

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2534) การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- (2539) การควบคุมคุณภาพการพยาบาลเล่ม 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- (2539) คู่มือการจัดบริการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและชมรมพยาบาลสารสนเทศแห่งประเทศไทย. (2543) การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลสารสนเทศแห่งชาติครั้งที่ 2. 17-18 สิงหาคม 2543 ณ โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2546) มโนคติและกระบวนการพยาบาลฉบับปรับปรุง หน่วยที่ 1-6 : ศาสตร์ทางการพยาบาล. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ไขแสง ชวศิริ และคนอื่น ๆ. (2547) “ระบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล” กองการพยาบาล. 25 (1) หน้า 40-51.
- ไขแสง โปธิโกสม. (2542) “การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล” พยาบาลสงขลานครินทร์. 19 (3) หน้า 1-18.
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546) กฎหมายกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร : สถาบัน จี.อี.ซี.
- จริตภรณ์ ธนบัตร. (2542) ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล. วิทยานิพนธ์ (สาขาการบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2541) “การบันทึกทางการพยาบาล” กองการพยาบาล. 25 (1) หน้า 40-51.
- จิตรศิริ ชันเงิน. (2542) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ดวงพร ปิยะคง. (2539) การวินิจฉัยทางการแพทย์ : ความสามารถและเจตคติของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยที่ใช้และไม่ใช้รูปแบบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ. วิทยานิพนธ์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารารัตน์ หงษ์ทอง. (2547) ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์ (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภณี สุทธิปริยาศรี. (2537) การวิจัยระบบสาธารณสุขและการวิจัยระบบเดียว. นครปฐม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร แก้วนิมิตชัย และคณะ. (2536) วิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการบริหารการพยาบาลเรื่องรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งบูรณาการกระบวนการพยาบาล. รายงานการศึกษาปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทนา สุวรรณมาโจ. (2545) การสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุดจับจังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระ (การบริหารการพยาบาล) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2547) ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2542) เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : บี&พีพับลิชชิง.
- ประเวศ ะสี. (2543) สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปรารธนา มั่งมุล. (2539) การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. (2539) การวิจัยประเมินผลหลักการและกระบวนการ. กรุงเทพมหานคร : การพิมพ์พระนคร.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พิพัฒน์ ลักขมิจรัตกุล. (2544) เครื่องมือวิจัย : เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์
สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์.
- (2546). กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ตัวอย่างงานวิจัยด้านโรคติดเชื้อ).
กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524) การบันทึกทางการพยาบาล :
อนุกรมการบริหารการพยาบาล ลำดับที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการพยาบาลศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ แส่นประสาน และคณะ. (2546) **Quality & Safety in nursing: Concept and
Practice**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสุกุมวิทการพิมพ์จำกัด.
- ไพลิน ตั้งศรีวงศ์. (2545) การพัฒนารูปแบบการบันทึกกระบวนการพยาบาลโรงพยาบาล
หนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระ (การบริหารการพยาบาล) ขอนแก่น
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พาริดา อิบราฮิม. (2545) **พยาบาลศาสตร์**. 20 (1) หน้า 8-10.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2536) การดูแลสุขภาพตนเอง : จุดเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมในทศวรรษ
หน้า. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 7 วันที่ 7-9 เมษายน 2536.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2546) บันทึกทางการพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุม “Network for
Quality” วันที่ 20-21 พฤศจิกายน 2546.
- (2547) การใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล. เอกสารประกอบการ
บรรยาย 3 กรกฎาคม 2547 กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียว.
- วัชรวิภรณ์ รัตนสาร. (2543) ประสิทธิภาพของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตาม
กระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์.
- วิทยานิพนธ์ (การบริหารการพยาบาล) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ. (2545) การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิด
และการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นิยมวิทยา.
- ศรีสง่า กุ่มพิทักษ์. (2542) การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพญาไท 1. วิทยานิพนธ์ (สาทรณสุขศาสตร์) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศูนย์ให้คำปรึกษาและวิจัยทางสถิติ ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี. (2547)
โครงการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตปี 2547 P5. รายงานการวิจัย
 กรุงเทพมหานคร : คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงวน นุคาคี. (2545) **การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล
 น้ำพอง.** รายงานการศึกษาระยะ ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและมูลนิธิ
 สาธารณสุขแห่งชาติ. (2539) **มาตรฐานโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์
 จำกัด.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (บรรณาธิการ). (2533) **กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและ
 การนำไปใช้.** ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุชาดา รัชชกุล. (2528) **การวิเคราะห์บันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขต
 กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปราณี เสนาดิษฐ์. (2540) **การพยาบาลพื้นฐาน.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : จุดทอง.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2540) **การบันทึกทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : บริษัทนิวเวฟพัฒนา
 จำกัด.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2547) **การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใส่สารเสพติดของเด็กวัยรุ่นใน
 ชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์
 ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารี ชีวะเกษมสุข. (2534) **การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึกทางการ
 พยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา.** วิทยานิพนธ์
 (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Nursing Association. (1995) **Nursing : A Social Policy Statement.** Washington
 Dc : The Association.
- Carpenito, L.J. (1995) **Nursing Care Plan & Documentation.** 2 nd ed. Philadelphia : J. B.
 Lippincott.
- Bjorvell C, Ekstrand, I.T. and Wredling R. (2000) "Development of an Audit Instrument for
 Nursing Care" **Journal of Quality in Health Care.** 9 (1) p. 6-13.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Dossey, B. M. and Guzzetta, C. E. (1995) **Holistic Nursing : A Handbook for Practice** 2 nd ed. Maryland : An Aspent Publication.
- Dugas, B. W. and Knor, E. R. (1995) **Nursing Fundamenal : Acanadian Perspective.** Ontario : Appleton & Lange Canada.
- Eiloart, L. and Cooper, S. (1994) “How to Implement an Audit to Improve Records” **Nursing Time.** 90 (35) : 48-50.
- Eillis, N. (1994) **Nursing : A Human Needs Approach.** 5 nd ed. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Fawcett, J. (1993) **Analysis and Evaluation of Nursing Theories.** Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Gordon, M. (1987) **Nursing Diagnosis : Process and Application.** New York : Mcgraw-Hill.
- Henderson, V. (1996) **The Nature of Nursing.** New York : Memillan Publishing Co.
- Huber, D. (2000) **Leadership and Nursing Care Management.** Philadelphia : WB Saunders.
- Lyer, P.W. & Camp, N.H. (1995) **Nursing Documentation : A Nursing Process Approach.** 2 nd ed. St. Loui : Mosby.
- Marguis L. Bessic and Huston J. Card. (1996) **Leadership Roles and Management Function in Nursing.** Theory & Application. 2 nd ed Philaeldphia : Lippincott.
- Murdock, D. (1995) “Nursing Records : Careful Record Keeping” **Nursing Times.** 91 (47) p. 44-45.
- Nigh Tingale, F. (1969) **Note on Nursing.** New york : Dover Publication.
- Orem, DE. (1995) **Nursing : Concepts of Practice.** 5th ed. St. Louis : Mosby.
- Potter and Perry ’ s. (1995) **Foundations in Nursing Theory and Practice.** London : Mosby.
- Smith, J. P. (1998). “Bad Nursings Record will make Nursing Scholarship Suspect” **Journal of Advance Nursing.** 28 (2) p. 229.
- Smith, S.F., Duell, D. J. and Martin, C. B. (2000) **Clinical Nursing Skill : Basic to Advanced Skills.** 5nd ed. New Jersey : Prentice – Hall Health.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Taylor, M. C., and Lillis, C. & Lemone, P. (1989) **Fundamental of Nursing**. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Turley, J. P. (1992) “A Framework for the Transition from Nursing Record to a Nursing Information System” **Nursing Outlook**. 40 (4) : 177-181.
- Urquhart C., Currell R. and wainwright P. (2004) Nursing Record Systems : Effects on Nursing Practice an Health Care Outcomes. (Online) Available file :// A : \ Entreg – Pub Med. Htm. (25 January 2004)
- WHO, (1966) **Nursing Practice : Report of a WHO Expert Committee**. Geneva, World Health Organization. (Who technical Report Series, N.860)
- Yura, H and Walsh, M. B. (1988) **The Nursing Process**. 5th ed. California : Appleton & Lange.



ภาคผนวก

ผนวก ก.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ คือ

1. ดร.ทัศนีย์ อรรถารส อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลกุมาร
วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาณี กาญจนจारी ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์วิชุดา กิจจรธรรม อาจารย์พยาบาล
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
4. นางคาร์ณี พิพัฒนกุลชัย พยาบาลชำนาญ 8 หน่วยผ่าตัดศัลยกรรม
โรงพยาบาลศิริราช
5. นางวิภาวรรณ สิริรัตนสิทธิ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว

ผนวก ข.

แบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น





















ผนวก ค.

