

ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน



นางวาสิณี อ่อนท้วม

ศูนย์วิทยพัชการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

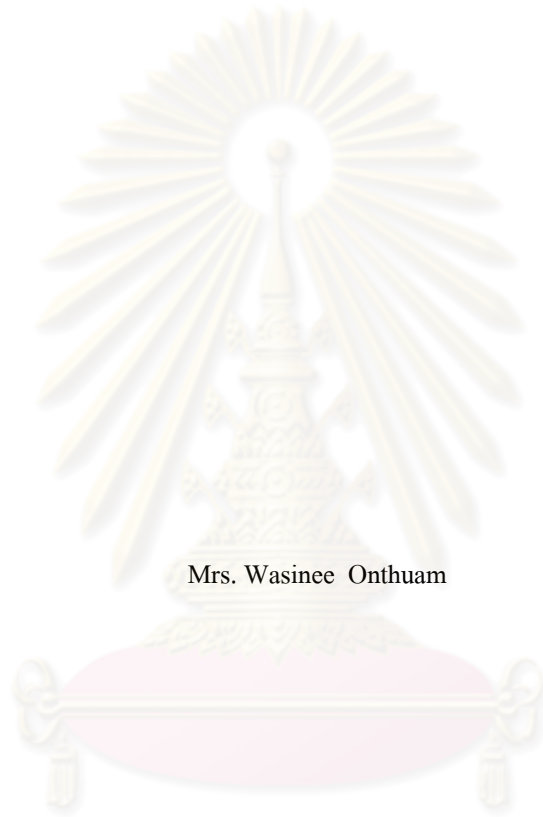
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF USING NURSING DOCUMENT ON OUTCOMES OF PATIENT CARE
EMERGENCY DEPARTMENT, LERDSIN HOSPITAL



Mrs. Wasinee Onthum

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลต่อผลลัพธ์การดูแล
ผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิดเทิง
โดย นางวาสนี อ่อนท้วม
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล

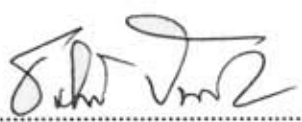
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญา ประจุศิลป์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

วาสนี อ่อนท้วม : ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาล ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน. (EFFECT OF USING NURSING
 DOCUMENT ON OUTCOMES OF PATIENT CARE, EMERGENCY
 DEPARTMENT, LERDSIN HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.
 สุชาดา รัชชกุล, 143 หน้า

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเวช
 ระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 60 แฟ้มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการ
 วิจัยประกอบด้วยแผนการอบรม แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คู่มือการใช้
 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบกำกับการทดลอง เครื่องมือในการเก็บ
 รวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและคู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการ
 พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
 และตรวจหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วยการหาค่าความสอดคล้องของ
 การตรวจสอบแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ
 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาล
 (\bar{X} =37.20) สูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาล (\bar{X} =18.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ.05

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล...ลายมือชื่อนิติศ..... *Piaw* *Donkh*.....

ปีการศึกษา...2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... *Jim Song*.....

#5177840036 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : NURSING DOCUMENT /EMERGENCY PATIENTS / OUTCOMES OF
PATIENT CARE / OUTCOMES OF CARING/ CARING

WASINEE ONTHUAM : EFFECT OF USING NURSING DOCUMENT ON
OUTCOMES OF PATIENT CARE EMERGENCY DEPARTMENT, LERDSIN
HOSPITAL. ADVISOR : ASST.PROF. SUCHADA RATCHUKUL,Ed.D., 143 pp.

The purpose of this quasi experimental research was to compare outcomes of patient care emergency department at Lerdsin Hospital before and after using nursing document. The subject were 60 patient charts. Case selected by purposive sampling. The research instruments were the training plan, emergency nursing document, the handbook for using the emergency nursing document, the assessment of patient care outcome forms and the handbook for using the emergency nursing activity. All research instruments were developed by the researcher and tested for content validity. Reliability of the assessment outcomes of patient care forms was .83. The data were analyzed by percentile, mean, standard deviation and t-test.

The major finding was as follow :

Outcomes of patient care at emergency department after using nursing document ($\bar{X} = 37.20$) was significant higher than before using nursing document ($\bar{X} = 18.37$) at the .05 level.

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of Study:.....Nursing Administration.. Student's Signature : *Wasinee Onthuam*.....

Academic Year:.....2010.....Advisor's Signature : *Suchada Ratchukul*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตากรุณาและเสียสละเวลาเป็นอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใยและเปี่ยมล้นด้วยจิตวิญญาณของความ เป็นครูตลอดเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณ ท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกสิลาป ประธานสอบวิทยานิพนธ์และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ช่วยกรุณาให้คำแนะนำเพื่อทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการ วิชาการ โรงพยาบาลเลิดสินที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณ คุณ รัชนิวรรณ ดารารัตนศิลป์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และคุณนิศยา ภูริพันธ์ หัวหน้า งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้โอกาสในการศึกษาในครั้งนี้ และ ขอขอบคุณเพื่อนพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสินทุกคนที่ให้ความ ร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดีและมีส่วนช่วยทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ที่กรุณาให้ เงินทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคุณเพทาย สรรวยผล และ คุณรัตนา เพิ่มเพชรเพื่อนผู้ให้กำลังใจและให้ความ ช่วยเหลือในการทำวิจัยตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณคุณตา คุณยาย คุณพ่อและคุณแม่ผู้เป็นที่พึ่งทางใจ ขอขอบคุณคุณมานะ อ่อนท้วมและด.ช.กฤตพัฒน์ อ่อนท้วมที่คอยเติมเต็มพลังใจแก่ผู้วิจัยในการต่อสู้กับอุปสรรคจน สามารถสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฌ |
| สารบัญภาพ..... | ญ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามการวิจัย..... | 5 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย..... | 6 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 8 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 11 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 12 |
| โรงพยาบาลเลิดสิน..... | 13 |
| บทบาทของพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน..... | 17 |
| แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย..... | 28 |
| รูปแบบบันทึกการพยาบาล..... | 35 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 50 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 55 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 56 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 57 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 64 |
| ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... | 67 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 71 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 72 |
| สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย..... | 73 |

| บทที่ | หน้า |
|--|------|
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 74 |
| 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ..... | 80 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 80 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 81 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 85 |
| รายการอ้างอิง..... | 87 |
| ภาคผนวก..... | 97 |
| ภาคผนวก ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ | 98 |
| ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย..... | 100 |
| ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 105 |
| ภาคผนวก ง หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลและรับรองการพิจารณาจริยธรรม.... | 132 |
| ภาคผนวก จ โครงการจัดอบรม..... | 135 |
| ภาคผนวก ฉ จำแนกรายละเอียดการบันทึกผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย..... | 140 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 143 |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|---|------|
| 1 | เปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกการพยาบาลรูปแบบต่างๆ..... | 49 |
| 2 | ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในเวชระเบียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง การทดลองจำแนกตามเพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ ประเภทผู้ป่วย และประเภทการจำหน่าย | 56 |
| 3 | เกณฑ์ระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย..... | 64 |
| 4 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง..... | 75 |
| 5 | เปรียบเทียบค่าร้อยละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษา ชีวิตก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายการบันทึก..... | 76 |
| 6 | เปรียบเทียบค่าร้อยละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษา อวัยวะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายการบันทึก..... | 78 |
| 7 | เปรียบเทียบค่าร้อยละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษา การทำหน้าที่ของอวัยวะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายการบันทึก..... | 79 |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | | หน้า |
|--------|-------------------------------------|------|
| 1 | กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 54 |
| 2 | สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย..... | 73 |



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพการดูแลเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการสุขภาพได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา จึงต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในขณะเดียวกันก็ต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคมและประชาชนภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพ ซึ่งคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริการสุขภาพ มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการอย่างสูง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพบริการได้ด้วยบุคคลหรือหน่วยงานภายนอกผ่านหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างชัดเจน (Goode and Piedaluc, 1999) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลคือบันทึกการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2544)

บันทึกการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการดูแลและพยาบาลผู้ป่วย เป็นการสื่อสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างพยาบาลและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ (ประคิม สุจฉายา, 2549) ดังนั้นองค์การวิชาชีพทางการพยาบาลทุกแห่งทั่วโลกจึงมีความเห็นร่วมกันว่า ข้อมูลจากบันทึกการพยาบาลสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างหลากหลาย (College of Nurse of Ontario, 2008 อ้างถึงใน อรพรรณ โตสิงห์, 2553) ซึ่งสภาการพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของบันทึกการพยาบาลเช่นกันจึงได้กำหนดให้การบันทึกการพยาบาลเป็นหนึ่งในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นหนึ่งในสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (สำนักการพยาบาล, 2550) ทั้งนี้เพราะบันทึกการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาลและเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเอื้อต่อการนำแผนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ได้อย่างชัดเจน และเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงถึงการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) นอกจากนั้นแล้วยังสะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยและยังสามารถประเมินถึงคุณภาพการพยาบาล (Voutilainen, Isola, and Muurinen, 2004 อ้างถึงใน นันทิยา วัฒนาย, 2553) และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2553)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (Patient outcome) คือการวัดและประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม หรือการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่วนใหญ่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) มีผลต่อการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Marek, 1997 อ้างถึงใน อโนชา สาระลิต, 2550) ซึ่งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาลนั้น ผู้ประเมินจะพิจารณาใน 3 องค์ประกอบหลัก คือด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcome) (ราศี แก้วนพรัตน์, 2552) สำหรับบันทึกการพยาบาลนั้น ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพด้านกระบวนการ (Process) ซึ่งผู้บริหารใช้ในการตรวจสอบกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญญา เตากล่ำ, 2543) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลถือได้ว่าเป็นความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (วิภาดา คุณาวิทิตกุล, 2548) บันทึกการพยาบาลเป็นเอกสารในการให้บริการพยาบาลและมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย แก่บุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพจะสามารถนำไปใช้ประเมินทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ (Donabedian, 1982 อ้างถึงใน สำนักการพยาบาล, 2547) โดยเนื้อหาในการบันทึกนั้นต้องมีความถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล ปัญหาผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพ (พินิจ ปริชา นนท์, 2545) ซึ่งบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ (Iyer and Camp, 1995) และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ต้องสะท้อนให้เห็นคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพบริการ (พรศิริ พันธสี, 2552)

อย่างไรก็ตามบันทึกการพยาบาลจะมีคุณค่าและมีประโยชน์สูงสุดเมื่อสิ่งที่บันทึกมีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ต่อเนื่อง และนำเสนอสามารถนำผลการบันทึกไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ (สำนักการพยาบาล, 2550) แต่ในสภาพความเป็นจริงกลับพบว่าบันทึกการพยาบาลส่วนใหญ่มีการบันทึกไม่ครบถ้วน มีข้อมูลบางส่วนขาดหายไป ทำให้บันทึกการพยาบาลไม่มีคุณภาพและไม่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลได้ (จงจิต เสน่หา, วันดี โดสุขศรี และวันเพ็ญ ภิญญญาสกุล, 2553) ขาดการบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ไม่สะท้อนปัญหาของผู้ป่วย และไม่สัมพันธ์กับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (Gregory, 2008 อ้างถึงใน อรพรรณ โดสิงห์, 2553) ซึ่งแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาคือควรมีการกำหนดรูปแบบบันทึกการพยาบาลที่สามารถช่วยให้การบันทึกเป็นอย่างสะดวก รวดเร็ว ง่ายต่อการบันทึก และใช้เวลาไม่มาก (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์,

2553) เพื่อให้พยาบาลสามารถบันทึกได้อย่างครอบคลุมจึงจะสามารถใช้เป็นเอกสารในการให้บริการผู้ป่วย และใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการบริการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีขนาดเตียง 700 เตียง ให้บริการการรักษาผู้รับบริการในระดับตติยภูมิ ซึ่งได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 แล้ว นอกจากนั้นแล้ว โรงพยาบาลเลิดสินยังเป็นสถาบันทางการแพทย์ที่มีการศึกษา ค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีด้านบริการสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพให้เป็นหน่วยงานที่มีความเป็นเลิศ (Excellence) ด้านออร์โธปิดิกส์และอุบัติเหตุ และต้องการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับตติยภูมิและเหนือกว่าระดับตติยภูมิด้วย (โรงพยาบาลเลิดสิน, 2552) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่ผู้บริหารได้กำหนดเป็นนโยบาย วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และเพื่อให้สามารถตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งขณะที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลที่สะท้อนจากบันทึกการพยาบาล

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลเลิดสินเป็นหน่วยงานสำคัญหน่วยงานหนึ่ง ที่ให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤตต่าง ๆ ในทุกประเภท ซึ่งแต่ละปีมีแนวโน้มผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมากเพิ่มขึ้น เฉพาะในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 81,835 ราย เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 17,887 ราย คิดเป็น 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเลิดสินทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่จำเป็นต้องรับไว้ในอนในโรงพยาบาลมีสูงถึง 1,304 ราย (สถิติโรงพยาบาลเลิดสิน, 2553) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะคุกคามชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง มีบาดแผลเปิดที่อก ช่องท้อง หรือมีการสูญเสียเลือดอย่างรุนแรง และผู้ป่วยดั่งที่กล่าวมาจะได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นรายบุคคล (Total patient care) ตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการลงบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลซึ่งต้องใช้ต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย แต่พบปัญหาว่าข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตกหล่นและขาดหายไปเพราะพยาบาลไม่สามารถลงบันทึกได้อย่างครบถ้วน บันทึกการพยาบาลจึงไม่สามารถสื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการตรวจรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งการตอบสนองของผู้ป่วย และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องฉุกเฉินได้ ซึ่งสำนักงานการ

พยาบาล (2550) ได้กำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามเป้าประสงค์หลักของการบริการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ได้แก่ ความปลอดภัยในการรักษาชีวิต ความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ และความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อพัฒนาบันทึกการพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้นเพื่อให้สามารถใช้ตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและใช้เป็นหลักฐานประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยได้

จากผลการเยี่ยมชมตรวจประเมินของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 พบว่าประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ขององค์การพยาบาล คือ การพัฒนาด้านการบันทึกทางการพยาบาล เนื่องจากพบว่าผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 55.96) ส่วนในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 70.60) และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกการพยาบาลให้ดีขึ้น กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลเลิดสินจึงได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายด้านคุณภาพการบันทึกการพยาบาลไว้ว่าต้องได้ในระดับดี (ร้อยละ 80) จึงจะมีความสมบูรณ์เพียงพอแก่การตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้และเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์การประเมินและรับรองคุณภาพการบริการการพยาบาลของสภาการพยาบาล ซึ่งกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกการพยาบาลและการรายงานทางการพยาบาลไว้ว่าต้องผ่านการประเมินขั้นต่ำคือระดับ 3 (คะแนนเฉลี่ย 3.00-3.99) จึงจะถือว่าบันทึกการพยาบาลนั้นมีคุณภาพสามารถใช้ในการสื่อสารภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป้าหมาย แผนการดูแล สะท้อนคุณภาพ ผลการปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนภาระงาน และใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ (สภาการพยาบาล, 2549) และจากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 5 คน ระหว่างวันที่ 21-23 ธันวาคม พ.ศ. 2552 พบว่าปัญหาการบันทึกการพยาบาลที่ไม่ได้ตามเกณฑ์เกิดจากแบบบันทึกที่ใช้ไม่มีความเหมาะสมกับลักษณะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เร่งด่วนเนื่องจาก พยาบาลมีภาระงานมากจากลักษณะงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินทำให้ไม่สามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วน บันทึกไม่สอดคล้องตามเวลาและไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยเพราะแบบบันทึกที่ใช้เป็นแบบบันทึกการพยาบาลแบบเล่าเรื่องราว (Narrative record) ซึ่งทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาในการบันทึกนานจึงจะบันทึกได้ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยได้ จึงทำให้ข้อมูลสำคัญตกหล่นและขาดหายไป ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพบริการด้านความปลอดภัยและใช้ในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความ

ต้องการให้พัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้สามารถบันทึกได้ง่าย สะดวก ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาล และใช้ในการตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลก็ได้กำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนในการพัฒนาเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์การประเมินและรับรองคุณภาพการบริการการพยาบาลตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานหาแนวทางในการพัฒนาบันทึกการพยาบาลให้มีคุณภาพและสะท้อนถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบบันทึกการพยาบาลมี 7 แบบ แต่ละแบบมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน เมื่อมีการเปรียบเทียบวิเคราะห์ความสอดคล้องเหมาะสมกับลักษณะงานบริการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เร่งด่วน (Brunner and Suddarth, 1992) พบว่าควรใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลที่ออกแบบเพื่อช่วยให้พยาบาลบันทึกได้ถูกต้อง สื่อสารได้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพและเป็นรูปแบบที่เกิดจากการรวมกันของวิธีบันทึกหลายวิธี (Fischbach, 1991) เช่น มีข้อความให้เลือกโดยทำเครื่องหมายหน้าข้อความที่ต้องการ เขียนบรรยาย เดิมคำ/ข้อความ ลงในช่องว่าง เพื่อให้พยาบาลบันทึกการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ข้อมูลครบถ้วน ไม่ขาดหายไปซึ่งได้แก่ แบบบันทึกการพยาบาลแบบ Charting By Exception (CBE) ซึ่งมีแนวทาง (Outline) ในการประเมินผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ต้องการชัดเจน ใช้เวลาในการบันทึกน้อยและแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Charting by nursing process) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลในแนวเดียวกันและมีความต่อเนื่องติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่าย จะช่วยให้พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถลงบันทึกการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีความสอดคล้องกับข้อกำหนดของสภาการพยาบาลที่กำหนดแนวทางการบันทึกการพยาบาลไว้ว่าแบบบันทึกการพยาบาลต้องมีความเหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย และครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของสภาการพยาบาลและตามมาตรฐานบริการพยาบาลศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทางอุบัติเหตุ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการประเมินคุณภาพการพยาบาลและการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ และเพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

