

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ pneumonia แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

Development of nursing documentation of pneumonia patients in Inpatient Units at Kham Ta Kla Hospital, Kham Ta Kla District, Sakon Nakhon Province.

(Received: November 11, 2021; Accepted: December 1, 2021)

นิทรา เกษลี¹

Nitra Kessalee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการพัฒนา PDCA (Plan-Do-Check-Act) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร และเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า จำนวน 15 คน และแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อนการพัฒนาจำนวน 40 ฉบับและหลังการพัฒนาจำนวน 40 ฉบับ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Dependent t - test

ผลการศึกษา : 1) ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ คือ ไม่มีแบบฟอร์มการบันทึกเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพขาดทักษะในการเขียนบันทึก และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการปอดอักเสบ 2) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือและตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ครอบคลุม แบบบันทึกแรกรับ แบบบันทึกชี้เฉพาะ แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลและแบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่าย 3) จัดอบรมและฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลพร้อมกับแจกคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้น 4) ผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา ($\bar{X}$ =23.95, S.D.=2.14) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{X}$ =19.83, S.D.=1.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =9.258, p <0.01) และ 5) ความพึงพอใจต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.60, S.D.=0.51)

คำสำคัญ: การพัฒนา, บันทึกทางการพยาบาล, กลุ่มอาการปอดอักเสบ

Abstract

This research was action research used PDCA (Plan-Do-Check-Act) process. Aimed to development nursing documentation of pneumonia patients in Inpatient Units at Kham Ta Kla Hospital, Sakon Nakhon Province and compared mean score of documentary quality before and after the process of development. Sampling were 15 register nurses who work in Inpatient Units at Kham Ta Kla Hospital, and 40 documentary of pneumonia patients before and 40 documents after the improving. Data was collected on the month of September to October, 2021. The instruments for collecting the data included the form of nurse demographic data, the audit checklists assessing the quality of the recording data, and the nurse satisfaction questionnaire of using the improving documentary of pneumonia patients. The data were analyzed by content analysis and descriptive statistics comprising frequency, percentage, mean and standard deviation.

¹ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลคำตากล้า

A comparison of mean scores of the quality recording before and after the improving were analyzed by using Dependent t-test.

Result: 1) the problem of recording was not have focus documentary form of pneumonia patients, the register nurses lack of recording skills and knowledge about pneumonia disease 2) improving the pneumonia documentary form and setting documentary manual with sample of recording nursing activity for pneumonia patients consisted the form of first time admitted, focus list, nursing progress note and discharge plan, 3) teaching about pneumonia disease and training skill of register nurses to record all of the improving pneumonia documentary forms 4) Mean score of the quality audit chart after the improving higher than before significantly at 0.05 level ($\bar{X}$ =23.95, S.D.=2.14 vs $\bar{X}$ =19.83, S.D.=1.84; t =-9.258, p <0.05) and 5) the satisfaction of register nurses to use the improving documentary of pneumonia patients was the highest ($\bar{X}$ =4.60, S.D.=0.51).

Key word: Development, nursing documentary, pneumonia

บทนำ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญในการสะท้อนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ และสามารถใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพ ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจะต้องสะท้อนแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยอาจใช้ทฤษฎีทางการแพทย์ทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่งหรือหลายทฤษฎีร่วมกันในการประเมินภาวะสุขภาพ จนถึงการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Bowmann G and other, 1983; Varcoe C, 1996) ดังนั้นถ้ามีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างครบถ้วนถูกต้อง ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเพราะผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลเพราะการบันทึกบ่งบอกถึงสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลายเรื่อง อาทิเช่น การศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกชี้เฉพาะ แผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม

