

การวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COPD โดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร

มณฑา ธรรมณี* ป.พ.ส.

An analysis of nursing documentation of COPD's patient records in the Inpatient Department, Tha Sae hospital, Chumphon Province.

Abstract

This study reviewed a COPD's patient records with purpose of the study were 1) to analyze a nursing documentation of COPD's patient records on 4 contents, including patient assessment, nursing plans, nursing implementation and nursing evaluation 2) to analyze a quality of nursing documentation, including correctness, completeness, clearness and conciseness. The sample of the study consisted of 224 COPD's patient records files in Inpatient Department, Tha Sae hospital, Chumphon Province, during 1 October 2014 to 30 September 2015. They were divided in 2 groups, 194 files for sampling and 30 files for testing. Research tools of the study consisted of 1) General questionnaire, 2) APIE (Assessment, Planning, Implementation, Evaluation) questionnaire and 3) 4C (Correct, Complete, Clear and Concise) questionnaire. The surveying by using these 3 research tools were analyzed by statistics value that comprising, frequency, mean and standard deviation value.

The results of this study showed that a completeness of the patient records data on general questionnaire was indicated by 97.42 %. By 82.50% of the patients was male, that 95.88% of them have a dyspnea and 75.77% of them was smoking. Whereas a completeness of the patient records data on APIE questionnaire was indicated by 66.49% that consisted of 1) An assessment of the patient's disease, the Gordon's form was usually used that indicated by 99.15% 2) A nursing planning, there was 5 notes for nursing planning, such as activity intolerance, infection, lack of knowledge of disease, risk for infection and anxiety. 3) A nursing practice, there was 10 activities, such as check vital signs, medication management, assessing symptom control, observing sign, hygiene care, administering antibiotic, fluid therapy, rest, positioning patient

Monta Tammanee
Dip in Nursing Science
Tha Sae Hospital

วารสารวิชาการแพทย์ ; 31

เขต 11 2560
Reg Med J 2017 : 131 - 141

and other caretaking 4) An assessment of nursing result, there was maximum value of a conclusion and recommendation for patients and their family that was indicated by 93.30% while, there was a minimum value of referral system and home care that were indicated by 27.32% and 4.12%, respectively. Finally, the results of examination of nursing document in the patient records by using 4C questionnaire was medium quality (3.42) that comprising high correct value (3.76) and medium complete, clear and concise value (3.22, 3.37 and 3.32 respectively)

The results could be concluded that personnel development program should be established to increase the knowledge and capability levels of the professional nurses regarding the nursing documentation, create incentive and motivation for the nurses to be more aware of the importance of nursing documentation and manual for documentation. There should also be a system for the evaluation of nursing documentation should also be in place in order to establish a quality control system for nursing documentation which they could be increased the effectiveness of hospital's management for the future.

Keywords : Nursing documentation, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Implementation of Inpatient Department

บทคัดย่อ

การศึกษากาวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COPD แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าแหะ จังหวัดชุมพรเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของเวชระเบียนผู้ป่วยโรค COPD โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COPD 4 ด้านประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล 2) เพื่อวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจนและได้ใจความ โดยกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้เป็นข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแหะตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 จำนวนทั้งสิ้น 224 ฉบับโดยกำหนดเป็นข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ฉบับและข้อมูลสำหรับการทดสอบเครื่องมือจำนวน 30 ฉบับ ใช้เครื่องมือที่ ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปแบบวิเคราะห์บันทึกแบบ APIE และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลด้วย 4 C วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าเวชระเบียนโดยรวมมีความสมบูรณ์ร้อยละ 97.42 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 82.50 มีอาการนำสำคัญด้วยหายใจเหนื่อยหอบร้อยละ 95.88 มีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 75.77 เป็นต้น การบันทึกทางการพยาบาลตามแบบ APIE โดยรวมมีความสมบูรณ์ร้อยละ 66.49 รายด้านพบว่า การประเมินอาการแรกรับของผู้ป่วยโรค COPD เขียนบันทึกตามแบบแผนของกอร์ดอนมากที่สุดร้อยละ 99.45 ด้านการวางแผนการพยาบาลมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเรียงลำดับที่พบ 5 ลำดับแรก เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลตามหลักการพยาบาล ได้แก่ ความทนของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเป็นหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว

เกี่ยวกับโรค เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีความวิตกกังวล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 10 ลำดับที่สำคัญ ด้วยการตรวจสอบสัญญาณชีพ การบริหารยา ประเมินอาการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลความสะอาดร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะ การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลการพักผ่อน การจัดทำผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมอื่นๆและด้านการประเมินผลการพยาบาลมีสรุปอาการและแนะนำผู้ป่วยและญาติในด้านต่าง ๆ ร้อยละ 93.30 ส่วนการส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมมีน้อยร้อยละ 27.32, 4.12 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.42) และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายด้านพบว่า ด้านความถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.76) ส่วนด้านความครบถ้วนด้านความชัดเจนและด้านได้ใจความอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.22, 3.37, 3.32 ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร เสริมสร้างความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด ซึ่งเป็นสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเห็นความสำคัญในการเขียนบันทึกควรมีคู่มือการบันทึกนอกจากนี้ควรมีการจัดระบบการตรวจสอบประเมินผลการบันทึกเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพการบันทึกและการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การบริหารการโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

คำรหัส : การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล, ผู้ป่วยโรค COPD, การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน

O Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าแซะ

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นระบบบริการที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาจึงต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประชาชนอันเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกหลากหลายประการในขณะเดียวกันก็ต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคมและประชาชนภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพซึ่งผดุงไว้ซึ่งคุณภาพและมาตรฐานบริการของแต่ละวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพโดยรวมวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการหลักของระบบสุขภาพต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานการพยาบาลโดยมีสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดและพัฒนามาตรฐานการพยาบาลพัฒนาคุณภาพทางเทคนิควิชาการพยาบาลให้ทันสมัย และสอดคล้องกับนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้องตลอดจนติดตาม กำกับ สนับสนุนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และส่งเสริมให้มีการนำปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบมาใช้ให้เหมาะสมด้วยกระบวนการพยาบาลที่มีการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การ

วางแผนพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลหรือการใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งขั้นตอนกระบวนการพยาบาลนี้เป็นเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลและเป็นปฏิบัติการตามมาตรฐานการพยาบาลทั้งสิ้น¹⁰

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลในมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งกิจกรรมบริการพยาบาลทุกอย่างต้องมีการบันทึกไว้เพื่อเป็นหลักฐานที่สามารถพิสูจน์ได้และเป็นหลักฐานสะท้อนบทบาทวิชาชีพที่ใช้ทางกฎหมายโดยขั้นตอนในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลจากการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันนับเป็นแหล่งข้อมูลที่ใหญ่ที่สุด เป็นเครื่องมือ ตัวชี้วัดเอกสารและเป็นหลักฐานสำคัญ หากพยาบาลมีระบบการจัดการข้อมูลที่ดีที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์คาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและกิจกรรมพยาบาล⁹ รวมทั้งเป็นส่วนสำคัญและมีคุณค่าของการบริหารจัดการและพัฒนา โรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลท่าแซะ ได้มีการพัฒนาคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และได้กำหนดการบันทึกทางการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่ต้องตรวจสอบทุกหกเดือน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในแบบ APIE เป็นการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย⁴ ด้าน ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Assessment) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ซึ่งการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลภาพรวมของหอผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าคะแนนคุณภาพการบันทึกการพยาบาลได้ร้อยละ 64.93, 75.12, 79.18 ตามลำดับถือว่าอยู่ในระดับพอใช้ ยังต้องพัฒนาต่อไปให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลที่มีการตรวจสอบเวชระเบียนในงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข และจากผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมายังขาดการนำระบบสารสนเทศทางการพยาบาลมาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล จึงไม่สามารถนำข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมดมาวิเคราะห์พัฒนางานด้านบริการ ด้านการบริหาร การศึกษาวิจัยและสื่อสารทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในตามแบบ APIE มาปรับใช้โดยการนำเวชระเบียนผู้ป่วยโรค COPD เป็นต้นแบบในการวิเคราะห์ข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาลเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มา Re-Admission ภายใน 28 วันสูง จะเห็นได้จากสถิติของโรงพยาบาลท่าแซะที่ผ่านมาสามปี ตั้งแต่ปี 2556-2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรค COPD เข้ารับบริการงานผู้ป่วยนอกจำนวน 486 คน/3310 ครั้ง, 495 คน/3286 ครั้ง, 492 คน/3390 ครั้งตามลำดับ และเข้ารับเป็นผู้ป่วยในจำนวน 333,370,344 ราย ซึ่งในจำนวนนี้จะเป็นผู้ที่เข้ารับเป็นผู้ป่วยในที่ Re-Admission ภายใน 28 วัน จำนวน 33,17,23 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 13.81, 6.34, 5.9 ตามลำดับ และยังมีผู้ป่วยที่กลับมาเข้ารับการรักษาเกินหนึ่งครั้งในรอบปีอีก 100 รายในปี 2558 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติสูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแต่ไม่ได้เข้าบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่จำนวนร้อยละ 97, 81.13, 88.7 ตามลำดับซึ่งตามตัวชี้วัด