คำถามการวิจัย

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสินเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาล

แนวคิดและสมมุติฐานการวิจัย

การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการบริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยอย่างกะทันหันที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีคุณภาพ สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยรีบด่วนและปลอดภัย (ผกามาส ลมณภาพ, 2544) โดยมีหลักการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยคือต้องแก้ไขปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ รักษาหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะสำคัญของร่างกายให้คงไว้ (กองการพยาบาล, 2536) ซึ่งในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นจำเป็นต้องมีการสื่อสารข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และบันทึกการพยาบาลก็เป็นการสื่อสารวิธีหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งอยู่ในรูปการเขียนบันทึกอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำ ผลการปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่สุดระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพในการติดตามและประเมินอาการผู้ป่วย (ประคิน สุจฉายา, 2549) การพัฒนารูปแบบบันทึกการพยาบาลให้มีคุณภาพดีจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งควบคุมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกการพยาบาล จัดได้ว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการรวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ (พินิจ ปริษานนท์, 2540 อ้างถึงใน เฟื่องทอง มรรุชน, 2546) ปัจจัยส่งเสริมการบันทึกการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมาจากการมีมาตรฐานการบันทึก และระบบการบันทึกที่ดี ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วยและสามารถวัดคุณภาพได้ทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ (Fischbach, 1991) ผลลัพธ์การดูแล

ผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการรักษาหรือเวลาปฏิบัติการหรือให้การดูแล (วิภาดา คุณาวิทกุล, 2548) และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (สำนักการพยาบาล, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า American College of Surgeons Committee on Trauma (2004) ได้เสนอแนวคิดในการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ เรียกว่า Advance Trauma Life Support เรียกย่อว่า ATLS คือแนวทางปฏิบัติในการช่วยชีวิตขั้นสูงเพื่อใช้ในการประเมินสถานะผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่ครอบคลุมการดูแลระบบร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต และระบบประสาทและสมอง ช่วยให้การประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นไปอย่างมีระบบและการช่วยเหลือเป็นไปได้อย่างรวดเร็วเพราะในทีมการรักษาพยาบาลมีความเข้าใจตรงกันจากการใช้แนวทางเดียวกันจึงสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กาญจนา เช่นนันทน์, อรพรรณ โดสิงห์ และศิริอร สินธุ, 2551) จึงได้รับการยอมรับว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในปัจจุบัน (Shery, Trieu, and Templeton, 2003)

จาก แนวคิดของ Fischbach (1991) ซึ่งได้เสนอแนวทางการบันทึกการพยาบาลเฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ 13 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดความสำคัญก่อนหลังตามสถานการณ์ การสำรวจปฐมภูมิ การสำรวจทุติยภูมิ การบันทึกข้อมูลที่เสี่ยงทางคดี เวลาที่ผู้ป่วยมาถึง แผนการรักษา ระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การใช้รูปแบบบันทึกที่เหมาะสม และมีพยาบาลรับผิดชอบในการบันทึกซึ่งมีความครอบคลุม เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยตามลักษณะงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและสามารถใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล ดังผลการศึกษาของ ศุภิพร พิชยานนท์ (2548) พบว่าสามารถใช้ประเมินและตรวจสอบคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพของทีมกู้ชีวิตได้เป็นอย่างดี และได้รับการยอมรับในการใช้ประโยชน์จากทีมสหสาขาวิชาชีพ และจากการศึกษาของ วัชชริภรณ์ รัตสาร (2543) พบว่าหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นคุณภาพการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับดี โครงสร้างของแบบบันทึกมีความเหมาะสม เนื้อหามีความครบถ้วนและง่ายต่อการบันทึกและสามารถใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ดี

จึงเห็นได้ว่าแบบบันทึกการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและการมีแบบบันทึกการพยาบาลที่เหมาะสมกับลักษณะงานที่เร่งด่วนและรีบเร่ง ย่อมส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและการตรวจสอบผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลโดยการนำหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามแนวทางของ ATLS ตามแนวคิดของ American College of Surgeons

Committee on Trauma (2004) มากำหนดเนื้อหาในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาบูรณาการร่วมกับแนวคิดของ Fischbach (1991) ซึ่งเป็นแนวทางการบันทึกการพยาบาลเฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นจะทำให้พยาบาลสามารถบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพราะรูปแบบของบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามเนื้อหาในแบบบันทึกและลงบันทึกการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมครบถ้วนและหากตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจากบันทึกการพยาบาลแล้วก็จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสินหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1. ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 60 แฟ้ม
3. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 3.1 ตัวแปรต้น คือ แบบบันทึกการพยาบาล
 - 3.2 ตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการพยาบาล หมายถึง แบบฟอร์มหรือแบบบันทึกที่พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสินใช้ในการเขียนหรือจดบันทึกเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีกรบันทึกอย่าง

ต่อเนื่องตั้งแต่รับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยบูรณาการตามแนวคิดของ Fischbach (1991) ร่วมกับเนื้อหาการบันทึกตามแนวคิดของ American College of Surgeons Committee on Trauma (2004) ประกอบด้วย 13 องค์ประกอบคือ

1. บันทึกตามลำดับการให้บริการ หมายถึง การบันทึกหรือการเขียนโดยการจัดลำดับการบันทึกตามระบบการให้บริการของหน่วยงานตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย กล่าวคือ จัดลำดับการบันทึกตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่กระบวนการก่อนตรวจ ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน

2. บันทึกการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกที่แสดงถึงการประเมินอาการสำคัญ ประเภทของผู้ป่วย อาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และภาวะคุกคามชีวิต

3. บันทึกการสำรวจปฐมภูมิ หมายถึง การบันทึกข้อมูลพื้นฐานแรกรับของผู้ป่วยเบื้องต้น ประกอบด้วยการบันทึกภาวะคุกคามชีวิต และบันทึกการจัดการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต 5 ด้านคือ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทและสมอง และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

4. บันทึกการสำรวจทุติยภูมิ หมายถึง การบันทึกถึงผลการตรวจประเมินอาการและสิ่งผิดปกติตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า จากการสำรวจซ้ำทั้ง 4 ระบบ ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทและสมอง และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบำบัดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิตแล้ว

5. บันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ หมายถึง การบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามข้อมูลที่รวบรวมได้

6. บันทึกข้อมูลที่มีความเสี่ยงทางคดี หมายถึง การบันทึกการประเมินผู้ป่วยและประวัติการบาดเจ็บที่มีความเสี่ยงทางกฎหมายไว้เป็นหลักฐานอย่างถูกต้อง ครบถ้วน

7. บันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย หมายถึง การบันทึกการประเมินระดับความรู้สึกตัว หรือสัญญาณทางระบบประสาท (Neurological signs) โดยใช้ Glasgow Coma Score ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง

8. บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาและเวลาที่ผู้ป่วยพบแพทย์ หมายถึง การบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เวลาที่ผู้ป่วยพบพยาบาลคัดกรอง เวลาที่พยาบาลรายงานแพทย์และเวลาที่แพทย์มาพบผู้ป่วย

9. บันทึกข้อความอย่างชัดเจน สั้น กระชับ หมายถึง การบันทึกมีความชัดเจน ไม่สับสน หรือทำให้แปลความหมายผิด

10. บันทึกแผนการรักษาและคำสั่งการให้ยาของแพทย์ หมายถึง การบันทึกมีความสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์และมีการตรวจสอบกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ในเวชระเบียน

11. บันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หมายถึง การบันทึกการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและภาวะความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพปัญหา ความต้องการ และสถานการณ์ของผู้ป่วย

12. บันทึกการพยาบาลที่แสดงการสื่อสารที่ชัดเจน หมายถึง การบันทึกต่อเนื่องตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยส่วนที่แสดงให้เห็นการรักษาของแพทย์ การพยาบาลและการประเมินผลหลังการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

13. บันทึกการพยาบาลที่ลงบันทึกโดยพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย หมายถึง มีการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นผู้บันทึกการพยาบาล เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการสื่อสาร

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายหลังได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการพยาบาลที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับผ่านแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยตามเป้าประสงค์การพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ สำนักการพยาบาล (2550) ดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการประเมินอาการถึงภาวะคุกคามชีวิต และได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตตามแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลตามระบบต่างๆดังนี้ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต และระบบประสาทและสมอง และหลังได้รับการช่วยเหลือแล้ว ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติหรือแสดงถึงการมีชีวิตอยู่

2. ด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือ ดูแล รักษาอวัยวะสำคัญตามระบบต่างๆดังนี้ ระบบหัวใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทและสมอง และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อย่างถูกต้องแนวทางปฏิบัติตาม

มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหลังได้รับการดูแลช่วยเหลือแล้วผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือบาดเจ็บเพิ่มเติม

3. ด้านความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะ หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการดูแลและประคับประคอง เพื่อรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ ปอด หัวใจ สมอง กระดูกและกล้ามเนื้อ และได้ให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และภายหลังการได้รับการดูแลช่วยเหลือตามภาวะความเจ็บป่วยแล้วอวัยวะสำคัญในร่างกายผู้ป่วยสามารถคงการทำหน้าที่ได้เป็นปกติเหมือนเดิม

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง แผนกหนึ่งของโรงพยาบาลผลิตสินค้าที่จัดสำหรับให้บริการพยาบาลสุขภาพกับบุคคลที่อยู่ในภาวะเร่งด่วน หรือมีภาวะฉุกเฉินชีวิตจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาอย่างรีบด่วน โดยมีบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุจากการขนส่งทุกชนิด การพลัดตกจากที่สูง การถูกทำร้ายร่างกาย (ยกเว้นการถูกข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศ) การสัมผัสความร้อนได้แก่ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และไฟฟ้าช็อต หรืออุบัติเหตุอื่นจากการทำงาน และประสบปัญหาทางสุขภาพอย่างรุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการพยาบาลอย่างรีบด่วนเพื่อไ้หรือต่อชีวิตหรือปราศจากความพิการได้

พยาบาลวิชาชีพประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง พยาบาลซึ่งสำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในระดับปริญญาตรี ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินและมีหน้าที่รับผิดชอบในการลงบันทึกการดูแลผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลอย่างครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรงพยาบาลเลิดสิน
 - 1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลเลิดสิน
 - 1.2 ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเลิดสิน
 - 1.3 พันธกิจของโรงพยาบาลเลิดสิน
 - 1.4 งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน
2. บทบาทของพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.1 ความหมายของผู้ป่วยอุบัติเหตุ
 - 2.2 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.3 บทบาทของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.4 หลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามแนวทางของ ATLS
3. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 - 3.1 ความหมายของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 - 3.2 ความสำคัญของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 - 3.3 การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 - 3.4 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. รูปแบบบันทึกการพยาบาล
 - 4.1 ความหมายของแบบบันทึกการพยาบาล
 - 4.2 ความสำคัญของบันทึกการพยาบาล
 - 4.3 วัตถุประสงค์ของการใช้บันทึกการพยาบาล
 - 4.4 แนวทางการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ
 - 4.5 รูปแบบของบันทึกการพยาบาล
 - 4.6 แนวคิดการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. งานวิจัยเกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลเลิศสิน

1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลเลิศสิน

โรงพยาบาลเลิศสิน สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2492 เป็นสถาบันทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ ปัจจุบันมีจำนวนเตียงประมาณ 700 เตียง ให้บริการทางการแพทย์แบบครบวงจรทุกสาขาวิชา ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ และเป็นสถาบันทางการแพทย์ที่ให้การศึกษาฝึกอบรมแก่แพทย์ในสาขาวิชาต่าง ๆ ตามที่แพทยสภากำหนด เป็นสถานที่ฝึกอบรมพยาบาลรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ตลอดจนดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และเป็นสถาบันทางการแพทย์ที่ดำเนินการศึกษา ค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีด้านบริการสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพให้เป็นเลิศ (Excellence) ทางด้านออร์โธปิดิกส์และอุบัติเหตุ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพบริการในระดับตติยภูมิ และเหนือกว่าตติยภูมิสู่ความเป็นเลิศ (โรงพยาบาลเลิศสิน, 2552)

1.2 ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเลิศสิน

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเลิศสิน มีดังนี้

- 1.2.1 พัฒนาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆ โดยเฉพาะด้านออร์โธปิดิกส์ในระดับประเทศ
- 1.2.2 พัฒนามาตรฐานการบริการระดับตติยภูมิ สาขาต่าง ๆ และพัฒนาเครือข่ายด้านออร์โธปิดิกส์
- 1.2.3 ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำคัญให้ครบถ้วนอย่างเป็นระบบตามบริบทของโรงพยาบาล
- 1.2.4 พัฒนาระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ

1.3 พันธกิจของโรงพยาบาลเลิศสิน

พันธกิจของโรงพยาบาลเลิศสิน คือ พัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกายโดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้าน หรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างมีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (โรงพยาบาลเลิศสิน, 2552)

1.4 งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน

โครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นงานให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระดับตติยภูมิที่มีความซับซ้อนในการดูแล และส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยมีการศึกษาวิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้าน พัฒนาคุณภาพงานบริการรักษาพยาบาลอุบัติเหตุให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุ ตลอดจนเป็นสถานรับส่งผู้บาดเจ็บที่มีความซับซ้อนในการดูแลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วทุกภูมิภาคอย่างมีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยให้บริการรักษาพยาบาลดังนี้ (งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, 2552)

1. ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤตต่าง ๆ ในทุกประเภท และทุกสาขา ได้แก่ อุบัติเหตุ อายูรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จิตเวช และตา หู คอ จมูก ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
2. ให้บริการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและฉุกเฉินทั่วไป รวมทั้งบริการรับ - ส่งผู้ป่วยทุกประเภท ตลอด 24 ชั่วโมง
3. ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นตามระบบของศูนย์อุบัติเหตุ

ขอบเขตการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสินให้บริการผู้ป่วยทั้งประเภทฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน โดยมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, 2552)

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Immediate life-threatening) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ซึ่งมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

- 1.1 ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest)
- 1.2 หยุดหายใจ (Respiratory arrest)
- 1.3 หายใจเข้าใกล้สิ้นใจ (Air hunger)
- 1.4 มี foreign body ในปาก ทำให้อุดกั้นการหายใจ
- 1.5 ผู้ป่วยที่กำลังชัก (Ongoing seizure)
- 1.6 หมดสติ หรือมี glasgow coma score น้อยกว่า 9
- 1.7 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อยู่ในเกณฑ์ severe head trauma, multiple trauma, uncontrolled hemorrhage, open chest wound, open abdominal wound

2. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลรักษาอย่างรีบด่วนภายใน 5-15 นาที เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยมีอาการดังนี้

- 2.1 มีภาวะหายใจลำบาก (Stridor, distress)
- 2.2 อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที
- 2.3 มีอาการแสดงของ poor tissue perfusion เช่น เยียว ซีด หน้ามืด เป็นลม
- 2.4 การเต้นของชีพจรน้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 150 ครั้งต่อนาที
- 2.5 ความดัน systole น้อยกว่า 80 mmHg หรือมากกว่า 200 mmHg
- 2.6 ใช้อุณหภูมิกาย สูงกว่า 40 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส

ร่วมกับมีอาการกระสับกระส่ายหรือซีม

- 2.7 เจ็บแน่นหน้าอก ที่สงสัยจากโรคหัวใจ
- 2.8 oxygen saturation น้อยกว่า 92%
- 2.9 ซึมลง glasgow coma score น้อยกว่า 13

2.10 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรง เห็นภาพซ้อน เดินเซ ที่เกิดภายใน 3 ชั่วโมง

2.11 มีเลือดออกเป็นจำนวนมาก เช่น ไอเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดสด อาเจียนเป็นเลือดสด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

2.12 หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ เจ็บครรภ์/น้ำเดิน/เลือดออก

2.13 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว บวม ความดันโลหิตสูงกว่า 160/110 mmHg

2.14 มีประวัติกินกรด ด่าง

2.15 กินสารพิษหรือกินยาเกินขนาดภายใน 1 ชั่วโมง

2.16 ปวดท้องร่วมกับเหงื่อออกตัวเย็น หรือ pain score อยู่ระหว่าง 8-10

2.17 มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.18 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อยู่ในเกณฑ์ multiple fracture, major burn, major fracture, open fracture humerus, open fracture radius, open fracture femur, fracture rib, amputation ที่แขนขาและมือ บาดเจ็บช่องท้องและอกที่ไม่มีบาดแผลเปิด

3. ผู้ป่วยรีบด่วน (Urgency) หมายถึง ผู้ป่วยที่ประสพภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว แต่สามารถรอได้ในระยะเวลา 15-45 นาที โดยมีอาการดังนี้

3.1 หายใจเร็วมากกว่า 26 ครั้งต่อนาที (Moderate shortness of breath)

3.2 อัตราการเต้นชีพจร 130-150 ครั้งต่อนาที

3.3 ความดันโลหิตสูงมาก (Severe hypertension) คือมี systolic blood pressure สูงกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท หรือ diastolic blood pressure สูงกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท

3.4 oxygen saturation อยู่ระหว่าง 92-95%

3.5 มีความเจ็บปวดรุนแรง ที่ต้องการยาระงับปวด pain score อยู่ระหว่าง 6-7

3.6 glasgow coma score สูงกว่าหรือเท่ากับ 13

3.7 มีประวัติการเสียเลือดจำนวนมาก แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

3.8 มีประวัติชัก (แต่ขณะมาโรงพยาบาลหยุดแล้ว)

3.9 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อยู่ในเกณฑ์ closed fracture, laceration wound, controlled hemorrhage

4. ผู้ป่วยเฉียบพลัน (Semi-urgency) หมายถึงผู้ป่วยที่ประสพภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ แต่สามารถรอได้ในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง โดยมีอาการดังนี้

