

การพัฒนาารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี

พาณี วิรัชชกุล*
บุญทิพย์ สิริธรงค์**
อารี ชิวเกษมสุข***
ยุวดี เกตสัมพันธ์****

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี 2) สร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล 3) ประเมินผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่นิตเทศบันทึกทางการพยาบาล 10 คน และพยาบาลระดับปฏิบัติการ 10 คน รวมทั้ง พยาบาลวิชาชีพหออพยพสูติ-นรีเวชกรรม 10 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ และคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (2) แบบวิเคราะห์แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล (3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล (4) แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และ (5) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา สถิติที่แบบคู่ และสถิติวิลค็อกสัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัญหาบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ แบบฟอร์มบันทึกไม่ชัดเจน ไม่ตอบสนองต่อการบันทึกในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจำหน่าย การติดตามผลการพยาบาล และวิธีการบันทึกยังไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน 2) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 แบบ (1) แบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2) แบบประเมินการให้นมแม่ด้วยวิธีแลซ (LATCH) (3) ตารางแสดงภาวะล้นติด (4) แบบบันทึกการจำหน่าย (5) แบบบันทึกติดตามผลการพยาบาล และ 3) ทัศนคติและคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.12, SD = .51)

ข้อเสนอแนะ รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น สามารถเป็นแนวทางพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลหน่วยงานที่บริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล, การบันทึกแบบโฟกัส, คุณภาพการบันทึก, ความพึงพอใจ

*นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Corresponding author; E-mail: paneewi@gmail.com

**ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

****พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ นักวิชาการอิสระ

Received: November 16, 2020 / Revised: August 12, 2021 / Accepted: December 1, 2021

The development of a nursing document model for the obstetrics and gynecology department at Uthai Thani hospital

Panee Wiruchagool*

Boontip Siritarungsri**

Aree Cheevakasemsook***

Yuwadee Ketsampan****

Abstract

The purposes of this research and development were: 1) to analyze the problems of nursing documents at the Obstetrics and Gynecology Department in Uthai Thani Hospital, 2) to develop the nursing document model, and 3) to evaluate the model development and implementation. The sample groups were selected by purposive sampling, including 10 nursing administrators who supervised nursing documents, and 10 registered nurses, as well as 10 professional nurses who worked at the Obstetrics and Gynecology ward. The research tools comprised: 1) Experimental tools included a workshop project on the nursing document record, and a handbook for writing nursing documents (Focus Charting). 2) Data collection tools included: (1) a focus group guideline, (2) a form for nursing document analysis, (3) questionnaires of attitude of writing nursing documents, (4) an evaluation form for evaluating the quality of nursing documents, and (5) nurses' satisfaction questionnaires of using the nursing document model. Data were analyzed by descriptive statistics, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Research findings were as follows. 1) The problems of nursing documents forms were unclear, not responding to record on breastfeeding, discharge, and nursing monitoring. Nursing record method were not accuracy and uncompleted. 2) The developed model comprised 5 forms; (1) an evaluation form for breastfeeding, (2) an evaluation form for LATCH, (3) a table showing Tongue-Tie (4) a discharge plan form, and (5) a nursing monitoring form. 3) The mean score of attitude and quality on recording nursing documents were statistically significantly higher than before using a model ($p < .05$). Nurses rated the satisfaction of nursing document model at the high level (Mean = 4.12, $SD = .51$).

Recommendation: The developed model can be used as a guideline to develop a nursing document model of others nursing departments that are similar contexts.

Keywords: nursing document model, focus charting, quality of nursing record, satisfaction

*Master' Student, Master of Nursing Science in Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University
Corresponding author; E-mail: paneewi@gmail.com

**Emeritus Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

***Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

****Registered Nurse, Expertize Professional Level, Independent Scholar

Received: November 16, 2020 / Revised: August 12, 2021 / Accepted: December 1, 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการเขียนบันทึกและการรายงานทางการพยาบาลสำหรับใช้สื่อสารสำหรับพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ เป็นการรายงานตัววาจาและการบันทึกที่เป็นลายลักษณ์อักษรการบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกกำหนดให้อยู่ในมาตรฐานหนึ่งในด้านการปฏิบัติของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและสภาพพยาบาลนอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้อง¹ การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องบันทึกถูกต้องชัดเจนทุกขั้นตอน มีแบบฟอร์มการบันทึกที่มีมาตรฐาน แต่ละแบบมีความแตกต่างกันตามแบบบันทึกที่นำมาใช้²

การบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส (Focus Charting) เป็นแบบบันทึกแบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยในการปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาล³ ที่มีลักษณะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สื่อสารเข้าใจง่าย⁴ นอกจากนี้ยังลดความซ้ำซ้อนทำให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บันทึกข้อมูลได้ชัดเจนมากขึ้นสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลของสหสาขาวิชาชีพ⁵ การบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส (Focus Charting) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ส่วนของการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย ในแบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress sheet or Progress Note) ซึ่งประกอบด้วยช่องสำหรับเขียน Focus และ Assessment Implementation และ 2) ส่วนของงานประจำของพยาบาลบันทึกโดยใช้แบบบันทึกย่อยการบันทึกแบบโฟกัสจึงถูกนำไปใช้ในโรงพยาบาลหลายแห่ง ซึ่งเนื้อหาสาระของการบันทึกครอบคลุม 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล^{2,3} นอกจากนี้

การบันทึกทางการพยาบาลระบบนี้ยังให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยมีความกังวล เพื่อให้ให้การดูแล โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินมาใช้ และใช้ได้ผลดีมากในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกัน⁴ อีกทั้งยังเป็นการบันทึกที่แสดงข้อมูลสำคัญและเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่เท่านั้น ทำให้ลดความซ้ำซ้อนและประหยัดเวลาในการเขียนบันทึก สำหรับข้อมูลที่ถูกบันทึกใน Flow Sheet แล้วนั้น จะไม่นำมาเขียนซ้ำอีก รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ข้อมูลสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วย ทำให้สามารถระบุปัญหาได้ถูกต้องตรงประเด็น³

จากงานวิจัยของพจนีย์ ชีระกุล⁵ ได้ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพพบว่า 1) คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting สูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึก (p=.05) 2) ความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอานันทมหิดล อยู่ในระดับมาก (Mean =3.89, SD=.690) และมีวัลย์ มุลมงคล และคณะ⁶ ได้ศึกษาผลการใช้การบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำปางพบว่า คะแนนการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting ปี พ.ศ. 2558 สูงกว่าคะแนนการบันทึกแบบ narrative ปี พ.ศ. 2556 ในด้านการบันทึก Assessment, planning, implementation,

evaluation และ Medication อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < .01$ จำนวน หอผู้ป่วยที่คะแนนการบันทึกผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น และพยาบาลผู้บันทึกก็มีความพึงพอใจ ผลการศึกษาสรุปว่า การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting มีคะแนนการบันทึกผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น และพยาบาลผู้บันทึกมีความพึงพอใจ ดังนั้น สถานพยาบาลจึงควรมีการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting เพื่อการพัฒนางานและเพิ่มคุณภาพบริการแก่ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับระบบบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส ส่วนใหญ่มีผลดีทำให้ระยะเวลาในการบันทึกลดลง ผู้บันทึกมีความสุขในการใช้แบบบันทึกส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจ แต่ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในผู้คลอด และผู้ที่ผ่าตัดคลอด โดยใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส (Focus Charting) การมีส่วนร่วมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้คู่มือฝึกการเขียนบันทึกควบคู่กันไป ปัญหาส่วนใหญ่พบว่ามีประเด็นปัญหา 2 ประการคือ (1) แบบฟอร์มมีจำนวนมากและรูปแบบไม่ชัดเจน ไม่เอื้อต่อการบันทึก และ (2) วิธีการบันทึกยังไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วนสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่พบว่าปัญหามีทั้งเนื้อหาการบันทึก วิธีการบันทึกและแบบฟอร์มการบันทึก^{7,8}

โรงพยาบาลอุทัยธานีเป็นโรงพยาบาลที่นำแบบบันทึกโฟกัสมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 แต่การนำมาใช้ครั้งแรกได้มีการอบรมให้แก่พยาบาล

เพียงบางส่วน และยังขาดการติดตามการใช้แบบบันทึกอย่างเป็นรูปธรรม จึงทำให้เกิดประเด็นปัญหาในเรื่องของการบันทึกดังสถิติในปี พ.ศ. 2558–2560 พบว่า กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวม ร้อยละ 74.63, 75.07 และ 74.33 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้คือมากกว่าร้อยละ 80 และปี 2561 คะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.26 แต่ปี 2562 ก็กลับลดลงเหลือร้อยละ 77.35⁹ แสดงให้เห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานีพยาบาลควรได้รับการพัฒนาอย่างทั่วถึงและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

