

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

The Development of a Nursing Record Model in a Neonatal Intensive Care Unit of Samutsakhon Hospital

อุดมพร คำล้ำเลิศ*¹ อารี ชิวเกษมสุข² รัชณี นามจันทร์³ วิลัย กุศลวิศิษฐ์กุล⁴

Udomporn Komlamlird*¹ Aree Cheevakasemsook² Rachanee Namjuntra³ Wilai Kusolvisitkul⁴

¹โรงพยาบาลสมุทรสาคร, สมุทรสาคร ประเทศไทย 74000

¹Samutsakhon Hospital, Samutsakhon Thailand 74000

²มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี ประเทศไทย 11120

²Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Thailand 11120

³มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี ประเทศไทย 72000

³Rangsit University, Pathum Thani Thailand 72000

⁴มหาวิทยาลัยปทุมธานี, ปทุมธานี ประเทศไทย 72000

⁴Patumthani University, Pathum Thani Thailand 12000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร 2) พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และ 3) เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งได้จากการคัดเลือกอย่างเจาะจง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 15 คน และ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาอย่างละ 30 แฟ้ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1) โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพและแบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล 2) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 3) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และ 4) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึกและความต่อเนื่องของการบันทึกเท่ากับ 0.95, 0.95, และ 0.89 ตามลำดับ และความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U test และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่พบ ได้แก่ (1) วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่อง (2) แบบบันทึกไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุม และไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีแบบฟอร์มที่มีการบันทึกซ้ำซ้อน (3) ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางการการบันทึกและตัวอย่าง 2) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย วิธีการบันทึกและแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อ

การบันทึกอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง และ 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และการรับรู้คุณค่าของการรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์โดยรวมทั้งพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : บันทึกทางการแพทย์ คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ คุณค่าของรูปแบบการบันทึก หออภิบาลทารกแรกเกิด

Abstract

The purposes of this research and development were: 1) to explore the problems of a nursing record model at a Neonatal Intensive Care Unit at Samutsakhon Hospital, 2) to develop a nursing record model, and 3) to compare the effects of using the developed record model in terms of quality of nursing record and nurses' perceived value of the record model before and after the development. The samples were selected by purposive sampling including 2 groups: 1) fifteen professional nurses who worked at the neonatal intensive care ward and 2) nursing records of before (30 records) and after (30 records) implementation. Research tools consisted of 1) a training project and a knowledge test of nursing records, 2) the developed nursing records model, 3) an audit checklist for quality of nursing record, and 4) questionnaires on value perception of the nursing records model. All tools were tested for validity and reliabilities. The reliabilities of quality of nursing records which included three sections (nursing process completeness, accuracy of charting, and continuity of charting) were 0.95, 0.95, and 0.89 respectively. The reliability of value perception on the records model was 0.97. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, and t-test. The major findings were as follows. 1) The problems of the nursing records consisted of (1) the charting method was not based on nursing process, incorrect, incomplete, and discontinuous. (2) The current forms were inappropriate, so the records did not cover or correspond to the nursing process; and patients' holistic problems were incomprehensive. Moreover, some other forms recorded the same things. (3) There was no charting manual to guide and give examples. 2) The developed nursing records model comprised charting procedures, forms, and a manual. Nurses could document immediately, completely, holistically to patients' needs, and continuously. Finally, 3) the mean scores of the quality of nursing records and the nurses' perception on the value of the records model after developing were significantly higher than before ($p < 0.01$).