4.1 อัตราการหายใจ 20-26 ครั้งต่อนาที

4.2 อัตราการเต้นชีพจร 100 -130 ครั้งต่อนาที

4.3 ความดันโลหิต systolic blood pressure อยู่ระหว่าง 90-180 มม.ปรอท และ diastolic blood pressure น้อยกว่า 110 มม.ปรอท

4.4 ใช้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส โดยไม่มีความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอื่น ๆ

4.5 Glasgow coma score เท่ากับ 15

4.6 มีระดับความเจ็บปวดปานกลาง ไม่รุนแรง Pain score 4-5

4.7 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อยู่ในเกณฑ์ minor burn, sprains, strain, minor bite

5. ผู้ป่วยเรื้อรัง (Non-urgency) หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถรอการตรวจรักษาได้ในระยะเวลา 4 ชั่วโมง โดยมีสัญญาณชีพปกติ เช่น ผู้ป่วยที่มาตามนัดเพื่อทำแผลหรือฉีดยารวมถึงผู้ที่มารับบริการทางการแพทย์อื่น เช่น ขอใบรับรองสุขภาพ

สรุปได้ว่างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสินเป็นงานให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระดับตติยภูมิ ซึ่งให้บริการผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤตต่าง ๆ ทุกประเภท โดยจัดให้มีบริการตลอด 24 ชั่วโมง และยังให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน

2. บทบาทของพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 ความหมายของผู้ป่วยอุบัติเหตุ

มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยอุบัติเหตุ ไว้ดังนี้

Revere (2003) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยอุบัติเหตุไว้ว่า หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนที่ของแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ามากระทบกับร่างกายและร่างกายไม่สามารถต้านพลังงานที่เกิดขึ้นอย่างแรงและรวดเร็วขึ้นได้

Schulman (2009) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยอุบัติเหตุไว้ว่า หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งเกิดจากการเคลื่อนที่ของแรงที่เข้ามากระทบกับเนื้อเยื่อของร่างกายและมีผลกระทบต่อระบบของร่างกายหลายระบบ

จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และอัมภา ศรารักษ์ (2548) ได้อธิบายความหมายผู้ป่วยอุบัติเหตุว่าเป็นผู้บาดเจ็บที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤติของร่างกายที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายลักษณะ เช่น ตกจากที่สูง ถูกกระแทก ถูกยิง บาดเจ็บจากสารเคมีหรือพลังงานความร้อนเป็นต้นซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะเสียชีวิต อวัยวะหรือการสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน

ไสว นรสาร (2552) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยอุบัติเหตุไว้ว่า หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั้งการเกิดจากการตั้งใจและไม่ตั้งใจซึ่งทำให้ร่างกายสัมผัสกับแรงที่เข้ามากระทบหรือสัมผัสกับความร้อน ความเย็น กระแสไฟฟ้า สารเคมีหรือเกิดเนื่องจากร่างกายขาดสารที่จำเป็นเช่น ออกซิเจนและความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับกลไกการบาดเจ็บ

สรุปความหมายผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้ว่าหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤติจากการที่ร่างกายสัมผัสกับแรงที่เข้ามากระทบ หรือสัมผัสกับความร้อน ความเย็น กระแสไฟฟ้า สารเคมีซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อการสูญเสียชีวิต หรืออวัยวะ

2.2 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กองการพยาบาล (2542) ได้ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ว่าเป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่ต้องการความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาคือสุขภาพอย่างรีบด่วน ไม่อาจคาดเดาความรุนแรงของภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ในทันทีและมีการจัดบริการครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภท

พจนานุกรม (2544) ได้ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ว่าเป็นการบริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยอย่างกะทันหันที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีคุณภาพ สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม (Holistic care) โดยต้องมีความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยรีบด่วนและปลอดภัย ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะถึงแก่ชีวิต มีความทุกข์ทรมานหรือพิการตลอดชีวิตได้

จันทร์ จินดา (2546) ได้ให้ความหมายงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่าเป็นหน่วยงานที่ต้องให้บริการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมแก่ผู้รับบริการอันหมายรวมถึงผู้ป่วยและญาติ ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ ภายใต้พื้นฐานความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยงาน โดยบุคลากรพยาบาลร่วมกันจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อผู้บริการและระบบบริการนั้นควรส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เหมาะสมกับปริมาณผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมากขึ้น

สุนันท์ เกียรติชัยพัฒน์ (2551) ได้ให้ความหมายงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่า เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและที่ต้องการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน จึงถือว่าเป็นหน่วยงานที่สำคัญหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาล

สำนักงานพยาบาล (2550) กล่าวถึงงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่าเป็นหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบบริการ ดังนี้

1. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service)
2. การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาล (In-hospital care)
3. การบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง (Referral and continuing care) การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชน (Health promotion)
4. การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง (Health protection and risk management)

สรุปได้ว่า งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่สำคัญหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาลให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วน หรือมีภาวะคุกคามชีวิตที่ต้องการความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาอย่างรีบด่วน มีการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม และตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมแก่ผู้ป่วยอันหมายรวมถึงผู้ป่วยและญาติ ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ ภายใต้พื้นฐานความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ โดยจัดระบบบริการที่จะเอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือชีวิตให้ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพและดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์การดูแลที่ดี

2.3 บทบาทของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สำนักงานพยาบาล (2550) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

1. ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง
2. คัดกรองและจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วย (Triage and prioritization)
3. ประเมิน วิเคราะห์ วินิจฉัยทางการพยาบาล ระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล ปฏิบัติการตามแผนการรักษา และประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ภายใต้ข้อจำกัดทั้งที่ทราบและไม่ทราบปัญหาของการเจ็บป่วยมาก่อน
4. เตรียมพร้อมปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ (Emergency and disaster operations preparedness)
5. ชำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Stabilization and resuscitation)

6. ให้การดูแลในภาวะวิกฤติสำหรับกลุ่มคนเฉพาะ (Crisis intervention for unique patient population) เช่น ผู้เสียหายที่ได้รับการล้วงละเมิดทางเพศ

7. ดำเนินการเชิงรุกในสถานการณ์แวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Provision of care in uncontrolled or unpredictable environment)

8. มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of care)

9. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน

สมาคมพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกาได้กล่าวถึงรายการทักษะเกี่ยวกับพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency nursing skills list) ไว้ดังนี้ (Emergency Nurse Association, 1994 อ้างถึงใน อรรถ piegel ศึกษาศาสตร์, 2540)

1. การประเมินอาการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อค้นหาอาการนำส่งโรงพยาบาล และประวัติการเจ็บป่วย ประเมินอาการขั้นปฐมภูมิและขั้นทุติยภูมิ

2. สร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาที่เกี่ยวข้องจากข้อมูลที่ประเมินได้

3. การวางแผนปฏิบัติการกรรมการพยาบาล

4. การปฏิบัติการกรรมการพยาบาล

5. เตรียมและช่วยเหลือในหัตถการต่าง ๆ

6. การบันทึกการพยาบาลโดยลงบันทึกข้อมูลทั้งหมดอย่างครอบคลุมและครบถ้วน

เหมาะสม

7. การประเมินผลโดยเฝ้าระวังการตอบสนองของผู้ป่วยและผลลัพธ์การพยาบาล

กล่าวได้ว่าบทบาทพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องสามารถคัดกรอง จัดลำดับความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาอย่างรีบด่วน และจัดการภาวะฉุกเฉินชีวิตให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2.4 หลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามแนวทางของ ATLS

ATLS (Advance Trauma Life Support) คือ แนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่วิทยาลัยศัลยแพทย์สหรัฐอเมริกาเป็นผู้กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ (กรอง ได อุณ หุต, 2549; ธวัชชัย กาญจนรินทร์, 2547; Cole, 2004) ประกอบด้วย ABCDE ซึ่งย่อมาจาก Airway, Breathing, Circulation, Disability, และ Exposure ใช้ในการประเมินสภาวะผู้ป่วยอุบัติเหตุ ช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีระบบและการช่วยเหลือเป็นไปได้อย่างรวดเร็วเพราะในทีมการรักษาพยาบาลมีความเข้าใจตรงกันจากการใช้แนวทางเดียวกัน จึงเป็น

หลักในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุในปัจจุบัน และเป็นแนวทางที่นำมาใช้ในการประเมินสถานะผู้ป่วยอุบัติเหตุเพื่อนำไปสู่การจัดการพยาบาลในขั้นต่อไปได้เป็นอย่างดี (กรองไฉ อุณหสูต, 2549) และในปัจจุบันการช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ จะใช้หลักการของ ATLS ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุเมื่อแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุเป็นช่วงแรกที่สำคัญที่สุด หากได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วนและถูกต้องแล้ว การเสียชีวิตหรือการเกิดความพิการก็จะลดลง เป้าหมายแรกในการปฏิบัติคือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่รอดปลอดภัยคือรอดชีวิต ต่อไปคือการสงวนรักษาประคับประคอง ส่วนแขนขาหรืออวัยวะอื่นๆ ให้ได้มากที่สุด (วิบูลย์ ตระกูลสุน , 2547) พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะเป็นผู้เผชิญเหตุการณ์เมื่อแรกรับ ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บทันทีที่มาถึงร่วมกับแพทย์ ซึ่งการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ประกอบด้วยมาตรการ 3 ขั้นตอน (กรองไฉ อุณหสูต, 2550; วิบูลย์ ตระกูลสุน, 2547; ธวัชชัย กาญจนรินทร์, 2551; สุวิทย์ ศรีอภัยพร, 2545; ไสว นรสาร, 2552; American College of Surgeons : Committee on Trauma, 2004; Emergency Nurses Association, 2003; Dolan and Holt, 2000)

1. Primary survey เป็นปฏิบัติการขั้นตอนแรก เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพหรือความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตในเวลาอันสั้นเป็นการประเมินอย่างรวดเร็วซึ่งไม่ควรเกิน 2 นาทีเกี่ยวกับภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยมีตัวย่อเพื่อให้จำง่าย คือ A, B, C, D, E

A : Airway = Airway and cervical spine control

B : Breathing = Breathing

C : Circulation = Circulation with hemorrhage control

D : Disability = Dysfunction of central nervous system

E : Exposure = Exposure and environment control

ซึ่งจะเรียงลำดับตามความสำคัญรีบด่วน และถ้าพบก็ต้องรีบแก้ไขทันที (Resuscitation) ดังต่อไปนี้ (ไชยยุทธ ธนไพศาล, 2552; ปรีชา ศิริทองถาวร, สืบวงศ์ จุฑาทิสสิทธิ์ และอนันต์ ตัฒนุชกุล, 2545; พนอ เตชะอธิก, 2552; Lanros, 1988)

1.1 Airway and cervical spine control คือ การดูแลทางเดินหายใจและการป้องกันกระดูกต้นคอจากภาวะวิกฤติของระบบหายใจ เกิดจากพยาธิสภาพการบาดเจ็บจากการอุดกั้นทางเดินหายใจได้แก่ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (Airway obstruction) เกิดจากการอุดตันโดยตรง เช่น ลิ้นอุดตันทางเดินหายใจในคนหมดสติ ใบหน้า ล้าคอ บวมจากการบาดเจ็บ และการสำลักเศษหญ้า เศษดินเข้าไปอุดกั้นขณะได้รับอุบัติเหตุ จมน้ำ สูดของเหลวต่าง ๆ เข้าไป

หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบการหายใจบกพร่องและควรป้องกันกระดูกสันหลังส่วนคอ ด้วยการใส่ cervical spine collar โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (Michaelson, Hyams, and Unhasuta, 2007)

การประเมินผู้ป่วย

- 1) ตรวจสอบว่าทางเดินหายใจมีลมหายใจผ่านเข้าออกปกติ
- 2) ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างรวดเร็ว

การช่วยเหลือ

- 1) เปิดทางเดินหายใจด้วยวิธียกหน้าเชยคาง (Head tilt – chin lift หรือ วิธียกคาง (Jaw thrust) และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น จัดท่านอนหงายราบ ใส่ปลอกคอชนิดแข็ง (Hard collar) ครอบคอเพื่อเปิด oropharyngeal airway (กรณีไม่รู้สีกัดตัว) เป็นต้น
- 2) นำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ หรือดูดเสมหะ
- 3) ใส่อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจทางปากหรือทางจมูก ใส่ oropharyngeal airway (กรณีไม่รู้สีกัดตัว)

4) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ รายงานแพทย์เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจทางปากหรือทางจมูกและช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ยึดตรึงท่อ จัดเตรียมเครื่องช่วยหายใจ จัดท่านอนยกศีรษะ 30 องศา ยกเว้นกรณีผู้ป่วยช็อกให้จัดท่านอนราบ

1.2 Breathing คือ การดูแลการหายใจและการแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจน โดยการประเมินการหายใจ ว่ามีการหายใจเพียงพอต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือไม่ ปัญหาในการหายใจที่พบบ่อยและควรวินิจฉัยให้ได้เมื่อตรวจร่างกายแรกเริ่ม คือ tension pneumothorax, flail chest with pulmonary contusion, open pneumothorax, massive pneumothorax, massive hemothorax ซึ่งอาจมีปัญหาระยะ hypovolemic shock ด้วย ผู้บาดเจ็บทุกรายจำเป็นต้องได้รับออกซิเจน พยายามมีหน้าที่เตรียมเครื่องมือและช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ เช่นการใส่ chest tube ใส่ endotracheal tube พร้อมทั้งประเมินและจดบันทึกสัญญาณชีพ (Record vital sign) ให้ยาแก้ปวด ให้ออกซิเจน และติดตามการทำงานของระบบการหายใจ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (Michaelson, Hyams, and Unhasuta, 2007)

การประเมินผู้ป่วย

- 1) เปิดดูคอและทรวงอกระมัดระวังโดยจัดคอและศีรษะให้อยู่นิ่ง
- 2) ดูอัตราการหายใจและความลึกของการหายใจ
- 3) ตรวจสอบลำคอและทรวงอกดูว่ามีการเอียงของหลอดลมคอหรือไม่ การเคลื่อนไหวกว้างของทรวงอก และอาการแสดงของการบาดเจ็บร่วม

4) เคาะทรวงอกเพื่อฟังเสียงว่าเป็นเสียงทึบหรือโปร่ง
การช่วยเหลือ

1) ให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง

2) ช่วยการหายใจด้วย self inflating bag

3) ระบายลมคั่งที่ปอด

4) ปิดรูลมรั่วที่ปอด

5) ประเมินภาวะขาดออกซิเจนจากสีผิว

6) บันทึกการประเมินการหายใจ การช่วยเหลือ และการจัดการพยาบาล

ที่ได้ปฏิบัติ เช่น ผู้บาดเจ็บหายใจช้า หายใจหอบ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ถ้าต่ำกว่า 90% รีบรายงานแพทย์

7) กรณีที่รับการส่งต่อผู้บาดเจ็บที่ใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ให้ตรวจสอบตำแหน่งทุกครั้งเพราะอาจมีการเลื่อนของท่อได้

1.3 Circulation and hemorrhage control คือ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิตและการควบคุมการสูญเสียเลือด สาเหตุของภาวะช็อกในผู้บาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุด คือ การเสียเลือด (กรองไค อุณหภูมิ, 2550; ปรีชา ศิริทองถาวร, 2550)หรือจากภาวะ cardiac tamponade และ neurogenic shock ซึ่งมักพบในผู้บาดเจ็บต่อไขสันหลัง พยาบาลต้องติดตามสัญญาณชีพ (Vital sign) ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) สีของผิวหนัง (Skin color) อุณหภูมิกาย (Temperature) ชีพจร (Pulse) ปริมาณเลือดที่ออก (Sites of rapid blood loss) ปริมาณปัสสาวะ (Urine output) โดยเฉพาะ pulse pressure (ผลต่างระหว่าง SBP และ DBP) ถ้า pulse pressure แดบลงแสดงถึงการเสียเลือดประมาณร้อยละ 15 ของ total blood volume การมีชีพจรเต้นเร็วมักบ่งบอกถึงการมีภาวะ hypovolemia แต่ความเจ็บปวดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงก็อาจทำให้ชีพจรเต้นเร็วได้ สิ่งสำคัญที่ควรทำไปพร้อมกันคือการห้ามเลือดที่กำลังออกโดยเฉพาะถ้าออกจากบาดแผลภายนอกที่เห็นได้ชัดเจนควรหยุดเลือดโดยใช้ pressure เช่น กดแผลไว้ด้วยมือที่ใส่ถุงมือเรียบร้อยแล้ว พันแขนขาที่มี active bleeding ด้วย elastic bandage ตำแหน่งเลือดออกที่อาจเป็นสาเหตุของ hemorrhagic shock คือ ในช่องอก ในช่องท้อง retroperitoneal area ในอุ้งเชิงกรานกรณีกระดูกเชิงกรานหักรุนแรง ต้นขาในกรณีกระดูก femur หัก โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (Michaelson, Hyams, and Unhasuta, 2007)

การประเมินผู้ป่วย

1) ระบุสาเหตุของการเสียเลือดภายนอก

2) ระบุสาเหตุของการเสียเลือดภายใน

3) ประเมินชีพจร : อัตราการเต้น ความแรง ความสม่ำเสมอ

- 4) ประเมินสีผิว
- 5) ประเมินความดันโลหิต

การช่วยเหลือ

- 1) กดห้ามเลือดโดยตรง
- 2) หาสาเหตุที่ทำให้เลือดภายในและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
- 3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยเข็มขนาดใหญ่ 2 เส้น
- 4) ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ
- 5) ให้สารน้ำชนิด Ringer lactate ที่อุ่นแล้วและเตรียมให้เลือดทดแทน
- 6) ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

1.4 Dysfunction of central nervous system คือ การประเมินการตอบสนองของระบบประสาทโดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว และเพื่อวินิจฉัยการบาดเจ็บทางระบบสมอง ระบบประสาท โดยพิจารณาจากลักษณะรูม่านตา และระดับความรู้สึกตัว วิธีที่ประเมินได้ง่ายที่สุดคือ การใช้ AVPU method ได้แก่

