การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

The development of Nursing documentation for specific diseases: Inpatient department Chaturaphakphiman Hospital

สุภารัตน์ ทัพโพธิ์* รุ่งรัศมี เหมวัฒน์ วิภาพร แนบโนนสูง*****

Suparat Tappo, Rungratsamee Hammawat, Wipaporn Napnonsoong

Corresponding author: E-mail: Suparatta@kkumail.com

(Received: February 1, 2024; Revised: February 8, 2024; Accepted: March 7, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญ ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วย โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 20 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนพฤศจิกายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : 1) พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 70 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานการบันทึกการพยาบาล เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ร้อยละ 60 และเคยได้รับอบรมเกี่ยวกับการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 50.0 2) รูปแบบเฉพาะโรคที่สำคัญจำนวน 2 กลุ่มโรค ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง (IMC) และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และ 3) ผลการประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป พบว่า ภาพรวมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ย 82.6 (SD.=22.6.) รูปแบบเฉพาะ มีค่าเฉลี่ย 90.2 (SD.=19.7) และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม และรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : บันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค; โรคที่สำคัญ; โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง; โรคติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : To study the situation, develop a model and study the effectiveness of a nursing recording format specific to important diseases, inpatient building, Chaturaphakpiman Hospital.

Study design : Research and development (Research and development)

Materials and methods : Study of professional nurses with 1 year or more of work experience working inpatient department Chaturaphakphiman Hospital. There were 20 participants who met the inclusion and exclusion criteria, we were conducted between March - November 2023 and analyzing the data, using descriptive statistics frequency, percentage, mean and standard deviation. And inferential statistics, Paired sample t-test, statistical significance was set at 95% confidence interval.

Main finding : 1) 70 percent of professional nurses have never received training on nursing recording standards 60% had received training in caring for mid-term stroke patients and 50.0% had received training in caring for bloodstream infections. 2) Specific patterns of 2 important disease groups, consisting of: Mid-stage cerebrovascular disease (IMC) patients and patients with bloodstream infections (Sepsis) and 3) The results of the evaluation comparing the average quality of quantitative nursing recordings for disease-specific formats with general formats found that the overall quality of nursing recordings for specific formats had an increased average. The original format had a mean of 82.6 (SD.=22.6.), the specific format had a mean of 90.2 (SD.=19.7), and they were satisfied with using the original nursing recording format. and disease-specific nursing recording formats statistically significant difference ($p<.001$).

Conclusions and recommendations : This research is a model for development nursing recording formats in other disease groups to ensure the quality of nursing services, continuous development.

Keywords : Nursing documentation; Specific diseases; Intermediate care; Sepsis

*Registered Nurse, Professional Level, Chaturaphakphiman Hospital.