แบบบันทึกเดิมที่ใช้ในโรงพยาบาลหัวเฉียว จำนวน 23 แบบ

แบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลโดยตรงของหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลหัวเฉียว

ชื่อแบบฟอร์ม	ข้อมูลที่บันทึก
1. แบบฟอร์มปรอท (Graphic Sheet)	- บันทึกสัญญาณชีพ จำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ชนิดอาหาร จำนวนครั้งของการขับถ่าย จำนวนวันที่อยู่รับการรักษาวันที่ผ่าตัด / คลอด
2. แบบฟอร์มการให้ยา (Medication Sheet)	- บันทึกชื่อยา ขนาด ช่องทาง เวลาที่ให้ยาและชื่อผู้ให้ยาและตรวจสอบการให้ยา
3. แบบฟอร์มการให้สารน้ำ (Intravenous fluid Sheet)	- บันทึกชนิด จำนวน อัตรา ของสารน้ำที่ให้รวมทั้งยาที่ผสมในสารน้ำที่ให้
4. แบบฟอร์มบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย (Intake – out put Sheet)	- บันทึกปริมาณชนิดสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายตามระยะเวลาที่กำหนด
5. แบบฟอร์มประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Assessment)	- บันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติ การเจ็บป่วยทั้งอดีตและปัจจุบัน การวินิจฉัยเบื้องต้นแบบแผนการดำรงชีวิต ในเรื่องของอาการการขับถ่ายของเสีย การนอน การเสพสิ่งเสพติด การประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพัฒนาการในเด็กและบทบาทในครอบครัว

ชื่อแบบฟอร์ม	ข้อมูลที่บันทึก
6. แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Progress Note)	- บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย อาการและอาการแสดงตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย บันทึกผลการพยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสรุปความก้าวหน้าของปัญหา ข้อมูลที่บันทึกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล โดยบันทึกในรูปแบบการบรรยาย (Narrative Charting)
7. แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan)	- บันทึกการวางแผนการพยาบาลในรูปแบบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายและผลลัพธ์ การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลโดยมีการระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดของปัญหา
8. แบบตรวจสอบรายการปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน (Daily Nursing Intervention Check List form)	- บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลกิจวัตรประจำวัน ที่ทำประจำ (Routine) เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การให้สารน้ำและเกลือแร่
9. แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning)	- บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย การประเมินความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง การให้คำแนะนำและการสอนแก่ผู้ป่วย /ญาติ เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ การสรุปกรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม
10. แบบบันทึกสัญญาณทางระบบประสาทและสมอง (Neurological Signs)	- บันทึกอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทและสมอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะปกติเกี่ยวกับการรับรู้และการรู้สึกตัว

ชื่อแบบฟอร์ม	ข้อมูลที่บันทึก
11. แบบตรวจสอบรายการก่อนผ่าตัด (Pre – op Check List)	- บันทึกรายการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ยาหรือสารน้ำ ที่ให้ก่อนส่งผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร การ เตรียมการผ่าตัดด้านร่างกาย สภาพผู้ป่วยขณะ ส่งห้องผ่าตัดรวมทั้งสัญญาณชีพ
12. แบบบันทึกการให้ยาดมสลบ (Anesthesia Note)	- บันทึกการให้สารน้ำ การให้ยาดมสลบในการผ่าตัด ตัดทั้งชนิด ขนาด ระยะเวลา ชนิดของสารน้ำ เข้าและออกจากร่างกายขณะผ่าตัด บันทึก สัญญาณชีพ ขณะทำผ่าตัดบันทึกการให้ยาแก้ ปวดหรือตามอาการที่เกิดจากการผ่าตัดขณะอยู่ ห้องพักฟื้น
13. แบบบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- บันทึกสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพและอุปกรณ์ที่ติด ไปกับผู้ป่วยชนิดของสารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วยก่อน การเคลื่อนย้าย
14. แบบบันทึกการพยาบาลการผ่าตัด (Operative Nursing Record)	- บันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดการวินิจฉัยโรค หลังผ่าตัด การผ่าตัด แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ผู้ช่วย ทำผ่าตัด การเตรียมผิวหนัง ทำที่ใช้ในการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ความปลอดภัยใน การผ่าตัด

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรงของหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลหัวเฉียว

ชื่อแบบฟอร์ม	ข้อมูลที่บันทึก
1. ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor Order Sheet)	- แพทย์ใช้ในการบันทึก การรักษาเพื่อให้พยาบาล และทีมสุขภาพดำเนินการปฏิบัติตามแผนการ รักษา
2. แบบบันทึกการตรวจเลือด เพื่อวัดปริมาณ น้ำตาลในกระแสเลือดและการให้ยาควบคุม เบาหวาน (Diabetic Chart)	- บันทึกผลการตรวจ น้ำตาลในกระแสเลือด บันทึกการให้ยา Insulin ทั้งขนาด เวลา และ ช่องทางที่ให้ยา ใช้บันทึกร่วมกันระหว่างแพทย์ และพยาบาล
3. ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ เอกซเรย์ (X- Ray) (Main Sheet)	- ดัดใบบันทึกข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและผล X – Ray
4. ใบยินยอมทำหัตถการ/ผ่าตัด	- บันทึกคำยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทำ การรักษาต่อตัวผู้ป่วยเองหรือญาติที่เจ็บป่วย
5. ใบความเสี่ยงจากการผ่าตัด	- บันทึกข้อมูลความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และบันทึกคำยินยอมรับทราบความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้นจากการผ่าตัด
6. แบบบันทึกการคลอด (Labour Record)	- บันทึกย่อการคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด
7. แบบบันทึกการคลอดบุตร (Delivery Record)	- บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดบุตร
8. บันทึกย่อย (Flow Sheet)	- บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ต้องการ เพื่อสะดวกในการ ประเมินผลการรักษา เช่น บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องติดตามต่อ เนื่อง บันทึกผลการวัด O ₂ Sat เป็นต้น

ชื่อแบบฟอร์ม	ข้อมูลที่บันทึก
9. แบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัด (Operative Nursing Record)	- บันทึกโรค การผ่าตัด การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด (Pre- Operative Diagnosis) การวินิจฉัยหลังผ่าตัด (Post Operative Diagnosis) ชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พยาบาล ผู้ช่วยทำผ่าตัด การเตรียมผิวหนังบริเวณ ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด ภาวะ ติดเชื้อจากการทำผ่าตัดการส่งตรวจชิ้นเนื้อ (Specimen) จากการผ่าตัด



ผนวก ง.

รายละเอียดแบบบันทึกเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น

หัวข้อ	แบบเดิม	แบบที่พัฒนาขึ้น
1. คู่มือการบันทึก	- ไม่มีคู่มือการบันทึก	- มีคู่มือการบันทึก
2. ภาษาที่ใช้	- ภาษาอังกฤษ (ในแบบบันทึก การวางแผนและการสรุป การจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อน)	- ส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทย ใช้ภาษาอังกฤษเฉพาะคำศัพท์เฉพาะ (Technical Term)
3. แนวคิดทฤษฎี	- ไม่ชัดเจน ไม่มีไครทราบบ (จากการสัมภาษณ์)	- Nursing Process & Holistic Care ตามข้อกำหนดสภาการพยาบาล และปรัชญาฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียว
4. โครงสร้างลักษณะการบันทึกแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	- แบบประเมินแรกรับไม่มีการวางแผนการจำหน่าย - ไม่มีหัวข้อการประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง - ไม่มีการบันทึกการให้การรักษาระเบียงต้นเกี่ยวกับการหายใจ - ของผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่จะใช้แบบบันทึกไปเดียวกัน - แบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนมารพ. ไม่ระบุชัดเจน	- มีหัวข้อการวางแผน จำหน่ายตั้งแต่แรกรับ - มีหัวข้อการประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง - มีการบันทึกเกี่ยวกับการรักษา เบื้องต้นเกี่ยวกับการหายใจ - ของผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่จะใช้แบบบันทึกแยกกันคนละแบบบันทึกชัดเจน - แบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนมารพ. ระบุชัดเจน

หัวข้อ	แบบเดิม	แบบที่พัฒนาขึ้น
5. แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีช่องการวางแผนการพยาบาล มีแต่ช่องการปฏิบัติการพยาบาล - ไม่มีช่องเกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีช่องลงชื่อ วันที่ วันสิ้นสุดของปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - มีโครงสร้างชัดเจน มีทั้งการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล / การประเมินผลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลอยู่ในหน้าเดียวกัน - มีช่องเกณฑ์การประเมินผล (ทำให้มีเป้าหมายชัดเจนในการดูแล / ติดตามปัญหาผู้ป่วย) - มีช่องลงชื่อ วันที่ วันสิ้นสุดของปัญหา
6. แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะการบันทึกเป็นแบบบรรยายมีข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วย ค้นหาข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยไม่สะดวก - การประเมินซ้ำไม่มีการบันทึกที่ผู้ป่วย / ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกเฉพาะปัญหา นอกเหนือปัญหาการพยาบาลบันทึกในรูปแบบ AIE เน้นการประเมินซ้ำ เน้นการการบันทึกที่ผู้ป่วย / ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
7. แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ภาษาอังกฤษทั้งหมด - ไม่มีการวางแผนการจำหน่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ภาษาอังกฤษเฉพาะคำศัพท์เฉพาะ - มีการวางแผนการจำหน่าย - มีการระบุชื่อผู้ดูแลหลังจำหน่าย

ผนวก จ.

แบบตรวจสอบคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

วันที่ตรวจสอบ เดือน พ.ศ.

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย HN.

วันที่ Admit วันที่ Discharge

คะแนนเต็ม7 4... คะแนน คะแนนที่ได้คะแนน คิดเป็น.....%

คำชี้แจง โปรดเขียนคะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละข้อตามความเป็นจริง

สำหรับข้อที่คะแนนเต็ม 1 คะแนน ให้คะแนนดังนี้

บันทึกถูกต้อง ครบถ้วน = 1 คะแนน

บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนหรือไม่มีการบันทึก = 0 คะแนน

ไม่จำเป็นต้องบันทึก ไม่คิดคะแนนในข้อนี้

สำหรับข้อที่คะแนนเต็ม 3 คะแนน ให้คะแนนดังนี้

3 คะแนน บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน 80.00-100.00 %

2 คะแนน บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน 50.00-79.00 %

1 คะแนน บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน 25.00-49.00 %

0 คะแนน บันทึกได้ไม่ถูกต้องหรือไม่มีการบันทึก

_ ไม่คิดคะแนน กรณีข้อมูลนั้นไม่จำเป็นหรือไม่ต้องประเมิน

เปอร์เซ็นต์ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ฉบับที่.....)

=
$$\frac{\text{ผลรวมคะแนนของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ฉบับที่.....} \times 100}{\text{คะแนนเต็มทั้งหมด - ผลรวมคะแนนข้อที่ไม่ต้องบันทึก}}$$

หมายเหตุ ความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ หมายถึง มีเปอร์เซ็นต์ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตั้งแต่ 75 % ขึ้นไป

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
(คะแนนเต็ม 74 คะแนน)

รายการตรวจสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (20 คะแนน)		
1.1 มีการบันทึกวันที่และเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	1	
1.2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคแรกรับ	1	
1.3 มีการบันทึกสถานะผู้ป่วยและอาการสำคัญ / เหตุผลที่รับไว้ในความดูแลและระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	3	
.....		
.....		
.....		
1.10 มีการลงลายมือชื่อผู้ประเมิน วันที่ และเวลา	1	
2. การบันทึกการวางแผนการพยาบาลเฉพาะปัญหา (17 คะแนน)		
2.1 มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูล / ปัญหาที่สำคัญ	3	
2.2 มีการกำหนดเป้าหมาย / ผลลัพธ์ / เกณฑ์การประเมินผลที่มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	3	
2.3 มีการวางแผนการพยาบาลที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นไปได้และสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนด	3	
.....		
.....		
.....		
2.5 มีการบันทึกวันที่ ชื่อ-ตำแหน่งผู้บันทึกวันสิ้นสุดของปัญหาที่ได้รับการแก้ไข	1	

รายการตรวจสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
3. การบันทึกความก้าวหน้าอื่นๆ ของผู้ป่วย (24 คะแนน)		
3.1 มีการบันทึกการประเมินซ้ำ ในเรื่องที่สำคัญนอกเหนือจากปัญหาเฉพาะที่กำหนดในปัญหาทางการพยาบาล และติดตามเป็นระยะตามความเหมาะสม	3	
.....		
.....		
3.4 มีการบันทึกการมาเยี่ยมของแพทย์ ทีมสุขภาพและแผนการดูแลรักษา		
3.4.1 บันทึกชื่อทีมสุขภาพที่มาเยี่ยมผู้ป่วย	1	
3.4.2 บันทึกแผนการดูแล	3	
3.4.3 บันทึกเหตุการณ์ที่ให้	1	
.....		
3.6 มีการบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย	3	
.....		
3.8 มีการลงลายมือชื่อ ตำแหน่งของผู้บันทึกข้อมูลทุก ครั้ง วันที่ และเวลา	1	
4. การวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (13 คะแนน)		
4.1 มีการบันทึกการเตรียมจำหน่ายได้สอดคล้องกับปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย	3	
.....		
.....		
.....		
4.5 มีการลงลายมือชื่อผู้บันทึกข้อมูล วันที่และ เวลา	1	

ผนวก ฉ.

แบบสอบถามความพึงพอใจ

เรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้แบบบันทึก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเพิ่มเติม

กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านในการปฏิบัติงานแต่อย่างใด เพราะจะเป็นการวิเคราะห์ในภาพรวม

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

(นางสาวฉัตร ธนะพุดินาท)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี (อายุเป็นปีเต็มบริบูรณ์)

2. วุฒิกการศึกษาสูงสุด
 - ปริญญาตรี
 - สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ
 - อื่น ๆ

3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปี (เต็มบริบูรณ์)

4. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน
 - พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - พยาบาลวิชาชีพ

5. แผนกที่ปฏิบัติงาน

6. ประสบการณ์ในการอบรม / สัมมนา ประชุมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล
 - ไม่เคย
 - เคย (ระบุ) จำนวน.....ครั้ง/ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์ด้านการตอบสนองความต้องการของ
ผู้ใช้แบบบันทึก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ					
2. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึก การวางแผนการพยาบาล					
3. เวลาที่ใช้ในการบันทึกในแบบบันทึก ความก้าวหน้าของผู้ป่วย					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
14. ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล / แบบบันทึกที่กำหนดไว้					
15. แบบบันทึกช่วยให้ท่านสามารถบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเพิ่มเติม

ความคิดเห็นเพิ่มเติมด้านอื่น ๆ.....
.....
.....

ผนวก ข.**พันธกิจและปรัชญา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว****พันธกิจฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว**

ฝ่ายการพยาบาลมุ่งเน้นพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ สามารถปฏิบัติงานบริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรม รวมทั้งเคารพในสิทธิผู้ป่วย เพื่อผู้รับและผู้ให้บริการปลอดภัย พึงพอใจพร้อมสนับสนุนการศึกษาและงานวิจัย

ปรัชญาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียว เชื่อว่า บุคลากรยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ และนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างถูกต้องแบบองค์รวม เคารพสิทธิผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมโยง การดูแลผู้ใช้บริการกับทีมสุขภาพ จะก่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ที่สร้างความเข้าใจ ความพึงพอใจ และความปลอดภัยต่อผู้ใช้และผู้ให้บริการ

ผนวก ข.

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ กับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและความไว้วางใจซึ่งกันและกันดี แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคน มีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังกศม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยหรือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบ ชื่อ – สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา – มารดา หรือผู้แทนโดยชอบอาจใช้สิทธิผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่ถึง 18 ปี
บรรณ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้



ผนวก ฉ.

คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คู่มือการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อบันทึกลงในแบบบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ เข้ามานอนพักเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาลหัวเฉียว (Admit)

แนวทางในการบันทึก

1. รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การซักประวัติ และการตรวจร่างกายผู้ป่วย ซึ่งควรกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความถูกต้องพร้อมลงชื่อ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะต้องสามารถนำไปกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลได้

2. นำข้อมูลที่รวบรวมได้บันทึกลงในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่

ข้อ 1 วันที่รับผู้ป่วย หมายถึง การบันทึก วันที่ เดือน พ.ศ. แรกรับผู้ป่วยไว้พักรักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว ชื่อ เดือน ใช้ชื่อเต็มหรือตัวย่อที่เป็นสากลของชื่อ เดือน สำหรับ พ.ศ. ใช้เขียนตัวเลข พ.ศ. ครบ 4 ตัว หรือเฉพาะ 2 ตัว หลังของปี พ.ศ. ก็ได้ เช่น 2548 หรือ 48 ถ้ามีคำว่า พ.ศ. ต้องเป็นตัวเลข 4 ตัว เช่น วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2548

1.1 การมาถึงหอผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

หน้าข้อความที่กำหนดให้ตรงกับวิธีการที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย

ญาติ หมายถึง สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา เพื่อน

ช่องอื่น ๆ หมายถึง นอกเหนือจากญาติที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เช่น ศูนย์หัวเฉียว พัทธกิจชีพ ตำรวจ เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

1.2 ผู้นำส่งและผู้ให้ข้อมูล หมายถึง การบันทึกโดยการทำเครื่องหมาย 3 ในช่อง หน้าข้อความที่กำหนดให้ตรงผู้นำส่งและผู้ให้ข้อมูล

1.3 กรณีฉุกเฉินแจ้ง (ระบุชื่อ)..... หมายถึง เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยให้แจ้งผู้ใดทราบ โดยการบันทึกชื่อ เบอร์โทรศัพท์และความสัมพันธ์ของผู้ที่ผู้ป่วยให้แจ้งเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ข้อ 2 การวินิจฉัยแรกเริ่ม (Initial Diagnosis) หมายถึง การบันทึกการวินิจฉัยโรคครั้งแรกที่แพทย์วินิจฉัยไว้ก่อนที่จะมีการตรวจวินิจฉัย (Investigation) ที่ละเอียด และสมบูรณ์โดยดูได้จากบัตรผู้ป่วยนอก (OPD Card) ในวันที่รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Admit) หรือจากใบตรวจร่างกายของแพทย์ (Physical Examination)

.....