A : Alert

V : Response to verbal stimuli

P : Response to painful stimuli

U : Unresponsive to all stimuli

หรือใช้แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow Coma scale) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับสากลทั่วโลกว่า สามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยได้อย่างง่าย รวดเร็ว และมีความแม่นยำพอควร เป็นดัชนีชี้ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะตลอดจนการทำนายผลหรือพยากรณ์โรคภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ จะประเมินการตอบสนอง 3 ด้านของผู้ป่วยดังนี้ (Alomon, 2006; Revis and Newberry, 2003)

การตอบสนองด้วยการลืมตา

| | |
|--------------------|---------|
| ลืมตาตัวเอง | 4 คะแนน |
| ลืมตาเมื่อถูกเรียก | 3 คะแนน |
| ลืมตาเมื่อเจ็บ | 2 คะแนน |
| ไม่ลืมตาลเลย | 1 คะแนน |

การตอบสนองด้วยการใช้คำพูด

| | |
|--------------------------|---------|
| พูดตอบคำถามถูกต้อง | 5 คะแนน |
| พูดได้เป็นประโยคแต่สับสน | 4 คะแนน |

| | |
|-------------------------------|---------|
| พูดได้เป็นคำ ๆ | 3 คะแนน |
| ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ครวญคราง | 2 คะแนน |
| ไม่ส่งเสียง | 1 คะแนน |

อยู่ในภาวะที่มีท่อช่วยหายใจ ให้คะแนนเป็น “๕”

การตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว

| | |
|----------------------------------|---------|
| เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง | 6 คะแนน |
| ไม่ทำตามคำสั่งแต่ทราบตำแหน่งเจ็บ | 5 คะแนน |
| ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด | 4 คะแนน |
| แขนงอผิดปกติ (Decorticated) | 3 คะแนน |
| แขนเหยียดผิดปกติ (Decerebrated) | 2 คะแนน |
| ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย | 1 คะแนน |

ผลรวมของคะแนนตามปฏิกิริยาที่แสดงทั้ง 3 ด้าน จะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ออกได้เป็น 3 ระดับ คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรงโดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ (Michaelson, Hyams, and Unhasuta, 2007)

การประเมินผู้ป่วย

- 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow coma score
- 2) ประเมินขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง
- 3) ตำรวจและคลำศีรษะและหน้าเพื่อดูบาดแผลศีรษะกระดูกหักและการ

ถูกความร้อน

- 4) ดูเลือดหรือน้ำไขสันหลัง

การช่วยเหลือ

- 1) ดูเส้นทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจนและประเมินออกซิเจนในเลือดอย่าง
- 2) ประเมินลักษณะรูม่านตา และระดับความรู้สึกตัว
- 3) กรณีที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง ต้องประเมินหาสาเหตุ และเฝ้าระวัง

สม่ำเสมอ

อาการความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

- 4) บันทึกลักษณะรูม่านตา ระดับความรู้สึกตัวการช่วยเหลือ และการ

จัดการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ

- 5) ดูแลห้ามเลือดจากแผลที่ศีรษะ
- 6) ป้องกันการบาดเจ็บระยะที่สองของสมอง

1.5 Exposure and environment control คือการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเพื่อตรวจหาตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บทั่วร่างกายผู้ป่วย โดยระมัดระวังไม่ให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เย็น ควรให้ความอบอุ่นผู้ป่วยเสมอ ระวังไม่ให้เกิดภาวะซึ่งจะทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ช้าลง

2. Secondary survey เป็นการตรวจหาความผิดปกติอย่างถี่ถ้วน หลังจากที่ผู้บาดเจ็บพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่จำเป็นและสามารถกระทำได้ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่เหมาะสมถูกต้องยิ่งขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การซักประวัติ

ประวัติการบาดเจ็บสามารถบอกถึงอวัยวะหรือส่วนของร่างกายที่อาจได้รับการกระทบกระเทือน และให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลรักษา การซักประวัติมีหลักช่วยจำเป็นตัวย่อว่า AMPLE ได้แก่

A = Allergy หมายถึง ประวัติการแพ้ต่างๆ เช่น แพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สี หรือ สารเคมี

M = Medication หมายถึง ประวัติการใช้ยาเป็นประจำ

P = Past illness หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

L = Last Meal หมายถึง เวลาและปริมาณอาหารที่รับประทานครั้งสุดท้าย

E = Events and environment หมายถึง เหตุการณ์ที่ได้รับบาดเจ็บบ่งบอกถึง กลไกการบาดเจ็บได้

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกาย

1) Head การตรวจหนังศีรษะและศีรษะอย่างละเอียดเพื่อหาอาการบาดเจ็บ เช่น บาดแผลฉีกขาด บาดแผลฟกช้ำ ร่องรอยกะโหลกแตก ถ้ามีอาการบวมที่ตาควรตรวจตา โดยละเอียด

2) Maxillofacial การบาดเจ็บของกระดูกใบหน้าไม่จำเป็นต้องรีบรักษา ยกเว้นมีปัญหาในร่องช่องทางหายใจหรือเลือดออกมาก ถ้าสงสัยว่ามีการแตกของ cribriform plate ควรหลีกเลี่ยงการใส่สายหรือท่อทางจมูก

3) Cervical spine and neck ผู้ป่วยที่บาดเจ็บบริเวณศีรษะหรือใบหน้า ให้สงสัยไว้ก่อนว่าจะมีการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอโดยเฉพาะในรายที่ไม่รู้สึกตัว กรณีที่ไม่แน่ใจให้ใส่ปลอกคอไว้ก่อน การถอดหมวกนิรภัยหรือ collar ควรกระทำด้วยความระมัดระวัง มีผู้ช่วยจับยึดคอและศีรษะเพื่อไม่ให้กระดูกต้นคอเคลื่อน

4) Chest ต้องดูหน้าอกทั้งด้านหน้าและด้านหลัง คลำผนังหน้าอกให้ทั่ว ครอบคลุมทั้ง clavicle, ribs and sternum การเคาะปอดดูว่าทึบหรือโปร่ง ผิดปกติหรือไม่ การฟัง เสียงปอดทั้งสองข้างว่าปกติเท่ากันดีหรือไม่ และฟัง เสียงการเต้นของหัวใจ ลักษณะตรวจพบการ บาดเจ็บของทรวงอกที่สำคัญและต้องให้ความสนใจคือ pain, dyspnea, and hypoxia

5) Abdomen การตรวจอาการบาดเจ็บช่องท้องต้องอาศัยประสบการณ์ และเป็นเรื่องยากโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว การตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ โดยเฉพาะในช่วงแรก ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บช่องท้องดังนั้นจึงควรสังเกตอย่างใกล้ชิดและหมั่น ประเมินซ้ำบ่อย ๆ

6) Perineum/rectum/vagina ตรวจบริเวณฝีเย็บว่ามี contusions, hematoma laceration, and urethral bleeding การตรวจทางทวารหนักดูว่ามีเลือดออกจากทวารหรือไม่ กรณีที่ สงสัยว่าอาจมีการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะไม่ควรใส่สายปัสสาวะ

7) Musculoskeletal การมองดูตลอดแขนขาทั้งสองข้างว่ามีรอยช้ำ ผิดรูป หรือไม่ การคลำหาตำแหน่งที่เจ็บ คลำดูกระดูกที่หัก และคลำชีพจรตามจุดที่สำคัญต่าง ๆ และ ประเมินภาวะ compartment syndrome

8) Neurologic การตรวจทางระบบประสาทไม่เพียงแต่ตรวจ motor และ sensory ตามแขนขาเท่านั้น ต้องประเมิน consciousness, pupillary size and respond เมื่อพบสิ่ง ผิดปกติต้องบันทึกรวมทั้งเวลาที่ตรวจพบ และควร immobilization ผู้ป่วยตลอดทั้งตัว โดยเฉพาะ เวลาเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยเพื่อป้องกันบาดเจ็บของระบบประสาท

3. Definitive care เป็นขั้นตอนการรักษาแก้ไขพยาธิสภาพโดยตรงเป็นการรักษาเฉพาะ ของการบาดเจ็บโดยสอดคล้องและเหมาะสมกับพยาธิสภาพนั้น ๆ หลังจากที่ได้รับ การตรวจ วินิจฉัยในเบื้องต้นเรียบร้อยแล้วเช่นการส่งปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

กล่าวโดยสรุปว่า การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุเมื่อแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุมีความสำคัญที่สุด ซึ่งถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วนและถูกต้องแล้ว การเสียชีวิตหรือการเกิดความพิการก็จะ ลดลง เป้าหมายแรกในการปฏิบัติคือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่รอดปลอดภัย คือรอดชีวิต การส่งวน รักษาประคับประคองส่วนแขนขาหรืออวัยวะอื่นๆ โดยมีหลักการในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินที่สำคัญคือต้องมีการจัดลำดับความสำคัญตามอันตรายที่คุกคามต่อชีวิตและช่วยเหลือตาม ขั้นตอนซึ่งจะช่วยให้อายุรอดชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามแนวทาง ของ ATLS มากำหนดเนื้อหาในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีระบบ มีขั้นตอนและเป็นที่ยอมรับกันของทีมการรักษาพยาบาล

3. แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

3.1 ความหมายของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

WHO (1996 อ้างถึงในสำนักงานการพยาบาล, 2547) ได้กล่าวว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแลหรือการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ในการวัดผลลัพธ์เพื่อประเมินคุณภาพจะต้อง วัดทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น รวมทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว

Donabedian (1982 อ้างถึงใน สำนักงานการพยาบาล, 2547) ได้อธิบายว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หมายถึงผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแลหรือการปฏิบัติการดูแล และตัวชี้วัดผลลัพธ์นี้มีพื้นฐานมาจากมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการดูแลและการบริหารการดูแล

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548) กล่าวว่า ผลลัพธ์การดูแลประเมินได้จากผลลัพธ์ผู้ป่วย (Patient outcome) ที่วัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางด้านสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมพฤติกรรมหรือการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่วนใหญ่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล

วิภาดา คุณาวิคตกุล (2548) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยว่า หมายถึงผลลัพธ์สุดท้ายของการรักษาหรือเวลาปฏิบัติการหรือให้การดูแล

ราศี แก้วพรรัตน์ (2552) ได้ให้ความหมายผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามหลังการปฏิบัติการดูแล ซึ่งอาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงสถานะของสุขภาพหรือพฤติกรรมหรือความรู้สึก

ฉวีวรรณ ชงชัย, ศิริอร สินธุ และพิศุล นันทชัยพันธ์ (2553) ได้ให้ความหมายผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามหลังการปฏิบัติการดูแล โดยที่ผลลัพธ์นั้นคือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ให้บริการที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ

จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแลหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยซึ่งอาจมีทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติ

3.2 ความสำคัญของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยได้รับความสำคัญมากขึ้นในการจัดการคุณภาพของโรงพยาบาล และเริ่มได้รับความสำคัญเหนือองค์ประกอบอื่น ๆ เนื่องด้วยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการคือองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพของการบริการที่สำคัญ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในที่สุด (End result) ดังนั้นสำหรับการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงควรมีการกำหนดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ อธิบายได้ หรือสังเกตได้ หากต้องการวัดผลการปฏิบัติงาน หน่วยงานควรมีการกำหนดเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ไว้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน และควรดำเนินการประเมินอย่างมีมาตรฐานภายในระยะเวลาที่กำหนด

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2544) กล่าวถึงผลลัพธ์การดูแลว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการวัดคุณภาพของบริการพยาบาล ซึ่งวัดได้จากการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่

มยุเรศ ลีลาวรรุฒิ และซอเดียะ บิลยะลา (2549) กล่าวถึงความจำเป็นในการวัดผลลัพธ์ในระบบสุขภาพว่า คุณภาพการพยาบาลประกอบด้วยมิติหลายด้านและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยมีเป้าหมายหรือผลลัพธ์สุดท้ายอยู่ที่ผู้รับบริการ ถ้าผลลัพธ์มีประสิทธิภาพได้ตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

พรทิพย์ มาลาคำ และประคอง อินทรสมบัติ (2549) กล่าวว่าในการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นถึงแม้การวัดทางกระบวนการจะมีความสำคัญ แต่พยาบาลควรมุ่งไปถึงการวัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์เป็นหลัก เนื่องจากมีความสำคัญและควรเป็นจุดเน้นเนื่องจากการวัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์จะทำให้ผู้ให้บริการมุ่งเป้าไปยังผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

สำนักการพยาบาล (2550) กล่าวว่า ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาลคือการแสดงถึงผลที่ควรเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการและครอบครัวหลังจากได้รับการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด

Wright (2002 อ้างถึงใน พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุญต์, 2551) ได้กล่าวว่า ในการตรวจสอบทางการพยาบาล (Nursing audits) นั้นลักษณะพื้นฐานการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพเป็นการตรวจสอบทางการพยาบาล การตรวจสอบเป็นการพิจารณา การพิสูจน์ หรือการให้เหตุผลก่อนการกำหนดตัวชี้วัดมี 3 รูปแบบของการตรวจสอบทางการพยาบาลคือการตรวจสอบทางโครงสร้าง การตรวจสอบกระบวนการ และการตรวจสอบผลลัพธ์

ฉวีวรรณ ชงชัย, ศิริอร สิ้นธุ และพิกุล นันทชัยพันธ์ (2553) กล่าวว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยใช้เป็นหลักฐานยืนยันซึ่งสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการกระทำโดยพยาบาล

หรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ ผู้ให้การพยาบาลทราบผลดีและผลเสียจากการปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์แสดงถึงควมมีคุณภาพ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักฐานยืนยันซึ่งสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการกระทำโดยพยาบาลหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพและเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์แสดงถึงควมมีคุณภาพการให้บริการสุขภาพของแต่ละองค์กร

3.3 การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

Taylor and Haussmann กล่าวว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยคือการตรวจสอบเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วยเช่นภาวะสุขภาพซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล

Phaneuf (1972 อ้างถึงใน สุจิตรา ชันติยานันท์ และคณะ, 2552) กล่าวว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการบริหารจัดการในระบบประกันคุณภาพ เป็นวิธีการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลผ่านกระบวนการพยาบาลซึ่งสะท้อนจากการบันทึกข้อมูลและรายงานหลังจำหน่ายผู้ป่วย

Chester and Monahan (1993 อ้างถึงใน สุจิตรา ชันติยานันท์ และคณะ, 2552) กล่าวว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้ 2 ทางคือการตรวจสอบขณะที่ทำการปฏิบัติการพยาบาล (Concurrent audit) และการตรวจสอบเมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Retrospective audit)

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2538) กล่าวว่า กิจกรรมการตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญคือการตรวจสอบบันทึกการพยาบาลซึ่งสามารถตรวจสอบเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วและตรวจสอบในขณะที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล

กองการพยาบาล (2544) กล่าวว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยการสังเกตการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติ การสอบถามหรือการสัมภาษณ์ การตรวจสอบเอกสารรายงานผู้ป่วยหรือเวชระเบียน (Auditting chart) และการทบทวนผู้ป่วย (Patient care review)

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) กล่าวว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นการประเมินคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับว่าเป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพหรือไม่ ถือเป็นเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลโดยมุ่งพัฒนาคุณภาพของงานจากการวิเคราะห์ซึ่งสะท้อนจากการบันทึกการพยาบาล และสามารถตรวจสอบโดยการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังซึ่งรูปแบบในการตรวจสอบมี 2 ประเภทคือ

การตรวจสอบข้อมูลหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว (Retrospective assessment) และขณะที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล (Concurrent care review)

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ และ วิพร เสนารักษ์ (2550) กล่าวว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบของการประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นซึ่งอาจกระทำในระหว่างที่พยาบาลกำลังปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย (Concurrent) หรือในระหว่างที่เสร็จสิ้นการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว (Retrospective) ซึ่งสามารถรวบรวมข้อมูลได้จากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึกการพยาบาล

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุญต์ (2551) กล่าวว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอาจตรวจสอบไปพร้อมกับการปฏิบัติการพยาบาลหรือตรวจสอบภายหลังได้โดยการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะที่กำหนดเกณฑ์ที่เป็นผลลัพธ์ของผู้ใช้บริการ โดยการตรวจสอบจะเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพและบันทึกการพยาบาล

Donabedian (1982 อ้างถึงใน สำนักการพยาบาล, 2547) กล่าวถึงการตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยว่าควรมีการตรวจสอบทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indication) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแลหรือการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผลจากกระบวนการดูแลและการบริหารการดูแล การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วยหรือภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหมายถึง ความรู้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อสุขภาพ ทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ยังสามารถดูได้จากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสามารถตรวจสอบได้ทั้ง การตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยตรงและการตรวจสอบผ่านบันทึกการพยาบาลที่พยาบาลได้บันทึกการดูแลผู้ป่วยไว้ซึ่งผลการตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจะบอกถึงคุณภาพการดูแล

3.4 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Lach (1995) กล่าวว่า ผลลัพธ์เป็นผลจากการปฏิบัติของพยาบาลหรือการตอบสนอง การเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมผู้ป่วยตามเป้าหมาย

Burch and Kozeny (2003) กล่าวว่า ผลลัพธ์การดูแลเป็นผลสุดท้ายของการดูแล ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยและการบันทึกผลลัพธ์เป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สุดสำหรับการปฏิบัติ

Quan (2006) ให้ความหมาย ผลลัพธ์ หมายถึง ผลของกระบวนการ การรักษา หรือ การปฏิบัติ ที่อธิบายถึงการตอบสนอง พฤติกรรมหรือผลการดูแล

กองการพยาบาล (2544) กล่าวถึงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ เพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ การดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การบรรเทาทุกข์ ทรมาน การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและการตายอย่างสมศักดิ์ศรี

วิบูลย์ ตระกูลสุน (2547) กล่าวถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุคือการรอดชีวิต การรักษาประคับประคองแขนขาหรืออวัยวะให้มากที่สุดและสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