โรงพยาบาลชลบุรี (สุปราณี ศรีพลวงษ์ และจกมล ธัมปสาโท, 2557) พบว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนใช้รูปแบบบันทึกชี้เฉพาะ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 81.1 หลังการใช้การบันทึกแบบชี้เฉพาะมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 84.3 และการศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ฐิติขวัญ นวมขิต, 2557) ซึ่งพบว่าความถูกต้องตามหลักการบันทึกและความต่อเนื่องอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 88.53, 89.82 และ 82.70 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้มีการนำไปใช้ในการศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะ (ทัศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ, 2560) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการแพทย์หลังใช้รูปแบบบันทึกภาพรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ จุดเด่นของการบันทึกแบบชี้เฉพาะคือ การให้ความสำคัญกับเรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจมากกว่าการบันทึกลำดับของปัญหา (problem list) หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (medical diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล (nursing diagnosis) อย่างเดียว การบันทึกแบบชี้เฉพาะเป็นการบันทึกที่ให้ความสำคัญด้านมุมมองด้านผู้ป่วย มีลักษณะมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered)

ข้อมูลที่บ้านทีกเป็นเรื่องสำคัญเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามเป้าหมาย (goal/outcome) ที่กำหนด และการตอบสนองต่อการดูแลรักษาที่ให้กับผู้ป่วย การบันทึกลักษณะนี้มีความ ยืดหยุ่น และสามารถปรับใช้ได้ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์ เป็นบันทึกที่สะท้อนการทำงานของพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล และมีรูปแบบที่เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับ มีการแยกบันทึกส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญคือ Focus ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ หรือประเด็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดเวลาในการอ่านเอกสาร เป็นการส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีม (พรศิริ พันธสี, 2558)

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหนึ่งในกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ อาทิเช่น ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ที่มีอาการเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบ และอื่นๆ พยาธิสภาพของโรคทำให้อาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยเฉพาะหากเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ จะส่งผลต่อแนวทางการดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที จากข้อมูลจากเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำตากล้า ด้วยกลุ่มอาการปอดอักเสบระหว่างปี 2560 – 2563 มีจำนวน 143 ราย, 121 ราย และ 150 ราย ตามลำดับ มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จำนวน 18 ราย, 17 ราย และ 20 ราย ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบเสียชีวิตปีละ 1 ราย จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ จำเป็นต้องได้รับ

การประเมิน การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร โดยอาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA เป็นกรอบในการพัฒนา เน้นให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุรวมทั้งแนวทางแก้ไขและสร้างแนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างมีคุณภาพซึ่งนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแบบ PDCA (plan-do-check-act) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า จำนวน 15 คน และผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลคำตากล้า จำนวน 15 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเลือกโดยเจาะจงทั้งหมดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ ไม่ได้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน ย้ายที่ทำงาน หรือลาคลอด และกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) นอนโรงพยาบาลมากกว่า 2 วัน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบที่แพทย์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำตากล้าไม่ถึง 48 ชั่วโมง ส่วนการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานการพยาบาล ที่กำหนดไว้ในการตรวจสอบแต่ละครั้งควรใช้บันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 40 ฉบับ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบบเจาะจงจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (2563) มีทั้งหมด 9 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-3 โดย 3 จะเป็นตัวเลขที่

แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด เป็นข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) คะแนนรวม 9 – 27 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁸ ดังนี้ คะแนน 9.0 – 15.0 คือ อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง คะแนน 16 – 21.0 คือ อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และคะแนน 22.0 – 27.0 คือ อยู่ในเกณฑ์ดี และในส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด เป็นข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) แบ่งเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับดังนี้ (ริเวอร์ธ สตรีตันและคณะ, 2549) 1.00 – 1.80 คือ ไม่พึงพอใจ 1.81 – 2.60 คือ พึงพอใจน้อย 2.61 – 3.40 คือ พึงพอใจปานกลาง 3.41 – 4.20 คือ พึงพอใจมาก และ 4.21 – 5.00 คือ พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ผู้วิจัยนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง ในส่วนของแบบประเมินความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ นำไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลคำตากล้า ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด และนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ (Reliability)

ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.97

ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาดำเนินตามขั้นตอนการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA ดังนี้

ขั้นเตรียมการ (P:plan)

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ศึกษาจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์จำนวน 40 ฉบับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ และนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจประเมินมาวิเคราะห์จำแนกตามระยะของการดูแล และจำแนกตามกระบวนการพยาบาล

