

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เป็นแบบแผนการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One - Group Pretest – Post Test Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 พื้นที่วิจัย

การเลือกพื้นที่วิจัยโดยสุ่มอย่างง่ายจากหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว ทั้งหมดจำนวน 15 หอผู้ป่วยได้พื้นที่วิจัย จำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยในชั้น 12S ชั้น 14S ชั้น 15S ชั้น 18ES และชั้น 20ES (E คือ East หมายถึง ห้อง/เตียง ผู้ป่วยที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออก S คือ South หมายถึง ห้อง/เตียงผู้ป่วยที่ตั้งอยู่ที่ทิศใต้ ES คือ South East หมายถึง ห้อง/เตียงผู้ป่วยที่ตั้งอยู่ที่ทิศใต้ และที่ตั้งอยู่ทิศตะวันออก) โดยให้ความครอบคลุมผู้ป่วยทุกแผนก ได้แก่ แผนกสูติกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม (รวมแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกตา หู คอ จมูก) และเป็นตัวแทนประชากรหอผู้ป่วยในประเภทหอผู้ป่วยในพิเศษ กึ่งพิเศษ และสามัญ

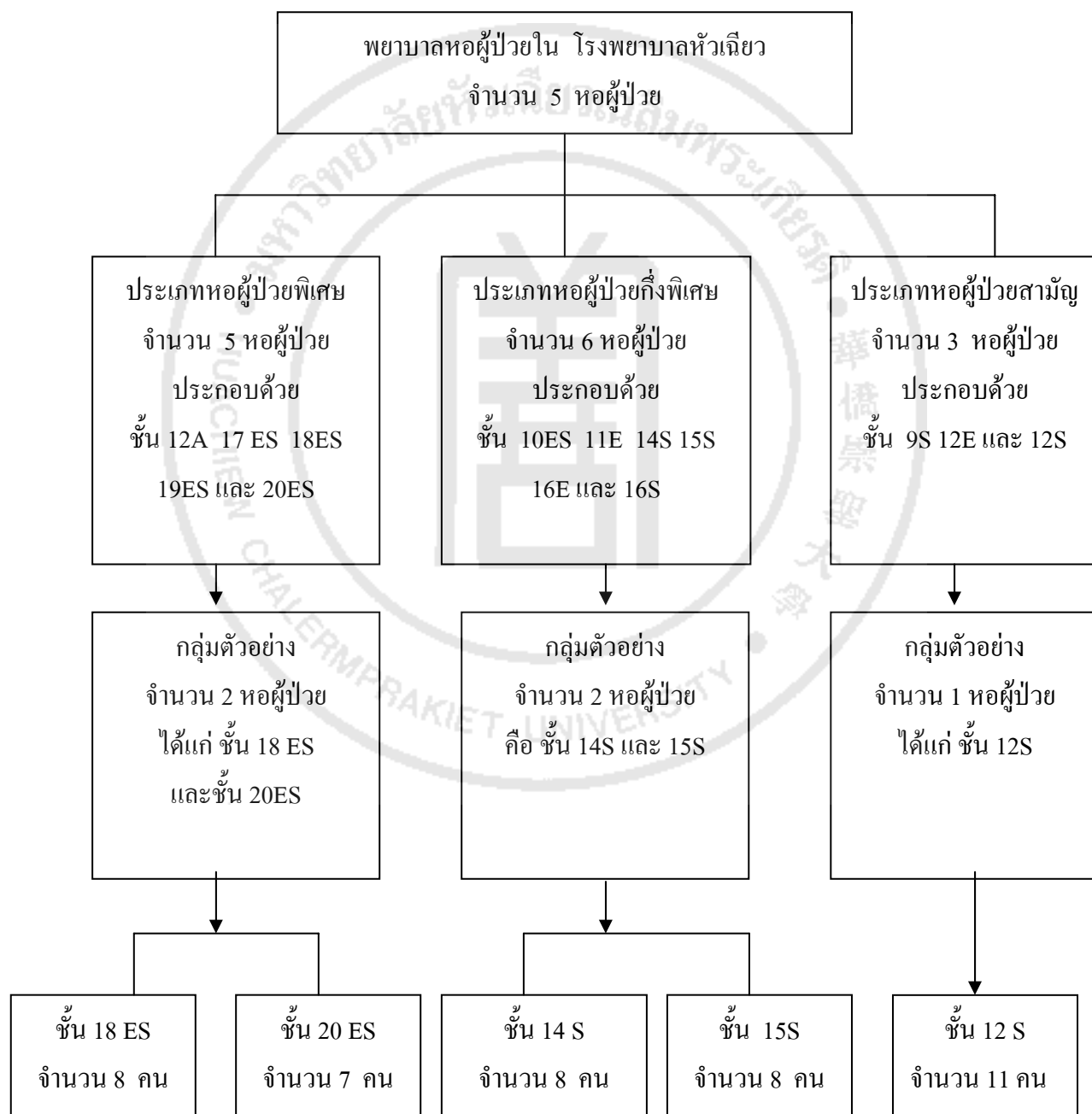
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว จำนวน 15 หอผู้ป่วย รวม 130 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากนั้นจึงสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรพื้นที่วิจัยจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน จากหอผู้ป่วยใน จำนวน 5 หอผู้ป่วย แต่ละหอผู้ป่วยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชั้น 12S จำนวน 11 คน ชั้น 14S จำนวน 8 คน ชั้น 15S จำนวน 8 คน ชั้น 18ES จำนวน 8 คน และชั้น 20 ES จำนวน 7 คน มีการ

ลาออกของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษาวิจัยทำให้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 34 คน ดังแผนภูมิที่ 3.1

แผนภูมิที่ 3.1
การเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง



3.2.1 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2.2 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย (Inform Consent) ด้วยวาจากับผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

1. การวิจัยไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนสิทธิ์การเข้าร่วมวิจัยได้

3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 1

3.3.1 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในขั้นตอนนี้มีการดำเนินการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และตำราที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบแบบบันทึกทางการพยาบาล

2. ศึกษาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีใช้อยู่ในหอผู้ป่วยใน ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เพื่อนำมาประยุกต์ในการออกแบบแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

3. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ ของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว

4. นำผลการศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลในข้อ 1-3 มาพัฒนาแบบบันทึก โดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นพื้นฐานในการออกแบบแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น โดยวิธีการดังนี้

1) ผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพื้นที่วิจัย ประชุมระดมสมองกันในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล 4 แบบ ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Data) แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care

Plan) แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Nursing Progress Note) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (Nurses' Note) แบบเดิมที่ใช้อยู่ และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning and Summary Record) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบบันทึกแผนการสรุปการจำหน่าย (Nursing Discharge Summary) แบบเดิมที่ใช้อยู่

ในการพัฒนาแบบบันทึก ผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพื้นที่วิจัยได้นำแบบบันทึกเดิมมาเป็นพื้นฐานในการออกแบบแบบบันทึก โดยตัดข้อดีของข้อเด่นของแบบเดิมไว้ และเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์ตามการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

2) ผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพื้นที่วิจัย ประชุมระดมสมองกันสร้างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล และแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

สำหรับแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นดัดแปลงมาจากแบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับเวชระเบียนผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2539) เกณฑ์การประเมินผลของศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) และแบบตรวจสอบของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ดันติปลาชีวะ (2524) เพื่อให้เหมาะสมในการประเมินผลการบันทึกในแบบที่พัฒนาขึ้น

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจะประเมินคุณภาพการบันทึก 3 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านความครอบคลุมของการบันทึก หมายถึง การบันทึกโดยใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลว่าการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

(2) ด้านความเชื่อมโยงของการใช้แบบบันทึก หมายถึง คุณภาพการบันทึก โดยใช้แบบบันทึกทุกแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ทั้งสี่แบบว่าสามารถบันทึกได้อย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย บันทึกได้ต่อเนื่องทุกวันทุกเวร แสดงให้เห็นสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

