุณภาพ คือ 1) ไม่ชัดเจน 2) ไม่ครอบคลุม 3) ไม่ต่อเนื่อง 4) ไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย 5) ไม่บันทึกสิ่งที่ทำอย่างครอบคลุม 6) ไม่เป็นปัจจุบัน (เขียนไว้นาน) เขียนซ้ำ ๆ เดิม ๆ 7) ไม่ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติ 8) ไม่มีรูปแบบการเขียนไปในแนวทางเดียวกัน เขียนไม่เหมือนกัน 9) เขียนเหมือนเดิม ซ้ำ ๆ ทุกเวอร์ ไม่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน ดังเช่น

“บางคนไม่เขียนข้อมูลสนับสนุนของผู้ป่วยเลย แต่บางคนก็เขียน” “ต่างคนต่างเขียนตามความเคยชิน

แบบเดิม ๆ ที่ตนเองเคยเรียนหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน”

2.1.4 ความสามารถในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล พบว่า 1) ขาดความรู้ในการประเมินปัญหา และการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับโรคของผู้ป่วย 2) ขาดความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมและนำข้อมูลมาใช้ในการเขียนบันทึกไม่ชัดเจน 3) พยาบาลเขียนในสิ่งที่ตนเองไม่ได้ทำ 4) พยาบาลไม่ทำการบันทึกตามแนวปฏิบัติที่กำหนด เช่น กรณีที่ใช้ยา High alert drugs ต้องเซ็นชื่อกำกับแบบ Double check แต่พยาบาลเซ็นแค่ครั้งเดียว และการไม่ลงบันทึกปริมาณการเสียเลือดกรณีเข้ารับการผ่าตัด และ 5) การบริหารเวลาไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่น

“ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเฉพาะโรคมากนัก เลยมองปัญหาผู้รับบริการไม่ออก” “ขาดความถนัดในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล” “บางเคสที่ผู้ป่วยซ็อก ต้องให้ยา High alert drugs หลายตัว น้องก็เขียนไม่ค่อยทัน เขียนไม่ชัดเจนเท่าไร”

2.1.5 การประเมินผลและตรวจสอบพบว่า ขาดการประเมินผลและตรวจสอบแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง และทีมประเมินคุณภาพแบบบันทึกยังขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมิน ดังเช่น

“ขาดการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกในแต่ละวัน โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหา” “ทำนาน ๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอ” “บางคนยังไม่ทราบเกณฑ์การประเมินการบันทึกที่ถูกต้อง และยังไม่เข้าใจไม่ตรงกัน”

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับบันทึกทางการพยาบาล

ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ จำนวน 4 คน สรุปประเด็นได้ดังนี้

2.2.1 บันทึกการพยาบาลมีความสำคัญและความจำเป็น คือ เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรักษาให้แม่นยำมากขึ้น และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

2.2.2 ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล คือ วิธีการเขียนบันทึกของพยาบาล พบว่า ยังลงรายละเอียดไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ชัดเจน ดังเช่น

“การบันทึก I/O ยังไม่ถูกต้อง บวกเลขผิดบางครั้ง” “เคสที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือเสี่ยงสูง ยังลงรายละเอียดได้ไม่ครอบคลุม” “การลงบันทึกเวลาการให้ยา บางครั้งไม่ตรงตามเวลาที่ผู้ป่วยได้รับจริง” “กรณีเคสที่เป็นคดีความ ยังลงรายละเอียดไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม เช่น เวลาแพทย์มา แพทย์ชื่ออะไรบ้าง แพทย์ทำอะไร พูดยอะไร”

3. ความต้องการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขปรับปรุงการบันทึกการพยาบาล

3.1 จากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยต้องการให้เขียนไปในแนวทางเดียวกัน และเสนอให้มีแนวทางปรับปรุงแก้ไขการบันทึกทางการพยาบาล สรุปได้ 3 ประเด็น คือ

3.1.1 ให้ผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการเขียนที่ถูกต้อง โดยมีคู่มือการเขียนบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาล และมีคู่มือหรือตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแต่ละโรคเป็นแนวทางเดียวกัน

3.1.2 ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล เช่น ปรับแบบฟอร์มให้บันทึกง่าย ๆ ไม่ซ้ำซ้อน ครอบคลุม มีความทันสมัย และไม่มากเกินไป

3.1.3 ให้มีระบบการประเมินและตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง

3.2 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในแพทย์ที่ใช้ข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาล สรุปได้ 3 ประเด็น คือ