2. สร้างทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ โดยผู้ศึกษาได้เรียนเชิญหัวหน้าตึกและพยาบาลที่ทำหน้าที่ประสานงานคุณภาพการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมาเป็นทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ผู้ศึกษานำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ 40 ฉบับให้ทีมพัฒนาคุณภาพทราบ จากนั้นผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพได้ร่วมกันทบทวนกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ที่ได้ปฏิบัติในปัจจุบันและสาเหตุของปัญหาการบันทึกที่ไม่มีคุณภาพ

4. ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ (U: understand causes of process variation) ผู้ศึกษา ทีมพัฒนาคุณภาพและพยาบาลวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการบันทึกที่ไม่มีคุณภาพ และสรุปปัญหา

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ผู้ศึกษา ทีมพัฒนาคุณภาพ และพยาบาลวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการบันทึกไม่ครบถ้วน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหการบันทึก

ทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน แล้วจึงจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาดังนี้

5.1 กำหนดแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ให้ชัดเจนขึ้น

5.2 จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในทุกคน

5.3 กำหนดให้หัวหน้าเวรมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการแพทย์และสะท้อนกลับให้มีการแก้ไขให้ถูกต้องก่อนลงเวร

6. วางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหา ผู้ศึกษาและทีมจัดทำแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์และเตรียมการจัดอบรมให้ความรู้ในการบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการ (D: Do) ปฏิบัติตามแผนที่จัดเตรียมไว้ (D:do) ผู้ศึกษาและทีมดำเนินการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนและการตรวจบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการตรวจสอบการปฏิบัติ (C: check) ภายหลังให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพครบ 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาและทีมดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยที่จำหน่ายจำนวน 40 ฉบับ

ขั้นตอนการยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A: act) ผู้ศึกษาและทีมมีการให้ข้อมูลย้อนหลังกับแก่พยาบาลวิชาชีพ และการสัมภาษณ์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Dependent t - test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โครงการ
เลขที่ 013/2564

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
คำตากลำ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0
อายุไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ 60.0 สถานภาพ โสด
ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อย
ละ 100.0 ประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ
40.0

2. ปัญหาที่พบจากการบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกหอ
ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลคำตากลำมีดังนี้

1) แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลมี
รูปแบบหลากหลาย ยังไม่มีแบบบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบโดยเฉพาะ
ทำให้การบันทึกไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ใช้เวลาใน
การเขียนบันทึกนานขึ้น และบางหัวข้อมีการบันทึก
ซ้ำซ้อนเช่น การบันทึกอาการสำคัญ บางหัวข้อยัง
ไม่ครอบคลุม เช่น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของ
ผู้ป่วย เป็นต้น

2) พยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะและ
ประสบการณ์ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบที่มีปัญหา
ซับซ้อน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ทำ
ให้ การบันทึกไม่ครอบคลุม บันทึกไม่ต่อเนื่อง
เขียนศัพท์ทางการแพทย์ (medical terminology)
ไม่ถูกต้อง และลายมือที่อ่านไม่ออกทำให้ตรวจสอบ
ไม่ได้

3) ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
กลุ่มอาการปอดอักเสบ ทำส่งผลกระทบต่อการศึกษาประวัติ
ประเมินอาการ การให้การพยาบาล รวมถึงการ
รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาอย่างทันที่
เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบรุนแรงจะมี
การเปลี่ยนแปลงอาการตลอดเวลา

3. การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ

หลังจากวิเคราะห์ปัญหาการบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ผู้วิจัยและ
ทีมได้มีการประยุกต์ใช้แบบฟอร์มทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบให้เป็นรูปแบบ
เดียวกัน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการบันทึกทางการ
พยาบาลและตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบอย่าง
ละเอียดเพื่อช่วยให้การบันทึกง่ายขึ้น และนำมา
แจกเอกสารในวันจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ
การบันทึกทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ
แผนกผู้ป่วยในทุกคน

บันทึกทางการพยาบาลที่ได้พัฒนาได้แก่
แบบบันทึกแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลชี้
เฉพาะ แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล
และแบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่าย
โดยตัดส่วนที่มีการบันทึกที่ซ้ำซ้อนของแต่
แบบฟอร์มออก และเพิ่มเติมรายละเอียดแต่ละ
แบบฟอร์มดังนี้