(3) ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย หมายถึง การบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ข้อความได้ใจความตรงประเด็น ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของการบันทึก ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ถาวร

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จะกำหนดน้ำหนักคะแนนแต่ละข้อไม่เท่ากัน โดยรายการประเมินข้อที่เป็นการบันทึกรายละเอียดเนื้อหาธรรมชาติที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจะกำหนดคะแนนเต็ม 1 คะแนน ส่วนรายการประเมินข้อที่เป็นการบันทึก

รายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นคุณภาพการบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลจะ กำหนดคะแนนเต็ม 3 คะแนน จะทำการตรวจสอบและให้คะแนนเป็นรายชื่อในทุกแบบบันทึกดังนี้ คือ

สำหรับชื่อที่คะแนนเต็ม 1 คะแนน ให้คะแนนดังนี้

บันทึกถูกต้อง ครบถ้วน = 1 คะแนน

บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนหรือไม่มีการบันทึก = 0 คะแนน

ไม่จำเป็นต้องบันทึก ไม่คิดคะแนนในข้อนี้

สำหรับชื่อที่คะแนนเต็ม 3 คะแนน ให้คะแนนดังนี้

3 คะแนน บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 80.00 – 100.00

2 คะแนน บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 50.00 – 79.00

1 คะแนน บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 25.00 – 49.00

0 คะแนน บันทึกได้ไม่ถูกต้องหรือไม่มีการบันทึก

- ไม่คิดคะแนน กรณีข้อมูลนั้นไม่จำเป็นหรือไม่ต้องประเมิน

เปอร์เซ็นต์ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล (ฉบับที่.....)

= $\frac{\text{ผลรวมคะแนนของการบันทึกทางการพยาบาล ฉบับที่.....} \times 100}{\text{คะแนนเต็มทั้งหมด - ผลรวมคะแนนชื่อที่ไม่ต้องบันทึก}}$

หมายเหตุ ความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ หมายถึง มีร้อยละของความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป ตามเกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยงานหรือองค์กรใช้เป็นบรรทัดฐานคุณภาพด้านต่าง ๆ เช่น สิ้นค้า บัณฑิต และการประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานคุณภาพของ TRIS (2547)

3) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยบูรณาการมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของ ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ (2545) และพวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ และ กุลยา ตันติพลาชีวะ (2524) โดยลักษณะแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ (ภาคผนวก ฉ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่างจำนวน 6 ข้อ ถามเกี่ยวกับอายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ปฏิบัติงาน ตำแหน่งปัจจุบัน แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการอบรม/สัมมนา/ประชุม เกี่ยวกับการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน ต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ มีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความคิดเห็นใน 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการใช้เวลาในการบันทึก หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ว่า สามารถบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการบันทึกลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แบบบันทึกแบบเดิม

2) ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ว่า สามารถบันทึกได้ง่ายสะดวก และสามารถค้นหาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แบบบันทึกแบบเดิม

3) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ว่า ทำให้ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถทำให้เกิดคุณประโยชน์ต่อการพยาบาลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

ลักษณะแบบสอบถามเพื่อประเมินผลความคิดเห็นของพยาบาลนี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่า มากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่า มาก
- 3 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่า ปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่า น้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่า น้อยที่สุด

การเปลี่ยนแปลงผลคะแนน เกณฑ์การคิดคะแนน โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นแต่ละด้านต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ทั้งสี่แบบ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร. 2538)

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	ความคิดเห็นด้านนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด
3.50 – 4.49	ความคิดเห็นด้านนั้นอยู่ในระดับมาก
2.50 – 3.49	ความคิดเห็นด้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

1.50 – 2.49	ความคิดเห็นด้านนั้นอยู่ในระดับน้อย
1.00 – 1.49	ความคิดเห็นด้านนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นส่วนของคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเติมข้อความที่เป็นจริงใน ส่วนความคิดเห็นที่อาจมีนอกเหนือจากความคิดเห็นทั้งสามด้าน มีข้อความระบุเป็นความคิดเห็น เพิ่มเติม โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถามความคิดเห็นในส่วนที่ 3 และจัดหมวดหมู่ เป็นความคิดเห็นเพิ่มเติม