Keywords : Nursing records model, Quality of nursing record, value of the records model, Neonatal intensive care unit

บทนำ

บันทึกทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกทางคลินิกที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล โดยเป็นเครื่องมือสื่อสารรายงานความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้ทราบตรงกัน เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพของการพยาบาล ช่วยให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสื่อกลางสำหรับการศึกษาวิจัย คิดค้น พัฒนา และสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อ

ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย อย่างไรก็ตาม แม้บันทึกทางการแพทย์จะมีความสำคัญ แต่พยาบาลยังประสบปัญหาในการบันทึกหลายประการ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและประเทศไทยพบว่า บันทึกทางการแพทย์ยังคงเป็นประเด็นปัญหาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อย่างน้อย 2 ประการใหญ่ๆ ได้แก่ 1) วิธีการบันทึก และ 2) แบบฟอร์มที่ใช้บันทึก¹ ปัญหา

ด้านวิธีการบันทึกพบว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน ไม่สะท้อนถึงปัญหาของผู้ป่วยและไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา หรือบันทึกเฉพาะกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ขาดความต่อเนื่อง บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำ และไม่บันทึกสิ่งที่ทำ ไม่สะท้อนบทบาทพยาบาล และการดูแลอย่างเป็นองค์รวม¹ สำหรับปัญหาด้านแบบฟอร์ม มีการใช้แบบฟอร์มหลายประเภท มีการบันทึกรายละเอียดมาก และมีเอกสารแยกสำหรับแต่ละวิชาชีพ ทำให้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การรักษาและการดูแล ที่ผู้ป่วยได้รับโดยภาพรวมถูกแยกเป็นส่วนๆ ขาดการเชื่อมโยง ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังที่กล่าวมา ส่งผลให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมากมายในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทที่เฉพาะของหน่วยงานแต่ละแห่ง แต่ก็ยังมีประเด็นปัญหาบางประการซึ่งต้องการการพัฒนาต่อไป นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดยังมีจำนวนน้อยและเป็นการพัฒนาในต่างประเทศ

หออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีเจ็บป่วยวิกฤตซึ่งต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรการแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง² แตกต่างไปจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ ให้บริการการรักษาทารกตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือน และผู้ป่วยเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 เดือน แต่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัมที่มีภาวะเสี่ยงสูง และทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต กลุ่มนี้จำเป็นต้องมีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพื่อเอื้อต่อการดูแลรักษา ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้เกิดผลดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพ และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหลายโรงพยาบาล แม้จะมีการพัฒนามาก่อน แต่ก็ยังประสบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลสมุทรสาคร ยังไม่เคยพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดมาก่อน

โดยสรุป การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแม้จะมีการพัฒนามาก่อน แต่ก็ยังประสบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยังมีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวนน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ

ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อกระบวนการบันทึก และมีแบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการรักษาดูแลทารกเพียงพอ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพโดยให้ครอบคลุมตามเนื้อหา ถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีความต่อเนื่องของการบันทึกสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น และส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของทารกแรกเกิดให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมุทรสาคร
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิมในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1.1 พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 17 คน
 - 1.1.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มอย่างเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.2.1 พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวน 15 คน โดยไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและเป็นผู้วิจัยอีก 1 คนโดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้
 - 1.2.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างเจาะจงตามลักษณะที่กำหนด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ

30 แพ้ม ได้แก่ แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 เครื่องมือในการวิจัยเครื่องมือในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนา ได้แก่ 1) โครงการอบรม 2 ครั้ง ได้แก่ โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาครั้งที่ 1 เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล และโครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพครั้งที่ 2 เรื่องบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และ 2) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ดัดแปลงจากแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกของ Cheevakasemsook¹ หาค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้วยการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง³ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.95, 0.94 และ 0.89 ตามลำดับ และ 2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทางการพยาบาลโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97

3. การพัฒนา แบ่งเป็น 4 ระยะคือ

3.1 ระยะที่ 1 การเตรียมการพัฒนา 1) ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตทำวิจัย 2) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3) ชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง

3.2 ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหา 1) ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและสำรวจการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนา 2) ประชุมสรุปประเด็นปัญหาของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

3.3 ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล 1) ทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล (Pre-test) 2) จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล 3) ประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนาและ

สร้างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล 4) จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติเรื่องการใช้รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ 5) ทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล (Post-test)