.....

.....

ข้อ 7 สภาพจิตใจผู้ป่วยแรกเริ่ม

7.1 การแสดงออกด้านพฤติกรรม หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตใจที่ผู้ป่วยแสดงออกทางด้านพฤติกรรมการแสดงออก โดยทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อความที่บ่งบอกสภาพจิตใจของผู้ป่วย กรณีการแสดงด้านพฤติกรรมไม่ตรงกับข้อความที่กำหนดไว้ ให้บันทึกรายละเอียดลงในช่องอื่น ๆ

7.2 การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนดไว้ และตรงกับ การแสดงออกทั้งทางสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย เมื่อแรกเริ่มที่เป็นจริง กรณีการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยไม่ตรงตามข้อความที่กำหนดไว้ ให้บันทึกรายละเอียดลงในช่องอื่น ๆ

7.3 สิ่งกีดขวางขณะพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกังวล ไม่สบายใจขณะที่มาพักรักษาในโรงพยาบาลโดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนดไว้ กรณีมีความกังวลให้บันทึกรายละเอียดลงในช่องมี (ระบุ) ซึ่งความกังวลใจของผู้ป่วยอาจเป็นปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการในโรงพยาบาล การบริการของเจ้าหน้าที่ ปัญหาครอบครัวและญาติผู้ป่วย เช่น ไม่มีคนดูแลลูกที่บ้าน ปัญหาเรื่องโรค ปัญหาค่าใช้จ่าย ปัญหาครอบครัว เป็นต้น

7.4 บุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการขณะพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญและผู้ป่วยต้องการอยู่ใกล้ชิดมากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนด กรณีมี ให้บันทึกรายละเอียดลงในช่องมี (ระบุ) เช่น สามี ภรรยา บุตร พี่เลี้ยงและเพื่อน เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่บันทึกเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม

ข้อ 8 แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันก่อนการอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้

8.1 การเคลื่อนไหว หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและหรือญาติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยปกติขณะอยู่บ้าน โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง

หน้าข้อมูลเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่กำหนดที่ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและหรือญาติ โดยตรง กรณีผู้ป่วยต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ให้บันทึกประเภทอุปกรณ์ที่ใช้ช่วยเหลือขณะเคลื่อนไหว เมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น ไม้เท้า หรือ รถเข็นนั่ง เป็นต้น

8.2 แขน และ ขา หมายถึง การบันทึก โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลที่กำหนด กรณีผิดปกติให้ระบุข้างและลักษณะที่ผิดปกติด้วย

8.3 ความเจ็บปวด หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลที่กำหนดไว้ หากมีอาการเจ็บปวดให้บันทึก ลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวด และความรุนแรงของความปวดในช่องมี (ระบุ)

8.4 การขยับถ่ายอุจจาระ หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการขยับถ่ายอุจจาระโดยปกติขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนด และตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและหรือญาติ

8.5 การขยับถ่ายปัสสาวะ หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการขยับถ่ายปัสสาวะโดยปกติของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลเกี่ยวกับการขยับถ่ายปัสสาวะที่กำหนด และตรงกับข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ป่วยที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและหรือญาติ กรณีผิดปกติให้บันทึกรายละเอียดความผิดปกติของการขยับถ่ายปัสสาวะในช่องผิดปกติ (ระบุ) เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะแสบขัด ปวดมากขณะปัสสาวะ เป็นต้น

8.6 การออกกำลังกาย หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลกำหนด ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนการออกกำลังกาย และช่วยให้พยาบาลประเมินได้ว่า ผู้ป่วยมีแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายอย่างไร ใช้ประกอบการวินิจฉัยเกี่ยวกับแบบแผนการหายใจ ประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด การดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การเจริญเติบโต และการพัฒนาการ

8.7 การนอนหลับพักผ่อน หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับแบบแผนปกติเกี่ยวกับการนอนของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านและก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ โดยบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ และทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อความเกี่ยวกับการใช้ยานอนหลับที่กำหนด และตรงกับข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ป่วยที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยโดยตรงและหรือญาติ

8.8 การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพักผ่อนหย่อนใจ กิจวัตรประจำวัน โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลกำหนดไว้ กรณีมีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ให้บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับประเภทของ

การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ลงในช่องมี (ระบุ) เช่น ชื่อของ จ่ายตลาด อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

8.9 การรับประทานอาหาร หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วย และหรือญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อความเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่กำหนด และตรงกับข้อมูลที่เป็นจริงที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยโดยตรงและหรือญาติกรณีข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ซักถามได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่กำหนด ให้บันทึกรายละเอียดลงในช่องอื่น ๆ

8.10 ปัญหาการรับประทานอาหาร หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน โดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลที่กำหนด กรณีมีปัญหาให้บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาการรับประทาน อาหารในช่องมี (ระบุ) เช่น กลืนลำบาก เคี้ยวลำบาก ไม่มีฟัน เป็นต้น

8.11 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักขณะอยู่บ้านก่อนการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดย การทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลที่กำหนดและใส่ตัวเลขของน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงลงใน ช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย

8.12 สิ่งเสพติด หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเสพติดที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและหรือญาติ โดยทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ซึ่งตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง ของผู้ป่วยที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและหรือญาติ กรณีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่ง เสพติดไม่ตรงกับข้อมูลที่กำหนด ให้บันทึกรายละเอียดในช่องอื่น ๆ เช่น การใช้ยาแก้ปวด การใช้สารระเหย เป็นต้น

8.13 เพศและการเจริญพันธุ์ หมายถึง การบันทึกข้อมูลโดยการทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่อง หน้าข้อมูลที่กำหนด ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วยกรณีเป็นเพศหญิงให้บันทึกเรื่องการมีประจำเดือนด้วย

.....

การลงชื่อ

1. การลงชื่อพยาบาลผู้ประเมินเบื้องต้น หมายถึง การลงชื่อพยาบาลผู้ซักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วยในวันที่และเวลา ที่บันทึกข้อมูล

หมายเหตุ

1. การบันทึกโดยใช้หมึกสีน้ำเงิน ไม่มีรอยลบหากเขียนผิดต้องขีดฆ่าข้อความเดิมด้วยเส้นตรงพร้อมลงชื่อและตำแหน่งกำกับ
2. การบันทึกให้บันทึกให้เสร็จสิ้นภายใน 24 -48 ชั่วโมง หากบันทึกไม่เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่สภาพผู้ป่วยแรกรับไม่เอื้ออำนวยต่อการซักประวัติให้บันทึกได้ต่อเนื่องก่อนผู้ป่วยจำหน่าย
3. ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ซักประวัติจากญาติผู้ใกล้ชิดที่สุดหรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น



คู่มือการบันทึกการวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการพยาบาล และเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้สื่อสารภายในทีมพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีระบบเป็นระเบียบต่อเนื่อง และมีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน ในแผนการพยาบาลจะประกอบด้วยข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายพร้อมเกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล

แนวทางในการบันทึก

ช่องที่ 1 ว.ค.ป. เวลา ให้บันทึก วัน เดือน ปี และเวลาที่ตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ ข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย

ช่องที่ 2 ประเด็นบันทึก ในช่องนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นการบันทึกที่อธิบายถึงการกระทำที่มีการตอบสนอง (Response) มาจากความ ต้องการของผู้ป่วย เช่น ขาดประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมออกและอยู่ในระยะเศร้าโศก มิใช่เป็นการบันทึกที่อธิบายถึงการกระทำที่เป็นความต้องการของพยาบาล เช่น ผู้ป่วยออกกำลังแขนข้างผ่าตัดเต้านมไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเกียจคร้าน / ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อการตอบสนองของผู้รับบริการเปลี่ยน การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการที่สำคัญ เพราะทำให้พยาบาลทราบแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อแก้ไข หรือส่งเสริมภาวะ สุขภาพนั้น ซึ่งการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีโอกาสเป็นไปได้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งดังต่อไปนี้ (ยูวดี เกตสัมพันธ์. 2547)

รูปแบบที่ 1

มีภาวะสุขภาพดี

ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่งเสริม)

ตัวอย่าง มีการแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากเชื่อว่าความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ

รูปแบบที่ 2

คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยง

เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
(ปัจจัยส่งเสริม)

ตัวอย่าง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากขาดความรู้ถึงวิธีป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวกและการมองเห็นบกพร่อง

รูปแบบที่ 3

เกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยง

ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่งเสริม)

ตัวอย่าง ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ เนื่องจากตามัวและขาทั้งสองข้างอ่อนแรง

แนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพไม่ใช่ความต้องการทางการพยาบาล เช่น ต้องการสารอาหารเพิ่ม ควรเขียนเป็น ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
2. ใช้ “เนื่องจาก” เชื่อมข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. ไม่ใช้ข้อความที่เสี่ยงทางกฎหมาย เช่น เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายที่ เนื่องจากไม่ค่อยได้รับการพลิกตัว ควรเขียนเป็น เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากการเคลื่อนไหวกในร่างกายไม่ได้ เพราะ Quadriplegia
4. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่นำคุณค่าและมาตรฐานของตัวพยาบาลมามีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากเกียจคร้าน ควรเขียนเป็นการดูแลรักษาสุขภาพไม่ดี เนื่องจากอยู่ในภาวะหมดหวัง

5. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น กระสับกระส่ายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

.....