ต้องมากกว่าร้อยละ 80 และยังมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 80,59 และ 76 คนตามลำดับ⁵ ประกอบกับพื้นที่อำเภอท่าแซะมีอากาศร้อนชื้น มีโรงงานอุตสาหกรรมน้ำมันปาล์มจำนวน 31 แห่งและโรงไฟฟ้าชีวมวล 1 แห่ง ประชาชนมีอาชีพเกษตรกรรมและมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เป็นโรคนี้ ทำให้ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค COPD จากการบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วยโดยเฉพาะการบันทึกทางการพยาบาลส่วนหนึ่งเพื่อนำเป็นแนวทางในการป้องกันการ Re-Admission ภายใน 28 วัน เพื่อลดความรุนแรงของโรครวมทั้งป้องกันการมีโรคแทรกซ้อนลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นต้นแบบของการที่จะได้บันทึกการพยาบาลกลุ่มโรคอื่นๆ ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นต่อไป รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นไม่เพิ่มภาระกับผู้ให้บริการมีความสุขมีความพึงพอใจในงานและมีความคงอยู่กับโรงพยาบาลได้มากขึ้น ผู้ป่วยและญาติจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เป็นภาระของสังคม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COPD ตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในของสำนักงานพยาบาล มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์จากเวชระเบียนใน 4 ด้านดังนี้

การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Assessment)
การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ
การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

2. เพื่อวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมในด้านความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และด้านได้ใจความ (Concise)

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analysis research) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยโรค COPD แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 ด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยในที่บันทึก

ด้วยคอมพิวเตอร์และได้กำหนดวันนอนรักษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อมูลไม่มีความแตกต่างในช่วงเวลาการรักษา โดยนับวันนอนรักษาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 7 วัน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 224 ฉบับ โดยกำหนดเป็นข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ฉบับ และข้อมูลสำหรับการทดสอบเครื่องมือจำนวน 30 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจข้อมูลเก็บจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาการเป็นโรค การวินิจฉัยโรคแรกพบ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการนำสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการสำคัญที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวนวันนอนชนิดของการจำหน่าย ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ลักษณะคำถามปิดหรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล แบบAPIE ครอบคลุมประเด็นการประเมินผู้ป่วยแรกพบ (assessment) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

ส่วนที่ 3 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต้องเป็นไปตามหลักการ 4 C ประกอบด้วย

ความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกการพยาบาล มีความถูกต้องตรงความจริงของผู้ป่วย และเชื่อถือได้ตามปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรค และสภาพที่เป็นจริง

ความครบถ้วน (complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ข้อมูลครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่อง

ความชัดเจน (clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความ ต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับ หรือพร้อมตำแหน่ง

ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกที่มีความกะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ชัดเจน ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้รับบริการ อ่านแล้วเข้าใจง่ายและเห็นความต่อเนื่องของบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการบริการพยาบาล

โดยได้สร้างเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลตามหัวข้อ 4 C และมีหัวข้อย่อยในแต่ละหัวข้อเก็บข้อมูลโดยการอ่านบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในครั้งแรก และอ่านครั้งที่สองเพื่อรวบรวมข้อมูลในแต่ละเวอร์ตามหัวข้อและนำมาหาค่าร้อยละจากนั้นเทียบคะแนนก่อนจะนำไปหาค่าคะแนนเฉลี่ย ประมวลผลค่าเป็นระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อมูลคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลรวบรวมโดยใช้ค่าร้อยละแปลเป็นค่าคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดรายละเอียดดังนี้

ร้อยละ 80-100 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้คะแนน 5 มากที่สุด

ร้อยละ 60-79 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้คะแนน 4 มาก

ร้อยละ 40-59 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้คะแนน 3 ปานกลาง

ร้อยละ 20-39 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้คะแนน 2 น้อย

ร้อยละ 0-19 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้คะแนน 1 น้อยที่สุด

แล้วนำไปแปลค่าคะแนนเฉลี่ยประมาณค่า 5 ระดับ (บุญใจศรีสถิตยัณราษฎร, 2553)⁶ โดยกำหนดช่วงคะแนนของการวัดได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก

ทั้งนี้แบบเก็บข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านจึงได้แบบวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลและความเที่ยงของแบบวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient = r) ได้ค่า $r = .91$ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI = .8 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ด้วยการอ่านบันทึกทางการพยาบาลย้อนหลังที่ระดับที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกอ่านตลอดทั้งฉบับเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่บันทึกและอ่านครั้งที่ 2 เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาองค์ประกอบการบันทึกทางการพยาบาลได้แก่การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล แล้วแปลเป็นรหัสในแต่ละองค์ประกอบโดยไม่บันทึกข้อมูลที่ซ้ำกันจากบันทึกการพยาบาล 1 ฉบับและในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนจะไม่แปลเป็นรหัสแต่จะคัดลอกการบันทึกทางการพยาบาลแยกไว้แทนโดยระบุรายละเอียดจากการวิเคราะห์ไว้ในช่องหมายเหตุหากข้อมูลใดไม่มีการเขียนบันทึกไว้จะจัดว่าเป็นความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลนั้น ส่วนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเก็บข้อมูลตามหลัก 4 C วิเคราะห์ตามรายข้อถ้ามีข้อมูลที่ผิดปกติจะต้องจะบันทึกลงในช่องหมายเหตุไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอด้วยสถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 82.5 มีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 26.80 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 76.80 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91.75 มีอาการนำสำคัญที่มาโรงพยาบาลด้วยหายใจเหนื่อยหอบ ร้อยละ 95.88 มีระยะเวลาการเป็นโรคมานานกว่า 3 ปี ร้อยละ 36.08 การวินิจฉัยโรคแรกเป็น COPD & AE ร้อยละ 86.08 นอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน

ร้อยละ 57.21 จำหน่ายด้วยอาการดีขึ้นร้อยละ 96.91 การเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคทางเดินหายใจร้อยละ 62.89 และปัจจุบันพบเป็นโรคทางเดินหายใจร้อยละ 79.38 มีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 75.77 เริ่มสูบบุหรี่อายุ 16-20 ปี ร้อยละ 9.79 และสูบบุหรี่วันละ 6-10 มวน ร้อยละ 21.13 อาการผิดปกติส่วนใหญ่พบมีไอแห้งๆ หรือมีเสมหะเหนียวหรือปนหนองหรือเลือดร้อยละ 83.51 หายใจเข้ายาวเสียงหายใจเข้าเบาลงร้อยละ 80.93 มีอาการนอนหลับร้อยละ 1.55 ความดันโลหิตเล็ดต่ำสูงขึ้นร้อยละ 15.59 หัวใจซีกขวาล่างจะทำงานหนักและโตขึ้นร้อยละ 1.55 คาร์บอนไดออกไซด์ในซีรัมสูงร้อยละ 22.68 คลอไรด์ในซีรัมต่ำร้อยละ 18.56 และเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.40 การรักษาในระยะที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันตามอาการที่พบเช่น ยาลดการหดเกร็งของหลอดลมและ ยา Steroid :corticosteroid /methylprednisolone, Theophylline ร้อยละ 96.39 และ 65.46 ตามลำดับ ให้ยาพ่นละอองฝอยร้อยละ 97.94 ให้ยาขับเสมหะร้อยละ 81.96 และเคาะปอดร้อยละ 10.31 เป็นต้น สุดท้ายรักษาสาเหตุชักนำด้วยยาปฏิชีวนะก่อนที่จะทราบผลการเพาะเชื้อร้อยละ 72.68