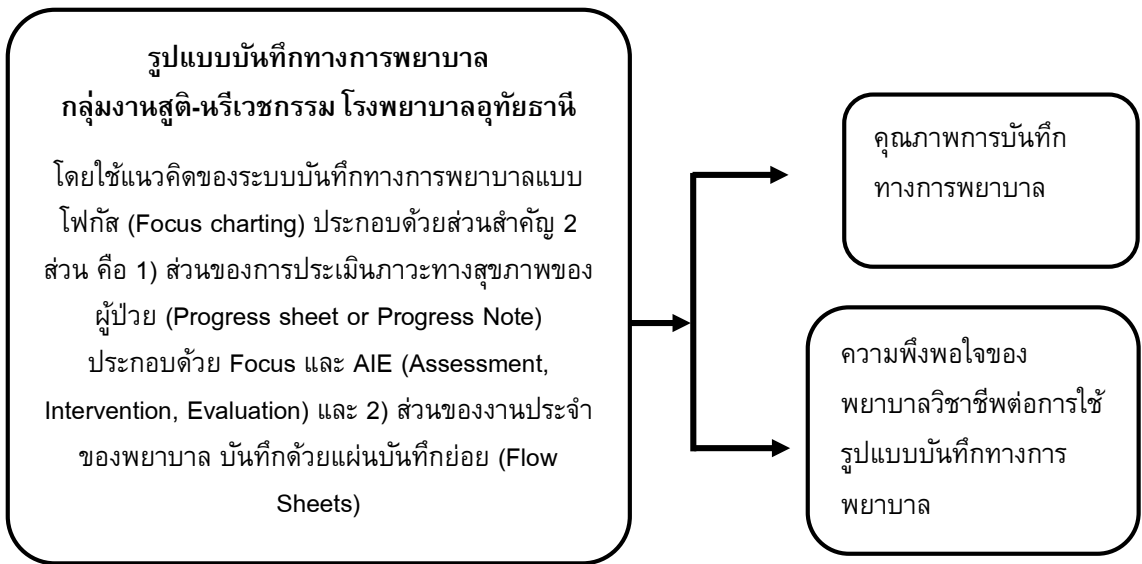
ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล ได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และได้เคยสนทนากับพยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารทางการพยาบาลที่นิเทศบันทึกทางการพยาบาล พบว่าปัญหาการบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมี 2 ประการคือ 1) ด้านแบบฟอร์มบันทึกที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม และ 2) ด้านวิธีการบันทึกทางการพยาบาล ไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย การวางแผนการปฏิบัติไม่ครบถ้วนและขาดความต่อเนื่อง จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและคุณภาพของงานพยาบาล จึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มงานสูติ- นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี ที่ครอบคลุมทั้งแบบบันทึกและวิธีการบันทึก เพื่อให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มงาน โดยยังใช้ การบันทึกการพยาบาลแบบโฟกัสตามที่หน่วยงานได้ใช้อยู่เดิม โดยพัฒนาให้สมบูรณ์ทั้งแบบบันทึกและวิธีการบันทึกจะช่วยส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งเป็นการประกันคุณภาพการปฏิบัติงานตาม

กระบวนการพยาบาลและนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่ดีในการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการและหน่วยงานต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์บริบทของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและศึกษาวรรณกรรม

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบโฟกัส (Focus charting) จากนั้นได้ร่างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยขึ้นโดยใช้แนวคิดระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบโฟกัส^{2,4} สรุปดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลอุทัยธานี
2. เพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
3. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มที่ 1 สำหรับการวิเคราะห์สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีดังนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลที่นิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 37 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลที่นิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 10

คน เกณฑ์คัดเข้าคือ มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไปและยินดีให้ข้อมูลหรือพิจารณาเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้

กลุ่มที่ 2 สำหรับการสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีดังนี้

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมจำนวน 26 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม รวมทั้งสิ้น 10 คน (ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมเพราะไม่ได้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล) เกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป และยินดีให้ข้อมูลหรือพิจารณาเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือพิจารณาเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจนสิ้นสุดโครงการวิจัยได้

กลุ่มที่ 3 สำหรับการประเมินผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ มีดังนี้

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 26 คน และเวชระเบียนของผู้คลอดและผ่าตัดคลอดที่พักรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมและแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน เดือนพฤศจิกายน 2562 จำนวน 98 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) พยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งสิ้น 10 คน (ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วยเพราะไม่ได้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล) เกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็น

ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป และยินดีให้ข้อมูลหรือพิจารณาเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้

(2) เวชระเบียนผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เดือนพฤศจิกายน 2562 เลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้เวชระเบียนผู้คลอดทางช่องคลอด 10 ฉบับ และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 10 ฉบับ รวม 20 ฉบับ (จาก 20% ของเวชระเบียนที่จำหน่าย) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เวชระเบียนผู้คลอดทางช่องคลอด และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พักรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เดือนพฤศจิกายน 2562 ตั้งแต่จำนวน 2 วัน ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัยทั้ง 3 ขั้นตอนดังมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหามบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่

1.1 การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) ใช้การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง โดยนำข้อมูลปัญหา อุปสรรคของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พบมาตั้งเป็นประเด็นคำถาม ประกอบด้วย ปัญหาและอุปสรรคที่พบในปัจจุบัน ภาระงานของพยาบาล การตอบสนองตามกระบวนการพยาบาล แนวทางในการบริหารจัดการ การพัฒนาแบบบันทึกและวิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบโฟกัส (Focus Charting) ให้มีประสิทธิภาพ แนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.87 และนำผลการ Audit Chart 3 ปีย้อนหลังมาพิจารณาเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคเพิ่มเติมและสรุปประเด็นปัญหา