1) แบบบันทึกแรกรับให้บันทึกอาการสำคัญ
1-2 อาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการ ในการบันทึก
ข้อมูลจะประกอบไปด้วย วัน เดือน ปี เวลา ที่
ผู้ป่วยมารับบริการ เป็นการรับใหม่จากที่ไหน มี
การบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ
และความดันโลหิต มีการบันทึกข้อมูลจากการ
ประเมิน (assessment) ระดับความรู้สึกตัว การ
ช่วยเหลือตัวเอง หรือปัญหาที่พบ การบันทึก SOS
score การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลแรกรับ
และประเมินผล

2) แบบบันทึกชี้เฉพาะ (focus charting
record) รูปแบบของตารางประกอบด้วย ลำดับ
ของปัญหา ประเด็นปัญหาที่พบ (focus)
เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Goal: outcome) วันที่พบ
ปัญหา/ลงลายมือชื่อผู้ประเมิน (Active
date/Signature) วันที่ได้รับการแก้ไขปัญหาและ
ลงลายมือชื่อผู้ปฏิบัติแก้ไขปัญหา (Resolve
date/Signature)

3) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (nursing progress note) ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รูปแบบตารางประกอบด้วย วัน เดือน ปี เวลา ปัญหา ในส่วนของ Assessment (A) ให้ลงข้อมูลสนับสนุน subjective และ objective data และส่วน Intervention (I) เป็นการลงบันทึก กิจกรรมการพยาบาลที่แก้ไข้ปัญหา สำหรับ Evaluation (E) บันทึกผลการประเมิน พร้อมกับ ลงเวลาในการประเมินผลการให้การพยาบาลเพื่อ แก้ไขปัญหา

4) แบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการ จำหน่ายตามรูปแบบ D METHOD บันทึกการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค การรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาและการรักษา การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน/ การดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติหรือผู้ดูแล การนัดหมาย พบแพทย์ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งนี้ให้มีการบันทึกข้อมูล วันที่ให้บริการแต่ละหัวข้อ ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลที่ สามารถอ่านออกชัดเจน พร้อมทั้งผู้รับข้อมูล วิธีการให้ข้อมูล และการประเมินผลการให้ข้อมูล

4. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อน และหลังการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อน การพัฒนาพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาลสูงที่สุดคือข้อที่ 9 การ บันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ ($\bar{X}=2.90$, S.D.=0.30) รองลงมาคือ ข้อที่ 1 การ ประเมินแรกรับมีการบันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน ($\bar{X}=2.73$, S.D.=0.51) และข้อที่ 3 บันทึกกิจกรรม การพยาบาลเหมาะสมครบถ้วน ($\bar{X}=2.25$, S.D.=0.44) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}=1.65$, S.D.=0.58)

หลังพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบพบว่า ข้อที่มีคะแนน เฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.22) รองลงมาคือ ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับมีการ บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน ($\bar{X}=2.85$, S.D.=0.36) และข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล มีการ ระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการ แสดง ด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย ($\bar{X}=2.78$, S.D.=0.42) ตามลำดับ ส่วนข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 7 การประสาน การดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}=2.45$, S.D.=0.60) เมื่อนำ คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกก่อนและหลัง พัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม อาการปอดอักเสบมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}=19.83$, S.D.=1.84; $\bar{X}=23.95$, S.D.=2.14; $t=-9.258$; $p<0.05$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพการ บันทึกก่อนและหลังพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ

รายการ	คุณภาพ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการพัฒนา	19.83	1.84	-9.258	0.00*
หลังการพัฒนา	23.95	2.14		

*p-value<0.05

ความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อแบบบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ อยู่ ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}=4.60$, S.D.=0.51) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับพึงพอใจมากที่สุด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงที่สุดคือ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม อาการปอดอักเสบมีความจำเพาะสามารถสื่อสาร กับทีมผู้ให้การรักษาได้ชัดเจนและง่ายขึ้น ($\bar{X}=4.80$, S.D.=0.41) รองลงมาคือ แบบบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบเป็น