สำนักการพยาบาล (2548) กล่าวถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะวิกฤติ ฉุกเฉิน และการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะฟื้นวิกฤติคือ การรักษาชีวิต การรักษาอวัยวะและการฟื้นคืนกลับของร่างกายมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ

กรองใจ อุณหสูต (2549) ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุเพื่อให้มีความปลอดภัยในการรักษาชีวิตหมายถึงการช่วยให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening condition) คือการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการช่วยชีวิต ดังนี้

- 1.1 การประเมินทางเดินหายใจและการหายใจ
- 1.2 การดูแลทางเดินหายใจและการจัดคอให้หนึ่ง
- 1.3 การช่วยหายใจ
- 1.4 การประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด
- 1.5 การห้ามเลือด
- 1.6 การประเมินภาวะออกซิเจนในร่างกาย
- 1.7 การประเมินอาการและการบาดเจ็บ
- 1.8 การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
- 1.9 การประเมินภาวะช็อคอย่างต่อเนื่องและบันทึกทุก 15 นาที
- 1.10 การช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ
- 1.11 การประเมินภาวะออกซิเจนในร่างกายอย่างต่อเนื่องทุก 15 นาที
- 1.12 การตรวจสอบร่องรอยการบาดเจ็บ
- 1.13 การประสานงาน
- 1.14 การช่วยฟื้นคืนชีพ
- 1.15 การช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอก

สำนักงานพยาบาล (2550) กล่าวถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามเป้าประสงค์หลักของการบริการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ ความปลอดภัยในการรักษาชีวิต ความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ และความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาลในมิติที่สอง และได้อธิบายว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพตามที่คาดหวัง เนื่องจากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการดูแล หรือกิจกรรมการบริการที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยและเป็นแนวทางปฏิบัติ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening condition) ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งได้แก่การดูแลระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต และระบบประสาทและสมอง โดยมีผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวังดังนี้

1.1 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (Triage) ปัญหาการเจ็บป่วยเพื่อค้นหาอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยและจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย

1.2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรง/เร่งด่วนของการเจ็บป่วยและได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

1.3 ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต (Life threatening) อย่างทันท่วงที

1.4 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

1.5 ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและอาการแสดง สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวเพื่อประโยชน์ในการวางแผนรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

1.6 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง/อาการผิดปกติตลอดเวลาตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ

2. ด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือดูแล รักษาอวัยวะสำคัญตามระบบต่างๆ โดยมีเป้าหมายคือการกำซาบของเนื้อเยื่อทุกส่วนในร่างกายดี ระดับความรู้สึกตัวตื่น การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทและสมอง และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยควรได้รับการระมัดระวังไม่ให้เกิดเจ็บช้ำชอนจากการบาดเจ็บเพิ่มเติม หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตลอดจนการ

ประเมินอาการผู้ป่วยเพิ่มเติมตามหลัก Secondary survey เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่ซ่อนเร้นอย่างเป็นระบบภายหลังการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต โดยมีผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวังดังนี้

- 2.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและสิ่งผิดปกติที่ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า
- 2.2 ผู้ป่วยได้รับการซักถามประวัติการบาดเจ็บและกลไกการบาดเจ็บ
- 2.3 ผู้ป่วยได้รับการซักถามประวัติการช้ำยา/การแพ้ยา
- 2.4 ผู้ป่วยได้รับการซักถามประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
- 2.5 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อการรักษาต่อเนื่อง/ส่งต่อการรักษา

2.6 ผู้ป่วยจำหน่ายได้รับการเตรียมความพร้อมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและเฝ้าระวังอาการที่สำคัญได้

2.7 ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

2.8 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตระหว่างการเคลื่อนย้ายและส่งต่อ

2.9 ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีที่ถึงหน่วยงาน/โรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

3. ด้านความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะ หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ ปอด หัวใจ สมอ และไต ให้สามารถทำงานได้ดี ได้รับการป้องกันการติดเชื้อ และคงการทำหน้าที่ได้เป็นปกติ ซึ่งสามารถประเมินได้จากอาการแสดงของระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทและสมองและยืนยันจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวังดังนี้

- 3.1 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง
- 3.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลครบถ้วนตามแผนการรักษา

3.3 ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆและส่งเสริมความสบาย

3.4 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือการบาดเจ็บเพิ่มระหว่างการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน

3.5 ผู้ป่วยได้รับการบริหารยา/สารน้ำ/เลือดโดยใช้หลักการ “Six Right”

3.6 ผู้ป่วยได้รับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.7 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่

สรุปว่าผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการรักษาชีวิต การรักษาอวัยวะ และการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดของสำนักการพยาบาล (2550) มาใช้ในการศึกษาเนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามมาตรฐานการพยาบาลจะส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลตามเป้าหมายสำคัญคือความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4. รูปแบบบันทึกการพยาบาล

4.1 ความหมายของแบบบันทึกการพยาบาล

มีผู้ให้ความหมายของแบบบันทึกการพยาบาล ไว้ดังนี้

Voutilainen, Isola, and Muurinen (2004 อ้างถึงใน ประภินิ สุจฉายา และคณะ, 2549) ได้ให้ความหมายของการบันทึกการพยาบาลว่าเป็นการบันทึกแผนการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลหรือผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และต่อเนื่อง นอกจากนี้การบันทึกการพยาบาลที่ถูกต้อง และทันสมัยจะช่วยส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพในด้านการดูแลมีประสิทธิภาพขึ้น

Potter and Perry (2005) ให้ความหมายของการบันทึกการพยาบาลว่า เป็นการบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และรักษาผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลที่สำคัญ ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องมีความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจ และมีความยืดหยุ่นพอในการค้นหาข้อมูลที่สำคัญ ดำรงไว้ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลและมาตรฐานของการบริการพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่บันทึกจะบ่งบอกถึงระดับของคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้บันทึกการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ประหยัดเวลา และลดความเสี่ยงของข้อผิดพลาดต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นเอกสารที่ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะต้องลงบันทึกด้วยวิธีการที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการบันทึกความรับผิดชอบของพยาบาลในการเขียนข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งก็คือขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล โดยเริ่มบันทึกตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วย และจะบันทึกอย่างต่อเนื่องทุกเวรจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ศุทธิพร พิทยานนท์ (2548) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นเอกสารที่แสดงคุณภาพทางการพยาบาล เป็นประโยชน์ในการค้นคว้า วิจัยในด้านการเรียนการสอน เป็นข้อมูลสำหรับการบริหารและการวางแผนด้านสุขภาพอนามัย รวมทั้งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ประคิน สุจฉายา และคณะ (2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพ ผลการประเมินอาการ การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาลลงในแบบรายงาน ซึ่งถือเป็นข้อมูลถาวรและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

พัชรินทร์ ชุนชัง (2550) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นบันทึกที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาล ซึ่งบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลและพยาบาลเป็นผู้บันทึก

สรุปได้ว่า บันทึกการพยาบาลเป็นเอกสารที่แสดงคุณภาพการพยาบาลที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาล เป็นประโยชน์ด้านวิจัยและด้านกฎหมาย

4.2 ความสำคัญของบันทึกการพยาบาล

ความสำคัญของบันทึกการพยาบาล มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

Iyer and Camp (1995) กล่าวว่า เหตุผลสำคัญที่สุดสำหรับบันทึกการพยาบาลที่ดีประการแรกคือการดูแลผู้ป่วย การบันทึกทางคลินิกช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือในการรักษา และประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ประการที่สองคือการปกป้องทางกฎหมาย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและปกป้องพยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาลจากการฟ้องร้อง ประการที่สาม คือ เป็นข้อกำหนดในการรับรองมาตรฐานในสหรัฐอเมริกา องค์การรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพ (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations

หรือ JCAHO) ประการสุดท้าย คือ การจ่ายเงินทดแทนและบริษัทประกันจะพิจารณาการจ่ายเงินทดแทน

ทักษิณี ทองประทีป และ เบ็ญจา เตากล่ำ (2543) กล่าวว่าบันทึกการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสารสำคัญในระหว่างทีมสุขภาพและเป็นการแสดงความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าผู้รับบริการได้รับการบริการตามหลักวิชาการที่ได้มาตรฐาน

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2543) กล่าวว่าบันทึกการพยาบาลเป็นรายงานต่าง ๆ ที่พยาบาลเขียนขึ้นเพื่อสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายได้ทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ส่งที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการมากที่สุด

สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2551) กล่าวว่าบันทึกการพยาบาลเป็นการแสดงความเป็นวิชาชีพการพยาบาลที่สะท้อนถึงความรู้ของพยาบาลซึ่งสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลหากพยาบาลสามารถบันทึกได้ดีย่อมเป็นประโยชน์เพราะเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายและการเงิน นำไปสู่การสร้างมาตรฐานการพยาบาล งานวิจัยและแสดงบทบาทของพยาบาลในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

พรศิริ พันธสี (2552) กล่าวว่าบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ เป็นประโยชน์ในการวางแผน การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแล การบริหารจัดการความเสี่ยง และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพของบริการพยาบาล ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและเป็นหลักฐานทางด้านกฎหมายได้

สรุปได้ว่าบันทึกการพยาบาลมีความสำคัญทั้งต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและต่อการดูแลผู้ป่วย คือ เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแล ในการวางแผน การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชาการที่ได้มาตรฐาน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพของบริการพยาบาล และเป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย

4.3 วัตถุประสงค์ของการใช้บันทึกการพยาบาล

วรรณิ ตปนียากร และงามนิศย์ รัตนานุกูล (2552) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการใช้บันทึกการพยาบาลดังนี้

1. เพื่อกำหนดจุดเน้นของการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการหรือกลุ่มผู้รับบริการ
2. เพื่อให้สามารถแยกแยะความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสุขภาพได้
3. เพื่อกำหนดเกณฑ์ในการทบทวนและประเมินผลการดูแล (การพัฒนาคุณภาพ)
4. เพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับการจัดแยกกลุ่มผู้ป่วย
5. เพื่อกำหนดหลักการที่เหมาะสมในการจ่ายเงินทดแทน (Reimbursement)
6. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและการทบทวนทางด้านกฎหมาย
7. เพื่อการปฏิบัติตามข้อกำหนด การรับรองสถาบัน และมาตรฐานทางวิชาชีพ
8. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยและการศึกษา

White (2003 อ้างถึงใน จงจิต เสน่หา, วันดี โตสุขศรี และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2553) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของแบบบันทึกการพยาบาล ดังนี้

1. ด้านคลินิก คือ ใช้เป็นข้อมูลแสดงข้อเท็จจริงในการรายงานอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การตรวจรักษาหรือปฏิบัติการพยาบาลใดๆ ตลอดจนผลของการปฏิบัตินั้นๆ ประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล

2. ด้านบริหาร มีวัตถุประสงค์ของแบบบันทึกการพยาบาล คือ

- (1) ใช้เพื่อแสดงการเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยในกระบวนการดูแล
- (2) ใช้แสดงบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลที่แตกต่างจากทีมสุขภาพอื่น
- (3) ใช้เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพได้ทราบตรงกัน
- (4) ใช้เป็นเกณฑ์ในการทบทวนและประเมินผลการดูแล
- (5) ใช้เพื่อเป็นเกณฑ์การจัดระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย
- (6) ใช้เพื่อประโยชน์ด้านการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแล
- (7) ใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการและกฎหมาย
- (8) ใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยและการศึกษา

สรุปวัตถุประสงค์ในการใช้บันทึกการพยาบาลที่สำคัญมี 2 ด้าน คือ ด้านคลินิก นั้นใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการตรวจรักษา การปฏิบัติการพยาบาล และผลของการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนวัตถุประสงค์ด้านการบริหารคือ เพื่อการติดต่อสื่อสาร การตรวจสอบทางการพยาบาล การบริหารจัดการ การวิจัยศึกษา และการเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยในกระบวนการดูแล

4.4 แนวทางการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องปฏิบัติ ดังนี้ (Craven and Hirnle, 2003; Meiner, 1999; Timby, 2003 อ้างถึงใน ประคิน สุจฉายา, 2549)

1. บันทึกตามข้อเท็จจริง (Factual basis) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการดูแลที่ได้รับต้องเป็นตามความจริง เป็นสิ่งที่พยาบาลเห็น ได้ยิน สัมผัสได้ และได้กลิ่น โดยไม่ต้องแปลความ

2. บันทึกถูกต้องตรงตามความเป็นจริง (Accurate) และเชื่อถือได้ (Reliable) โดยเฉพาะการบันทึกตัวเลขต่าง ๆ เช่น ให้บันทึกว่า ผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใส จำนวน 450 ซี.ซี. แทนการบันทึกผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณพอสมควร

3. บันทึกครบถ้วน มีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์ (Complete detail)

4. บันทึกสั้น กระชับ ได้ความหมายชัดเจน (Brief and concise)

5. ข้อมูลอันน้อยต้องสามารถบอกแหล่งที่มา และบริบทได้ (Objectivity)

6. บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตรงตามเวลา และบันทึกทันทีหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแล้วเสร็จ (Timely with current data)

7. บันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและระบบ (Logical organization data) เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และควรบันทึกตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

8. สิ่งที่บันทึกควรเป็นเรื่องปกปิด (Confidentiality) ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ไม่สามารถเข้าถึงบันทึกได้ ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นกรณี

9. บันทึกด้วยตัวหนังสือ หรือลายมือที่สวยงาม เรียบร้อย อ่านง่าย (Legibility) เพื่อให้เข้าใจได้ตรงกัน

Fischbach (1991) กล่าวว่า รูปแบบของบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคุณภาพนั้นควรใช้รูปแบบบันทึกที่ออกแบบเพื่อช่วยให้ออกความถูกต้อง สื่อสารได้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพราะว่ามีข้อมูลจำนวนมากที่จำเป็นต้องสื่อสารอย่างรวดเร็วในห้องฉุกเฉินจึงมักมีรูปแบบของแบบบันทึกหลายรูปแบบ รูปแบบบันทึกที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1. มีลักษณะเฉพาะที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เช่น ถ้าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ รูปแบบบันทึกจะเน้นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

2. สะดวกและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทั้ง 3 ประเภทคือ ฉุกเฉิน รีบด่วนและไม่รีบด่วน

3. เป็นรูปแบบที่เกิดจากการรวมกันของวิธีบันทึกหลายวิธี มีทั้งข้อความให้เลือก โดยทำเครื่องหมายหน้าข้อความที่ต้องการ เขียนบรรยาย ชัดเจนได้ เดิมคำ/ข้อความ ลงในช่องว่าง

และมีภาพแสดงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่สามารถชี้ให้เห็นตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ โดยวิธีเขียนลายเส้นหรือแรเงา

4. ประกอบด้วยส่วนที่แสดงให้เห็นการรักษาของแพทย์ การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

5. ลงบันทึกตามกระบวนการพยาบาล

6. แสดงให้เห็นถึงเหตุการณ์ตามลำดับก่อนหลังเริ่มตั้งแต่การให้ความช่วยเหลือก่อนมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงส่งตัวไปรับการรักษายังสถานบริการอื่น

7. สามารถทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมองเห็นภาพของผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มเกิดปัญหาจนปัญหาสิ้นสุด

Iyer and Camp (1999) กล่าวว่า รูปแบบของบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นควรใช้รูปแบบบันทึกที่ออกแบบเพื่อช่วยให้ลดเวลาในการบันทึกของพยาบาล ลดการบันทึกข้อมูลซ้ำร่วมกันจัดทำทุกสาขา และเน้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นประกอบไปด้วยการบันทึกการพยาบาลตามข้อเท็จจริง ตรงตามความเป็นจริง ครบถ้วน ตรงตามเวลา และบันทึกทันทีหลังปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล และบันทึกข้อมูลตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งการมีรูปแบบบันทึกการพยาบาลที่ออกแบบเพื่อช่วยให้เกิดความถูกต้อง สื่อสารได้ชัดเจน และมีประสิทธิผล

4.5 รูปแบบของบันทึกการพยาบาล

Schilling et al. (2006 อ้างถึงใน พรศิริ พันธสี, 2552) อธิบายถึงรูปแบบของบันทึกการพยาบาล ไว้มีดังนี้

4.5.1 การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (Narrative charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบบอกเล่าเรื่องราวหรือข้อมูลตามสิ่งที่พยาบาลสังเกตได้ ไม่มีรูปแบบในการบันทึกแน่นอน อาจบรรยายตามวันเวลา ตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง และมักจะเน้นบรรยายกิจกรรมพยาบาลที่ทำเป็นประจำ (Routine)

ข้อดี เป็นรูปแบบที่เข้าใจได้ง่าย บันทึกได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องคิดถึงรูปแบบหรือกระบวนการบันทึก

ข้อจำกัด เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อย ๆ บันทึกตามที่พยาบาลเห็นหรือซักถามผู้ป่วย มักขาดการวิเคราะห์ข้อมูล การบันทึกมักไม่สมบูรณ์ เช่น อาจไม่มีการระบุปัญหาของผู้ป่วยชัดเจน ขาดการประเมินผลปฏิบัติ ทำให้ไม่เห็นความต่อเนื่องในการ

ดูแล ไม่สะท้อนถึงความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาล ใช้เวลานานในการอ่านข้อความทั้งหมด

4.5.2 การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem oriented charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยหลัก มีโครงสร้างคล้ายกับกระบวนการพยาบาล เขียนได้ 2 รูปแบบ คือ

แบบที่ 1 ประกอบด้วย SOAP ดังนี้

S = ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย
(Subjective data)

O = ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของพยาบาลหรือการตรวจร่างกาย
ผู้ป่วย (Objective data)

A = การประเมินปัญหาของผู้ป่วย (Assessment)

P = การวางแผนแก้ไขปัญหา (Plan)

แบบที่ 2 ประกอบด้วย SOAPIE ดังนี้

S = ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย
(Subjective data)

O = ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของพยาบาลหรือการตรวจร่างกาย
ผู้ป่วย (Objective data)

A = การประเมินปัญหาของผู้ป่วย (Assessment)

P = การวางแผนแก้ไขปัญหา (Plan)

I = การปฏิบัติการดูแล (Intervention)

E = การประเมินผลการปฏิบัติการดูแล (Evaluation)

ข้อดี เป็นบันทึกที่มีรูปแบบหรือโครงสร้างชัดเจน สะดวกต่อการค้นหาข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว แก้ปัญหาผู้ป่วยได้ตรงประเด็น และทำให้ทีมสุขภาพรับรู้ปัญหาผู้ป่วยตรงกัน

ข้อจำกัด ยากต่อการบันทึกเพราะต้องเก็บข้อมูลเป็นระบบจึงจะบันทึกได้ถูกต้อง

4.5.3 การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting)

รูปแบบการบันทึกการพยาบาลระบบชี้เฉพาะเป็นการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการ หรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ เป็นการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (Data) การปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย (Action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาลรวมทั้งผลของการรักษา (Response) ซึ่งเรียกรูปแบบการบันทึกนี้ว่า รูปแบบ DAR ต่อมาได้พัฒนารูปแบบการบันทึกนี้เป็นรูปแบบต่างๆ เช่น DAE (Data Action Evaluation) AIE (Assessment Intervention Evaluation) PIE (Problem Intervention Evaluation) หรือ DART (Diagnosis Action Response Teaching)

ข้อดี คือ จะแสดงหรือชี้ชัดถึงปัญหาผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาล และง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล

ข้อจำกัด ไม่สัมพันธ์กับ nursing care plan

4.5.4 การบันทึกโดยใช้รูปแบบซีบีอี (CBE = Charging By Exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติเพื่อให้คนบันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของการบันทึก การบันทึกชนิดนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่กันไป (อาจบันทึกในรูปแบบข้อมูลที่ทำให้เลือกหรือแบบ check list) เช่น แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องทุกวัน แบบบันทึกกิจกรรมพยาบาลประจำวัน เป็นต้น

ข้อดี

1. มีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ต้องการชัดเจน
2. แบบฟอร์มง่ายต่อการวินิจฉัย ผู้ป่วย

ข้อจำกัด คือไม่เหมาะสมที่จะใช้ใน long term care

4.5.5 การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Charting by nursing process)

การบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการบันทึกที่มีรูปแบบและสะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เมื่อแรกรับ จนถึงการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูลและมีการระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และผลของการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลมากขึ้น

ข้อดี

1. เนื่องจากการบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลจึงมีการบอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาผู้ป่วยชัดเจน ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลในแนวเดียวกันและมีความต่อเนื่อง เพราะทีมพยาบาลมองปัญหาผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน

2. สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการจึงมองเห็น
ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลและคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน

3. สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่าย
เพราะมีการประเมินผลการพยาบาลชัดเจน

ข้อจำกัด

1. ไม่เหมาะสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง
การบันทึกจะซ้ำกันทุกเวรทุกวัน เช่น ผู้ป่วยอัมพาตที่ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหา
การเจ็บป่วยเรื้อรังคงที่ เป็นต้น

2. การบันทึกต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
มาก ต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึก

4.5.6 การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway care map charting)

การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการ
ดูแลผู้ป่วยแบบ case management ซึ่งเป็นการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขา
วิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการ
กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพ
มีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมใน
แผนการดูแลและสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับบ้าน

ข้อดี

1. บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้
รวดเร็วโดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์เนื่องจากมีแนวทางการรักษามาตรฐาน (Standard
order) อยู่แล้ว

2. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจนในทีมสุขภาพ
จึงเป็นการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

3. เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลรักษาที่
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม

4. ทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระบบมีประสิทธิภาพและผู้ป่วย
ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

5. สามารถใช้ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพ
การบริการ

ข้อจำกัด

ไม่เหมาะสำหรับบันทึกในผู้ป่วยที่เป็นหลายโรคเนื่องจากแผนการดูแลรักษาจัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค และไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

4.5.7 การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized electronic charting) การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ทำให้การทำงานมีความสะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถดูหรือตรวจสอบข้อมูล ประวัติผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล ปัจจุบันระบบบันทึกของผู้ป่วยโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computer based patient record) มีการพัฒนาเพื่อรวบรวมข้อมูลการบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ การให้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค การเบิกจ่ายของจากหน่วยจ่ายกลาง แผนการดูแลผู้ป่วย การบันทึกต่างๆ รวมไปถึงคำรักษาพยาบาล โดยทุกแผนกในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ได้ ซึ่งจะช่วยลดเวลาในการส่งต่อข้อมูล ทั้งยังใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว

บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยได้มีการพัฒนาขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ลดระยะเวลาที่ต้องใช้ในการบันทึก บุคลากรพยาบาลจะได้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นทั้งยังช่วยลดความผิดพลาดในเรื่องของการลืมของผู้บันทึก (Human recall) ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล และทำให้ข้อมูลมีความทันสมัยอยู่เสมอ (Castonguay, 2001 อ้างถึงใน ประศิน สุจฉายา, 2549) แต่ทั้งนี้เนื่องจาก ข้อมูลของผู้ป่วยถือเป็นความลับดังนั้นผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้จึงต้องมีรหัสผ่าน (Passwords) สำหรับแต่ละบุคคลรวมทั้งสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหลายๆสถาบันได้ (ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการบันทึก ลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการระดับสากล = International Classification for Nursing Practice, ICNP) ทำให้มีการประสานกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ช่วยทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัด

1. การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์มีข้อจำกัด คือความผิดพลาดจากการใช้คอมพิวเตอร์ เช่น ระบบขัดข้องไม่สามารถเรียกใช้ข้อมูลที่มีอยู่ได้ และหากมีผู้บันทึกข้อมูลผิดพลาดก็จะก่อให้เกิดความเสียหายและอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การใช้คอมพิวเตอร์อาจส่งผลให้สัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพลดลง และบุคลากรสุขภาพต้องมีความรู้และทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อลดข้อผิดพลาดในการบันทึก (Castonguay, 2001 อ้างถึงใน ประศิน สุจฉายา, 2549)

2. การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกรายแม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์และมีปัญหาเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย อาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายได้

จะเห็นได้ว่าแบบบันทึกการพยาบาลมีหลายรูปแบบ แต่ละแบบมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรเปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของแบบบันทึกการพยาบาลรูปแบบต่างๆ ให้เหมาะสมกับลักษณะงาน และบริบทของหน่วยงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบของบันทึกพยาบาลมาประยุกต์ใช้หลายรูปแบบตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินเนื่องจากมีข้อมูลจำนวนมากที่จำเป็นต้องสื่อสารอย่างรวดเร็ว

4.6 แนวคิดการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สำนักงานพยาบาล (2550) ได้กำหนดมาตรฐานด้านการบันทึกการพยาบาลไว้ในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในมาตรฐานที่ 8 ระบุว่า พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ถูกต้องและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย คลอบคลุมเกี่ยวกับ

- 1.1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับและต่อเนื่อง
- 1.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 1.3 แผนการพยาบาล
- 1.4 กิจกรรมการพยาบาล
- 1.5 ผลลัพธ์ของการพยาบาล

2. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ครอบคลุม ถูกต้อง และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดูแลตามมาตรฐานหรือแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล และข้อความที่บันทึกชัดเจนกะทัดรัด สามารถสื่อความหมายทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ตรวจสอบความถูกต้อง เชื่อถือได้ของข้อมูลที่บันทึก
4. ทบทวนเอกสารรายงาน เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ในการให้การดูแล
5. นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

Fischbach (1991) ได้เสนอแนวทางการบันทึกการพยาบาล เฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ดังนี้

1. กำหนดความสำคัญก่อนหลังในการลงบันทึกในแต่ละสถานการณ์ในห้องฉุกเฉิน สถานการณ์เหล่านี้รวมถึงการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหน่วยงาน การคัดกรอง การสำรวจปฐมภูมิ และทุติยภูมิ พฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่เสี่ยงทางคดีของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

2. บันทึกการคัดกรองผู้ป่วยและการประเมินสภาพปฐมภูมิ โดยเรียงลำดับก่อนหลังของการรักษาที่ให้ รวมทั้งวัตถุประสงค์ในการรักษาที่ได้ให้กับผู้ป่วย ลงบันทึกโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุมถึงการประเมินถึงอาการสำคัญที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย การจัดประเภทของผู้ป่วยและการประเมินสภาพปฐมภูมิ โดยการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ ศีรษะจรดเท้า ชักประวัติและตรวจวัดสัญญาณชีพขณะแรกรับและลงบันทึกการพยาบาลในขณะนั้นร่วมด้วยเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลหรืออาการสำคัญและความสัมพันธ์ของการมาโรงพยาบาลในครั้งปัจจุบันกับประวัติความเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติการได้รับยาหรือการตอบสนองของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการได้รับยา ข้อมูลเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

3. ลงบันทึกการประเมินสภาพปฐมภูมิให้ครบถ้วนทันที เพื่อป้องกันการลืมบันทึกข้อมูลที่สำคัญ การประเมินสภาพปฐมภูมิจะเป็นการสืบค้นข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ อันประกอบด้วยระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบประสาท โดยเฉพาะระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) สิ่งที่ควรบันทึกไว้ เช่น ทางเดินหายใจ การตรวจสอบชีพจร การตอบสนองต่อคำสั่ง สัญญาณชีพ และควรประเมินเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อมีส่วนนี้ไปประกอบเข้ากับการตรวจร่างกาย และประวัติการเจ็บป่วยแล้วสัญญาณชีพเหล่านี้สามารถส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดการวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้องได้และ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการปรึกษาและรายงานแพทย์

4. ลงบันทึกการสำรวจทุดิถีภูมิและลงบันทึกในทันที โดยใช้หลักการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า โดยใช้การดู ฟัง คลำ เคาะ

5. กำหนดและบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ ทางเดินหายใจอุดกั้น การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีภาวะขาดน้ำ อุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่าปกติ เป็นต้น

6. รวบรวมข้อมูลที่จำเป็นในสถานการณ์ที่เสี่ยงทางคดี เนื่องจากถือเป็นข้อกำหนดทางกฎหมายหรือของสถาบันทางสุขภาพที่จะต้องมีไว้ในบันทึก ซึ่งจะต้องบันทึกแตกต่างกันตามชนิดของผู้ป่วย เช่น ถูกยิง ถูกแทง สงสัยว่าเด็กถูกทารุณกรรม ประเภทของข้อมูลเหล่านี้ ได้แก่ ถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกข่มขืน สงสัยว่าอุบัติเหตุเกิดจากอิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยาถึงแก่กรรมเมื่อถึงโรงพยาบาล และปฏิเสธการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

7. บันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การประเมินสภาพและบันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง การลงบันทึกเกี่ยวกับอาการทางระบบประสาทที่ดีที่สุดก็คือ การอธิบายให้เห็นอย่างชัดเจนถึงสิ่งที่สังเกตเห็นและจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ถ้าบันทึกเป็น

ข้อมูลที่ตรวจพบโดยไม่มี การแปลความหมาย เช่น บันทึกว่าผู้ป่วยบอกบุคคล สถานที่ เวลา ได้ถูกต้อง จะทำให้ผู้อ่านเข้าใจและแปลความหมายได้ตรงกัน และการใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นแบบประเมินระดับความรู้สึกตัวช่วยในการแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะและช่วยในการวางแผนการรักษาของแพทย์ ด้านการช่วยการหายใจและการตรวจเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์

8. บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน เวลาที่พยาบาลทำหน้าที่คัดกรองพบผู้ป่วย เวลาที่รายงานหรือปรึกษาแพทย์ และเวลาที่แพทย์มาถึงห้องฉุกเฉินให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เรียงตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ในทางกฎหมายถือว่ามีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากข้อมูลที่บันทึกเหล่านี้ถือเป็นหลักฐานที่สำคัญสามารถใช้ประกอบการพิจารณาคดีได้ หากมีการฟ้องร้องเกิดขึ้นในเวลาต่อมาถึงความล่าช้าในการรักษา

9. เขียนข้อความให้ชัดเจน สั้น / กระชับ เพื่อหลีกเลี่ยงความสับสนหรือการแปลความหมายผิด หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำจากการตัดสินใจของตนเอง ไม่เขียนข้อความที่แสดงให้เห็นถึงความคิดเห็นส่วนตัว คำนิยม เพราะอาจทำให้เกิดแง่คิดที่ไม่ถูกต้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยคนอื่น ๆ และอาจก่อให้เกิดข้อวินิจฉัยที่ผิดพลาดหรือทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม

10. มีการลงบันทึกแผนการรักษาและคำสั่งการให้ยาของแพทย์ แสดงให้เห็นในบันทึกของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งต้องสอดคล้องกับการลงบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ ถ้าไม่มีคำสั่งการรักษาของแพทย์เขียนไว้ ก็อาจแสดงได้ว่าพยาบาลเป็นผู้สั่งยาหรือสั่งการรักษาให้แก่ผู้ป่วยด้วยตนเอง ซึ่งการกระทำเช่นนี้เป็นสิ่งที่ย้อนนอกเหนือขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล ควรที่จะมีการติดตามตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าคำสั่งการรักษานั้น ๆ ได้ถูกเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียนหรือรายงานของผู้ป่วยแล้ว

11. บันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ ด้านและต้องสื่อสารข้อมูลเหล่านั้นกับผู้ป่วย เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีความแตกต่างกัน ทั้งสภาพความเป็นอยู่ ความรู้และวัฒนธรรม ซึ่งหลักในการลงบันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินนี้เป็นการลงบันทึกเชิงบรรยายอย่างสั้น ๆ ในเรื่องที่ได้สอนให้ผู้ป่วย การตอบสนองของผู้ป่วย ลายเซ็นของพยาบาลผู้สอน หัวเรื่องที่สอนและเวลาที่ใช้ในการสอน นอกจากนี้ยังมีการลงบันทึกการสอนเป็นระยะ ๆ และชื่อของผู้ที่ได้รับการสอนซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยหรือ มีการประเมินระดับความรู้และความสามารถของผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งในบันทึกของพยาบาลจะต้องบันทึกหัวข้อคำแนะนำและเอกสารที่ได้ให้กับผู้ป่วยทุกคน

12. ใช้รูปแบบบันทึกที่ออกแบบเพื่อช่วยให้สื่อสารได้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพราะในห้องฉุกเฉินต่าง ๆ มีข้อมูลจำนวนมากที่จำเป็นต้องสื่อสารอย่างรวดเร็ว จึงมักมีรูปแบบบันทึกหลายรูปแบบ

13. ควรมีการมอบหมายให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการลงบันทึก เพื่อให้สามารถลงบันทึกได้ในทันทีที่มีการพยาบาลหรือการรักษาเกิดขึ้น และลดความผิดพลาดหรือสูญหายของข้อมูล

สรุปได้ว่าแนวทางการบันทึกการพยาบาล เฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น ประกอบด้วย 13 องค์ประกอบได้แก่ การกำหนดความสำคัญก่อนหลังตามสถานการณ์ การประเมินสภาพปฐมภูมิ การประเมินสภาพทุติยภูมิ การบันทึกข้อมูลที่เสี่ยงทางคดี เวลาที่ผู้ป่วยมาถึง แผนการรักษา ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การใช้รูปแบบบันทึกเหมาะสม และมีพยาบาลรับผิดชอบในการบันทึกซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Fischbach (1991) เนื่องจากพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสมกับ การดูแลผู้ป่วยและลักษณะงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีคุณภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบบันทึกการพยาบาลรูปแบบต่างๆ

| รูปแบบของการบันทึก | ข้อดี | ข้อจำกัด |
|-----------------------------|--|---|
| Narrative notes | <ul style="list-style-type: none"> - ง่ายต่อการเรียนรู้ - ง่ายต่อการปรับความยาวตามความต้องการ - สามารถอธิบายได้ละเอียด - ไม่ต้องคิดถึงรูปแบบการบันทึก | <ul style="list-style-type: none"> - ใช้เวลามาก - ยากที่จะนำข้อมูลออกมา - มักจะรวมข้อมูลที่ไม่สำคัญ - ขาดจุดเน้น (Unfocused) และ - ไม่มีการจัดระบบ |
| SOAP notes | <ul style="list-style-type: none"> - มุ่งไปที่ปัญหาของผู้รับบริการ - สมาชิกในทีมสุขภาพใช้ร่วมกันได้ - ง่ายต่อการนำอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมาระบุปัญหา | <ul style="list-style-type: none"> - ค่อนข้างยาวและใช้เวลานาน - ยากที่จะครอบคลุมทุกเรื่อง - อาจยากแก่การประเมิน |
| PIE notes | <ul style="list-style-type: none"> - สามารถรวมแผนการดูแลเข้าไป - และประเมินผลลัพธ์ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มการประกันคุณภาพ | <ul style="list-style-type: none"> - ต้องอ่าน note จึงจะสามารถวางแผนให้การดูแลได้ - ถ้าปัญหาไม่ได้รับการพิจารณาจะทำให้ข้อมูลไม่ใช่ multidisciplinary |
| Nursing Process | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลในแนวเดียวกันและมีความต่อเนื่อง - ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่าย | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เหมาะสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ - ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์และศาสตร์อื่น ๆ |
| Focus DAR notes | <ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมได้กว้างทุกประเด็นที่สำคัญ - กะทัดรัด ยืดหยุ่น - ใช้ได้ดีใน long term /ambulatory care | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สัมพันธ์กับ nursing care plan - ยากแก่การจัดลำดับเหตุการณ์ - ไม่ใช่ multidisciplinary |
| Charting by exception (CBE) | <ul style="list-style-type: none"> - ใช้เวลาของพยาบาลในการบันทึกน้อย - แบบฟอร์มง่ายต่อการวินิจฉัยผู้ป่วย - มีแนวทาง (outline) ในการประเมินผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ต้องการชัดเจน | <ul style="list-style-type: none"> - ต้องใช้เวลาและงบประมาณมากในการพัฒนามาตรฐานการดูแลและแบบฟอร์มต่างๆที่ใช้ในการบันทึก - ไม่เหมาะสมที่จะใช้ใน Long term |