บทนำ

บันทึกทางการพยาบาลถือเป็นหลักฐานที่บ่งชี้ในการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีการเขียนรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาล สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[1-6] ซึ่งเป็นไปตามประกาศของสภาการพยาบาล ในมาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์พ.ศ.2562 มาตรฐานที่ 5 เรื่องการบันทึกและรายงาน ซึ่งระบุไว้ว่า "... บันทึกและรายงานการพยาบาลและผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตาม กระบวนการพยาบาลโดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัดมีความต่อเนื่อง และ สามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ ..."[2] นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลยังต้องใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่ารักษาจาก สปสช. ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพเวชระเบียนในส่วนของการบันทึกทางการพยาบาล[5] การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจะต้องสะท้อนแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยอาจใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่ง หรือหลายทฤษฎีร่วมกันในการประเมินภาวะสุขภาพ จนถึง การประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย ดังนั้นถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานุ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี[6-12] ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการใช้วิธีการจดบันทึกการพยาบาล ลงบนแบบฟอร์ม (Paper-based) ที่หน่วยบริการพยาบาลต่างๆ กำหนดขึ้น ซึ่งมีทั้งที่เป็นการบันทึก แบบบอกเล่าเรื่องราว (Narrative record) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem orientation record) ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล แต่ละแบบมีจุดดีและจุดด้อยแตกต่างกันไป และบันทึกทางการพยาบาลมีหลายลักษณะตั้งแต่แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มสัญญาณชีพ แบบบันทึกปริมาณ สารน้ำเข้า – ออก แบบบันทึกการสอน แบบสรุปการดูแล แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note) หรือบางหน่วยงานอาจมีแบบฟอร์มอื่นๆ อีก เช่น แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แต่ปัญหาที่พบเสมอ คือ การบันทึกด้วยลายมือทำให้อ่านไม่ออก การบันทึกที่ไม่ครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องกับผลการรายงาน เกี่ยวกับปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล ชนิด Paper based จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหา 1) ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ 2) พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล คือ ด้านวิธีการเขียนแบบบันทึก ด้านความสามารถในการเขียนบันทึก ด้านการประเมินผลและ ด้านการตรวจสอบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล[4-7] ปัญหาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นผลกระทบชัดเจนต่อการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล และมาตรฐานของโรงพยาบาลในประเทศไทย จาก การศึกษาค้นคว้าที่ผ่านมา พบว่าการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการกำหนดปัญหา การประเมินอาการและการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ที่เฉพาะเจาะจงกับโรค ครอบคลุมประเด็นปัญหาและการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานสูงสุด[13] และผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลยัง พบว่าการจัดแนวเอกสารให้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล การใช้คำศัพท์เทคนิค และการใช้รูปแบบและระบบที่ใช้งานง่าย การพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยให้มีผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการเขียนที่ถูกต้อง มีคู่มือการเขียนบันทึกการพยาบาล การปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล การมีระบบการประเมิน และมีการตรวจสอบ อย่างสม่ำเสมอ มีความสำคัญต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในระดับสูง[14-16] ต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดี[5,7,10,12] จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนงานวิจัย

และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนารูปแบบการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะทั้งในประเทศ และต่างประเทศการบันทึกทางพยาบาลมีความสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ดี ได้มีการศึกษารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ที่ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.04, SD. = 0.62) โดยเฉพาะด้านประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ด้านเวลาและความสะดวกในการบันทึก และด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึกอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.24, 3.80, 4.00 ตามลำดับ SD.= 0.57, 0.98, 0.82 ตามลำดับ) ลดระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลได้เฉลี่ย 2.67 นาที คิดเป็น 27.0% คุณภาพของการบันทึกหลังการใช้แบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ย 84.13%[3] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ได้ใช้กระบวนการ FOCUS- PDCA ซึ่งศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการอุบัติเหตุหรืออาการป่วยฉุกเฉินจำนวน 90 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ FOCUS-PDCA ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา[7] และยังมีงานวิจัยที่ยืนยันว่าการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติ การรับรู้ที่ถูกต้อง[14-16] ดังเช่นงานวิจัยที่นำเสนอ Best Practice แบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเก็บข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลใน South Florida จำนวน 30 คน พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยพฤติกรรมผู้ป่วยในมีการรับรู้ความสามารถในตนเองเชิงบวก มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมแล้วเห็นด้วยร้อยละ 95 และทัศนคติในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองใช้เพิ่มมากขึ้นจากก่อนใช้ และก่อนการทดลองผู้เข้าร่วมร้อยละ 41 ที่ทราบถึง มาตรการในการคัดกรองสารเสพติดและหลังทดลองผู้เข้าร่วมทุกคนรับรู้ถึงมาตรการร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถตอบได้ถูกต้องว่าการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะเป็นพื้นฐานที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย[16]

