

**ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และคุณภาพ
การบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2566**
**The efficacy of focus charting in enhancing the caliber of nursing recordings
and nursing recording quality Hospital Nong Phok, Roi Et Province**

ปิยนุช พลเยี่ยม* ธีราพร อาจชุมชัย ปัญจา ชมภูรวัช*****
Piyanoot Phonyiam, Theraporn Artchumchai, Punja Chomputawat
Corresponding author: E-mail: pannappz2555@gmail.com
(Received: May 22, 2024; Revised: May 26, 2024; Accepted: June 17, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาคุณภาพ และศึกษาประสิทธิผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting Record)

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 เมษายน 2566 จำนวน 339 ชาร์ต คัดเลือกตามเกณฑ์ คัดเข้าคัดออก ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 164 ชาร์ต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting nursing record) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : การวิเคราะห์สถานการณ์ผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) การบันทึกไม่ครอบคลุมทั้ง A-I-E (Assessment-Intervention-Evolution) ไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อนต้องใช้เวลาการบันทึกนาน บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บันทึกข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และไม่เป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ส่วนการพัฒนาคุณภาพมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การวางแผน (Plan) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. สังเกต (Observe) และ 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.58 คะแนน เป็น 1.74 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลครบถ้วนและเชิงคุณภาพหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.24 คะแนน เป็น 2.55 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลการบันทึกครบถ้วนสมบูรณ์ 100%

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้แก่ทีมวิชาชีพได้ชัดเจน ง่ายต่อการอ่าน และลดระยะเวลาในการบันทึก หัวหน้างานควรมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพพบทวนการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

คำสำคัญ : การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ; Focus charting

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองพอก

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To analyze the situation, develop quality and study the effectiveness of specific nursing care focus charting record (Focus charting Record).

Study design : Action Research.

Material and Methods : The population and sample consisted of 13 professional nurses working at the inpatient building. Purposive sampling of in-patient medical records during day 1 March - April 30, 2023, 339 charts, selected according to criteria sort out a sample group of 164 charts were obtained. The tools used in the research were: Recording Quality Assessment Questionnaire focus charting nursing record qualified person. The content validity index (CVI) was equal to 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean and standard deviation.

Main findings : Focus charting nursing outcomes situation analysis. The module does not cover either A-I-E (Assessment-Intervention-Evolution) to discover the patient's real or potential problems. But the lack of documentation causes many parts of the record to be duplicated many times, resulting in a large number of records that do not support the operation of nurses. Quality development, there is a 4-step process: 1. Plan 2. Action 3. Observe and 4. Reflection. Comparative analysis of the mean total scores for quality assessment of nursing records with a quantitative focus charting after development. The mean scores increased from 1.58 to 1.74. Most of them had the mean of complete and qualitative data after development. There was an increase in the mean score from 2.24 to 2.55. Most had the mean of complete information.

Conclusion and recommendations : This research resulted in clear communication of patient information to the professional team easy to read and shorten recording time supervisors should assign professional nurses to continuously review specific nursing records to achieve the development of nursing quality.

Keywords : Focus charting Record; Focus charting

*Registered Nurse, Professional Level, NongPhok Hospital

** Registered Nurse, NongPhok Hospital

*** Registered Nurse, Senior Professional Level, NongPhok Hospital

บทนำ

รูปแบบการบันทึกการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ของโรงพยาบาลหนองพอก มีการเปลี่ยนแปลงการบันทึกจากรูปแบบเดิมตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 จนถึงปัจจุบัน ผลการประเมินทบทวนเวชระเบียน (Audit) ตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบว่า ลดลงจากเดิมปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 87.11 เป็นร้อยละ 85.16 ในปี พ.ศ.2564 จึงมีการทบทวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และศึกษา Pilot Project ในเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 60 ชาร์ต พบว่า การบันทึกทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพค่าคะแนนต่ำในประเด็นการบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยมีการระบุชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งพยาบาล ผู้ประเมินแรกจับด้วยลายมือที่อ่านออกชัดเจนได้ร้อยละ 65 ส่วนด้านอื่นๆ มีค่าคะแนนมากกว่าร้อยละ 71 บันทึกยังไม่ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง และไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย พยาบาลยังไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อน ต้องใช้เวลาการบันทึกมาก บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทักข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และไม่เป็นตามมาตรฐาน ขาดการประเมินผลที่เพียงพอ