ในการพัฒนาแบบบันทึกทั้ง 4 แบบ การสร้างคู่มือการบันทึกและแบบตรวจสอบการ บันทึก ดำเนินการโดยจัดประชุมพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่วิจัยจำนวน 3 ครั้ง ในเดือนพฤษภาคม มิถุนายน และกรกฎาคม 2548

4) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น คู่มือการบันทึกทางการ พยาบาล แบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ แบบบันทึกทางการพยาบาลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบ แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

3.3.2 ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล

ในขั้นตอนนี้มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหัวเฉียวในการทดลองใช้แบบ บันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในหอผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่วิจัยตามระยะเวลาทดลองใช้ 2 เดือน และขออนุญาตแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในจำนวน 34 คน

2. จัดอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัยทั้งหมด จำนวน 34 คน เพื่อให้ความรู้เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลและแนวคิด การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัยมีความ ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยเชิญ วิทยากรจากภายนอกโรงพยาบาลมาบรรยายในวันที่ 21 กันยายน 2548

3. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงแก่พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยในที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัย ให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และคู่มือการบันทึก ทางการพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจอย่างถูกต้องมีความราบรื่นในการบันทึกและ การใช้คู่มือการบันทึก

4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิมแก่พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยในทั้งหมด จำนวน 34 คน ก่อนการทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

5. ผู้วิจัยนำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบใหม่ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่วิจัยโดยกำหนดให้นำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทุกรายตามระยะเวลาทดลองใช้ (24 มกราคม 2549 – 31 มีนาคม 2549) โดยบันทึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และเก็บรวบรวมบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่บันทึกไว้แล้วในเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกโดยใช้ข้อมูลการรับใหม่และการจำหน่ายผู้ป่วยจากแผนกรับผู้ป่วยในและสำนักเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว ในระหว่างทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยจะเป็นที่ปรึกษาและติดตามเก็บข้อมูลของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังกล่าว ซึ่งจะติดตามสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยเข้าไปดูและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลถูกต้องตรงตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

3.3.3 ขั้นตอนที่ 3 ประเมินคุณภาพการบันทึกและประเมินความพึงพอใจจากการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 1

1. ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการใช้แบบบันทึกแบบเดิมทั้ง 4 แบบ คือ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่วิจัยทั้ง 5 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 50 ฉบับรวม 250 ฉบับ และใช้แบบตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 1

สำหรับเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อศึกษาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิมได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกมามีลักษณะดังนี้

- 1) พยาบาลที่บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นจะต้องเป็นพยาบาลที่บันทึกแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิม
- 2) พยาบาลที่บันทึกต้องมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 3) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลต้องเป็นบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่จำหน่ายก่อนการให้ความรู้ เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ผู้วิจัยจัดขึ้นในวันที่ 21 กันยายน 2548 เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อน (Confounding)

2. ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จากการใช้แบบบันทึกแบบที่พัฒนาขึ้นทั้ง 4 แบบ คือ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่วิจัยในระยะทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ทั้ง 4 แบบจากหอผู้ป่วยในทั้ง 5 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 50 ฉบับรวม 250 ฉบับ และใช้แบบตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 1

3. ประเมินความพึงพอใจจากการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 1 สำหรับพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ทั้งแบบเดิม และแบบที่พัฒนาขึ้นจะให้พยาบาลทุกท่านที่อยู่ในพื้นที่วิจัยในปัจจุบันตอบแบบสอบถามทุกคน เพื่อต้องการให้ผู้ใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นทั้ง 4 แบบ คู่มือการบันทึกทางการแพทย์และแบบตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น 4 แบบ (ภาคผนวก ข) แบบตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ (ภาคผนวก จ) และคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ (ภาคผนวก ฉ)