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีการใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการตรวจสอบคุณภาพและประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โดยใช้การบันทึกตามรูปแบบกระบวนการพยาบาลในรูปแบบ Focus charting ในระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบบันทึกทางการพยาบาลมาโดยตลอด มีการปรับปรุงแบบฟอร์มต่างๆ อย่างต่อเนื่อง แต่คุณภาพในการบันทึกยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนของผลลัพธ์ด้านการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลที่เฉพาะจากการทบทวน Case มีภาวะแรกซ้อน หรือทรุดลงขณะที่นอนรักษา จากหลักฐานการบันทึกทางการพยาบาลยังพบความไม่ครอบคลุมครบถ้วนและไม่ตรงประเด็นพยาบาล ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาและมาตรฐานทางคลินิก ทั้งในด้านการประเมิน การประเมินซ้ำ การเฝ้าระวังและการปฏิบัติการ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากการดูแลให้การพยาบาล บริบทโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานปัจจุบันได้มีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีความซับซ้อนเฉพาะโรคเฉพาะรายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้มีการเปิดให้บริการ IMC ward (Intermediate care ward) การจัด Zone และการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยเฉพาะ ซึ่งทั้งสองกลุ่มโรคนี้จัดเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จาก สถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2563 2564 2565 พบ Case ที่นอนรักษาในกลุ่มโรคสำคัญดังกล่าวจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วย Hight risk High volume จำนวน 238, 162 ,91 ครั้งต่อปี ตามลำดับ ซึ่งต้องใช้ต้นทุนในการรักษาค่อนข้างสูง มีวันนอนเฉลี่ยสูงเช่นกัน โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเฉลี่ยประมาณ 1,000,000 ล้านบาทต่อปี รวมทั้งอัตราการเกิภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องส่งต่อสถานพยาบาลอื่น และ

รักษานานขึ้นเฉลี่ย> ร้อยละ 3 แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นจากการวิเคราะห์สาตุของปัญหา และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation) จะเห็นได้ว่าบันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์มากมายในด้านทั้งวิชาชีพพยาบาลและด้านการดูแลผู้ป่วย ช่วยในการวางแผน และดำเนินการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลที่ตรงตามมาตรฐานช่วยให้สามารถวิเคราะห์และปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ลภาวะแทรกซ้อน ทำให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแนวทางแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแนวคิดและเนื้อหาของการพัฒนารูปแบบวิวัฒนาการการบันทึกทางการพยาบาล

ดังนั้นวิจัยพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของตึกผู้ป่วยในแบบเฉพาะรายโรคที่สำคัญ เป็นต้นแบบเพื่อให้เกิดรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแบบเฉพาะเจาะจงให้ได้มาตรฐาน และเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลรายโรคที่สำคัญเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้มีแนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแรักษาพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดภาระค่าใช้จ่าย และภาระงานในการบันทึกทางการพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้กระบวนการพยาบาล และยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคดังกล่าว นำไปสู่บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญ ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 มีนาคม – 30 พฤศจิกายน 2566

ขอบเขตการศึกษา ทำการศึกษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างละ 30 เวชระเบียน โดยสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนร่วมกันพัฒนาขึ้นจากการทบทวนทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์อบรมด้านการบันทึกทางการพยาบาล ประสบการณ์การอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 2) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามหลักของ 4C+1C ได้แก่ ถูกต้อง (Correct) ชัดเจน (Clear) ครบถ้วน (Complete) ได้ใจความ (Concise) และความต่อเนื่อง (Continuous) โดยแบ่งตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน 1) ด้านการประเมิน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการวางแผนการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ และ 5) ด้านการประเมินผลการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ

3) แบบบันทึกอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบบันทึกทางการเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และ โรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93, 0.98, 0.90 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนก่อนนำไปทดสอบและนำไปใช้จริง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาดำเนินการนำแบบบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และ โรคติดเชื้อในกระแสเลือดและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะรายโรคและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในจำนวน 5 คน เวชระเบียนเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง 10 เวชระเบียน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 10 ราย นำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะรายโรคและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder Richardson) โดยของแบบความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะรายโรค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ค่าความเที่ยง = 0.89

วิธีดำเนินการวิจัย : ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีวงล้อการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (Demming cycle) ในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 (Plan) การวิเคราะห์สถาณการณ์การบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มโรคผู้ป่วย IMC (Intermediate care) และกลุ่มผู้ป่วย Sepsis โดยการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน 2566) และการทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 35 ชุด เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และสรุปประเด็นปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบ ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจ และรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่สำคัญที่เกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 2 (Do) การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการออกแบบพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรค โดยใช้มาตรฐานการตรวจสอบเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ออกแบบโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการทดลองนำไปใช้