3.2.1 อยากได้บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วยที่มีความถูกต้อง ครบคลุม ชัดเจน ได้ใจความ เป็นปัจจุบัน และมีความต่อเนื่อง เช่น “อยากเห็นแบบบันทึกที่ครอบคลุมมีรายละเอียดมากขึ้น ถูกต้องทั้งข้อมูล กิจกรรมที่ทำ เวลา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” “ให้เห็นภาพที่ชัดเจน สื่อสารกันง่ายขึ้น และบันทึกอย่างต่อเนื่อง”

3.2.2 กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ป่วยคดี ควรบันทึกให้ละเอียดมากขึ้น เช่น “ควรบันทึกรายละเอียดให้มากขึ้นกว่านี้ ในรายที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยคดี”

3.2.3 กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ป่วยคดี ควรบันทึกให้ละเอียดมากขึ้น

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้ม จาก 4 หัวข้อการประเมิน คือ 1) การประเมินสุขภาพ (8 ข้อ) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (2 ข้อ) 3) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (4 ข้อ) และ 4) การประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย (7 ข้อ) รวมเป็น 21 ข้อ พบว่าทุกข้อส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับ 1 (ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มี 4 ข้อที่มีคะแนนในระดับ 1 ร้อยละ 100 เป็นข้อเกี่ยวกับ 1) การบันทึกท้ายกระดาษ ฯ 2) การบันทึกปัญหาของผู้รับบริการใน

รูปแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาลฯ 3) การระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ และ 4) การบันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล จากปัญหานี้มีข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่มกับพยาบาล 27 คน ที่เป็นผู้ที่เขียนบันทึกทางการพยาบาล สรุปปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลได้ 4 ประเด็น คือ 1) ปัญหาของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล เช่น ความซ้ำซ้อน ขาดความสมบูรณ์ ขาดการอธิบายรายละเอียด ยากในการนำมาใช้ มีความหลากหลาย และมีรายละเอียดการประเมินมากเกินไป 2) วิธีการเขียนแบบบันทึก พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ได้คุณภาพ เช่น เขียนไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย ไม่บันทึกสิ่งที่ทำอย่างครอบคลุม ไม่เป็นปัจจุบัน เขียนซ้ำ ๆ เดิม ๆ ไม่มีรูปแบบการเขียนไปในแนวทางเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินคุณภาพของแบบบันทึกทางการพยาบาล 3) ความสามารถในการเขียนบันทึก พบว่าพยาบาลขาดความรู้ในการประเมินปัญหาและการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคของผู้ป่วย ขาดความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนในสิ่งที่ตนเองไม่ได้ทำ ไม่ทำการบันทึกตามแนวปฏิบัติที่กำหนด และการบริหารเวลาไม่มีประสิทธิภาพ และ 4) การประเมินผลและการตรวจสอบ พบว่า การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง และทีมประเมินคุณภาพแบบบันทึกยังขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมิน จากข้อมูลที่ได้มาจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของการบันทึก เมื่อพิจารณาประวัติการเข้าอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า มีร้อยละ 60 ที่ผ่านการอบรม และมีผู้ที่ยังไม่เข้ารับการอบรมร้อยละ 40 อาจมีผลต่อคุณภาพการบันทึกและสอดคล้องกับผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือพยาบาลยังขาดความรู้ในการบันทึก

ทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากแพทย์ผู้ให้ข้อมูลจากการบันทึกยังให้ข้อมูลสนับสนุนว่า พยาบาลยังลงรายละเอียดไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ชัดเจนในแบบบันทึกทางการพยาบาล เช่น การบันทึกสารน้ำเข้าออก ในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงยังลงรายละเอียดไม่ครอบคลุม บันทึกการให้ยาไม่ตรงกับเวลาที่ให้ ไม่มีการบันทึกเวลาที่แพทย์มาและชื่อของแพทย์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางคดี เป็นต้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของพาณี วิรัชกุล และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าแบบฟอร์มบันทึกไม่ชัดเจน บันทึกไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ไม่ตอบสนองต่อการจำหน่าย และการติดตามผลการพยาบาล และงานวิจัยของสาวิตรี ไหมโบราณ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้สะท้อนปัญหาของผู้ป่วยและไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง บันทึกไม่ครบถ้วน การบันทึกการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมปัญหาทางการพยาบาล บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำ ไม่มีการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ไม่มีแนวทางในการเขียน ไม่มีรูปแบบชัดเจน และใช้เวลามากเช่นกัน