.....

ส่วนที่ 2 เป้าหมาย / ผลลัพธ์เป็นการกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นไปได้ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป้าหมาย / ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจ เพื่อให้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น ความผิดปกติลดลง ป้องกันอาการแทรกซ้อนหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมินผล (Outcome Criteria) หมายถึงมาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาล ที่ทำให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และช่วยให้ผู้รับบริการและพยาบาลมีความรู้สึกว่าได้ประสบความสำเร็จร่วมกัน (พรนิรันดร์ อุดมถาวร และคณะ. 2533)

.....

.....

.....

ช่องที่ 5 วันสิ้นสุด ลงชื่อ / ตำแหน่ง ให้บันทึกวันที่ เดือน ปี ที่การปฏิบัติการพยาบาลได้ปฏิบัติแล้วและปัญหานั้นได้รับการแก้ไขหรือสิ้นสุดปัญหาแล้ว พร้อมลงชื่อและตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบันทึกปฏิบัติการพยาบาล

คู่มือการบันทึกแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย

การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Nursing Progress Note) หมายถึง การบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสำคัญที่ต้องการใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยในแต่ละวันหรือแต่ละครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง โดยที่ข้อมูลดังกล่าวมาแล้วนั้น ไม่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เห็นสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือความก้าวหน้าของสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia มีไข้ หรือให้เลือด เป็นต้น

แนวทางในการบันทึก

1. ช่อง ว.ค.ป. บันทึกวันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือข้อมูลสำคัญ เช่น ผล Lab หรือ Vital Signs ผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เป็นต้น
2. ช่อง เวลา บันทึกเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือมีข้อมูลสำคัญ ที่ผิดปกติที่พยาบาลต้องติดตามสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาวะปกติ
3. ช่องข้อมูล / ข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress Note) บันทึกเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประเมินอาการผู้ป่วยในแต่ละวันและทุกวัน เพื่อให้เห็นสถานะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หอบ ซัก เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกนี้เป็นข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลและเมื่อบันทึกจบในแต่ละเรื่องหรือแต่ละข้อมูลที่บันทึกให้ลงชื่อตำแหน่งผู้บันทึกท้ายข้อมูลที่บันทึกเรียบร้อยแล้ว

คู่มือการบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

แนวทางในการบันทึกการวางแผนการจำหน่าย

1. วันคัดการจำหน่าย เป็นการบันทึกวันที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายได้ตามการประเมินของแพทย์ผู้รักษา วันที่ประเมินเป็นการบันทึกวันที่มีการประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย
2. ข้อมูลที่ได้จากทีมสุขภาพอื่นที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับทีมสุขภาพอื่น เช่น แพทย์ โภชนาการ กายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ ที่ร่วมให้การดูแลเตรียมผู้ป่วยจำหน่าย
3. ผู้ป่วยต้องการเตรียมจำหน่าย เป็นการบันทึกความต้องการการเตรียมจำหน่ายตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนด
4. ผู้ป่วยต้องการเตรียมจำหน่าย เรื่อง(ระบุ).....เป็นการบันทึกข้อมูลการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายเกี่ยวกับเรื่องหรือปัญหาสุขภาพ / ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตลอดจนเรื่องผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เพื่อกลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุขตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4.1 ยาสำคัญที่ต้องระวัง เป็นการบันทึกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนด หากต้องการให้ระบุความต้องการเกี่ยวกับยาที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ตามปัญหา / ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษทั้งในด้านวิธีใช้ยา การเก็บรักษา ยา การสังเกตอาการที่เกิดจากผลของการใช้ยาและอาการสำคัญที่ต้องหยุดยา / มาพบแพทย์เมื่อมีปฏิกิริยาต่อการใช้ยา เช่น อื่นชุลิน ต้องนึกก่อนรับประทานอาหารครึ่งชั่วโมง และต้องประเมินการรับประทานอาหารก่อนการนวดทุกครั้ง ต้องเก็บยาในตู้เย็นช่องธรรมดาหากรับประทานอาหารไม่ได้ไม่ควรนวดยา ให้ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา เป็นต้น

ในช่องดำเนินการให้ระบุสิ่งที่ทีม สุขภาพได้ให้ความช่วยเหลือหรือแนะนำเกี่ยวกับยาที่สำคัญที่ต้องระวังในการเตรียมจำหน่าย เช่น การสอนนวดยาอินชุลิน

4.2 สภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจ เป็นการบันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนด หากต้องการให้ระบุความต้องการการเตรียมจำหน่ายเช่น ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก นั่งถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระส้วมแบบธรรมดาไม่ได้ต้องนั่งส้วมแบบชักโครก แต่บ้านของผู้ป่วยไม่มีส้วมแบบชักโครก อาจแนะนำให้ซื้อเก้าอี้นั่งถ่ายหรืออุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายได้สะดวก ในช่องดำเนินการให้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการ / การให้ความช่วยเหลือ / การติดต่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อม เช่น แจ้างแหล่งจัดซื้อหรือติดต่อประสานงานจัดซื้ออุปกรณ์ให้ผู้ป่วยหรือติดต่อช่างแนะนำการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้

4.3 การรักษาที่ทำต่อเนื่อง เป็นการบันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่กำหนด หากต้องการให้ระบุความต้องการ โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง

△ หน้าข้อความที่กำหนดกรณีการฉีดยาให้ระบุชื่อยาที่ใช้ ในช่องดำเนินการให้บันทึกข้อมูลที่พยาบาล / ทีมสุขภาพได้จัดเตรียมความพร้อมตามหัวข้อความต้องการการเตรียมจำหน่ายเช่น การฉีดยาอินซูลิน ดำเนินการโดยการสอน / สาธิตวิธีการฉีดยาอินซูลินและให้ผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแลสาธิตกลับจนสามารถเตรียมยา ฉีดยาได้ถูกต้องเป็นต้น

4.4 ภาวะสุขภาพ เป็นการบันทึกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่กำหนด หากต้องการให้ระบุ เช่น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกต้นขา จำเป็นต้องใช้ Crutches หรือ Walkeraid การดำเนินการ จัดเตรียมอุปกรณ์ ส่งฝีกหัดเดินที่แผนกกายภาพบำบัด / ติดต่อนักกายภาพบำบัดสอนการหัดเดินด้วยอุปกรณ์ดังกล่าวเป็นต้น

4.5 อาหาร เป็นการบันทึกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่กำหนด หากต้องการให้ระบุสิ่งที่ต้องการโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง △ หน้าข้อความที่กำหนด กรณีอาหารสายยางในช่องดำเนินการเป็นการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของญาติ / ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการเตรียมอาหารสายยาง วิธีการให้อาหารทางสายยางพร้อมบันทึกผลการสอน / สาธิตของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย กรณีอาหารเฉพาะโรคให้ระบุชนิดอาหารเฉพาะโรค เช่น อาหารเบาหวานหรือไตเป็นต้น ในช่องดำเนินการให้ระบุความพร้อมในการรับประทาน / การเตรียมอาหารเฉพาะโรค โดยติดต่อโภชนากรมาให้คำแนะนำ / มอบเมนูอาหารประจำวันตามโรคที่ผู้ป่วยมีอยู่

5. ญาติหรือผู้ดูแล เป็นการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับญาติ / ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือสถานส่งต่อโดยระบุชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของญาติ / ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สามารถติดต่อได้เพื่อติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

-
7. Admission Date เป็นการบันทึกวันที่รับผู้ป่วยไว้พักรักษาในโรงพยาบาล
8. Discharge Date เป็นการบันทึกวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
9. Length of Stay หมายถึงจำนวนวันที่ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล โดยนับจากวันที่รับผู้ป่วยไว้พักรักษาในโรงพยาบาลเป็นวันที่ 1 จนกระทั่งถึงวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายและไม่นับวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย โดยดูได้จากฟอร์มปรอทในช่อง Hospital day ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 14 ก.ค. 2548 และจำหน่ายวันที่ 16 ก.ค. 2548 รวมวันนอนในโรงพยาบาลเท่ากับ 2 วัน โดยนับจากวันที่ 14 ก.ค. 2548 เป็นวันที่ 1 วันที่ 15 ธ.ค. 248 เป็นวันที่ 2 ส่วนวันที่ 16 ก.ค. 2548 ซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายไม่นับรวมเป็นวันนอนโรงพยาบาล
-
-
-

20. ลงนามผู้บันทึก เป็นการลงชื่อ ตำแหน่งผู้บันทึกข้อมูลในการวางแผนและสรุปการ
จำหน่าย



ผนวก ฉ.