ระยะที่ 3 (Check) การทดลองใช้ ประเมินผลเป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์งานวิจัย โดยนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างละ 5 รายในระหว่างเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2566 หลังสิ้นสุดการทดลองใช้ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์

ที่ได้ร่วมกับการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคสำคัญให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 (Act) การนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคสำคัญไปใช้จริงและประเมินผล ผู้วิจัยนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการปรับปรุงแล้วไปใช้จริง ออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดหลังทดลอง (Quasi experimental design with two group post -test) ในระหว่างเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะโรค และรูปแบบทั่วไป คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะโรค และรูปแบบทั่วไป โดยใช้ สถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0942565 และได้ทำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน หลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมกับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มประชากรศึกษามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธและถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และถูกวิเคราะห์ในภาพรวม เมื่อกลุ่มประชากรตกลงเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญแบบ Focus charting ของโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรคติดเชื้อ ประกอบด้วย 1.1 แบบประเมินแรกรับเฉพาะโรคตาม CPG 1.2 แบบประเมินซ้ำเฉพาะโรค ตาม CPG 1.3 Nursing problem listโดยกำหนดเป็นเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย (Goal outcome) 1.4 แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note) และ 1.5 แบบวางแผนจำหน่ายเฉพาะรคตาม D-MTHOD

2) ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 29 ปี โดยมีอายุ 31-35 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ อายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 และน้อยที่สุดคืออายุ 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.4 ซึ่งทุกคนจบการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 8 ปี พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 70 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานการบันทึกการพยาบาล เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ร้อยละ 60 และเคยได้รับอบรมเกี่ยวกับการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 50.0

3) ผลการประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป พบว่า ภาพรวมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ย 82.6 (SD.=22.6.) รูปแบบเฉพาะ มีค่าเฉลี่ย 90.2 (SD.=19.7) พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่สูงสุดคือด้านการประเมิน มีค่าเฉลี่ย 94.1(SD.=18.8) รองลงมาคือด้าน การวางแผนการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 92.2 (SD.=18.4) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป ตามหลัก 5C จำแนกตามกระบวนการพยาบาล

รูปแบบการบันทึก	รูปแบบทั่วไป	รูปแบบเฉพาะ
	Mean(SD.)	Mean(SD.)
ด้านการประเมิน	82.8(23.1)	94.1(18.8)
ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล	80.4(22.5)	88.4(20.3)
ด้านการวางแผนการพยาบาล	82.6(23.4)	92.2(18.4)
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	81.2(21.5)	86.8(21.3)
ด้านประเมินผลการพยาบาล	86.4(25.2)	88.6(20.2)
ภาพรวมการบันทึกทางการพยาบาล	82.6(22.6)	90.2(19.7)

4) ผลการประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป พบว่า ภาพรวมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านคุณภาพรูปแบบเฉพาะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยด้านคุณภาพ 81.6 (SD.=23.9) รูปแบบเฉพาะ มีค่าเฉลี่ย 90.2 (SD.=23.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่สูงสุดคือการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 96.9 (SD.=23.5) รองลงมาคือ ด้านการบันทึกด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 91.8 (SD.=22.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพก่อน และหลังพัฒนาตามหลัก 5C จำแนกตามกระบวนการพยาบาล

ด้านการบันทึก	รูปแบบทั่วไป	รูปแบบเฉพาะโรค
	Mean(SD.)	Mean(SD.)
การบันทึกด้านการประเมิน	80.8(24.6)	90.6(21.0)
การบันทึกด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล	84.4(25.3)	89.5(24.2)
การบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาล	82.6(23.3)	96.9(23.5)
การบันทึกด้านการปฏิบัติการพยาบาล	80.2(24.1)	91.8(22.2)
การบันทึกด้านการปฏิบัติการประเมินผลการพยาบาล	80.4(24.3)	91.3(22.1)
ภาพรวมการบันทึกทางการพยาบาล	81.6(23.9)	92.0(23.5)

5) ผลการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบ Internal audit ของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญ เท่ากับร้อยละ 95.00

6) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญกับรูปการณ์บันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไปแยกรายด้าน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไปกับแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ แยกรายด้าน (n=20)

รายการประเมิน	รูปแบบทั่วไป	แบบเฉพาะโรค	Mean diff.	p-value
1. สามารถบันทึกได้ครอบคลุมการดูแลตามกระบวนการพยาบาล	2.45	4.58	2.13	<.001
2. เอื้อให้การบันทึกรวบรัดและกระชับ	3.84	4.56	0.72	<.001
3. สามารถบันทึกได้ง่าย	2.62	4.82	2.2	<.001
4. สามารถลดระยะเวลาบันทึกได้	3.31	4.89	1.58	<.001
5. ง่ายต่อการหาประเด็นสำคัญหรือปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว	2.86	4.76	1.9	<.001

7) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ กับรูปการณ์บันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 1.70, 95%CI=0.88-1.96 (p=.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบความพึงพอใจภาพรวมต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไปกับแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ

ความพึงพอใจ	Mean	Mean diff.	95%CI	p-value
รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป	3.01	1.70	0.88-1.96	<.001
รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค	4.72			

8) ผลเปรียบเทียบ จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อน-หลังการพัฒนา พบว่าอุบัติการณ์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อน-หลังการพัฒนา

รายการ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1. โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (IMC) อุบัติการณ์		
การเสียชีวิต	0(0.00)	0(0.00)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง	7(10.76)	0(0.00)
2. โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) อุบัติการณ์		
การเสียชีวิต	0(0.00)	0(0.00)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง	17(2.45)	2(0.30)

วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้ชี้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญมีผลต่อกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[10-12,14-16] ที่พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้เกิดคุณภาพการรักษาที่ดี ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน และเกิดความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลและลดระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลสามารถบันทึกได้อย่างครอบคลุม กระบวนการพยาบาลส่งผลให้เกิดคุณภาพททั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาแบบบันทึกในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในพัฒนาแบบฟอร์มปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา วางแผน และนำผลการพัฒนา ทบทวนปรับปรุงแก้ไข และได้ร่วมประเมินผลมีการสะท้อนความคิดเห็น เห็นประโยชน์ร่วมกันนำผลไปปฏิบัติซ้ำและวัดผลปรับปรุงแบบฟอร์มหลายครั้งการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า การกำหนดแบบฟอร์มการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแลประเมินผลการพยาบาลที่ชัดเจนช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบริหารทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ระบบบริการคุณภาพที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันให้บริการแบบองค์รวมจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในแผนการดูแลรักษาสูงขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญของตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเป็นแบบฟอร์มการบันทึกเน้น Focus charting พยาบาล และสหวิชาชีพสรุปได้ว่าการบันทึกแบบนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพเห็นการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างชัดเจนขึ้น ข้อมูลที่รวบรัด และกระชับ ชี้ชัดในความต้องการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญและปัญหาได้อย่างรวดเร็ว สื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพง่ายและชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากที่สุด คือการประเมิน โดยมีการบันทึกอาการสำคัญ