3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาตรวจสอบความเที่ยง โดยไปสอบถามพยาบาลนอกพื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของคอนบราค (Conbrach Alpha Coefficient) แบบสอบถามความพึงพอใจ (ภาคผนวก ฉ) มีค่าความเที่ยงที่ 0.89

3.4.3 คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. เป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์และความรู้เรื่องการวัดผล จำนวน 1 ท่าน
2. เป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์และความรู้เรื่องบันทึกทางการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน
3. เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหาร จำนวน 1 ท่าน
4. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางคลินิกอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลหรือผู้ป่วยผู้ป่วยในที่ เป็นพื้นที่วิจัย
2. ประชุมผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนในพื้นที่วิจัย จำนวน 34 คน เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินงานแต่ละขั้นตอน และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลรวมทั้งรายละเอียดอื่น ๆ
3. เตรียมเอกสารแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 1
4. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิม
5. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง เพื่อสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบที่พัฒนาขึ้น

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว จะวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ส่วนที่ 1 การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 การวัดคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์

3.6.1 ส่วนที่ 1 การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น

1. นำเวชระเบียนผู้ป่วยในแบบเดิมที่เป็นพื้นที่วิจัย จำนวนหอผู้ป่วยละ 50 ฉบับรวม 250 ฉบับ ที่จำหน่ายก่อนการให้ความรู้เรื่องบันทึกทางการแพทย์ กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกแต่ละฉบับทั้ง 4 แบบ ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย และแบบบันทึกการวางแผน และการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น

2. นำเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่วิจัยจำนวนหอผู้ป่วยละ 50 ฉบับ รวม 250 ฉบับ ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ทดลองใช้แบบบันทึกและจำหน่าย (24 มกราคม 2549 – 31 มีนาคม 2549) ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกแต่ละฉบับทั้ง 4 แบบ ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้คู่มือตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น

วิธีการตรวจสอบ กระทำโดยอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับ ดังนี้

- 1) การอ่านรายงานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยของแพทย์ (Discharge Summary) เพื่อดูการวินิจฉัยสุดท้าย (Final Diagnosis) การรักษาที่ให้การทำหัตถการ/การผ่าตัด ปัญหาภาวะแทรกซ้อน การรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย
- 2) อ่านการรายงานการซักประวัติและการตรวจร่างกายของแพทย์ (Physical Examination) จากแบบบันทึกของแพทย์
- 3) อ่านคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's Order) จากแบบบันทึกการรักษาของแพทย์
- 4) อ่านรายงานการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากการบันทึกของแพทย์ในแบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์เพื่อดูปัญหาการวางแผนการรักษาและการรักษาของแพทย์ตามปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
- 5) อ่านรายงานการบันทึกการทำหัตถการ / การผ่าตัดของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- 6) อ่านรายงานการบันทึกการให้ยาจากแบบบันทึกการให้ยา (Medication Sheet)
- 7) อ่านรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางห้องเอ็กซเรย์ (X – Ray) การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) และการตรวจอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 8) ตรวจสอบฟอร์มปรอท (Graphic Sheet) และการบันทึกสารน้ำเข้าและออก (Intake Output) รวมทั้งแบบบันทึกย่อยต่าง ๆ (Flow Sheet) ถ้ามี
- 9) สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่าย

10) ตรวจสอบแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ โดยดูความสอดคล้องกับการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์จากแบบบันทึกของแพทย์และบัตรตรวจผู้ป่วยนอก (OPD CARD) และให้คะแนนการบันทึกตามแบบตรวจสอบสำหรับแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับที่สร้างขึ้น

11) ตรวจสอบแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล โดยดูความสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ทั้งแบบบันทึกการรักษา แบบบันทึกความก้าวหน้า แบบบันทึกการทำหัตถการ/การผ่าตัด (ถ้ามี) และดูความสอดคล้องกับผลการตรวจวินิจฉัยจริงทางห้องปฏิบัติการ ห้องเอ็กซเรย์ ห้องตรวจคลื่นหัวใจหรือการตรวจอื่น ๆ (ถ้ามี) เพื่อดูการนำข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ได้จากการตรวจวินิจฉัยมาใช้ในการค้นหาปัญหาผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยและแผนการพยาบาลที่วางไว้หรือไม่ และให้คะแนนการบันทึกตามแบบตรวจสอบสำหรับแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลที่สร้างขึ้น

12) ตรวจสอบแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยดูความสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์เกี่ยวกับการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยและแบบบันทึกอื่น ๆ รวมทั้งดูความสอดคล้องกับแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ และแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล และให้คะแนนการบันทึกตามแบบตรวจสอบสำหรับแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่สร้างขึ้น

13) ตรวจสอบแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยดูความสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ในแบบบันทึกการรักษาของแพทย์ แบบบันทึกความก้าวหน้าแบบบันทึกการสรุปการจำหน่าย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องเอ็กซเรย์ ห้องตรวจคลื่นหัวใจ และอื่น ๆ (ถ้ามี) และดูความสอดคล้องของการบันทึกทางการพยาบาลจากแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล และแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย เพื่อความเชื่อมโยงต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และให้คะแนนการบันทึกตามแบบตรวจสอบสำหรับแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยที่สร้างขึ้น

3. นำผลการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลมาคำนวณหาคุณภาพการบันทึก โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.2 ส่วนที่ 2 การวัดคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แบบสอบถามที่ตอบไม่ครบจะคัดออกไม่นำมาวิเคราะห์

2 จัดหมวดหมู่ของแบบสอบถามความพึงพอใจทั้ง 15 ข้อเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ความพึงพอใจด้านการใช้เวลาในการบันทึกได้แก่

ข้อ 1 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

- ข้อ 2 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล
- ข้อ 3 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย
- ข้อ 4 เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่าย
- ผู้ป่วย
- 2) ความพึงพอใจด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ได้แก่
- ข้อ 5 แบบบันทึกที่ท่านใช้ช่วยลดความซ้ำซ้อนและความสูญเปล่าในการทำบันทึก
- ข้อ 6 แบบบันทึกช่วยให้ท่านสามารถติดตามผลการดูแลรักษาได้ง่าย
- ข้อ 10 การบันทึกทำให้ท่านสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการ
- พยาบาลได้
- ข้อ 12 แบบบันทึกสามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้
- ข้อ 13 ข้อมูลที่บันทึกสามารถระบุความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งปัญหา
- ด้านกาย จิต สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ
- ข้อ 14 ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล / แบบบันทึกที่กำหนดไว้
- ข้อ 15 แบบบันทึกช่วยให้ท่านสามารถบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล
- 3) ความพึงพอใจด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ได้แก่
- ข้อ 7 การบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกทำให้มองเห็นภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้
- ชัดเจน
- ข้อ 8 ท่านสามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- ข้อ 9 การบันทึกตามแบบบันทึกทำให้มองเห็นความก้าวหน้าในการดูแลรักษา
- ผู้ป่วย
- ข้อ 11 ท่านสามารถแสดงให้เห็นถึงวิธีการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่าง
- ต่อเนื่อง

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 ส่วนที่ 1 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

1. เปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลรายข้อแต่ละแบบบันทึก แบบเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการทดสอบที (Independent T – Test)
2. เปรียบเทียบแบบบันทึกทั้งฉบับที่ผ่านคุณภาพการบันทึกตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 แบบบันทึกแบบเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ

3. เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของแต่ละแบบจําแนกตามหอผู้ป่วยที่ให้บริการใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละและการทดสอบที (Independent T – Test)

3.7.2 ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการอบรม/สัมมนา ประชุมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้สถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น โดยรวมใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที (Paired t – test)

3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้น จําแนกตามหอผู้ป่วยที่ให้บริการโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที (Paired t – test)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05