หากมีการนำหลักการเกณฑ์การประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ มาใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม มีการพัฒนาการบันทึกการพยาบาลให้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ จะเป็นหลักฐานสำคัญที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการรักษานักศึกษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลสำคัญทางการแพทย์พยาบาลต่อประสิทธิภาพของการดูแล รักษา โดยผู้จัดทำโครงการได้จัดทำเกณฑ์การประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนขึ้น ซึ่งอิงจากการใช้กระบวนการพยาบาล (หลัก AIE) กองการพยาบาล¹ การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมโดยหลัก 4 C (ถูกต้อง Correct, ครบถ้วน Complete, ชัดเจน Clear และ ได้ใจความ Concise) และอิงจากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน²

เพื่อให้พยาบาลพึงพอใจในรูปแบบการบันทึก Focus charting และอาจเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาคุณภาพ และศึกษาประสิทธิผลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting Record)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflecting)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หนองพอก และผ่านการอบรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records) จำนวน 61 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการระหว่างเดือน 1 มีนาคม - เมษายน 2566 จำนวน 339 ชาร์ต

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหนองพอก และผ่านการอบรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก คัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน

2. เวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นที่เข้ารับบริการระหว่างเดือน 1 มีนาคม – เมษายน 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก จำนวน 164 ชาร์ต

3. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือก และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Include Criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นเวรปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองพอก และมีอายุงานมากกว่า 2 ปี

2. ผ่านการอบรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records)

3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

4. เวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง และจำหน่ายจากโรงพยาบาล คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER ได้กลุ่มตัวอย่าง 164 ชาร์ต นำเวชระเบียนมาจัดเรียงทั้งหมด 339 ชาร์ต และเรียงลำดับแยกกลุ่มโรค และใส่หมายเลข 1 – 164 สุ่มหยิบแต่ละกลุ่มโรคจำนวนเท่าๆกัน จนครบตามจำนวนเวชระเบียนตามที่กำหนด โดยสุ่มแบบเป็นระบบ (Systemic Sampling)

เกณฑ์การคัดออก (Exclude Criteria)

1. ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยต่อ

2. ไม่ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Focus group) ในปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขในการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records) ได้แก่ Focus list; ส่วนของการบันทึก Focus list ที่ไม่สัมพันธ์กัน, Nursing Goal และ Nursing Process; ความครอบคลุมในการบันทึก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาที่นำไปสู่การแก้ปัญหา จึงจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบการพัฒนาตามมาตรฐานที่กำหนด แล้วนำแนวทางที่ได้ไปใช้จริง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (kemmis & Mc Taggart)³ โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีกระบวนการบันทึกตามกรอบแนวคิดเชิงระบบของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล⁴ มีกระบวนการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (plan) การวางแผน การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามแนวทางการ

บันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานภายในทีมและรวบรวมผลการวิเคราะห์ปัญหาออกมาออกแบบการพัฒนาในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งกิจกรรมการวางแผนประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่สำคัญ คือ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของ Focus list, Nursing Goal และ Nursing Process การจัดทำร่างแนวปฏิบัติการคัดแยก โดยเลือกประเด็นปัญหาที่พบเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ แจ้งให้พยาบาลผู้ปฏิบัติทราบและดำเนินการ โดยการจัดทำโครงการและการกำหนดกิจกรรม ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2566

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ประยุกต์ใช้กระบวนการบันทึกตามกรอบแนวคิดเชิงระบบของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล⁴ มีกระบวนการ ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมาย หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาล ให้นโยบายและมอบหมายงานเรื่องการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการแพทย์ โดยหัวหน้าตึกผู้ป่วยในเป็นผู้รับนโยบายไปถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อการบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้องได้มาตรฐาน สามารถเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลและปัญหาผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การออกแบบการบันทึก กำหนดแบบฟอร์มการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) วัน เดือน ปี 2) Focus list 3) Nursing Goal และ 4) Nursing process