3.4 ระยะที่ 4 หลังการพัฒนา 1) นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ฝึกบันทึกเป็นเวลา 1 สัปดาห์ 2) ใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่เป็นเวลา 5 เดือน 3) ประเมินผลลัพธ์โดยตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และสำรวจการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา 2 ประเภท ดังนี้

4.1) การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยแจกแบบสอบถามให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คนตอบแบบสอบถาม และนัดหมายการรับแบบสอบถามคืนภายใน 7 วัน

4.2) คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลตรวจสอบก่อนและหลังพัฒนา จำนวนอย่างละ 30 แพ้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการพยาบาล โดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ได้แก่ การจัดประเภทข้อมูล

2. วิเคราะห์ความรู้เรื่องบันทึกทางการพยาบาลคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดย คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึก โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา จึงใช้สถิติทดสอบที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test หรือ Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 32.6 ปี มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.3) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของการ เป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย 11.53 ปี มีประสบการณ์ระหว่าง 1– 5 ปีมากที่สุด และ (6-10 ปี) เท่ากัน (ร้อยละ 26.7) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาล ทารกแรกเกิดมีระยะเวลาเฉลี่ย 11.1 ปี มีประสบการณ์ในช่วง 1-5 และ 6-10 ปีมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่เคย ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล (ร้อยละ 73.3) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (ร้อยละ 73.3)

2. สภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลใน หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร จากผล การศึกษาพบว่า สภาพปัญหาของรูปแบบบันทึกทางการ พยาบาลมีทั้งหมด 3 ประเด็น ได้แก่

1) ประเด็นด้านวิธีการบันทึก ได้แก่ บันทึกไม่ ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่องตาม กระบวนการพยาบาล

2) ประเด็นด้านแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ไม่ครอบคลุมกับกระบวนการพยาบาล และไม่เอื้อต่อการ ดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างองค์รวม และ

3) ประเด็นด้านคู่มือ พบว่า ขาดคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกมีผลให้พยาบาลขาดแนวทางการบันทึก ทางการ เนื่องจาก 1) รูปแบบการบันทึกที่ใช้อยู่ พยาบาลไม่มี ส่วนร่วมในการแก้ไขและพัฒนารูปแบบการบันทึกตามประเด็น ปัญหาที่พบ และ 2) การพัฒนารูปแบบการบันทึกยังไม่เป็นไป ตามกระบวนการพยาบาล เช่น ไม่มีแบบประเมินผู้ป่วยทารก แรกเกิดอย่างต่อเนื่องในแต่ละเวร ไม่มีแบบบันทึกการวางแผน การจำหน่าย เป็นต้น

3. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาล ทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบันทึกทาง การพยาบาลที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของสภาพปัญหาของ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พบจริงในหออภิบาล ทารกแรกเกิด และบูรณาการแนวคิดของรูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาลแบบละเว้น (Charting by Exception) และแบบโฟกัส (Focus Charting) กระบวนการพยาบาล

การดูแลแบบองค์รวม และแนวคิดการพยาบาลทารกแรกเกิด ที่มีภาวะวิกฤติ พยาบาลยอมรับรูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 วิธีการบันทึก ได้แก่ บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยาย เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในหออภิบาลทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จะเป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลจะ เป็นการเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ โดยบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตามรูปแบบ การบันทึกแบบละเว้น โดยใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยาย เพื่อลดการบันทึกซ้ำซ้อน ทำให้สะดวก รวดเร็วลดเวลาในการ บันทึกในการปฏิบัติกิจกรรมมักจะดำเนินการซ้ำๆ กัน และ บันทึกความก้าวหน้าในรูปของ DAR (Data Action Response) ของรูปแบบการบันทึกแบบโฟกัส

3.2 แบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบ บันทึกเชิงโครงสร้างและมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับ กระบวนการพยาบาล โดยใช้เครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ ต้องการและ เขียนเพิ่มเติมบางส่วน รวมทั้งมีข้อตกลงว่า ข้อมูล ที่ปกติจะใช้เครื่องหมาย X และเขียนบรรยายเฉพาะข้อมูลที่ ผิดปกติเท่านั้น แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล 6 ประเภท 7 แบบบันทึก ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกแผน การพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 7) แบบบันทึกการสรุปจำหน่าย