ตัวอย่างคู่มือการวางแผนการพยาบาล
(Nursing Care Plan)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล	แผนการพยาบาล
<p>ปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p>เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> สมอบบวม</p> <p><input type="checkbox"/> เลือดออกในสมอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> บาดเจ็บที่ศีรษะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะมาก</p> <p><input type="checkbox"/> ระดับความรู้สึกตัวลดลง.....</p> <p><input type="checkbox"/> GCS.....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> BP.....mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> Pulse...../min</p> <p><input type="checkbox"/> pupil \emptysetmm</p> <p>RTL.....</p>	<p>เป้าหมาย/ผลลัพธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p><input type="checkbox"/> ปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p><input type="checkbox"/> อาการปวดศีรษะลดลง</p> <p><input type="checkbox"/> BP mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> Pulse \leq / mm</p> <p><input type="checkbox"/> Pupil \emptyset mm</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมิน V/S และ N/S ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินอาการปวดศีรษะ</p> <p><input type="checkbox"/> จัดท่า Semi Fowler ยกศีรษะสูง 30-45°</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ขาดความดันในกะโหลกศีรษะ</p> <p><input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อม/กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดการกระตุ้นการเกิด ICP ได้แก่</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับการป้องกัน ICP</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p>

ตัวอย่างคู่มือการวางแผนการพยาบาล
(Nursing Care Plan)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล	แผนการพยาบาล
<p>ปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีโอกาสเกิดการขาด สารน้ำและอาหาร <input type="checkbox"/> มีภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เนื่องจาก <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระเหลว <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> รับประทานอาหารได้น้อย <input type="checkbox"/> วิดกกังกล/เครียด ไม่ยอม รับประทานอาหาร <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ความรู้สึกตัวลดลง <input type="checkbox"/> GCS..... คะแนน <input type="checkbox"/> ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> BT °C <input type="checkbox"/> BUN..... CR..... <input type="checkbox"/> น้ำหนักตัวก.ก <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>เป้าหมาย /ผลลัพธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ได้รับสารน้ำและอาหาร เพียงพอ <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ความรู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> GCS.....คะแนน <input type="checkbox"/> ผิวหนังปากไม่แห้ง <input type="checkbox"/> Hct ปกติ <input type="checkbox"/> BUN/CR ปกติ <input type="checkbox"/> Electrolyte ปกติ <input type="checkbox"/> BT ปกติ ไม่มีไข้ <input type="checkbox"/> น้ำหนักตัวสมดุลกันกับ ส่วนสูง (BMI ปกติ) 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ประเมินอาการ Dehydration <input type="checkbox"/> ประเมิน BT ทุก 4 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ดูแลให้สารน้ำ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บันทึกจำนวนอุจจาระ ทุกเวร <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนักทุก <input type="checkbox"/> สอนผู้ป่วย/ญาติสังเกต/ ดูแลการขาดสารน้ำ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ตัวอย่างคู่มือการวางแผนการพยาบาล
(Nursing Care Plan)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล	แผนการพยาบาล
<p>ปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> มีโอกาสเกิดแผลกดทับ</p> <p><input type="checkbox"/> มีแผลกดทับ.....</p> <p>เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย</p> <p><input type="checkbox"/> มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว จากแผนการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> ผิวหนังบวม</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> Cord injury.....</p> <p><input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> On skull traction / skin traction / skeleton traction</p> <p><input type="checkbox"/> สีผิวหนัง.....</p> <p>.....</p>	<p>เป้าหมาย/ผลลัพธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับเพิ่มขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> แผลหายดี</p> <p><input type="checkbox"/> สีผิวหนังปกติ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินลักษณะสีของ ผิวหนังบริเวณปุ่ม กระดูกต่าง ๆ ทุกครั้ง ที่มีการพลิกตัว</p> <p><input type="checkbox"/> พลิกตัวเปลี่ยนท่านอน ทุก 1½ - 2 ชั่วโมง และ ขนาดตามปุ่มกระดูก</p> <p><input type="checkbox"/> กรณี On Traction ต่าง ๆ พลิกตะแคงตัว ทุก ๆ 1½ - 2 ชั่วโมง อย่างถูกเทคนิค</p> <p><input type="checkbox"/> จัดท่านอนตะแคงใช้ หมอนหรือผ้าสอดไว้ ระหว่างขาทั้งสองข้าง เพื่อรองรับข้างที่อยู่ด้าน บนไว้เพื่อไม่ให้เกิดการ ดึงดึงของผิวหนัง</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับน้ำและ อาหารอย่างเพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> ทำแผล/ดูแลให้ได้รับ การทำแผลวันละ ครั้ง เวลา</p> <p><input type="checkbox"/></p>

ตัวอย่างคู่มือการวางแผนการพยาบาล
(Nursing Care Plan)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล	แผนการพยาบาล
<p>ปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> มีปัสสาวะค้างจากการมีความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมการขับถ่าย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก</p> <p><input type="checkbox"/> หน้าท้องโป่งนูนมีลักษณะของปัสสาวะคั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีปัสสาวะเหลือค้างหลังปัสสาวะเสร็จมากกว่า 100 ซีซี</p> <p><input type="checkbox"/> ลักษณะ Urine</p> <p><input type="checkbox"/> BT °C</p> <p><input type="checkbox"/> คาสายสวนปัสสาวะ (Retained Foley's Catheter)</p>	<p>เป้าหมาย/ผลลัพธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p><input type="checkbox"/> หน้าท้องปกติไม่มี Full Bladder</p> <p><input type="checkbox"/> ลักษณะปัสสาวะปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> BT ไม่เกิน 37.5 °C</p> <p><input type="checkbox"/> ผล UA ปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัสสาวะค้างเกิน 3-4 ชั่วโมง และมีปริมาณ < 500 ซีซี ในการสวนแต่ละครั้ง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> สังเกตสีของปัสสาวะเพื่อประเมินการติดเชื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะ Full Bladder และจำนวนปัสสาวะเหลือค้างหลังการขับถ่ายปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะโดยวิธี กด - เคาะ - เบ่ง ทุก 2-3 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> กำหนดให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ซีซี/วัน</p> <p>6.00 – 14.00 น.....ซีซี</p> <p>14.00-22.00 น.....ซีซี</p> <p>22.00- 6.00น.ซีซี</p> <p><input type="checkbox"/> Record Intake/output</p> <p><input type="checkbox"/> สวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดและไม่ยกสูงกว่าตัวผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับการเปลี่ยนสาย Foley's catheter พร้อมถุงรองปัสสาวะตามเกณฑ์ของ IC</p> <p><input type="checkbox"/> วัด BT ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามผล UA และ Urine C/S</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับยา Antibiotics</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์เมื่อมีสิ่งผิดปกติ</p>

ผนวก ก.

ตารางแสดงคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจ

ตารางที่ 1

จำนวนค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สำหรับแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. มีการบันทึกวันที่ และ เวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	0.95	94.80	0.99	98.71	-4.53	0.000
2. มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคแรกรับ	0.94	93.60	0.97	96.57	-4.42	0.000
3. มีการบันทึกสภาวะผู้ป่วยและอาการสำคัญ / เหตุผลที่รับไว้ในความดูแล และระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	2.62	87.47	2.41	80.40	2.04	0.042
4. มีการประเมินสภาพร่างกายตามระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและอาการสำคัญ	2.81	93.60	2.94	97.85	-5.24	0.000
5. มีการประเมินที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย	2.29	76.27	2.91	97.00	-8.24	0.000
6. มีการประเมินที่บ่งบอกสภาพจิตวิญญาณของผู้ป่วย	1.88	62.80	2.74	91.42	-9.21	0.000
7. มีการประเมินที่บ่งบอกถึงสถานะและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อครอบครัว	0.71	70.74	0.94	93.57	-2.18	0.029
8. มีการวางแผนเพื่อเตรียมจำหน่าย	0.16	5.47	1.85	61.80	-14.98	0.000
9. มีการประเมินความต้องการความรู้ด้านสุขภาพ	0.39	39.36	0.86	85.96	-2.68	0.008
10. มีการลงลายมือชื่อ ตำแหน่ง ผู้ประเมิน วันที่และเวลา	0.60	60.40	0.88	87.55	-6.11	0.000
โดยรวม	13.08	65.42	17.00	85.00	-7.11	0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์สำหรับแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับโดยรวม แบบบันทึกทางการแพทย์แบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.11$, $p - \text{value} = 0.000$) และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์สำหรับแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับในรายชื่อ พบว่า โดยส่วนใหญ่แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนสูงกว่าแบบเดิม ยกเว้นการบันทึกสภาวะผู้ป่วยและอาการสำคัญ / เหตุผลที่รับไว้ในความดูแลและระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญมีคะแนนคุณภาพแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2