3. การสื่อสาร หน่วยงานผู้ป่วยในดำเนินการจัดทำ Work shop ค้นหาปัญหาจากก้านักทางการแพทย์พยาบาล จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องกระบวนการพยาบาลพื้นฐานสำคัญของการบันทึก, การค้นหาปัญหาผู้ป่วยข้างเตียง (TCAB) โดย Demonstrate, Nursing Care plan, แนวคิดการบันทึกแบบ Focus charting องค์ประกอบของ Focus charting การบันทึก Focus charting กิจกรรม Work shop แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน Case study ออกแบบและจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

4. การนำลงสู่การปฏิบัติ โดยมอบหมายให้พยาบาลปฏิบัติตามคู่มือ มีการนิเทศติดตาม และประเมินการบันทึก

ทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพการบันทึก
ทางการพยาบาล (Audit)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe)

1. การใช้ประโยชน์ เป็นการสื่อสารในทีม
สหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และต่อเนื่อง
หรือเป็นข้อมูลวิจัย หรือพัฒนาต่อยอด

2. การติดตามและการปรับปรุง โดยมีการนิเทศ
ติดตามหน้างานทุกวันโดยหัวหน้างาน และ Audit chart
โดยคณะกรรมการบริการในกลุ่มการพยาบาลทุกเดือน
และปรับปรุงคุณภาพการบันทึก

3. สังเกต (Observe) การนำแนวทางพัฒนา
ที่ปรับปรุงขึ้นมาและนำไปถ่ายทอดให้พยาบาลในหน่วยงาน
ผู้ป่วยใน นำไปใช้โดยการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผล
การใช้แล้วนำมาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวทาง
การบันทึกโรคที่ครอบคลุม

4. ติดตามประเมินผล เรื่องความถูกต้องของการ
การบันทึกจากหน้างานโดยหัวหน้างานทุกวันในวันราชการ
เช้า และทบทวนโดยคณะกรรมการบริการทบทวน
ทุก 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

วิเคราะห์ประเมินผลการใช้แนวทางการบันทึก
ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) และ
สะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาสู่ผู้ปฏิบัติ หัวหน้างาน และ
คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ปรับปรุงและพัฒนา
สะท้อนกลับข้อมูลเป็นวงล้อของการพัฒนา ต่อไป

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย ระยะสรุป
และประเมินผลการวิจัย (Evaluation) ทำการสรุป และ
ประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ
ตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น กำหนดตารางการทบทวนตาม
แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
เก็บสถิติผลการทบทวนการบันทึกที่ยังไม่สมบูรณ์ว่า
มีผลการทบทวนเป็นอย่างไร รวมทั้งการประเมินความรู้
ของพยาบาลผู้ปฏิบัติหลังดำเนินการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการบันทึกคุณภาพการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ
ทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบ

คุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย
คณะกรรมการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล ผู้ชำนาญการด้านการบันทึก
ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และพยาบาลที่ทำหน้าที่
บันทึกทางการพยาบาลผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา
และโครงสร้างรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา
โดยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไข และ
ทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity
index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 ทดลองใช้กับ เวชระเบียน
ผู้ป่วยใน จำนวน 33 ชาร์ต แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน
คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอน คือ 1. เครื่องมือที่ใช้
ในการพัฒนา ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการบันทึก
ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting)
ซึ่งประกอบด้วย ด้านปริมาณ (Quantity) และด้านคุณภาพ
(Quality) ดังนี้ 1) ด้านปริมาณ (Quantity) การประเมิน
มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับการประเมินและเกณฑ์การให้
คะแนนออกเป็นระดับ ดังนี้ การแปลผลคะแนนใช้มาตรวัด
แบบ 3 ระดับ โดย ระดับคะแนน 2 = ข้อมูลครบถ้วนหรือ
สมบูรณ์ ระดับคะแนน 1 = ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์
ระดับคะแนน 0 = ไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่ถูกต้อง และ
2) ด้านคุณภาพ (Quality) การประเมินมีจำนวน 20 ข้อ
แบ่งระดับการประเมินและเกณฑ์การประเมินโดยใช้มาตร
วัดแบบ 4 ระดับ การแปลผลค่าคะแนน โดยระดับคะแนน
3 = มีการบันทึกครบ 100% ระดับคะแนน 2 = มีการบันทึก
มากกว่า 50% ระดับคะแนน 1 = มีการบันทึกน้อยกว่า 50%
ระดับคะแนน 0 = ไม่มีการบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล
โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความครบสมบูรณ์
เรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistic Package for
the Social Sciences), โปรแกรม Excel และนำเสนอ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ข้อมูลทั่วไป
ใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่
(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมเป็นสำคัญ จะดำเนินการภายหลังจากได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0422566 ลงวันที่ 7 เมษายน 2566 ทั้งนี้โดยกลุ่มเป้าหมายต้องยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ และขออนุญาตให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามข้อมูล และการแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา กลุ่มเป้าหมายมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการ ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม และพร้อมที่จะยกเลิกทันทีเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการไม่พร้อมหรือไม่ยินยอม

ผลการวิจัย

1) การวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) หน่วยงานผู้ป่วยในมีการใช้ระบบการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 มีการจัดประชุมวิชาการก่อนการปรับเปลี่ยนจากระบบเดิม ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Internal Audit) ส่วนการบันทึกทางการแพทย์ได้ผลการประเมินต่ำและการบันทึกไม่ครอบคลุมทั้ง A-I-E (Assessment-Intervention- Evaluation) เมื่อมีพยาบาลจบใหม่มาจะถ่ายทอดความรู้ไม่ได้อบรมเพิ่มเติม จึงไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อน ต้องใช้เวลาการบันทึกมาก บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บันทึกข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและไม่เป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

2) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมิน

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบเทียบก่อนการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ส่วนใหญ่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 19 ข้อ (95.00%) (Mean=1.58, SD.=0.58)

3) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบเทียบก่อนการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ มีการบันทึกด้านคุณภาพมากกว่า 50% และบันทึกครบ จำนวนอย่างละ 10 ข้อ (50.00%) (Mean=2.24, SD.=0.82)

โดยจากการทบทวนรายละเอียดการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Chart admit) จำนวน 82 chart พบว่า 1) ลายมือชื่อของพยาบาล เขียนไม่ชัดเจน อ่านไม่ออก ไม่ระบุตำแหน่ง และไม่ลงลายมือชื่อพยาบาลประเมินแรกรับ 2) การบันทึกไม่ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง และไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย 3) การบันทึก Focus list และ Progress note ไม่สัมพันธ์กัน เขียนปัญหาใน Progress note แต่ไม่มีใน focus list (การตั้งวินิจฉัยทางการแพทย์) และ Focus Goal (การตั้งเป้าหมายการดูแล) 4) ส่วนใหญ่ไม่ระบุระยะเวลาเป็นโรคประจำตัว ระยะเวลาเริ่มป่วยในการซักประวัติในอดีต (Past illness) และ ไม่ลงบันทึกเวลาการใช้ยาต่อเนื่อง 5) ไม่พบบันทึกการใช้เครื่องมือประเมินโรคเสี่ยงสำคัญ เช่น S-O-S ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เมื่อแรกรับ ไม่ประเมินซ้ำตามแนวทางปฏิบัติ และไม่ได้รายงานแพทย์ (S-O-S4) ในผู้ป่วยอาการทรุดลง/ไม่ประเมิน Pain Score ในผู้ป่วยที่มาด้วยปวด 6) Case Acute Psychosis การวางแผนจำหน่ายไม่สอดคล้องกับการวางแผนการต่อดูแลต่อเนื่อง ควรสังเกตอาการเอะอะโวยวาย และบันทึกว่าเฝ้าระวังอาการที่จะทำร้ายคนอื่นเช่นเก็บของมีคมให้มิดชิด 7) ใบประเมินแรกรับไม่บันทึกการตรวจร่างกาย และในผู้ป่วย Cerebral concussion ไม่พบการประเมิน Neuro sign และสัญญาณชีพ