หลักที่พบเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการ
ใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุทัยธานี ในการ
ตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบ่งเป็น 4
หมวดได้แก่ หมวดข้อมูลทั่วไป หมวดการประเมิน
แรกเริ่ม หมวดบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และหมวด
วางแผนจำหน่าย

1.2 แบบวิเคราะห์แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาล
อุทัยธานี จำนวน 18 ข้อเป็นแบบสอบถามความ
คิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของแบบฟอร์ม
บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ใช้อยู่ทั้ง 18 แบบฟอร์ม
แบบวิเคราะห์แบบฟอร์มฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน
ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
ลักษณะคำถามมีทั้งที่เป็นคำถามแบบปลายปิดและ
ปลายเปิดเพื่อสอบถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับ
การศึกษา ตำแหน่งทางการบริหาร/การปฏิบัติ
ตำแหน่งทางวิชาการ ระยะเวลาที่ทำงานใน
หน่วยงาน ในโรงพยาบาล และประสบการณ์ในการ
บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบโฟกัส

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวิเคราะห์แบบฟอร์ม
บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแบบสอบถามชนิด
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ว่าแต่ละ
แบบฟอร์ม มีความเหมาะสมระดับใด ต้องปรับปรุง
หรือไม่ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แนว
คำถาม และแบบวิเคราะห์แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาล
อุทัยธานี ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index:
CVI) เท่ากับ 0.98

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่

1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง
รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ Focus
Charting กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาล
อุทัยธานี พร้อมคู่มืออบรม ประกอบด้วยหลักการ
บันทึก ตัวอย่างในการบันทึก และแบบฟอร์ม
บันทึกที่ปรับปรุงใหม่ 5 แบบฟอร์มโดยเขียน
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องรูปแบบบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลแบบ Focus Charting กลุ่มงาน
สูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี ระยะเวลา
ในการอบรม จำนวน 7 ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมเป็น
พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย
สูติ-นรีเวชกรรม รวมทั้งสิ้น 10 คน

2) แบบสอบถามทัศนคติในการบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลอุทัยธานี ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็น
แบบสอบถามความคิดเห็นด้านทัศนคติต่อการเขียน
บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วย
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการระบุปัญหาสำคัญที่สะท้อน
ผู้ป่วยที่ดูแล การเขียน Progress note แบบ AIE
(Assessment, Intervention, Evaluation) และ การ
กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยตามประเด็นปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 ผลการประเมินการนำรูปแบบ
ไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

1) แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอุทัยธานี
นำมาจากโรงพยาบาลศิริราช¹⁰ เนื่องจากเป็น
เครื่องมือที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุทัยธานี
ใช้ในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
(Audit Chart) ตั้งแต่ปี 2554 ถึงปัจจุบัน ซึ่งทำให้
สามารถเปรียบเทียบคะแนนได้ว่าหลังการพัฒนา มี

การเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไรเพราะใช้เครื่องมือชุดเดียวกันและกรรมการชุดเดียวกันในการตรวจสอบเวชระเบียน สำหรับเครื่องมือนี้ มีการวัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (โดยมีเกณฑ์ดังนี้ เชิงปริมาณ: 0 = ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง 1 = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ 2 = ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์ เชิงคุณภาพ: 0 = ไม่มีคุณภาพ/ไม่ตรงประเด็น 1 = มีบางส่วน 2 = มีส่วนใหญ 3 = มีครบถ้วน/สมบูรณ์) ประกอบด้วย 4 หมวด จำนวน 23 ข้อได้แก่ข้อมูลทั่วไป (4 ข้อ) ข้อมูลการประเมินแรกรับ (9 ข้อ) ข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์ (8 ข้อ) ข้อมูลการวางแผนจำหน่าย (2 ข้อ) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า เท่ากับ 0.98 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลอุทัยธานี เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อโดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะของวารสารณ์ ภัทรมงคลเชตต์ และพร บุญมี¹⁰ มาปรับให้สอดคล้องกับงานวิจัยโดยพัฒนาข้อคำถามขึ้นใหม่แต่ยังคงความหมายเดิม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า เท่ากับ 0.98 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการแพทย์ ดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนการใช้รูปแบบ 1 เดือน จำนวน 20 แพ้ม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์

ของโรงพยาบาลอุทัยธานี ใช้แบบประเมินนำมาจากโรงพยาบาลศิริราช¹¹ และตรวจสอบร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (Audit Chart) ของกลุ่มการพยาบาล จำนวน 4 คน พร้อมทั้งนำผลมาวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์