3.3 คู่มือการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการบันทึกตามระบบบันทึกทางการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับการ บันทึกแต่ละขั้นตอนครอบคลุมทุกแบบบันทึกและมีตัวอย่าง ของการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

4. คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับ ต่ำมาก ต่ำมาก และต่ำ ($\bar{X} = 0.37, 0.39$ และ 1.22) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

คุณภาพของการบันทึก ทางการพยาบาล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test	p-value
	\bar{X}	s	\bar{X}	s		
- ด้านความครอบคลุมตาม กระบวนการพยาบาล	0.37	0.11	0.96	0.05	0.00	<0.001**
- ด้านความถูกต้องตาม หลักการบันทึก	0.39	0.12	0.84	0.09	0.00	<0.001**
- ด้านความต่อเนื่องของ การบันทึก	1.22	0.35	2.61	0.24	0.00	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	s	ระดับ	\bar{X}	s	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	2.64	0.29	น้อย	4.16	0.49	มาก
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	2.32	0.44	น้อย	4.28	0.41	มาก ^a
3. การวางแผนการพยาบาล	2.74	0.19	ปานกลาง	4.41	0.42	มาก
4. การปฏิบัติการพยาบาล	2.73	0.34	ปานกลาง	4.33	0.53	มาก ^c
5. การประเมินผลการพยาบาล	2.47	0.33	น้อย	4.38	0.43	มาก
6. การสรุปการจำหน่าย	2.48	0.41	น้อย	4.43	0.43	มาก ^b
รวม	2.57	0.23	ปานกลาง	4.34	0.36	มาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	\bar{X}	s	Paired t-test	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	2.57	0.23	-25.60	14	<0.001**
หลังการพัฒนา	4.34	0.36			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

แต่หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ดี และดีมาก ($\bar{X} = 0.96, 0.84$ และ 2.61) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลทุกด้านหลังการพัฒนาใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลใหม่สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 1)

5. การรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.57$) แต่หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.34$) (ตารางที่ 2) และพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 3) และค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

จากการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดใหม่ และผลของการใช้รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นทั้งด้านคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องมาจากเหตุผล 6 ประการต่อไปนี้

1.1 พัฒนาจากปัญหาที่พบจริง โดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้พยาบาลวิชาชีพได้เสนอปัญหาของการบันทึกด้วยตนเองตามที่ได้พบจริง⁴ ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขตรงประเด็น นอกจากนี้ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลนี้มีการอบรมพยาบาลวิชาชีพ เรื่องบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้

และความสามารถในการเสนอแนวทางแก้ไขควบคู่กับการใช้รูปแบบการบันทึก

1.2 เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง ทำให้เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม การรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็วช่วยให้ประหยัดเวลาสะดวกในการค้นหาข้อมูล บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องมีรูปแบบการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้บันทึกเมื่อจำเป็นต้องใช้หรือต้องการสืบค้นข้อมูล^{5,6} การบันทึกตามแบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง ทำให้พยาบาลบันทึกได้เร็ว มีแนวทางในการบันทึกที่เลือกบรรยายได้ด้วยตัวเองและทำให้บรรยายไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการพยาบาลได้อย่างชัดเจน⁷

1.3 ใช้รูปแบบบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) ผสมผสานกับรูปแบบบันทึกแบบโฟกัส (Focus Charting) โดยรูปแบบการบันทึกนี้ทำให้บันทึกมีคุณภาพเนื่องจากเป็นแบบบันทึกที่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกสะดวกและง่ายในการบันทึก ช่วยลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาในการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน⁸

1.4 มีการกำหนดแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล แนวทางการบันทึกจะช่วยให้การบันทึกมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยให้แนวทางที่กำหนดไว้เพื่อบอกทิศทางทางการบันทึกข้อมูลที่ต้องบันทึกซ้ำให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