ปัญหาจากการวิเคราะห์และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในสรุปผลและพัฒนางานครั้งที่ 2 ดังนี้

1) พัฒนาการบันทึกชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งพยาบาลให้อ่านออกชัดเจน โดยใช้ตราประทับพร้อมระบุตำแหน่ง และเลขประกอบวิชาชีพพยาบาล 2) มอบหมายให้หัวหน้าเวร ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในตอนเช้าหลังรับเวร และก่อนส่งเวชระเบียนไปส่งมอบงานประกัน และสะท้อนข้อมูลกลับรายบุคคล 3) มีระบบการนิเทศพยาบาลรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยนิเทศทางคลินิกโรคต่างๆ 4) Lean ระบบการบันทึกการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้เป็น One page ในแบบฟอร์ม Admission Note จาก 2 หน้าให้เหลือเพียง 1 หน้ากระดาษ 5) จัดให้มีการประชุมวิชาการเรื่องการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ และการทำ workshop และ 6) วิเคราะห์เปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ ก่อนและหลังดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบปริมาณก่อนและหลังการพัฒนา หลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบปริมาณโดยรวมเพิ่มขึ้น (9.64%) เมื่อพิจารณารายชื่อหลังการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Discharge Planning Need) มีคะแนนรวม ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบปริมาณ เพิ่มขึ้นคิดเป็น 31.45%, 27.71% และ 17.63% ตามลำดับ แต่การประเมินอาการสำคัญและสถานะผู้ป่วย/เหตุผลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล (Chief complain) และการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness history) ลดลงคิดเป็น 2.68% และ 4.50% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบปริมาณก่อนและหลังการพัฒนา

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1	มีการระบุชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งพยาบาลผู้ประเมิน แกรับด้วยลายมือที่อ่านออกชัดเจน	1.26(0.56)	1.32(0.46)	+4.65
2	มีการบันทึกวันเดือนปีเวลาที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกครั้ง/ทุกแห่ง	1.76(0.45)	1.87(0.36)	+6.06
3	การประเมินอาการสำคัญและสถานะผู้ป่วย/เหตุผลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล (Chief complain)	1.89(0.31)	1.84(0.50)	-2.68
4	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness)	1.81(0.38)	1.84(0.50)	+1.64
5	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness history)	1.59(0.51)	1.52(0.58)	-4.50
6	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family Illness History)	1.45(0.75)	1.58(0.81)	+8.58
7	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	1.43(0.75)	1.89(0.36)	+27.71

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
8	การประเมินสภาวะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว	1.42(0.75)	1.95(0.28)	+31.45
9	การประเมินสภาพร่างกาย ครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย	1.60(0.56)	1.78(0.48)	+10.65
10	การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย(Discharge Planning Need)	1.50(0.65)	1.79(0.40)	+17.63
11	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus List)	1.54(0.52)	1.59(0.49)	+3.19
12	การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล (Goal/outcome)	1.52(0.52)	1.61(0.48)	+5.75
13	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย (Focus in Nursing progress note)	1.52(0.52)	1.71(0.47)	+11.76
14	การประเมินสภาพ (Assessment: A)	1.65(0.47)	1.77(0.42)	+7.02
15	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention: I)	1.74(0.46)	1.80(0.42)	+3.39
16	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: E)	1.64(0.50)	1.81(0.44)	+9.86
17	การประเมินซ้ำ/การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)	1.57(0.52)	1.81(0.46)	+14.20
18	การให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย	1.60(0.56)	1.77(0.51)	+10.09
19	การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) สอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง	1.53(0.54)	1.71(0.51)	+11.11
20	การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary)	1.64(0.50)	1.78(0.48)	+8.19
รวม		1.58(0.58)	1.74(0.47)	+9.64

5) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล แบบชี้เฉพาะ (Focus charting) **เชิงคุณภาพ**ก่อนและหลัง การพัฒนา หลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) **เชิงคุณภาพ**โดยรวมเพิ่มขึ้น (12.94%) เมื่อพิจารณารายชื่อ หลังการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์จิตวิญญาณของผู้ป่วย การประเมินสภาวะทาง

เศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และ การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) สอดคล้อง กับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นคิดเป็น 29.75%, 27.78% และ 20.25% ตามลำดับ แต่ประเด็นมีการบันทึก ทางพยาบาลด้วยลายมือที่อ่านออกหรือสามารถอ่านได้ โดยง่ายชัดเจนทั้งฉบับ และการบันทึกประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต (Past illness history) ลดลงคิดเป็น 0.47% และ 1.82% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) **เชิงคุณภาพ**ก่อนและหลังการพัฒนา

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1	มีการลงชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งพยาบาลผู้บันทึก ด้วยลายมือที่อ่านออกชัดเจนทุกแห่ง	2.01(0.72)	2.02(0.57)	+0.50
2	มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่อ่านออกหรือ สามารถอ่านได้โดยง่ายชัดเจนทั้งฉบับ	2.12(0.82)	2.11(0.54)	-0.47
3	การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/เหตุผลที่รับ ผู้ป่วยในในความดูแล (Chief complain)	2.63(0.71)	2.77(0.65)	+5.19
4	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness)	2.58(0.66)	2.78(0.67)	+7.46
5	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness history)	2.22(0.97)	2.18(0.93)	-1.82
6	การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ยา อาหารอื่นๆ) และ อาการที่แพ้	2.34(1.1)	2.74(0.77)	+15.75
7	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	2.06(1.12)	2.78(0.63)	+29.75
8	การประเมินสภาวะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วย และครอบครัว	2.17(1.05)	2.87(0.47)	+27.78
9	การประเมินสภาพร่างกาย ครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับ ความเจ็บป่วย	2.34(0.95)	2.67(0.61)	+13.17
10	การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Discharge Planning Need)	2.25(0.91)	2.67(0.55)	+17.07

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
11	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus List)	2.24(0.77)	2.41(0.65)	+7.31
12	การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล (Goal/outcome)	2.12(0.80)	2.48(0.65)	+15.65
13	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย(Focus in Nursing progress note)	2.17(0.76)	2.6(0.56)	+18.03
14	การประเมินสภาพ (Assessment: A)	2.28(0.79)	2.57(0.61)	+11.96
15	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention: I)	2.40(0.68)	2.59(0.63)	+7.62
16	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: E)	2.32(0.72)	2.65(0.53)	+13.28
17	การประเมินซ้ำ/การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)	2.24(0.81)	2.68(0.59)	+17.89
18	การให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย	2.37(0.71)	2.67(0.72)	+11.90
19	การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) สอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง	2.13(0.78)	2.61(0.68)	+20.25
20	การบันทึกสรุปการรักษาศาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary)	2.34(0.67)	2.7(0.61)	+14.29
ค่าเฉลี่ย		2.24(0.82)	2.55(0.63)	+12.94

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) การวิเคราะห์สถานการณ์ผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) การบันทึกไม่ครอบคลุมทั้ง A-I-E (Assessment-Intervention-Evolution) พยาบาลจบใหม่หรือพยาบาล

ที่ขึ้นปฏิบัติงานหมุนเวียนไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อน ต้องใช้เวลาการบันทึกมาก บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องบันทึกข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและไม่เป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

2) การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ผลการเปรียบเทียบผลต่าง

ของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบเทียบก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 1.58 คะแนน และหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.74 คะแนน การบันทึกที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นการบันทึกชื่อ นามสกุลของพยาบาล แต่ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) หลังการพัฒนา พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 2.24 คะแนน เป็น 2.55 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 100%

3) ประสิทธิภาพคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting Record) ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เปรียบเทียบก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 1.58 คะแนน และหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.74 คะแนน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) หลังการพัฒนา พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 2.24 คะแนน เป็น 2.55 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 100% เมื่อแยกเป็นประเด็นรายด้าน พบว่า เปรียบเทียบประเด็นด้านข้อมูลทั่วไปก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 1.51 คะแนน และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.60 คะแนน มีข้อมูลการบันทึกครบถ้วน แต่เชิงคุณภาพประเด็นด้านข้อมูลทั่วไปพบว่า ก่อนและการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับ 2.06⁵ คำหรือวลีสำคัญที่บันทึกจะเป็นข้อมูลสื่อสารสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถใช้สื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่ทีมวิชาชีพอื่นที่ร่วมให้การดูแลรักษาได้ชัดเจน ถ้าการบันทึกที่รวบรัด กระชับ ชัดเจนจะง่ายต่อการอ่านและลดระยะเวลาในการบันทึก หลังจากแก้ปัญหาใช้ตรรกะทำให้อ่านง่าย มีความชัดเจนมากขึ้น ลดปัญหาการอ่านชื่อ-นามสกุล

พยาบาลไม่ออก ส่วนประเด็นด้านการประเมินสภาพประกอบด้วย การประเมินแรกรับโดยการซักประวัติอาการสำคัญและประวัติในอดีต การตรวจร่างกายและการวางแผนการจำหน่าย พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนประเด็นด้านการบันทึกทางการพยาบาลและด้านการวางแผนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus List) ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล (Goal/outcome) ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย (Focus in Nursing progress note) การประเมินสภาพ (Assessment: A) การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention: I) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: E) และการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) พบว่า หลังการพัฒนามีความสมบูรณ์ของข้อมูล และมีการบันทึกครบ 100% อธิบายได้ว่า บันทึกทางการพยาบาลเปรียบเสมือนตัวแทนของวิชาชีพพยาบาลสามารถอธิบายการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายหากเกิดการฟ้องร้อง หรือคดีความที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล¹ การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นเอกสารสำคัญที่พยาบาลบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ การศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอานันทมหิดล หลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting สูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึก ($p=.05$) ความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.89, SD. = .690) และสอดคล้องการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่โจ้ จังหวัดเชียงราย⁶ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.41, SD.=0.12)

ข้อเสนอแนะ

1) การบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นหลักฐานทางการพยาบาลที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจะเกิด

หลังการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
ดังนั้นไม่ควรบันทึกก่อนปฏิบัติการพยาบาล

2) เพื่อเป็นการเพิ่มความตระหนัก และพัฒนาระบบ
การบันทึกอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาสมรรถนะ
พยาบาลวิชาชีพในการบันทึกทางการพยาบาล เช่นมี
Leadership ในการตรวจสอบ นิเทศ กำกับติดตามอย่าง
ต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน้างาน ชื่นชม และ
ให้รางวัล

3) การสร้างรูปแบบของฟอร์มต่างๆ (Template)
ในการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะให้ถูกต้อง
ครอบคลุม จะสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย
จะส่งเสริมการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาล
แบบดิจิทัล (Digital) ในอนาคต

4) ควรมีการมอบหมายให้พยาบาลทบทวนเวชระเบียน
ภายใน (Internal audit) เดือนละ 1 ฉบับ ทุกคนเพื่อที่จะ
ได้ทบทวนการบันทึก และนำมาปรับปรุงแก้ไขทำให้เกิดการ
เรียนรู้ที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล. การควบคุมคุณภาพการพยาบาล.
เล่ม 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์; 2539.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สภาการ
พยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการตรวจ
ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. นนทบุรี:
สมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2563.
3. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research
planner (3rd ed.) Victoria, Australia: Deakin
university Press; 1988.
4. ยุวดี เกตสัมพันธ์. Focus charting. เอกสารประกอบ
โครงการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อการบริหารหอผู้ป่วย.
รุ่นที่ 12 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565; 2565.
5. พจนีย์ ชีระกุล. ผลของการใช้แบบบันทึกทางการ
พยาบาลแบบ Focus charting ต่อคุณภาพการ
พยาบาลตามการ รับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจ

ในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล
วิชาชีพ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2558.

6. วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์, พร บุญมี. การพัฒนาการ
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยการ
พยาบาลและสุขภาพ. 2560;18:123-36.