1.2 สนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหา/อุปสรรคของบันทึกทางการแพทย์ และแนวทางการแก้ไข จากนั้น ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประเมินความเหมาะสมของแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบวิเคราะห์แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ ทั้ง 18 แบบฟอร์มเดิม พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการปรับแบบฟอร์มให้ชัดเจนและสมบูรณ์ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์สภาพปัญหานั้นบันทึกทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์/สังเคราะห์ เพื่อประกอบการสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลอุทัยธานี โดยใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบโฟกัส (Focus Charting) มาเป็นกรอบในการสร้าง ได้ร่างรูปแบบ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) แบบฟอร์มบันทึกที่ปรับปรุงใหม่ จำนวน 5 แบบฟอร์ม และ (2) คู่มือวิธีการบันทึกทางการแพทย์

2.2 นำร่างรูปแบบที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิดำเนินงานวิจัย 1 ท่าน ด้านวิชาการจากวิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน จากมหาวิทยาลัย 2 ท่าน ด้านบริการ

พยาบาลจากกลุ่มการพยาบาล 1 ท่าน และผู้วิจัย ได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นมาสู่การปฏิบัติ ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบฟอร์มบันทึกที่ปรับปรุงใหม่ และคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบโพกัส ให้แก่พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 10 คน แบ่งเป็น 2 รุ่นๆ ละ 5 คน ระยะเวลาในการอบรม 2 วัน เพื่อฝึกการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น โดยภาคเช้า ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาบรรยายเกี่ยวกับแบบบันทึก Focus Charting จากนั้นภาคบ่ายให้ทุกคนฝึกเขียนบันทึกจากใบงานที่กำหนด และจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้คลอด โดยการฝึกการเขียน Progress note แบบ AIE Assessment, Intervention, Evaluation) และการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยตามประเด็นปัญหา โดยมีผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกันให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจกแบบประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบโพกัส (จากความรู้และทักษะที่ได้ในการฝึกปฏิบัติ) โดยประเมินก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ เพื่อดูความพร้อมของผู้เข้าอบรมทั้ง 10 คน ก่อนไปปฏิบัติจริง และ

2) นำรูปแบบไปใช้ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โดยได้ประชุมชี้แจงหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้เข้าอบรมถึงวัตถุประสงค์ของการฝึกปฏิบัติการใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลที่สร้างขึ้น ทั้งแบบฟอร์มบันทึกที่ปรับปรุงใหม่และวิธีการบันทึกรวมทั้งการใช้คู่มือบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยติดตามผลหลังการอบรมทุก 1 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

1) ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบบันทึกในเวชระเบียนผู้คลอดและผู้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยผู้วิจัยตรวจสอบร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (Audit Chart) ของกลุ่มการพยาบาล จำนวน 4 คน

2) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ ภายหลังจากใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุทัยธานีเลขที่ 8/2562 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยขอความยินยอมตัววาจาและลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสิทธิในการปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย และสวัสดิการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากผู้วิจัยทั้งในรูปแบบเอกสารและการอธิบายจนเข้าใจอย่างถ่องแท้ การเปิดเผยข้อมูลได้เปิดเผยเป็นภาพรวมที่ไม่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูล และไม่เสนอข้อมูลที่อาจบ่งบอกถึงตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการพยาบาล จากการสนทนากลุ่มโดยทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปประเด็น

2) วิเคราะห์แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

4) เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เมื่อพบว่าตัวแปรไม่มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

5) วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 10 คน เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลที่นิตะบันทึกลงทางการพยาบาล (ร้อยละ 50.00) และพยาบาลระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทัยธานี ส่วนใหญ่ 30-39ปี (ร้อยละ 50.00) รองลงมา 20-29 ปี (ร้อยละ 40.00) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส 6 - 10 ปี (ร้อยละ 70.00)

2. สภาพปัญหาบันทึกทางการพยาบาลจากการสนทนากลุ่ม มี 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านแบบฟอร์ม

บันทึกทางการพยาบาล พบว่าไม่มีช่องให้บันทึกหรือเป็นแบบฟอร์มทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงเช่นแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายซึ่งไม่ตรงกับกิจกรรมที่ปฏิบัติทางสูติ-นรีเวชกรรม ทำให้บันทึกไม่ครบถ้วน และ 2) ด้านวิธีการบันทึกพบว่ายังบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ในบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส (Focus Charting) ทั้ง 2 ด้านควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม มีประสิทธิภาพและมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย

3. ผลการวิเคราะห์แบบบันทึกทางการพยาบาลพบว่าในภาพรวมมีระดับความเหมาะสมมาก (Mean = 3.83, SD. = .651) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ มีระดับความเหมาะสมปานกลางอยู่ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายซึ่งมีค่าเฉลี่ย (Mean= 3.10, SD. = .738) ข้อ 12) แบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (Mean = 2.90, SD. = .738) และข้อ 16) ใบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ (V/S) มีค่าเฉลี่ย (Mean = 3.20, SD. = .789)

4. รูปแบบของบันทึกทางการพยาบาล มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบฟอร์มบันทึก และวิธีการบันทึก แต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