1.5 มีแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ทำให้มีแนวทางสำหรับการวินิจฉัยและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างสะดวก⁹

1.6 มีคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ทำให้พยาบาลมีแนวทาง และมีความมั่นใจในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วนครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและหลักการบันทึก การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย¹⁰

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มีข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้พบว่า แบบบันทึกช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ

รวมทั้งแบบบันทึกช่วยให้สามารถบันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจาก เหตุผล 3 ประการดังนี้

2.1 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลตามบริบทของปัญหาที่พบจริง และ เนื่องจากมีการทำงานเป็นทีมทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมการดำเนินงานมีการระดมความคิดเห็นทุกคนมีการรับรู้ปัญหา เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เห็น วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ทำให้พยาบาลทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา และหาข้อตกลงในการตัดสินใจแก้ไขปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ทั้ง 6 แบบฟอร์มให้เหมาะสมกับการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทารกวิกฤตและสะดวก รวมทั้งสะท้อนกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์¹¹

2.2 พัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลพยาบาลโดยพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการพัฒนา สามารถแสดงความคิดเห็น และเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน เกิดเป็นความภูมิใจต่อตนเองและผลงาน

2.3 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นกระบวนการกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพไปในทางที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือข้อดีหลายประการเช่น แบบบันทึกช่วยให้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในระยะแรกได้รับได้ครบถ้วน ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลแรกรับผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็วและช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการ

พัฒนา ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร สำหรับ คุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางหลังการพัฒนาได้แก่ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกอ่านออกทุกข้อความ บันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาล ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล ชัดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด บันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัด ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาความสามารถของพยาบาลในเรื่องดังกล่าวต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกและด้านความต่อเนื่องของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้าน ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้

3. จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาและส่วนใหญ่แต่ละด้านอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าคุณภาพของการบันทึกบางข้อยังต้องพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก โดยก่อนการพัฒนาแบบ พบว่า การบันทึกอ่านออกทุกข้อความอยู่ในระดับต่ำมาก แต่หลังการพัฒนาแบบการบันทึกอ่านออกทุกข้อความยังอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรแก้ไขปัญหานี้โดยจัดให้มีการนิเทศ ให้คำปรึกษา และแนะนำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนัก และบันทึกให้สามารถอ่านออกทุกข้อความ

References

1. Cheevakasemsook A. Facilitating change: The development of an effective nursing documentation system in a medical-surgical ward in Thailand. [dissertation], Charles Sturt University, Wagga Wagga, NSW, Australia; 2005.
2. Ehrenkranz RA. The newborn intensive care unit. In J. A. McMillan, R. D. Feigin, C. DeAngelis, & M. D. Jones (Eds.), OSKI'S pediatrics principles & practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

3. Panpluet W. Nursing research. Kon Kaen: Kon Kaen University, 1997. (in Thai).
4. Swansburg RC. Management and leadership for nurse managers. 2nd ed. USA: Jones and Bartlett Publishers; 1996.
5. Fischbach FT. Documenting care: Communication the nursing process and documentation standard. Philadelphia: F.A. Davis; 1991.
6. White L. Documentation & the nursing process. Clifton Park: Delmar, a division of Addison-Wesley Publishing; 2003.
7. Luangamornlert S., Limumnuylap, S, Senaruck W. Nursing process: Theory and application. Kon Kaen: Kon Kaen University; 2007.
8. Walus J-W. Fundamentals of documentation. Skill Masters: Better documentation. New York: Lippincott Williams & Wilkins A Wolter Kluwer; 2003.
9. Crisp J., Taylor C. Potter & Perry, s fundamentals of nursing. 2nd ed. Australia: Marrickville Elsevier; 2005
10. Iyer PW., Camp NH. Nursing Document: A Nursing Process Approach. 2nd ed. St. Louis: C.V. Mosby; 1995.
11. Harnyoot. O. Nursing process and implications. Journal of The Ro. 2014;15: 137-143. (in Thai)