2. ข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล

ผลการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COPD งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพรโดยรวมมีความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 66.49 วิเคราะห์การบันทึกทางการพยาบาลตามแบบ APIE รายด้านพบว่า

2.1 การประเมินอาการแรกรับของผู้ป่วย COPD พบว่ามีการนำข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินอาการแรกรับร่วมกับการใช้แบบการประเมินประวัติและสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับในหอผู้ป่วยใน ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยของกอร์ดอนครอบคลุมทั้ง 11 ด้าน ประกอบด้วย กิจกรรม/การพักผ่อน การไหลเวียนเลือด ความสมบูรณ์ของอารมณ์ การขับถ่าย อาหารและน้ำ สุขอนามัยส่วนบุคคล การรับรู้และประสาทสัมผัส ความเจ็บป่วยและไม่สุขสบาย การหายใจ ความปลอดภัย อนามัยเจริญพันธุ์ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการเรียนรู้ มีการเขียนบันทึกมากที่สุดร้อยละ 99.45 และการประเมินตามแบบสุขภาพของสหวิชาชีพร้อยละ 98.45 และการเฝ้าระวังผลจากการรักษาของแพทย์

2.2 การวางแผนการพยาบาลพบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเรียงลำดับที่พบ 5 ลำดับแรกเพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาลตามหลักการพยาบาลผู้ป่วย COPD ตามหลักการพยาบาลประกอบด้วย ความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเป็นหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค เสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีความวิตกกังวล

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย 10 ลำดับที่สำคัญประกอบด้วยตรวจสอบสัญญาณชีพ การบริหารยา ประเมินอาการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลความสะอาดร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะ การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลการพักผ่อน การจัดทำผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมอื่นๆ เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็น การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารพอเพียง การเคาะปอดเพื่อเอาเสมหะออกจะต้องพิจารณาผู้ป่วยแต่ละราย การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยและก่อนกลับบ้าน

2.4 การประเมินผลการพยาบาลพบว่ามีการสรุปผลและเสนอแนะให้กับผู้ป่วยและญาติด้วยการสรุปอาการผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านร้อยละ 93.30 และให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ ซึ่งจำนวนมากที่สุดเป็นในเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัดร้อยละ 100 การสังเกตอาการตนเองและการจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองร้อยละ 99.48 และการพ่นยาร้อยละ 9.27 ส่วนในเรื่องข้อมูลการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อพบว่าได้รับการดูแลตั้งแต่ขั้นตอนแรกกับผู้ป่วยใน

ภาพรวมที่ผู้ป่วยมาเองและญาตินำส่งร้อยละ 99.48 มีขั้นตอนการส่งต่อ-กลับร้อยละ 27.32 และการติดตามเยี่ยมร้อยละ 4.12

3. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรค COPD งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.42, SD=0.56$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านความถูกต้องจำแนกรายข้อการสะกดถูกต้องอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ย 3.96 และระยะเวลาการบันทึกถูกต้องสัมพันธ์กับการปฏิบัติจริงตรงตามสภาพผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ย 3.60 ด้านความครบถ้วนจำแนกรายข้อพบการระบุกิจกรรมพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติคือการส่งเสริมการป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 3.41 และการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 3.04 ด้านความชัดเจนจำแนกรายข้อการระบุกิจกรรมการลงนามบันทึกชื่อและตำแหน่งผู้บันทึกชัดเจนอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ย 3.90 ส่วนการเขียนข้อความผิดให้ขีดฆ่าลงนามกำกับอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.80 ด้านได้ใจความจำแนกรายข้อพบบันทึกต่อเนื่องครบขั้นตอนกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 3.47 และการอ่านแล้วมองเห็นความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเฉพาะรายและด้านการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 3.18 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนจำแนกตามรายข้อของคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรค COPD แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร (n=194)