การบันทึกที่มีลักษณะมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ($\bar{X}=4.73$, $S.D.=0.46$) และแบบบันทึกทางการพยาบาลทำให้เห็นกิจกรรมการพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น ($\bar{X}=4.67$, $S.D.=0.49$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อการลดระยะเวลาในการเขียนแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบได้ ($\bar{X}=4.47$, $S.D.=0.74$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนครและเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อนและหลังการพัฒนา ผลการศึกษาได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบประกอบด้วย แบบบันทึกแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลชี้เฉพาะ แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล และแบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่าย พร้อมกับคู่มือและตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบในแต่ละแบบฟอร์ม และผลการเปรียบเทียบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังจากได้พัฒนาแบบบันทึกชี้เฉพาะมาใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทำให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนา³ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ได้พัฒนาแบบบันทึกชี้

เฉพาะมาใช้ในกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อและพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับดีและผู้ปฏิบัติพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (ฐิติขวัญ นวมชิต, 2557) และการศึกษาที่ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะและพบว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาลหลังใช้รูปแบบบันทึกภาพรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล (ทัศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ, 2560)

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญในการประเมินคุณภาพของการรักษาผู้ป่วยและเป็นข้อมูลที่สำคัญทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพของการดูแลรักษา มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยอาศัยความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพ ตลอดจนใช้สำหรับการสื่อสารส่งต่อข้อมูลที่สำคัญกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2557) เป็นการยืนยันการดูแลตามข้อกำหนดสะท้อนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล (Kent P, Morrow K., 2014) การบันทึกการพยาบาลที่ถูกต้องทำให้พยาบาลสามารถตรวจสอบกระบวนการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบและประเมินคุณภาพการดูแล การประเมินรายงานของพยาบาลในบันทึกผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงความถูกต้องของบันทึกทางการพยาบาล (Paans W and other, 2010) คุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) เอกสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ประหยัดเวลา และลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาด (Potter P.A.

and Perry A.G., 2013) การบันทึกการพยาบาลที่ไม่ได้คุณภาพที่ผิดจากมาตรฐานการดูแลอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Arrowood D and other, 2013)

จะเห็นได้ว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบของโรงพยาบาลคำตากล้าที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื่องจากการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพไปในทางที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือข้อดีหลายประการเช่น แบบบันทึกช่วยให้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในระยะแรกจับได้ครบถ้วน ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้บันทึกวินิจฉัยทางการพยาบาลแรกจับผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็วและช่วยให้เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพัฒนา PDCA ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารสามารถนำแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบไปขยายผลในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป อีกทั้งควรมีการนิเทศ ให้คำปรึกษา และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะและความชำนาญในการบันทึกการพยาบาลอย่างมีคุณภาพมากขึ้น และสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลน้องใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bowmann G., Thompson D. and Sutton T. (1983). Nurses attitudes towards the nursing process. *Journal of Advanced Nursing*, 8(2), 125-129.
- Varcoe C. (1996). Disparagement of the nursing process: the new dogma? *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 120-125.
- สุปรานี ศรีพลวงษ์ และจกมล ธัมปสาโท. (2557). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ focus charting หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 39(1), 19-26.
- รุติขวัญ นวมขัติ. (2557). การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง, จิตาภา ไม้งาม และณญา ภักฐิติพันธ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช แบบปัญหาชี้เฉพาะ (focus charting). *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 42(1), 50-56.
- พรศิริ พันธสี. (2558). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2563). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Audit Record Guideline). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศรีเมืองการพิมพ์.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. (2549). การตลาดบริการ. กรุงเทพฯ : บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด.
- กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2557). บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับวิชาชีพ. *พยาบาลสาร*, 42(1), 164-170.
- Kent P, Morrow K. (2014). Better documentation improves patient care. *Nursing Standard*, 29(14), 44-51.



Paans W., Sermeus W., Nieweg R.M.B. & Van der Schans C.P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2481-2489.

วิจิตร ฤกษ์มณี. (2556). กระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

Potter P.A. and Perry A.G. (2013). *Fundamentals of Nursing* 8th Edition. Publisher: Mosby.

Arrowood D., Choate E., Curtis E., DeCathelineau S., Drury B., Fenton S., Harper M. (2013). Integrity of the healthcare record. Best practices for HER documentation. *Journal of American health Information Management Association*, 84(8). 58-62.