ในประเด็นเรื่องการประเมินผลและตรวจสอบในงานวิจัยนี้พบว่า ขาดการประเมินผลและตรวจสอบแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง และทีมประเมินคุณภาพแบบบันทึกทางการพยาบาลยังขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมิน มีงานวิจัยของโสภา คำชัยเล็ก เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และทวิยาพรรณ สุภามณี⁽¹²⁾ ที่สนับสนุนปัญหาและอุปสรรคด้านนี้ว่า ผู้ตรวจการบันทึกทางการพยาบาลไม่สามารถจัดสรรเวลามาทำการตรวจสอบการ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาลในด้านสถานที่ทำการตรวจบันทึกทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบปัญหาว่าแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกรอบ

ของสำนักการพยาบาลมีจำนวนข้อมาก ทำให้ผู้ตรวจบันทึกมีความอ่อนล้าและไม่อยากทำการตรวจ และยังพบว่าขาดการประเมินอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับผลการวิจัยครั้งนี้

2. ความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลพบว่าพยาบาลต้องการการพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยมีผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการเขียนที่ถูกต้อง มีคู่มือการเขียนบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาล และมีคู่มือหรือตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแต่ละโรค ความต้องการนี้สอดคล้องกับปัญหาการบันทึกการพยาบาลเป็นอย่างมากเนื่องจากเพราะจากการสนทนากลุ่มพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้ในการประเมินปัญหาและการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคของผู้ป่วย ขาดความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้พยาบาลต้องการผู้เชี่ยวชาญมาสอนในเรื่องการบันทึก และต้องการคู่มือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล ส่วนปัญหาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ที่มีจำนวนมาก ซ้ำซ้อน ไม่สมบูรณ์ ไม่ครอบคลุม ยากต่อการใช้ ฯลฯ พยาบาลต้องการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ให้บันทึกง่าย ๆ ไม่ซ้ำซ้อน ครอบคลุม มีความทันสมัย และไม่มากเกินไป เป็นต้น ส่วนปัญหาระบบการประเมินและตรวจสอบ ที่ขาดการประเมินผลและตรวจสอบแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงต้องการให้มีการแก้ไขปัญหานี้ด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุทธาเวช ได้ชัดเจนมากขึ้น อันจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพต่อไป เช่น การปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก การจัดทำคู่มือการบันทึกการพยาบาล⁽⁹⁾ การจัดทำคู่มือการตรวจบันทึกทางการพยาบาล และการฝึกอบรมผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล⁽¹²⁾ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลสุทธาเวชควรมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1. ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ตามความต้องการของพยาบาล ให้บันทึกง่าย ๆ ไม่ซ้ำซ้อน สะดวก ประหยัดเวลา สามารถบันทึกสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. จัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล การพยาบาลเฉพาะโรคต่าง ๆ ตามสาขา
3. จัดอบรมพยาบาลทุกคนเพื่อพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ในกลุ่มโรค 5 โรคที่พบบ่อย ให้สามารถบันทึกในทิศทางเดียวกัน
4. จัดระบบการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล มีทีมที่สามารถให้คำปรึกษา มีการติดตามประเมินผล และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ปราณี อัครรัตน์. บันทึกทางการพยาบาล: หลักการบันทึกเพื่อการใช้ประโยชน์ทางกฎหมาย. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ. 2555;5(2): 24-32.
2. กาญจนา ธาระ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (Nursing documentation: The nurses' most important evidence). พยาบาลสาร. 2558;42(1): 164-170.
3. Moorhead, S., Swanson, E. Johnson, M., & Mass, M. (Eds.). Nursing Outcome Classification (NOC): Measurement of health outcomes. (6th ed.). St Louis: Elsevier; 2018.

4. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
5. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. (Medical Record Audit Guideline). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
6. Cheevakasemsook, A, Moolsart, S., & Noimuenwai, P. Apply research finding subject: Development of a Nursing record model on the use of nursing process Lam Luk Ka hospital to provide academic services to society. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2013. (in Thai).
7. ดวงแก้ว พรณพราว และนงเยาว์ มีเทียน. การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(2): 85-93.
8. Komlamlird, U. The development of a nursing record model in a neonatal intensive care unit of Samutsakhon hospital [Master Thesis of Nursing Science]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2012. (in Thai).
9. พาณี วิรัชกุล บุญทิพย์ สิริธรงค์ อารี ชิวเกษม สุข และยุวดี เกตสัมพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2021;32(2): 186-201.
10. พรศิริ พันธศรี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษรจำกัด; 2554.
11. สาวิตรี ไหมโบราณ อาภัสรา พันขาม และนุชนาฏ แสนสุข. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Develop of nursing documentation on focus charting nursing record). วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(1): 173-179.
12. โสภา คำชัยเล็ก เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และทวิยา พรณ สุภามณี. การพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์ในโรงพยาบาลตติยภูมิ. พยาบาลสาร. 2559;43(4): 105-113.