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ค่าคะแนน		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความถูกต้อง			
1.1 การบันทึกถูกต้องตรงกับสภาพผู้ป่วย	3.73	0.59	สูง
1.2 ระยะเวลาการบันทึกถูกต้องสัมพันธ์กับการปฏิบัติจริงตรงตามสภาพผู้ป่วย	3.60	0.59	สูง
1.3 การสะกดถูกต้อง	3.96	0.36	สูง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนจำแนกตามรายชื่อของคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรค COPD แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร (n=194) (ต่อ)

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์	ค่าคะแนน		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
2. ความครบถ้วน			
2.1 ระบุกิจกรรมพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู	3.41	0.61	ปานกลาง
2.2 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม	3.04	0.44	ปานกลาง
3. ความชัดเจน			
3.1 ลายมืออ่านได้ชัดเจน/ ใช้คำย่อตามหลักสากล	3.42	0.69	ปานกลาง
3.2 การลงนามบันทึกชื่อและตำแหน่งผู้บันทึกชัดเจน	3.90	0.41	สูง
3.3 เขียนข้อความผิดให้ชี้ชัดมาลงนามกำกับ	2.80	1.11	ปานกลาง
4. ได้ใจความ			
4.1 บันทึกต่อเนื่องครบขั้นตอนกระบวนการพยาบาล	3.47	0.53	ปานกลาง
4.2 อ่านแล้วมองเห็นความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเฉพาะรายและด้านการพยาบาล	3.18	0.46	ปานกลาง
รวม	3.42	0.57	ปานกลาง

วิจารณ์

ผู้ศึกษาวิจารณ์ผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

1. การบันทึกทางการแพทย์เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพยาบาลที่ทราบว่าได้มีหลักฐานการปฏิบัติ การพยาบาลจริงกับผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นในการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรค COPD ครั้งนี้พบว่าในภาพรวมของการบันทึกมีความสมบูรณ์ร้อยละ 66.49 และ ไม่สมบูรณ์ร้อยละ 33.51 เมื่อวิเคราะห์รายองค์ประกอบของการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์พบด้านปฏิบัติการพยาบาลมีร้อยละ 24.74 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับน้อยและที่มีน้อยที่สุดเป็นข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผู้ป่วยแรกรับ (ร้อยละ 4.64, 3.61 และ 0.52 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากงานผู้ป่วยในเล็งเห็นความสำคัญว่าการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากการสอบถามหรือจากการประเมินอาการผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยหายจาก

การเจ็บป่วยและมีความปลอดภัยจากภาวะโรคหรือภาวะแทรกซ้อนสอดคล้อง เกษราภรณ์ บรรณวงศศิลป์ ที่พบว่า การเขียนรายงานเกี่ยวกับอาการและการแสดงของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกด้านเพื่อเป็นหลักฐานในการให้การพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลและต้องปฏิบัติทุกวันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบันทึกโดยใช้รูปแบบกระบวนการพยาบาลแบบ APIE เป็นการช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมจากการที่มีการประเมินผู้ป่วยแรกรับได้ร้อยละ 99.45 มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ เช่น ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ต้องมีการประเมินอาการ ตรวจสอบสัญญาณชีพ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารพอเพียง ให้ยาปฏิชีวนะ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น และมีการประเมินซ้ำก่อนจำหน่ายร้อยละ 93.30 รวมทั้ง

จากการที่กลุ่มการพยาบาลได้จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและได้ฝึกอบรบพยาบาลวิชาชีพก่อนปฏิบัติงานจริงและประเมินระดับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยทุกๆ 6 เดือนแล้วนำข้อมูลทั้งหมดของเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้มมาร่วมประชุมในที่มตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุในส่วนที่บันทึกไม่ครบถ้วน เช่น การนับจำนวนวันนอนไม่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นพยาบาลจบใหม่ และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขให้เพิ่มระดับคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีความสมบูรณ์ถูกต้องมากขึ้น แต่ยังไม่ถึงกับมากที่สุดจะเห็นได้จากความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่ที่ร้อยละ 66.49 ซึ่งต้องพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะแบบแผนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังไม่สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลที่ครบถ้วนดังนี้

ประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบปัญหาที่สำคัญก็ขาดข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาลไม่สมบูรณ์ (ร้อยละ 24.74) ไม่บรรลุเป้าหมายทางการแพทย์พยาบาลและบทบาทอิสระ การประเมินกิจกรรมการพยาบาล ไม่ได้เปรียบเทียบกับเป้าหมายทางการแพทย์พยาบาล เขียนบันทึกไม่เจาะจงประเด็นสำคัญความเสี่ยงสำคัญไม่ได้บันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับบันทึกไม่ถูกต้องรวมทั้งบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีน้อย (ขั้นตอนการส่งต่อ-กลับร้อยละ 27.32 และการติดตามเยี่ยมร้อยละ 4.12) สิ่งที่ได้ทำได้คือการบันทึกตามแบบฟอร์มด้วยลายมืออ่านง่าย สะอาดเป็นระเบียบ ลงชื่อผู้บันทึกชัดเจนบันทึกการประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับได้ค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่ การรายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติและบันทึกร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ในส่วนที่ต้องพัฒนาการบันทึกด้านที่น้อยที่สุดต้องได้รับการพัฒนาอย่างมากและต่อเนื่องได้แก่ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นต้องนำความรู้ทางศาสตร์และศิลป์ต่างๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย ต้องประมวลผลการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ การซักประวัติอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแต่ละโรค ประวัติครอบครัว รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคของแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญและการรักษาของแพทย์ เป็นข้อมูล

สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินซ้ำเป็นระยะๆ ที่ต้องสอดคล้องกันนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็น ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เสนอเป็น 5 ลำดับแรก ได้แก่ ความทนของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเป็นหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเสี่ยงต่อการติดเชื้อและความวิตกกังวล แล้ววางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกันนำไปปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม 10 ลำดับแรก ได้แก่ตรวจสอบสัญญาณชีพ การบริหารยา ประเมินอาการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลความสะอาดร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะการดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลการพักผ่อน การจัดท่าผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมอื่นๆ เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็น การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารพอเพียง การเคาะปอดเพื่อเอาเสมหะออกซึ่งจะต้องพิจารณาผู้ป่วยแต่ละรายการใช้เครื่องช่วยหายใจการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยและก่อนกลับบ้าน เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ภาระงานที่พยาบาลต้องรับผิดชอบมีมากทั้งในส่วนหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลและงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้เกิดความผิดพลาดได้บ้างจึงเป็นแนวทางการพัฒนาต่อไป ส่วนการบันทึกเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองมีน้อยเนื่องจากพยาบาลต้องบันทึกในแบบฟอร์มส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องแยกจากแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nurse's note) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายพยาบาลไม่มีเวลาบันทึกในรายละเอียดโดยเฉพาะส่วนของการสรุปอาการและปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านซึ่งมีจำนวนมากพยาบาลไม่มีเวลาลงความเห็นว่าจึงเป็นโอกาสที่จะต้องปรับแบบฟอร์มบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องโดยลดการบันทึกในวันจำหน่ายให้ใช้สติ๊กเกอร์วันจำหน่ายติดแทนการลอกรายการยาและปรับการบันทึกเฉพาะปัญหาที่ต้องการให้ดูแลต่อเนื่องและในประเด็นของการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ในบันทึกยังไม่สะท้อนความต่อเนื่องอธิบายได้ว่าระบบการนิเทศหน้างานยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอโดยเฉพาะการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย (charting audit) การสนับสนุนและส่งเสริมทักษะของพยาบาลในผสมผสาน ความรู้ การปฏิบัติการ

บันทึก การทบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยทีมมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มเวชระเบียนมากขึ้น สอดคล้องกับการบันทึกข้อมูลสถานที่ส่งต่อมีน้อยมาก และไม่พบว่ามีกรบันทึกการส่งผู้ป่วยไปยังบ้าน อาจจากความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อไม่ชัดเจนว่ามีความสำคัญต่อระบบการเงินและประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เนื่องจากการเบิกจ่ายกำหนดให้สถานพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งสถานที่ส่งต่อเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการจำหน่าย โดยเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลไปสู่สถานพยาบาลอื่น ชุมชนและครอบครัว⁵ ทั้งยังสอดคล้องกับข้อเสนอว่าการพัฒนาบุคลากรเสริมสร้างความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเห็นความสำคัญในการเขียนบันทึกและควรมีคู่มือการบันทึกนอกจากนี้ควรมีการจัดระบบการตรวจสอบประเมินผลการบันทึกเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพการบันทึกและการพยาบาล⁷

2. คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล พบว่า คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ 3.20, SD 0.57) อาจเนื่องจากมีปัจจัยที่ทำให้มีผลต่อการบันทึกทางการพยาบาลหลายประการ เช่นภาระงานที่ยุงยาก จำนวนผู้ป่วยมาก ปฏิบัติกิจกรรมงานอื่นที่ไม่ใช่ งานของพยาบาลมีมาก ความรู้และประสบการณ์ในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลแต่ละคนไม่เท่ากัน ทำให้คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แม้หน่วยงานจะให้การสนับสนุนด้านความรู้โดยจัดการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงานเสมอเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องและปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ สอดคล้องกับจันทร์เมือง ทะนงยิ่งและรัตนารณ อูปแก้ว ที่พบว่าคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.51 พบการบันทึกไม่ครบถ้วนและไม่ได้บันทึก เช่นการประเมินสุขภาพแกร็บข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และยา high alert drug ไม่ได้บันทึกร้อยละ 88.8 สอดคล้องกับ

อรอนงค์ วงศ์มหาชัย ที่พบว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร อยู่ในระดับปานกลางในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน¹¹ ไม่สอดคล้องกับจันทร์ทิวา เจียรณัย ที่พบว่ากรบันทึกทางการพยาบาลทำให้คุณภาพโดยรวมของบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก (mean = 60.25, S.D. = 3.87, range = 50-63) เมื่อนำโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาลมาใช้³ ซึ่งองค์กรพยาบาลจะต้องนำมาปรับใช้ในการพัฒนาระบบบันทึกทางการของหน่วยงานให้ทันสมัยและเหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรเสริมสร้างความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเห็นความสำคัญในการเขียนบันทึกควรมีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญของหน่วยงาน นอกจากนี้ควรมีการจัดระบบการตรวจสอบประเมินผลการบันทึกเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพการบันทึกและการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้การบริหารการโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพของทีมนักพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลทั้งโรงพยาบาลและมีการดำเนินการตรวจสอบประเมินคุณภาพบันทึกการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและแนวทางในการปฏิบัติงานบริหารความเสี่ยงด้านการบันทึกทางการพยาบาลให้ชัดเจนแก่พยาบาลเพื่อให้แนวทางในการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันรวมทั้งเป็นหัวข้อเรื่องสำคัญในการประชุมทีมเจ้าหน้าที่ใหม่
3. ควรให้ความรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมแก่พยาบาลระดับปฏิบัติการเนื่องจากในการบันทึกทางการพยาบาลควรบันทึกให้สอดคล้องและป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

4. ควรนำต้นแบบของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาว่าสิ่งที่พัฒนาการจัดทำบันทึกรายงานทุกกลุ่มโรค ทุกหน่วยงาน เพื่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียนและลดต้นทุนบริการ เพื่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องครบถ้วนทั้งโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล. (2539). คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. เกษราภรณ์ บรรณวงศ์ศิลป์. (2553). การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยอายุกรรม-ศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. จันทรีทิรา เจียรณัย. (2557). กระบวนการพยาบาล. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
4. จันทรีเมือง ทนงยิ่ง และรัตนภรณ์ อุปแก้ว. (2557). คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี. วันที่ค้นข้อมูล 2 ตุลาคม 2559, เข้าถึงได้จาก www.thawathos.net/wp
5. ชื่นฤทัย ยี่ขียน. (2546). ศึกษาชุดข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. บุญใจศรี สถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอมีเดีย.
7. รติวันต์ กิตติชัยเชษฐ. (2557). การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล
8. โรงพยาบาลท่าแซะ. (2559). ข้อมูลผู้รับบริการปี 2556-2558. กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลท่าแซะ. (อัคราเนนา)
9. วิณา จีระแพทย์. (2544). สารสนเทศทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
11. อรอนงค์ วงศ์มหาชัย. (2556). การวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