และการประเมิน V/S แรกรับ การประเมินอาการแรกรับและประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ส่วนการบันทึกที่ยังพบว่าไม่ครอบคลุมครบถ้วนได้แก่การประเมินซ้ำตามมาตรฐานที่กำหนดโดยไม่ทันเวลาในการประเมินเฉลี่ย 5 นาที ซึ่งควรมีการดำเนินการเพิ่มเติม ได้แก่ (1) การนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคไปใช้ไป โดยชี้แจงรายละเอียดและซักซ้อมความเข้าใจในมาตรฐานและคู่มือการใช้ เพื่อให้มีความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติที่ตรงกันอาจจะต้องมีการทำให้ดูเป็นตัวอย่างรายกรณี (2) ควรมีการสุ่มตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนในการใช้มาตรฐานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน (3) ควรมีการติดตามนิเทศจากหัวหน้างาน พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลและการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ (4) ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาลโดยเฉพาะ (5) ควรมีการสื่อสารผลการประเมินแบบ Real time ใน web board ของทางกลุ่มงานการพยาบาล และ หากมี Case ที่มีอาการทรุดลง ส่งต่อให้มีการทบทวนรายกรณี ภายใน 72 ชั่วโมงเพื่อวิเคราะห์สถาณการณ์และปัญหาและนำไปวางแผนปรับปรุงได้ทันท่วงที และ (6) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึกทางการพยาบาล, POP up Alert ในการประเมินซ้ำในระบบ Open chat, เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่สามารถ Auto run ในการประเมินซ้ำ Alam เมื่อพบ sign ผิดปกติสามารถ เชื่อมต่อเป็นการบันทึกการประเมิน V/S หรืออาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีลดการเขียนในกระดาษหรือแบบฟอร์ม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป (1) ควรมีการศึกษาทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการบันทึกทางการพยาบาล (2) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และ (3) ควรมีขยายผลการศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้บันทึกการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลครั้งนี้เป็น โมเดลแรกที่ชี้เฉพาะโรคสำคัญเพียงสองโรคหลักและแนวทางการปฏิบัติในกระบวนการดูแลทาง Clinic มีการ update อยู่เสมอบางครั้งเป็นข้อจำกัดในการประชุมทีมและสื่อสารแนวทางให้ตรงกัน แม้จะเปิดช่องทางการหลากหลายช่องทาง แต่การกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานยังเป็นปัจจัยสำคัญในการนำแนวทางหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึกทางการพยาบาล, POP up Alert ในการประเมินซ้ำในระบบ Open chat, เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่สามารถ Auto run ในการประเมินซ้ำ Alam เมื่อพบ Sign ผิดปกติสามารถ เชื่อมต่อเป็นการบันทึกการประเมิน V/S หรืออาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีลดการเขียนในกระดาษหรือแบบฟอร์ม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการบันทึกให้มีมาตรฐานและลดภาระงานของพยาบาลรวมทั้งได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน.กรุงเทพ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
2. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 [อินเตอร์]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0030.PDF
3. วิทวดี สุวรรณศรวล, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่. Nursing Journal. 2016;43(3):128-36.
4. อุดมพร คำล้ำเลิศ. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2017.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: ยูเนียน. 2563.

6. กาญจนา ธานะ, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น. บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. Nursing Journal. 2015;42(1):164-70.
7. อรวรรณ ณ ลำปาง, ดอกไม้ บุตรดา. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการ พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลบางกรวย. Journal of Nursing and Public Health Research. 2021;1(3):31-44.
8. ปาลิตา พูลเพิ่ม, นงเยาว์ มีเทียน, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. ปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2022;19(2):88-99.
9. โสภา คำชัยลึก, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, ทรียาพรรณ สุภามณี. การพัฒนาคุณภาพการ ตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ. Nursing Journal. 2016;43(4):105-13.
10. มลิวัลย์ มูลมงคล, ศศิธร ศรีภูษณาพรรณ, ฉวี สิทธิวางค์กูล, ยุพิน ตันอนุชิตติกุล, ปิยธิดา จุลละปีย.ผลการใช้การบันทึกทางการพยาบาล แบบชี้เฉพาะ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำปาง วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(2):409-17.
11. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ประสิทธิผลของการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะต่อความสมบูรณ์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลความรู้ และความพึงพอใจของพยาบาลอายุรกรรม. Thammasat University Hospital Journal Online. 2021;6(2):1-13.
12. สาวิตรี ใหม่โบราณ, อาภัสรา พันขาม, นุชนาฏ แสนสุข. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2022;19(1):173-80.
13. De Groot K, Triemstra M, Paans W, Francke A L. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. Journal of advanced nursing. 2019;75(7):1379-93.
14. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of advanced nursing. 2011;67(9):1858-75.
15. Collins S A, Cato K, Albers D, Scott K, Stetson P D, Bakken S, et al. Relationship between nursing documentation and patients' mortality. American Journal of Critical Care. 2013;22(4): 306-13.
16. FRANCOIS, Nicole. Nursing Documentation in an Inpatient Behavioral Health Unit: A Best Practice Quality Improvement Project; 2021.