4.1 แบบฟอร์มบันทึก มีการปรับปรุงใหม่จากเดิมจำนวน 6 แบบฟอร์ม ลดเหลือ 5 แบบฟอร์ม เพราะแบบบันทึกอาการสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งในแบบบันทึกติดตามผลทางการพยาบาล (Monitoring Nursing Record) พร้อมปรับรายละเอียดของแบบฟอร์ม ได้แก่

1) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เนื่องจากไม่มีการประเมินด้านจิตใจที่เป็นรูปธรรม และเป็นแบบบันทึกการจำหน่ายสำหรับ

ผู้ป่วยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยทางสูติ-นรีเวชกรรม

2) แบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไม่มีรายละเอียดของการประเมินปัญหาหลังคลอด เกี่ยวกับการประเมินการดูดนมและการไหลของน้ำนม

3) ตารางสรุปคะแนนภาวะลิ้นติด (Tongue – Tie) และลักษณะของหัวนมแม่ (Nipple) โดยปรับข้อมูลเป็นภาษาไทย และเพิ่มคำอธิบายเกี่ยวกับรูปภาพให้ชัดเจนขึ้น

4) แบบประเมินการให้นมแม่โดยวิธีแลช (LATCH) ตัดข้อมูลด้านล่างตาราง ที่อธิบายข้อความที่ซ้ำซ้อนกับในตารางออก และนำคะแนนที่เป็นเกณฑ์มาไว้ด้านขวาของตาราง เพื่อให้ลงบันทึกคะแนนได้สะดวกเร็วขึ้น

5) แบบบันทึกติดตามผลการพยาบาล (Monitoring Nursing Record) เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และเป็นปัจจุบัน สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ทันท่วงที เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งแบบฟอร์มใหม่ ส่งผลให้ตอบสนองต่อการบันทึกของพยาบาลได้ดีขึ้น โดยมีช่องว่างให้บันทึกรายละเอียดมากขึ้นและแบบฟอร์มบันทึกตรงกับกิจกรรมที่ปฏิบัติทางสูติ-นรีเวชกรรมมากขึ้น ทำให้บันทึกได้ครบถ้วน

5. วิธีการบันทึก จากการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยเชิญวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญมาบรรยายและฝึกปฏิบัติโดยใช้คู่มือบันทึกทางการ

พยาบาลแบบโพกส์ร่วมกับการชี้แจงทำความเข้าใจในการเขียนแบบฟอร์มบันทึกที่ปรับปรุงใหม่ โดยผู้เข้ารับการอบรมมีการฝึกปฏิบัติร่วมด้วย ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนอบรมค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.69, SD. = .446) และหลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.52, SD. = .398) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของเวชระเบียนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล พบว่า คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนารูปแบบฯ รายข้อและโดยรวมสูงกว่า คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ก่อนการพัฒนารูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 3.923, p < .05$) ดังตารางที่ 2

7. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.12, SD. = .513) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดคือ บันทึกในสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ช่วยให้มองเห็นภาพการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจน และสามารถนำข้อมูลบันทึก Focus มาดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องได้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรม โดยสถิติ Paired t-test (n=10)

ทัศนคติต่อการเขียน บันทึกทางการแพทย์	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม			P-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ	
1. ท่านสามารถระบุปัญหาสำคัญ (Focus) ที่สะท้อนผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้	3.90	.568	มาก	4.70	.483	มากที่สุด	.001
2. ท่านสามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่แก้ปัญหาตาม Focus ได้	3.90	.568	มาก	4.80	.422	มากที่สุด	.001
3. ท่านสามารถบอกผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามหลังจากที่ให้กิจกรรมพยาบาลได้	3.80	.422	มาก	4.60	.516	มากที่สุด	.001
4. ในส่วนของ Focus list ท่านสามารถเรียงลำดับปัญหาตั้งแต่รับใหม่จนถึงจำหน่ายได้	3.80	.422	มาก	4.60	.516	มากที่สุด	.001
5. ท่านสามารถระบุปัญหาสำคัญ โดยใช้คำข้อความข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คมชัดและนำไปใช้ประโยชน์	3.60	.516	มาก	4.60	.516	มากที่สุด	.001
6. ท่านสามารถเขียน Progress note ที่เขียนแบบ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ได้	3.40	.516	ปานกลาง	4.40	.516	มากที่สุด	.001
7. ท่านสามารถเขียน Assessment โดยระบุข้อความที่ได้จากผู้ป่วย และสังเกตจากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น Vital sign	3.60	.699	มาก	4.40	.516	มากที่สุด	.001
8. ท่านสามารถเขียน Intervention (I) ที่ท่านทำเสร็จแล้วในอดีต และสิ่งที่ท่านทำไม่ปัจจุบันรวมทั้งแผนการดูแลที่ท่านจะทำในอนาคต	3.60	.699	มาก	4.40	.516	มากที่สุด	.001
9. ท่านสามารถเขียนผล Evaluation (E) ที่ได้จากการให้การพยาบาลและให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน	3.70	.483	มาก	4.40	.516	มากที่สุด	.001
10. ท่านสามารถกำหนดเป้าหมาย Goal / Outcome ของผู้ป่วย หรือผลลัพธ์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามประเด็นปัญหานั้น	3.40	.516	ปานกลาง	4.40	.516	มากที่สุด	.001
11. ท่านเห็นด้วยว่าระบบ AIE (Assessment Intervention Evaluation) สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล	3.90	.568	มาก	4.40	.516	มากที่สุด	.001
รวม	3.69	.446	มาก	4.52	.398	มากที่สุด	.001