ที่มา : Cravan & Himle (2003 อ้างถึงในประคิม สุจฉายา, 2549)

สรุปรูปแบบบันทึกการพยาบาลมีข้อดีและข้อจำกัดที่ต่างกันอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงควรพิจารณาให้มีความเหมาะสมกับลักษณะงาน โดยคำนึงถึงประโยชน์จากการใช้ทั้งด้านผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการบันทึกแบบ Charting by exception เนื่องจากมีข้อดีคือใช้เวลาในการบันทึกน้อยและมีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างชัดเจน และแบบ Nursing Process เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในแนวเดียวกันอย่างต่อเนื่องและสามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่าย เนื่องจากพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสมกับลักษณะงาน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาภรณ์ ประมรภ์ (2541) ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลตามการปฏิบัติของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 33 คน ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่พยาบาลบันทึกทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติด้านการประเมินสภาพปฐมภูมิและการบำบัดฉุกเฉินคือ การเต้นของชีพจรและความดันโลหิต (100%) ด้านการประเมินสภาพทุติยภูมิ บันทึกเพียงประวัติการแพ้ยาและอาหาร (2.74%) และสรุปโดยภาพรวมว่าพยาบาลมีการบันทึกน้อยกว่าการปฏิบัติมาก

สมนึก ปัญจอนันท์ (2542) ศึกษาการศึกษาการนำแบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบฐานข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติจริง ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพญาไท 3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพญาไท 3 มีความเห็นว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยการใช้ฐานข้อมูลมีเนื้อหาครอบคลุมและถูกต้องตรงตามการปฏิบัติและมีความสะดวกในการใช้งาน เหมาะสมต่อการนำไปใช้

วัชรวีรภรณ์ รัตตสาร (2543) ศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 11 คน และแบบบันทึกการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 81 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับดีและพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับมาก

ศกามาศ ลมภูภาพ (2544) ศึกษาสรุปแบบการบริการพยาบาลของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสระบุรี ผลการศึกษาด้านผลลัพธ์พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 62.2 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 82 และ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยร้อยละ 43.3 ส่วนด้านโครงสร้างพบว่ามีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลเป็นส่วนมาก

รัตนา ศิริจิระชัย และ สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2545) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ต่อประสิทธิภาพการบันทึก และความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลเกิดสิน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 106 คน และเพิ่มประวัติผู้ป่วย 102 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการบันทึก และความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ สูงกว่าก่อนการพัฒนา

เพ็ญทอง มธุรชน (2546) ศึกษาผลการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด งานวิสัญญี และหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในด้านการประเมินคุณภาพการพยาบาลสูงขึ้นหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากแบบบันทึกการพยาบาลแบบใหม่ มีรูปแบบที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการผู้ป่วยผ่าตัดและสะท้อนคุณภาพการดูแล

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ศึกษาผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 22 คนและผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุลธิพร พิทยานนท์ (2549) ศึกษาผลการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยภาวะวิกฤตแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องกู้ชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพของแบบบันทึกอยู่ในระดับดี พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก สามารถใช้ประเมินคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพของทีมช่วยชีวิต และได้รับการยอมรับในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกแบบใหม่จากทีมสหสาขาวิชาชีพ

อารี ชิวเกษมสุข และ ธนิตา เทียนดำรงสุข (2549) ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิดโดยใช้รูปแบบเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 52 คน โดยคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผล

การศึกษาพบว่า กลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิด มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและมีการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบการบันทึกเชิงบวก มากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบันทึกเชิงบรรยาย

พัชรินทร์ ชุนชัง (2550) ศึกษาผลการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คนและผู้ป่วยจำนวน 326 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบบันทึกการพยาบาลมีความเหมาะสม ด้านรูปแบบ โครงสร้าง เนื้อหาในระดับมาก และสามารถนำไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับมาก

สุจิตรา ชันติยานนท์ และคณะ (2551) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลผ่านบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 16 คน และแฟ้มประวัติผู้ป่วย 120 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลหลังการพัฒนา รูปแบบการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลพบว่าสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ

ปภัทสร ธนวิโรจน์กุล (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับ บันทึกการพยาบาลผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 41 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบันทึกการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกการพยาบาลผ่าตัด สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกการพยาบาลผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ มีโกคา (2553) ศึกษาผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยบูรณาการ แนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการปฏิบัติต่อการรับรู้การคิดอย่างมีเหตุผลของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การคิดอย่างมีเหตุผลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองซึ่งใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยบูรณาการ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งใช้รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาลแบบยึดการรักษาและการรับรู้การคิดอย่างมีเหตุผลของกลุ่มซึ่งใช้รูปแบบบันทึก ทางการพยาบาล โดยบูรณาการ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการปฏิบัติหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุนิดา อรรถอนุชิต, วิภา แซ่เซี้ย และปราณีต ส่งวัฒนา (2553) ศึกษาการพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 96.7 และผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติอย่างมี ประสิทธิภาพ

Kim and Park (2005) ศึกษาการบันทึกผลลัพท์การพยาบาลจากบันทึกการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบันทึกการพยาบาลแบบบรรยาย (Narrative nursing note) ของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวน 46 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีการบันทึกผลลัพท์การพยาบาล 29.2% ส่วนใหญ่บันทึกการพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์เช่นการจัดการกับอาการของโรค การดูแลระบบทางเดินหายใจและการควบคุมความเจ็บปวดมากกว่าการบันทึกการพยาบาลตามบทบาทอิสระของพยาบาล เหตุผลที่ไม่ได้บันทึกเนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอในการบันทึกและพยาบาลขาดความรู้ในการบันทึก

Considine, Potter, and Jenkins (2006) ศึกษาผลการเขียนมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแบบบันทึกการประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 152 ราย ผลการศึกษาพบว่า การเขียนมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผลต่อการพัฒนาการบันทึกการประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีอาการเจ็บหน้าอกและมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล

Shields and Clarke (2010) ศึกษาการสังเกตอาการทางระบบประสาทและการบันทึกการดูแลสำหรับเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่า การบันทึกโดยใช้แบบประเมินทางระบบประสาทในเด็กเป็นเครื่องมือและเป็นแนวทางในการบันทึกมีผลต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดการศึกษาคั้งนี้ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบันทึกการพยาบาล อุบัติเหตุและฉุกเฉินของ Fischbach (1991) ประกอบด้วย 13 องค์ประกอบดังนี้

1. บันทึกตามลำดับการให้บริการ
2. บันทึกการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้ป่วย
3. บันทึกการสำรวจปฐมภูมิ
4. บันทึกการสำรวจทุติยภูมิ
5. บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
6. บันทึกข้อมูลที่มีความเสี่ยงทางคดี
7. บันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
8. บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาและเวลาพบแพทย์
9. บันทึกข้อความอย่างชัดเจน สั้น กระชับ
10. บันทึกแผนการรักษาและคำสั่งการให้ยาของแพทย์
11. บันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
12. บันทึกการพยาบาลที่แสดงการสื่อสารที่ชัดเจน
13. บันทึกการพยาบาลที่บันทึกโดยพยาบาลที่ดูแล

ผู้ป่วย

บูรณาการร่วมกับหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตาม แนวคิดของ American College of Surgeons Committee on Trauma (2004) ดังนี้

1. การดูแลระบบหายใจ
2. การดูแลระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต
3. การดูแลระบบสมอง
4. การดูแลระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

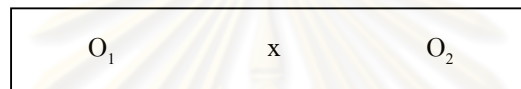
1. ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต
2. ด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ
3. ด้านความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะ

(สำนักการพยาบาล, 2550)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเลิดสิน แบบแผนการทดลองเป็นการศึกษาในกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้



- O_1 คือ ผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยก่อนการทดลอง
- X คือ การใช้แบบบันทึกการพยาบาล
- O_2 คือ ผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 แฟ้ม
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้
 1. เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุประเภทฉุกเฉินมากและฉุกเฉิน
 2. เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีสัญญาณชีพเมื่อแรกรับเข้าในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนการทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 80 เพศหญิงร้อยละ 20 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 19 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยผู้ที่มีอายุสูงสุดคือ 60 ปี อายุต่ำสุดคือ 11 ปี อายุเฉลี่ย 33.37 ปี ($\bar{X} = 33.37$, $SD = 11.9$) สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการขนส่งร้อยละ 80 พลัดตกจากที่สูงร้อยละ 10 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 10 รับ เป็นผู้ป่วยประเภท

ถูกเงินมากและถูกเงินอย่างละเท่ากันคือ ร้อยละ 50 ไว้ในหอผู้ป่วยร้อยละ 90 และส่งต่อสถานบริการอื่นร้อยละ 10

กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยหลังการทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 86.67 เพศหญิงร้อยละ 13.3 อายุระหว่าง 19 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 โดยผู้ที่มีอายุสูงสุดคือ 53 ปี อายุต่ำสุดคือ 16 ปี อายุเฉลี่ย 33.37 ปี ($\bar{X}=30.40$, $SD = 8.9$) สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการขนส่ง ร้อยละ 50 พลัดตกจากที่สูงร้อยละ 23.3 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 26.7 เป็นผู้ป่วยประเภทถูกเงินมากและถูกเงินอย่างละเท่ากันคือ ร้อยละ 50 รับประทานไว้ในหอผู้ป่วยร้อยละ 90 และส่งต่อสถานบริการอื่นร้อยละ 10 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในเวชระเบียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ ประเภทผู้ป่วย และประเภทการจำหน่าย

| ข้อมูลทั่วไป | ก่อนการทดลอง (N=30) | | หลังการทดลอง (N=30) | |
|-------------------------|--------------------------------|--------|-------------------------------|--------|
| | จำนวน(คน) | ร้อยละ | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 24 | 80.0 | 26 | 86.7 |
| หญิง | 6 | 20.0 | 4 | 13.3 |
| อายุ | ($\bar{X} = 33.37$ SD = 11.9) | | ($\bar{X} = 30.40$ SD = 8.9) | |
| ≤ 13 ปี | 1 | 3.3 | 0 | 0.0 |
| 14 - 18 ปี | 0 | 0.0 | 3 | 10 |
| 19 - 35 ปี | 16 | 53.3 | 17 | 56.7 |
| 36 - 60 ปี | 13 | 43.3 | 10 | 33.3 |
| สาเหตุการบาดเจ็บ | | | | |
| อุบัติเหตุการขนส่ง | 24 | 80.0 | 15 | 50.0 |
| พลัดตกจากที่สูง | 3 | 10.0 | 7 | 23.3 |
| ถูกทำร้ายร่างกาย | 3 | 10.0 | 8 | 26.7 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | ก่อนการทดลอง (N=30) | | หลังการทดลอง (N=30) | |
|-------------------------|---------------------|--------|---------------------|--------|
| | จำนวน(คน) | ร้อยละ | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
| ประเภทผู้ป่วย | | | | |
| ฉุกเฉินมาก | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 |
| ฉุกเฉิน | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 |
| ประเภทการจำหน่าย | | | | |
| รับไว้ในหอผู้ป่วย | 27 | 90.0 | 27 | 90.0 |
| ส่งต่อสถานบริการอื่น | 3 | 10.0 | 3 | 10.0 |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

- 1.1 แผนการอบรม เรื่อง แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.2 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.3 คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.4 แบบกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

- 2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
- 2.2 คู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรม เรื่อง “แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน”

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่ใช้ในการอบรมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.1.2 กำหนดวัตถุประสงค์การจัดทำแผนการอบรมและกำหนดกิจกรรมการสอนโดยใช้วิธีการบรรยาย การระดมสมอง เน้นการมีส่วนร่วม โดยกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถดังนี้

- 1) มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของแบบบันทึกการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 3) สามารถสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและสามารถใช้ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้อย่างมีคุณภาพ

1.1.3 เตรียมเนื้อหาในการอบรมตามวัตถุประสงค์ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งแผนการสอนนั้นได้แบ่งออกเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา กิจกรรมการสอน สื่อการสอน และเกณฑ์การประเมินผล

1.1.4 กำหนดเนื้อหาในแผนการอบรมสำหรับการอบรมภาคเช้า ประกอบด้วย การให้ความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความสำคัญ แนวคิด ประโยชน์แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานการบันทึกการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล (2550) แนวทางการบันทึกของ Fischbach (1991) ซึ่งประกอบด้วย 13 องค์ประกอบ การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามแนวทาง ATLS (Advance Trauma Life Support) ตามแนวคิดของ American College of Surgeons Committee on Trauma (2004) โดยใช้วิธีการบรรยาย และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่เน้นการทำงานเป็นทีมจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 ชั่วโมง สำหรับภาคบ่าย ประกอบด้วยการทำงานร่วมกันวิเคราะห์และระดมสมองสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 ชั่วโมงพร้อมอภิปรายข้อคิดเห็นระหว่างกลุ่มจำนวน 1 ชั่วโมง

1.1.5 ผู้วิจัยนำแผนการอบรมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแล้วนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.2 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เป็นแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์การดูแลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้ลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับจนกระทั่งจำหน่ายจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพัฒนาขึ้นตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1.2.1 ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และกำหนดโครงสร้างแบบบันทึกการพยาบาลตามแนวคิดของ Fischbach (1991) ซึ่งประกอบด้วย 13 องค์ประกอบ ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดของ American College of Surgeons Committee on Trauma (2004) มากำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามแนวทาง ATLS (Advance Trauma Life Support) ในแบบบันทึกการพยาบาล

1.2.2 ยกร่างแบบบันทึกการพยาบาลได้ลักษณะของแบบบันทึกเป็นกระดาษ ขนาด A 4 มีจำนวน 3 หน้า ตัวอักษรเป็นภาษาอังกฤษ ลักษณะเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ (Check list) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ใช้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึกการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่ง และการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับขึ้นปฐมภูมิ ทั้ง 10 ด้าน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่สอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามรายการบันทึกจำนวน 12 รายการ

ส่วนที่ 2 ใช้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นทุติภูมิเป็นแบบรวบรวมข้อมูลการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆและรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถาม ประวัติโรคร่วม บันทึกการทำ/ช่วยแพทย์ทำหัตถการ บันทึกการให้การพยาบาลปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยตามรายการบันทึกจำนวน 9 รายการ

ส่วนที่ 3 ใช้บันทึกการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา 10 ด้าน เป็นช่องว่างให้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ตรวจพบ เช่น สัญญาณชีพ คะแนนความปวด คะแนน GCS ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย จำนวน 12 รายการ

ส่วนที่ 4 ใช้บันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล แสดงให้เห็นการใช้ กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติพยาบาล (Nursing progress note) ทุกขั้นตอน โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 5 ด้าน

ส่วนที่ 5 ใช้บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วย ก่อนการส่งต่อ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และการประสานกับหอผู้ป่วย จำนวน 9 รายการ

1.2.3 จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในแบบบันทึกการ พยาบาลและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุเพื่อให้สามารถระดมสมองในการพัฒนาแบบบันทึกการ พยาบาลที่มีความครบถ้วน ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย และได้แบบบันทึกการพยาบาลจากพยาบาล วิชาชีพจำนวน 4 แบบ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมแบบบันทึกการพยาบาลทั้ง 4 แบบมา วิเคราะห์และปรับเพิ่มเนื้อหาเพื่อให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับการใช้งานมากขึ้น

1.2.4 หลังการบูรณาการแบบบันทึกการพยาบาลทั้ง 4 แบบจึงได้แบบบันทึกการพยาบาลซึ่งมีลักษณะเป็นกระดาษขนาด A4 สีฟ้า จำนวน 4 หน้า ตัวอักษรเป็นภาษาอังกฤษ ลักษณะเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ (Check list) ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยช่องบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่ง การคัดแยกประเภทผู้ป่วย ประวัติการนำส่ง การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับชั้นปฐมภูมิทั้ง 5 ด้าน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาลที่คาดหวัง การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามรายการบันทึกจำนวน 20 รายการ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยช่องบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยชั้นทุติภูมิ ข้อมูลการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากการซักถามประวัติโรคร่วม การทำ/ช่วยแพทย์ทำหัตถการ การปฏิบัติกรพยาบาล การตรวจวินิจฉัยโรค และการให้ยา/เลือด และสารน้ำตามรายการบันทึกจำนวน 8 รายการโดยขนาดของช่องบันทึกการให้ยาได้ถูกปรับให้มีขนาดใหญ่ขึ้นและเพิ่มจำนวนช่องบันทึกการให้ยาเป็น 18 ช่อง

ส่วนที่ 3 ประกอบด้วยช่องบันทึกข้อมูลการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา 10 ด้าน เป็นช่องว่างให้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ตรวจพบ เช่น เวลาที่ประเมินอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระยะเวลาการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อส่วนปลาย คะแนนความปวด คะแนน GCS ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย รวมจำนวนช่องบันทึก 12 รายการ

ส่วนที่ 4 ประกอบด้วยช่องบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าทางการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาล (Nursing progress note) ทุกขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกรพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ประกอบด้วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยอุบัติเหตุจากทุกระบบที่สำคัญในร่างกายจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ส่วนที่ 5 ประกอบด้วยช่องบันทึกข้อมูลสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ประเภทการจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย การประสานงานกับกับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย วันเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย และลงชื่อพยาบาลที่บันทึกการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 13 รายการ