จำนวนค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์
สำหรับแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล

แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูล / ปัญหาที่สำคัญ	1.94	64.80	2.14	71.47	-3.30	0.001
2. มีการกำหนดเป้าหมาย / ผลลัพธ์ /เกณฑ์การประเมินผลที่มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	2.05	68.27	2.16	71.87	-1.78	0.075
3. มีการวางแผนการพยาบาลที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นไปได้	2.40	80.00	2.26	75.33	2.39	0.017
4. มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินเป็นระยะที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้	1.01	33.73	2.00	66.67	-12.87	0.000
5. มีการประเมินผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว	0.97	32.27	1.96	65.20	-13.17	0.000
6. มีการบันทึกวันที่ เวลา ชื่อ และตำแหน่งผู้บันทึก ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สำคัญ	0.08	8.00	0.71	70.80	-18.20	0.000

- ต่อ -

แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
7. มีการบันทึกวันที่ ชื่อ ตำแหน่ง ผู้บันทึก วันสิ้นสุดของปัญหาที่ได้รับบริการแก้ไข	0.45	44.80	0.95	94.80	-13.60	0.000
โดยรวม	8.90	52.35	12.17	71.60	-11.39	0.000

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลโดยรวม แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.39$, $p - value = 0.000$) และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลในรายชื่อ พบว่า โดยส่วนใหญ่แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนสูงกว่าแบบเดิม ยกเว้นการกำหนดเป้าหมาย / ผลลัพธ์ / เกณฑ์การประเมินผลที่มีความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีคะแนนคุณภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนการวางแผนการพยาบาลที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นไปได้มีคะแนนคุณภาพน้อยกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.39$, $p - value = 0.017$)

ตารางที่ 3

จำนวนค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย

แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. มีการบันทึกการประเมินซ้ำในเรื่องที่สำคัญนอกเหนือจากปัญหาเฉพาะที่กำหนดในปัญหาทางการแพทย์พยาบาลและติดตามเป็นระยะตามความเหมาะสม	2.03	67.73	2.44	81.47	-6.31	0.000
2. มีการบันทึกการแก้ไขและช่วยเหลืออย่างทันที่เมื่อเกิดปัญหา	2.50	83.20	2.46	82.00	0.72	0.470
3. มีการบันทึกผลการตอบสนองต่อการดูแลรักษา	2.06	68.53	2.15	71.73	-1.91	0.057
4. มีการบันทึกผลการปฏิบัติในการช่วยเหลือแพทย์และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย	2.78	92.80	2.83	94.27	-0.93	0.354
5. มีการบันทึกการมาเยี่ยมของแพทย์ ทีมสุขภาพและแผนการดูแล						
5.1 บันทึกชื่อทีมสุขภาพที่มาเยี่ยมผู้ป่วย	1.00	100.00	1.00	100.00	*	*
5.2 บันทึกแผนการดูแล	1.00	33.33	1.00	33.33	*	*
5.3 บันทึกเหตุการณ์ที่ให้	1.00	99.60	1.00	100.00	-1.00	0.318

* หมายถึง ไม่สามารถทดสอบสมมุติฐานได้เนื่องจาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 0

แบบบันทึกความก้าวหน้า ของผู้ป่วย	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
6. มีการบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย	0.40	13.33	0.95	31.60	-6.70	0.000
7. มีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญเขียนถูกต้อง อ่านชัดเจน	2.15	71.73	2.04	68.00	2.95	0.003
8. มีการลงลายมือชื่อ ตำแหน่งของผู้บันทึกข้อมูล วันที่และเวลาทุกครั้ง	0.26	26.40	0.84	84.00	-14.65	0.000
โดยรวม	15.18	63.25	16.71	69.63	-7.75	0.000

จากตารางที่ 3 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์สำหรับแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยโดยรวม แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.75$, $p - value = 0.000$) และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์สำหรับแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยในรายชื่อ พบว่า การบันทึกการประเมินซ้ำในเรื่องที่สำคัญนอกเหนือจากปัญหาเฉพาะที่กำหนดในปัญหาการพยาบาลและติดตามเป็นระยะตามความเหมาะสม การบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยและมีการลงลายมือชื่อตำแหน่งของผู้บันทึกข้อมูล วันที่ และเวลาทุกครั้ง สำหรับแบบบันทึกทางการแพทย์แบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการบันทึกการแก้ไขและช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดปัญหา การบันทึกผลการตอบสนองต่อการดูแลรักษา การบันทึกผลการปฏิบัติในการช่วยเหลือแพทย์และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย และการบันทึกเหตุการณ์ที่ให้มีคะแนนคุณภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ เขียนถูกต้องอ่านชัดเจนสำหรับแบบบันทึกทางการแพทย์แบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพน้อยกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.95$, $p - value = 0.003$)

ตารางที่ 4

จำนวนค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สำหรับแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

แบบบันทึกการวางแผนและการ สรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	คะแนนคุณภาพการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. มีการบันทึกการเตรียมจำหน่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาที่สำคัญ ของผู้ป่วย	2.06	68.67	2.27	75.73	-3.35	0.001
2. มีการบันทึกภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	2.56	85.33	2.81	93.60	-3.81	0.000
3. มีการบันทึกสถานะ / ปัญหา ของผู้ป่วย ที่ต้องดูแลอย่าง ต่อเนื่อง	2.14	71.47	2.30	76.67	-2.13	0.034
4. มีการให้คำแนะนำ / เตรียม ความพร้อมที่จำเป็นต่อการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อน จำหน่าย	2.34	78.00	2.28	76.00	0.92	0.356
5. มีการลงลายมือชื่อ ตำแหน่ง ผู้บันทึกข้อมูล วันที่บันทึก	0.53	53.20	0.78	77.60	-5.87	0.000
โดยรวม	9.64	74.12	10.44	80.28	-3.66	0.000

จากตารางที่ 4 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย โดยรวมแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.66$, $p - \text{value} = 0.000$) คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยในรายชื่อ พบว่า โดยส่วนใหญ่แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนสูงกว่าแบบเดิม ยกเว้นการให้คำแนะนำ / เตรียมความพร้อมที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายมีคะแนนคุณภาพไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5
ค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สำหรับหอผู้ป่วยในสามัญ

แบบบันทึก	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล				T	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	15.18	75.90	17.98	89.90	-5.13	0.000
2. แบบบันทึกการวางแผน การพยาบาล	7.14	42.00	10.06	59.18	-6.09	0.000
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย	14.26	59.42	16.60	69.17	-6.01	0.000
4. แบบบันทึกการวางแผนและการสรุป การจำหน่ายผู้ป่วย	9.84	75.69	10.70	82.31	-1.91	0.060
โดยรวม	46.42	62.73	55.34	74.78	-9.47	0.000

จากตารางที่ 5 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยในสามัญในแต่ละแบบ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิม ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ($t = -5.13$, $p - value = 0.000$) แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล ($t = -6.09$, $p - value = 0.000$) และแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ($t = -6.01$, $p - value = 0.000$) โดยจะพบว่า แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย แบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.91$, $p - value = 0.060$)

ตารางที่ 6

ค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์
สำหรับหอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 1

แบบบันทึก	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	9.40	47.00	15.36	76.80	-11.01	0.000
2. แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล	7.48	44.00	12.66	74.47	-9.15	0.000
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าของ ผู้ป่วย	15.98	66.58	17.46	72.75	-3.29	0.001
4. แบบบันทึกการวางแผนและการสรุป การจำหน่ายผู้ป่วย	7.40	56.92	9.68	74.46	-4.09	0.000
โดยรวม	40.26	54.41	55.16	74.54	-10.59	0.000

จากตารางที่ 6 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์สำหรับหอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 1 ในแต่ละแบบ แบบบันทึกทางการแพทย์แบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิมทั้ง 4 แบบ ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ($t = -11.01, p - value = 0.000$) แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล ($t = -9.15, p - value = 0.000$) แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ($t = -3.29, p - value = 0.001$) และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ($t = -4.09, p - value = 0.000$)

ตารางที่ 7

ค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สำหรับหอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 2