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรายข้อ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่ามัธยฐานของคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test(n=20)

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ก่อนอบรม		หลังอบรม		Z	p-value
	คุณภาพ(n=20)		คุณภาพ(n=20)			
	M	SD.	M	SD.		
1. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2.15	0.59	2.80	0.41	-3.127	.002*
2. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	2.50	0.69	3.00	0.00	-2.640	.008*
3. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยคนในครอบครัว	3.00	0.00	3.00	0.00	.000	1.000
4. การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา อาหาร อื่นๆ) และการที่แพ้	3.00	0.00	3.00	0.00	.000	1.000
5. การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วยเหตุผลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	2.35	0.59	2.85	0.37	-2.673	.008*
6. การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย	2.10	0.55	2.75	0.44	-3.127	.002*
7. การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	0.90	1.12	3.00	0.00	-3.720	.000*
8. การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว	1.35	1.23	3.00	0.00	-3.601	.000*
9. การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่องภายใน 48 ชม. หรือพ้นระยะวิกฤต	1.20	0.95	2.40	0.50	-3.111	.002*
10. การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus list)	1.35	0.49	2.20	0.52	-3.532	.000*
11. การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goal/Outcome)	1.40	0.50	2.40	0.50	3.397	.001*
12. การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ความต้องการของผู้ป่วย (Focus: F)	1.60	0.50	2.15	0.37	-3.051	.002*
13. การประเมิน (Assessment: A)	1.65	0.49	2.60	0.50	-3.416	.001*
14. การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Interventions: I)	1.70	0.47	2.20	0.41	-2.640	.008*
15. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: E)	1.65	0.49	2.70	0.47	-3.666	.000*
16. การประเมินซ้ำ/การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)	1.45	0.60	2.45	0.51	-3.407	.001*
17. การให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health information) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย	1.90	0.45	2.85	0.37	-4.146	.000*
18. มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ที่สอดคล้องกับความต้องการดูแลต่อเนื่อง	1.65	0.67	2.75	0.44	-3.660	.000*
19. การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge summary and Health status before discharge)	2.20	0.41	2.85	0.37	-3.153	.002*
รวม	1.69	0.567	2.68	0.325	-3.923	.000*

*p<.05

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการพยาบาล จากการสนทนากลุ่ม สรุปรายงานได้ 2 ด้านแต่ละด้านมีข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้ 1) ด้านแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ยังไม่ตอบสนองการบันทึก เช่น ไม่มีช่องให้บันทึกหรือเป็นแบบฟอร์มทั่วไปไม่ตรงกับกิจกรรมที่ปฏิบัติทางสูติ-นรีเวชกรรมทำให้บันทึกไม่ครบถ้วน และ 2) ด้านวิธีการบันทึกพบว่า บันทึกไม่ถูกต้องไม่ครอบคลุมตามระบบบันทึกทางการพยาบาลแบบโฟกัส (Focus Charting) และขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งทั้ง 2 ด้านนี้ควรได้รับการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของอดัมพร คำล้ำเลิศ⁹ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหอภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่าปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่พบได้แก่ วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง แบบบันทึกไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางการบันทึก

2. ผลการสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่ามีการปรับลดจำนวนแบบฟอร์มจาก 6 แบบฟอร์ม ลงเหลือ 5 แบบฟอร์ม ส่งผลให้ตอบสนองต่อการบันทึกของพยาบาลได้ดีขึ้น คือมีช่องว่างให้บันทึกรายละเอียดมากขึ้นและตรงกับกิจกรรมที่ปฏิบัติทางสูติ-นรีเวชกรรม ทำให้บันทึกได้ครบถ้วน สำหรับวิธีการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ภายหลังจากอบรม มีค่าเฉลี่ยของทัศนคติ

ด้านการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .05$ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติแล้ว ทำให้มีความเข้าใจในหลักการบันทึกมากขึ้น ประกอบกับมีแบบฟอร์มปรับปรุงใหม่ที่เหมาะสม มีคู่มือที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้ทบทวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยการฝึกปฏิบัติกับผู้เชี่ยวชาญทำให้มีความมั่นใจเกิดทักษะมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การเขียนบันทึกได้ถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรศิริ พันธสี และรัชนิ นามจันทร์¹² ที่พบว่า ก่อนการพัฒนาพยาบาลขาดความเข้าใจหลักการบันทึกทางการพยาบาล เนื้อหาการบันทึกขาดความสมบูรณ์และความสอดคล้องกัน และมองไม่เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยได้สมบูรณ์ขึ้นและสามารถเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล หลังการพัฒนาพบว่า บันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

3. ผลการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

3.1) ด้านทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ภายหลังจากอบรมมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ เนื่องจากเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และเข้าใจหลักการรวมทั้งวิธีการเขียนบันทึกประกอบกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้ผลการปฏิบัติดีไปด้วย มี

การเขียนบันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมเป็นองค์รวม ซึ่งการมีทัศนคติที่ดี สอดคล้องกับ ทฤษฎีทัศนคติของ Gibson¹³กล่าวว่า ทัศนคติประกอบด้วยความรู้สึก (Affective) ด้านอารมณ์หรือความรู้สึกของทัศนคติคือการได้รับ การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการรับรู้และความเชื่อที่ตนเองสามารถทำได้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม (Behavioral) มีแนวโน้มหรือความตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมเป็นองค์รวม

3.2) คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของเวชระเบียน พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนารูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.923, p < .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการจากผู้วิจัย มีการฝึกปฏิบัติ มีการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการบันทึกได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ อินทร์สร¹⁴ ที่พบว่าการศึกษาโดยใช้การวิจัยและพัฒนาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ โดยรวมทุกด้านค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นพบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.12, SD. = .513) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก คือ บันทึกในสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.30, SD. = .483)

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากการได้รับการฝึกอบรม และฝึกปฏิบัติ เมื่อได้ปฏิบัติจริง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นทำให้เขียนบันทึกได้รวดเร็วขึ้นลดระยะเวลาในการบันทึกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา อ่องจ้อย¹⁵ ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์แบบใหม่ มากกว่าแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานีที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้บริหารทางการแพทย์เพื่อนำรูปแบบการบันทึกนี้ไปใช้ในทุกหอผู้ป่วย ในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และควรนำแนวทางการมีส่วนร่วมของบุคลากรมาจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยติดตามและประเมินผลกรนำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลทุกคนได้เข้ารับการอบรมตามความพร้อมของตน และเรียนซ้ำได้ตามต้องการ ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในอนาคต

References

1. Pongphanpisan P. Laws and records Documents. Meeting for lecturing at an academic conference Nursing Association of Thailand, Northern Branch 2011. (in Thai).
2. Blair W, Smith B. Nursing Documentation: frameworks and barriers. Contemp. Nurse.2012

- [cite 2019 May 25]; 41, 160-168. Available from: <http://dx.doi.org/10.5172/com>.
3. Ketsamphan Y. Focus charting: patient centered document. Meeting 14th HA National Forum; 2013 Mar 12-15; at IMPACT Convention Center Muang Thong Thani Nonthaburi; Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (in Thai).
 4. Brady LC. Documentation systems. In k. Stout (Ed.), Nursing Documentation made Incredibly Easy! 5th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 72-74.
 5. Teerakul P. Effects of using the focus charting nursing documentation on quality of nursing perceived by patients, and professional nurses' satisfaction using the focus charting nursing documentation [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
 6. Moonmunkol M, Sripusanapun S, Sittiwankul C, Tananuchittiku Y. Results of using focus charting nursing record In Patient Department at Lampang Hospital. Journal of Health Science 2017; 26(2): 410-17. (in Thai).
 7. Cheevakasemsook A, Moolsart S, Noimuenwai P. Apply research findings 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).
 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. Nursing department Uthai Thani hospital. Document record examination score summary report: Classified by department (2015-2019). Uthai Thani: Uthai Thani hospital; 2019. (in Thai).
 10. Pattharamongkolket V, Boonmee P. Development of nursing documentation on focus charting nursing Record in Inpatient Units at Maechan Hospital, Chiang Rai province. Journal of Nursing Public Health and Education 2017; 18: 123-36. (in Thai).
 11. Nursing Department Siriraj Hospital. Focus charting: a case study of a Siriraj hospital. Documentation for lectures academic forum of the department of Siriraj nursing hospital. Bangkok: Siriraj hospital; 2013. (in Thai).
 12. Punthasee P, Namjuntra R. The development of nursing process based documentation. Nursing Journal 2012; 21: 80-93. (in Thai).
 13. Gibson, JL, Livancevich JM, Donnelly JH Jr. Konopaske R. Organization: behavior, structure, processes. 14thed. Boston: Mc Graw-Hill; 2012.
 14. Insorn S. Development of Nurses Notes Model by Using the Nursing Process for the In-Patient Department at Rasisalai Hospital, Srisaket Province [Master Thesis of Nursing Science]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2014. (in Thai).
 15. Ongjui W. The results of the development of a nursing record model Wapi Pathum Hospital, Maha Sarakham Province [Master Thesis of Nursing Science]. Nonthaburi : Sukhothai Thammathirat Open University; 2015. (in Thai).