แบบบันทึก	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	12.20	61.00	16.24	81.20	-8.63	0.000
2. แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล	6.92	40.71	13.06	76.82	-12.30	0.000
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย	13.32	55.50	16.34	68.08	-9.57	0.000
4. แบบบันทึกการวางแผนและการสรุป การจำหน่ายผู้ป่วย	8.98	69.08	10.16	78.15	-2.87	0.005
โดยรวม	41.42	55.97	55.80	75.41	-16.60	0.000

จากตารางที่ 7 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 2 ในแต่ละแบบ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิมทั้ง 4 แบบ ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ($t = -8.63$, $p - value = 0.000$) แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล ($t = -12.30$, $p - value = 0.000$) แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ($t = -9.57$, $p - value = 0.000$) และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ($t = -2.87$, $p - value = 0.005$)

ตารางที่ 8
ค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สำหรับหอผู้ป่วยในพิเศษ หอผู้ป่วยที่ 1

แบบบันทึก	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ	14.82	74.09	17.12	85.61	-5.43	0.000
2. แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล	11.34	66.71	11.16	65.65	0.29	0.775
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย	14.96	62.33	16.18	67.42	-3.41	0.001
4. แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	10.64	81.85	10.58	81.38	0.14	0.893
โดยรวม	51.74	69.92	49.22	66.51	1.44	0.153

จากตารางที่ 8 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยในพิเศษ หอผู้ป่วยที่ 1 ในแต่ละแบบ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิม ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ($t = -5.43, P - value = 0.000$) และแบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ($t = -3.41, p - value = 0.001$) โดยจะพบว่า แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ($t = 0.14, p - value = 0.893$) และแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล ($t = 0.29, p - value = 0.775$) แบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพน้อยกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9

ค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สำหรับหอผู้ป่วยในพิเศษ หอผู้ป่วยที่ 2

แบบบันทึก	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ		
1. แบบประเมินสภาพผู้ป่วย แรกรับ	13.84	69.20	18.34	91.70	-8.71	0.000
2. แบบบันทึกการวางแผนการ พยาบาล	11.62	68.35	13.92	81.88	-4.58	0.000
3. แบบบันทึกความก้าวหน้าของ ผู้ป่วย	17.38	72.42	16.98	70.75	0.92	0.359
4. แบบบันทึกการวางแผนและ การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย	11.32	87.08	11.06	85.08	0.74	0.461
โดยรวม	54.16	73.19	60.30	81.49	-6.11	0.000

จากตารางที่ 9 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยในพิเศษ หอผู้ป่วยที่ 2 ในแต่ละแบบ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนคุณภาพสูงกว่าแบบเดิม ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ($t = -8.71, P\text{-value} = 0.000$) และแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล ($t = -4.58, p\text{-value} = 0.000$) โดยจะพบว่า แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ($t = 0.92, P\text{-value} = 0.359$) และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ($t = 0.74, P\text{-value} = 0.461$) แบบที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนคุณภาพน้อยกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10
เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น
ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในสามัญ

คะแนน	แบบบันทึกทางการแพทย์				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	Mean	SD	Mean	SD		
การใช้เวลาในการบันทึก	3.61	0.470	3.44	0.410	0.80	0.434
ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก	3.52	0.549	3.78	0.594	-0.94	0.360
ประโยชน์ต่อการพยาบาล	3.50	0.718	3.72	0.458	-0.78	0.445
ภาพรวม	3.54	0.562	3.67	0.477	-0.54	0.595

จากตารางที่ 10 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ($t = 0.80$, $p - \text{value} = 0.434$) ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ($t = -0.94$, $p - \text{value} = 0.360$) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ($t = -0.78$, $p - \text{value} = 0.445$) และด้านภาพรวม ($t = -0.54$, $p - \text{value} = 0.595$) ในแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในด้านการใช้เวลาในการบันทึกแบบที่พัฒนาขึ้นใช้นานน้อยกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.80$, $p - \text{value} = 0.434$) เมื่อเปรียบเทียบโดยรวมแล้วจะเห็นว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในสามัญที่มีต่อแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11

เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น
ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 1

คะแนน	แบบบันทึกการพยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	Mean	SD	Mean	SD		
การใช้เวลาในการบันทึก	3.11	0.318	3.36	0.405	-1.29	0.223
ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก	3.20	0.272	3.57	0.553	-1.58	0.141
ประโยชน์ต่อการพยาบาล	3.11	0.518	3.50	0.612	-1.30	0.219
ภาพรวม	3.19	0.268	3.50	0.490	-1.44	0.174

จากตารางที่ 11 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ($t = -1.29$, $p - \text{value} = 0.223$) ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ($t = -1.58$, $p - \text{value} = 0.141$) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ($t = -1.30$, $p - \text{value} = 0.219$) และด้านภาพรวม ($t = -1.44$, $p - \text{value} = 0.174$) ในแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในด้านการใช้เวลาในการบันทึกแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เวลามากกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.29$, $p - \text{value} = 0.223$) เมื่อเปรียบเทียบโดยรวมแล้วจะเห็นว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 1 ที่มีต่อแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 12

เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นของ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 2

คะแนน	แบบบันทึกการพยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	Mean	SD	Mean	SD		
การใช้เวลาในการบันทึก	3.25	0.395	3.10	0.379	0.61	0.557
ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก	3.20	0.359	3.11	0.235	0.45	0.667
ประโยชน์ต่อการพยาบาล	3.15	0.224	3.05	0.371	0.52	0.620
ภาพรวม	3.20	0.226	3.09	0.161	0.86	0.415

จากตารางที่ 12 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ($t = 0.61$, $p - \text{value} = 0.557$) ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ($t = 0.45$, $p - \text{value} = 0.667$) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ($t = 0.52$, $p - \text{value} = 0.620$) และด้านภาพรวม ($t = 0.86$, $p - \text{value} = 0.415$) ในแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในด้านการใช้เวลาในการบันทึกแบบที่พัฒนาขึ้นใช้นานน้อยกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.61$, $p - \text{value} = 0.557$)

เมื่อเปรียบเทียบโดยรวมแล้วจะเห็นว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในกึ่งสามัญ หอผู้ป่วยที่ 2 ที่มีต่อแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 13

เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น
ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในพิเศษ หอผู้ป่วยที่ 1

คะแนน	แบบบันทึกการพยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	Mean	SD	Mean	SD		
การใช้เวลาในการบันทึก	3.46	0.459	3.71	0.797	-0.67	0.521
ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก	3.64	0.412	3.71	0.271	-0.36	0.730
ประโยชน์ต่อการพยาบาล	3.58	0.645	3.75	0.224	-0.60	0.563
ภาพรวม	3.58	0.359	3.72	0.322	-0.73	0.480

จากตารางที่ 13 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ($t = -0.67, p - \text{value} = 0.521$) ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ($t = -0.36, p - \text{value} = 0.730$) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ($t = -0.60, p - \text{value} = 0.563$) และด้านภาพรวม ($t = -0.73, p - \text{value} = 0.480$) ในแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในด้านการใช้เวลาในการบันทึกแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เวลามากกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.67, p - \text{value} = 0.521$)

เมื่อเปรียบเทียบโดยรวมแล้วจะเห็นว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในพิเศษหอผู้ป่วยที่ 1 ที่มีต่อแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14

เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น
ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในพิเศษ หอผู้ป่วยที่ 2

คะแนน	แบบบันทึกการพยาบาล				t	p-value
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้น			
	Mean	SD	Mean	SD		
การใช้เวลาในการบันทึก	3.36	0.453	2.68	0.572	2.46	0.030
ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก	3.16	0.878	4.22	0.487	-2.80	0.016
ประโยชน์ต่อการพยาบาล	3.00	0.854	4.36	0.610	-3.42	0.005
ภาพรวม	3.17	0.738	3.85	0.319	-2.22	0.046

จากตารางที่ 14 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ($t = 2.46$, $p - \text{value} = 0.030$) ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ($t = -2.80$, $p - \text{value} = 0.016$) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ($t = -3.42$, $p - \text{value} = 0.005$) และด้านภาพรวม ($t = -2.22$, $p - \text{value} = 0.046$) ในแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบโดยรวมแล้วจะเห็นว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในพิเศษหอผู้ป่วยที่ 2 ที่มีต่อแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมากกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล นางสาวณภัทร ธนะพุดินาท

วัน เดือน ปีเกิด 18 กุมภาพันธ์ 2500

ที่อยู่ เลขที่ 223 หมู่ 1 ถนนสุขุมวิท 9 ตำบลจัมปา อำเภอท่าเรือ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2523 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย

พ.ศ. 2545 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2523 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยในชั้น 15 E และ 17 ES

พ.ศ. 2534 พยาบาลหัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก ตา หู คอ จมูก

พ.ศ. 2541 พยาบาลหัวหน้าแผนกเวชปฏิบัติทั่วไป

พ.ศ. 2542 พยาบาลหัวหน้าแผนกปัจจุบันพยาบาลและเวชปฏิบัติทั่วไป

พ.ศ. 2543-ปัจจุบัน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยชั้น 20 ES โรงพยาบาลหัวเฉียว