1.3 คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นหลังจากยกร่างแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้เป็นแนวทางสำหรับการลงบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์คือใช้คู่ประกอบด้วยแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อช่วยให้ลงบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นที่ยอมรับตรงกัน โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยสร้างคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยกำหนดเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกับแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ร่างขึ้นเบื้องต้นประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการประเมินสภาพร่างกาย เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งโรงพยาบาลและจากเอกสาร และหนังสือส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อ รวมทั้งการประเมินสภาพร่างกาย โดยการสังเกตอย่างรวดเร็ว และเป็นลำดับขั้นตอน แบ่งเป็น 10 ด้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นแบบรวบรวมข้อมูลการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆและรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างละเอียดโดยการสังเกต การสอบถามและการตรวจพบ แบ่งเป็น 6 ด้าน

ส่วนที่ 3 เป็นการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา เป็นแบบบันทึกและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา แบ่งเป็น 10 ด้าน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล แสดงให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing progress note)

ส่วนที่ 5 เป็นแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย

และส่วนท้ายเล่มเป็นการอธิบายคำศัพท์และความหมายจำนวน 5 หน้า

1.3.2 ผู้วิจัยนำคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปให้พยาบาลวิชาชีพใช้คู่ประกอบการอบรมเพื่อให้มีแนวทางในการพัฒนาคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลฉบับใช้จริงให้มีความครอบคลุมและสมบูรณ์มากขึ้น

1.3.3 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาในแบบบันทึกการพยาบาลที่บูรณาการแล้วเพื่อใช้เป็นแนวทางการลงบันทึก

1.3.4 หลังการปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลแล้วได้ลักษณะคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมีลักษณะเป็นเอกสารเข้า

เล่ม ปกพลาสติก กระดาษสีชมพูขนาด A 4 จำนวน 20 หน้า ภายในเล่มประกอบด้วยเนื้อหา และรูปภาพประกอบซึ่งเกี่ยวกับกิจกรรมการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเนื้อหาในเล่มประกอบด้วย คำนำ สารบัญ วัตถุประสงค์ และแนวทางการลงบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเนื้อหาในคู่มือแบ่งเป็น 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการประเมินสภาพร่างกาย เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งโรงพยาบาลและจากเอกสาร และหนังสือส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อ รวมทั้งการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับขึ้นปฐมภูมิทั้ง 5 ด้าน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาลที่คาดหวัง การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นลำดับขั้นตอน แบ่งเป็น 10 ด้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย เป็นแบบรวบรวมข้อมูลการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากการซักถามประวัติโรคร่วม การทำ/ช่วยแพทย์ทำหัตถการ การปฏิบัติการพยาบาล การตรวจวินิจฉัยโรค และการให้ยา/เลือด และสารน้ำ และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพร่างกายขั้นทุติยภูมิโดยการสังเกต การสอบถามและการตรวจพบ แบ่งเป็น 6 ด้าน

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา เป็นแบบบันทึกและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเวลาที่ประเมินอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระยะเวลาการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อส่วนปลาย คะแนนความปวด คะแนน GCS ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย แบ่งเป็น 10 ด้าน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล แสดงให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing progress note) ประกอบด้วย การรวบรวมปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยอุบัติเหตุจากทุกระบบที่สำคัญในร่างกายจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ส่วนที่ 5 เป็นแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ประเภทการจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย การประสานงานกับกับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย วันเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย และลงชื่อพยาบาลที่บันทึกการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วย

และส่วนท้ายเล่มเป็นการอธิบายคำศัพท์และความหมายจำนวน 5 หน้า

1.4 แบบกำกับการทดลอง

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้สำหรับให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้จดบันทึกเพื่อประเมินว่าพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติการพยาบาลพร้อมทั้งลงบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดในคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินครบตามรายการที่กำหนดหรือไม่ มีลักษณะเป็นตารางประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล 13 รายการ โดยกำหนดให้ใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับช่อง “ปฏิบัติ” และ “บันทึก” เมื่อพบว่าพยาบาลวิชาชีพได้มีการปฏิบัติการพยาบาลและลงบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในแต่ละรายการและใส่เครื่องหมายลงในช่อง “ไม่ปฏิบัติ” และ “ไม่บันทึก” เมื่อพบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่ได้มีการปฏิบัติการพยาบาลและไม่ได้มีการลงบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในแต่ละรายการ และกำหนดการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพประจำสัปดาห์เพื่อประเมินว่าพยาบาลวิชาชีพได้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินครบทุกรายการหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องลงบันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยทุกรายการร้อยละ 100 จึงถือว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างครอบคลุมตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่คาดหวัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ ประเภทผู้ป่วย และประเภทการจำหน่ายลักษณะเป็นเดิมข้อความและเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของสำนักงานพยาบาล (2550) ลักษณะเป็นข้อรายการผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยคือ “มีการบันทึก” และ “ไม่มีการบันทึก” ครอบคลุม 3 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต จำนวน 20 ข้อ
2. ด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ จำนวน 10 ข้อ
3. ด้านความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะ จำนวน 10 ข้อ

โดยลักษณะข้อความเป็นรายการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

มีการบันทึก ให้คะแนน 1

ไม่มีการบันทึก ให้คะแนน 0

กำหนดเกณฑ์ระดับผลลัพ์การดูแลผู้ป่วยตามจำนวนรายการบันทึกผลลัพ์การดูแล เป็น 5 ระดับดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การกำหนดเกณฑ์ระดับผลลัพ์การดูแลผู้ป่วยตามจำนวนรายการบันทึกผลลัพ์การดูแล

| ระดับผลลัพ์การดูแลผู้ป่วย | จำนวนรายการบันทึกผลลัพ์การดูแล (รายการ) | | | | |
|---------------------------------|---|-------|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต | 20-17 | 16-13 | 12-9 | 8-5 | 4-0 |
| ด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ | 10-9 | 8-7 | 6-5 | 4-3 | 2-0 |
| ด้านความปลอดภัยในการรักษาการ | | | | | |
| ทำหน้าที่ของอวัยวะ | 10-9 | 8-7 | 6-5 | 4-3 | 2-0 |
| โดยรวม | 40-33 | 32-25 | 24-17 | 16-9 | 8-0 |

2.2 คู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบผลลัพ์การดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วยรายการผลลัพ์การดูแลผู้ป่วย คำอธิบายการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเกณฑ์การบันทึกผลลัพ์การดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 ด้าน 40 ข้อ (ภาคผนวก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนสำนวนภาษา หลังจากปรับแก้ไขแล้วผู้วิจัยจึงติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 คน นักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและ

ลูกเงิน จำนวน 1 คนและหัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กิจกรรมการสอน ความรัดกุมในการใช้ภาษา รวมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ตามสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

| ระดับ | หมายถึง |
|-------|--|
| 4 | มีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย |
| 3 | จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุง เล็กน้อยจึงจะมี ความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย |
| 2 | จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมี ความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย |
| 1 | ไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์คำที่ใช้ในการวิจัยเลย |

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) ซึ่งพบว่ามีค่า CVI = 0.97 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์สรุปผลการปรับปรุงแก้ไขได้ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการอบรมเรื่องแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปรับปรุง
สำนวนภาษาเล็กน้อย

1.2 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปรับปรุงเนื้อหาเล็กน้อย

1.3 คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปรับเนื้อหาให้

สอดคล้องกับแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ให้เพิ่มข้อรายการอีก 1 ข้อคือ สาเหตุการบาดเจ็บ จึงมีข้อรายการ 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงสำนวนภาษาเล็กน้อย เพื่อความชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสม ให้ยุบรวมข้อความเข้าด้วยกัน 1 ข้อ คือ การประเมินและการดูแลทางเดินหายใจ และให้เพิ่มข้อรายการอีก 1 ข้อคือ การซักถามประวัติโรคร่วม (Co-morbidity) รวมมีรายการทั้งหมด 40 ข้อ

2.2 คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการปรับปรุงสำนวนภาษาเล็กน้อยเพื่อความชัดเจนและให้เพิ่มรายละเอียดเกณฑ์การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

2. การตรวจหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาความเที่ยงของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีตรวจสอบการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเลิดสิน โดยกำหนดให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต่างตรวจสอบการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้คู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เหมือนกันและกระทำไปพร้อมกัน และต่างคนต่างทำและเป็นอิสระต่อกัน เพื่อนำมาหาค่าความสอดคล้องของการตรวจสอบ (Interrater reliability) เพื่อวัดค่าความเที่ยงของผู้วัดสองคนขึ้นไป เพราะหากผู้ตรวจสอบคนเดียวมักมีปัญหาเรื่องอคติ (เรณา พงษ์เรืองพันธุ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธุ์, 2549) และเพื่อให้ค่าความเที่ยงของการตรวจสอบและมีความน่าเชื่อถือกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบควรมีไม่น้อยกว่า 10 ราย (Washington and Moss, 1988 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) ซึ่งในการทดลองใช้เครื่องมือนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยรวม 10 แพ้ม แบ่งเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุประเภทฉุกเฉินมาก (Immediate life threatening) และประเภทฉุกเฉิน (Emergent) กลุ่มละ 5 คน และนำมาคำนวณหาความเที่ยงของการตรวจสอบจากสูตรของ Polit และ Hungler (1995) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงการตรวจสอบ} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการตรวจสอบที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนครั้งของการตรวจสอบที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนครั้งของการตรวจสอบที่แตกต่างกัน}}$$

$$\text{ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต} = \frac{168}{168+32}$$

| | |
|--|---------------------------|
| | = 0.84 |
| ด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ | = $\frac{82}{82+18}$ |
| | = 0.82 |
| ด้านความปลอดภัยด้านในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะ | = $\frac{81}{81+19}$ |
| | = 0.81 |
| | = $\frac{168+82+81}{400}$ |
| ค่าเฉลี่ยรวม | = 0.83 |

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ หากมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือสูง แต่หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป ซึ่งค่าดัชนีสอดคล้อง (Interrater reliability) ที่อยู่ในระดับที่ดีควรมีค่าตั้งแต่ .90 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2005) ซึ่งพบว่า ผลการคำนวณค่าความเที่ยงของการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่พยาบาลวิชาชีพบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ มีค่าความเที่ยง (Interrater reliability) รวมเท่ากับ .83

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยการเตรียมการทดลอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อขอทำวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลเลิดสินพร้อมกับส่งโครง

ร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณาจริยธรรม ซึ่งได้รับการพิจารณาอนุมัติ ณ วันที่ 5 มกราคม 2554

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มภารกิจบริการวิชาการและหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูลการวิจัย และจัดทำโครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งกำหนดให้จัดอบรมวันที่ 11-12 มกราคม พ.ศ. 2554

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อกำหนดสถานที่ในการจัดการอบรม ซึ่งได้ห้องประชุมคง 2 ชั้น 3 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและเข้าพบกับพยาบาลวิชาชีพประจำการทั้งหมดจำนวน 25 คนเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจพร้อมกับอธิบายรายละเอียดการวิจัยและโครงการอบรมเรื่องแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนการอบรม เอกสารประกอบการอบรม ใบกำกับการทดลอง แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยและคู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนัดพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการอบรมครั้งแรกวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2554

3. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน โดยมีคุณสมบัติคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน 7 ปีขึ้นไป จบหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.2 ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการอบรม และบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย และวิธีการใช้ใบกำกับการทดลอง

4. การเตรียมตัวผู้วิจัย

ในการอบรมครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการอบรม ได้เตรียมตัวโดยการศึกษาเนื้อหาสาระเกี่ยวกับเรื่อง แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลัก ATLS และความรู้ความเข้าใจแนวคิดที่เกี่ยวข้องแบบบันทึกการพยาบาลจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ และได้ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับทักษะการเป็นวิทยากรที่ดี เช่น ทักษะการสอน ทักษะการใช้อุปกรณ์และสื่อการสอน และทักษะการทำกลุ่มสัมพันธ์

5. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre - test) จากเวชระเบียนผู้ป่วยผู้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 แฟ้มแบ่งเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินมากจำนวน 15 แฟ้มและเวชระเบียนผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน จำนวน 15 แฟ้มโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและคู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากบันทึกการพยาบาลที่ใช้ตามปกติระหว่างวันที่ 8-10 มกราคม พ.ศ. 2554

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะการฝึกอบรม

ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมตามโครงการอบรม ตามกำหนดการโดยจัดอบรมในวันที่ 11-12 มกราคม พ.ศ. 2554 ณ ห้องประชุมคง 2 ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลเลิดสิน มีพยาบาลวิชาชีพประจำการเข้ารับการอบรมจำนวน 25 คนตามแผนการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

การอบรมในวันที่ 11-12 มกราคม พ.ศ. 2554 เวลา 08.00 - 16.00 น. เป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความสนใจและมีส่วนร่วมในการมีบทบาทในการอบรมก่อนการบรรยายเนื้อหาสาระเกี่ยวกับแนวคิดบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลัก ATLS โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากร โดยใช้วิธีการบรรยาย และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่เน้นการทำงานเป็นทีมจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 ชั่วโมงเพื่อระดมสมองในการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่มย่อย จำนวน 3 ชั่วโมง และการนำเสนอแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พร้อมอภิปรายข้อคิดเห็นระหว่างกลุ่มจำนวน 1 ชั่วโมง รวม 7 ชั่วโมง

จากการประเมินผลการอบรมทั้ง 2 วัน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ คือ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล มีความเข้าใจเกี่ยวกับแบบบันทึกการพยาบาล สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบบันทึกการพยาบาลได้ และสามารถร่วมกันพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลโดยได้แบบบันทึกการพยาบาลจากกลุ่มย่อยจำนวน 4 แบบซึ่งถือว่าบรรลุวัตถุประสงค์ในการอบรมได้อย่างครบถ้วน

บรรยากาศการอบรมมีลักษณะเป็นกันเอง ทุกคนให้ความสนใจในเนื้อหาสาระในการอบรม มีส่วนร่วมในการตอบคำถาม มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมทุกระดับทั้งในกลุ่มและระหว่างกลุ่มร่วมกัน มีความกระตือรือร้นในการร่วมกันสร้างแบบบันทึกการ

พยาบาล ตลอดจนมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการบันทึกการพยาบาลขณะที่มีการนำเสนอ ผลงานของกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม และมีการรับประทานอาหารว่างและอาหารกลางวันร่วมกัน

จากการประเมินผลการอบรมในภาพรวมทั้ง 2 วัน พบว่า ผลการประเมินในการอบรม ของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ประเมินผลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและความคุ้มค่าในการ เข้ารับการอบรมเป็นร้อยละ 100 (ภาคผนวก)

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและคู่มือการใช้ แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมแบบบันทึกการพยาบาลที่ได้จากการระดมสมองของ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่เข้ารับการอบรมจาก 4 กลุ่มย่อย จำนวน 4 แบบแล้วนำไปบูรณาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์และปรับเพิ่มเนื้อหา เพื่อให้มีความ ครบถ้วนและเหมาะสมกับการใช้งานก่อนที่จะนำไปทดลองใช้จริง

2.2 ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาในคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินให้มีความครอบคลุมกับแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อใช้ดูประกอบและเป็นแนวทางการลง บันทึกลงและได้นำแบบบันทึกการพยาบาลพร้อมกับคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินไปให้พยาบาลวิชาชีพประจำการทดลองใช้ในการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 ระยะการทดลองใช้จริง

เป็นระยะทดลองที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพประจำการ ใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่ พัฒนาขึ้นในการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุในการปฏิบัติงานจริง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2554 - 3 มีนาคม พ.ศ. 2554 ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้แบบ บันทึกการพยาบาลในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ครบร้อยละ 100 โดยกำหนดให้มีการ ประชุมกลุ่มย่อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ในเวลา 14.00 - 15.00 น. ที่ห้อง ประชุมศูนย์กู้ชีพ โรงพยาบาลเลิดสิน ชั้น G ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งการประชุมเน้น บรรยายแบบกันเอง พยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะ ซึ่งพบ ปัญหาในการใช้แบบบันทึกการพยาบาลในระหว่างการกำกับการทดลองดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพบางคนไม่คุ้นเคยกับตัวอักษรที่เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดทำให้ไม่มั่นใจ ในการบันทึกการพยาบาล

2. พยาบาลวิชาชีพบางคนไม่เข้าใจวิธีการบันทึกการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลที่ นำมาทดลองใช้

ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาคือ

1. เขียนคำแปลคำศัพท์ที่ไม่คุ้นเคยลงในแบบบันทึกการพยาบาล พบว่า หลังการแก้ไข ปัญหาพยาบาลมีความมั่นใจและสามารถใช้แบบบันทึกการพยาบาลได้ถูกต้อง
2. สอนวิธีการลงบันทึกการพยาบาลเป็นรายบุคคลและแนะนำให้ผู้มีมือการใช้แบบ บันทึกการพยาบาลประกอบการบันทึก พบว่า หลังการแก้ไขปัญหาพยาบาลสามารถบันทึกการ พยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน

เมื่อครบกำหนด 6 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. เมื่อจบโครงการควรนำแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้ในการ ปฏิบัติงานต่อไป
2. ควรมีการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เพื่อให้มีความ เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เหล่านี้ นำเสนอต่อผู้บริหาร ทางการพยาบาลในโอกาสต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

หลังการดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลหลังการทดลอง (Post - test) จากเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 แฟ้มแบ่งเป็นเวช ระเบียนผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินมากจำนวน 15 แฟ้มและเวชระเบียนผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน จำนวน 15 แฟ้มโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและคู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากบันทึกการพยาบาล ที่ทดลองใช้ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดย

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสินเพื่อขอทำการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในการวิจัย พร้อมกับส่งเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณา และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม โรง พยาบาลเลิดสิน เลขที่ 0306//13/54

2. ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสินในการใช้เวชระเบียนเพื่อดูข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเท่านั้น

3. ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทดลองครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัยรวมทั้งการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

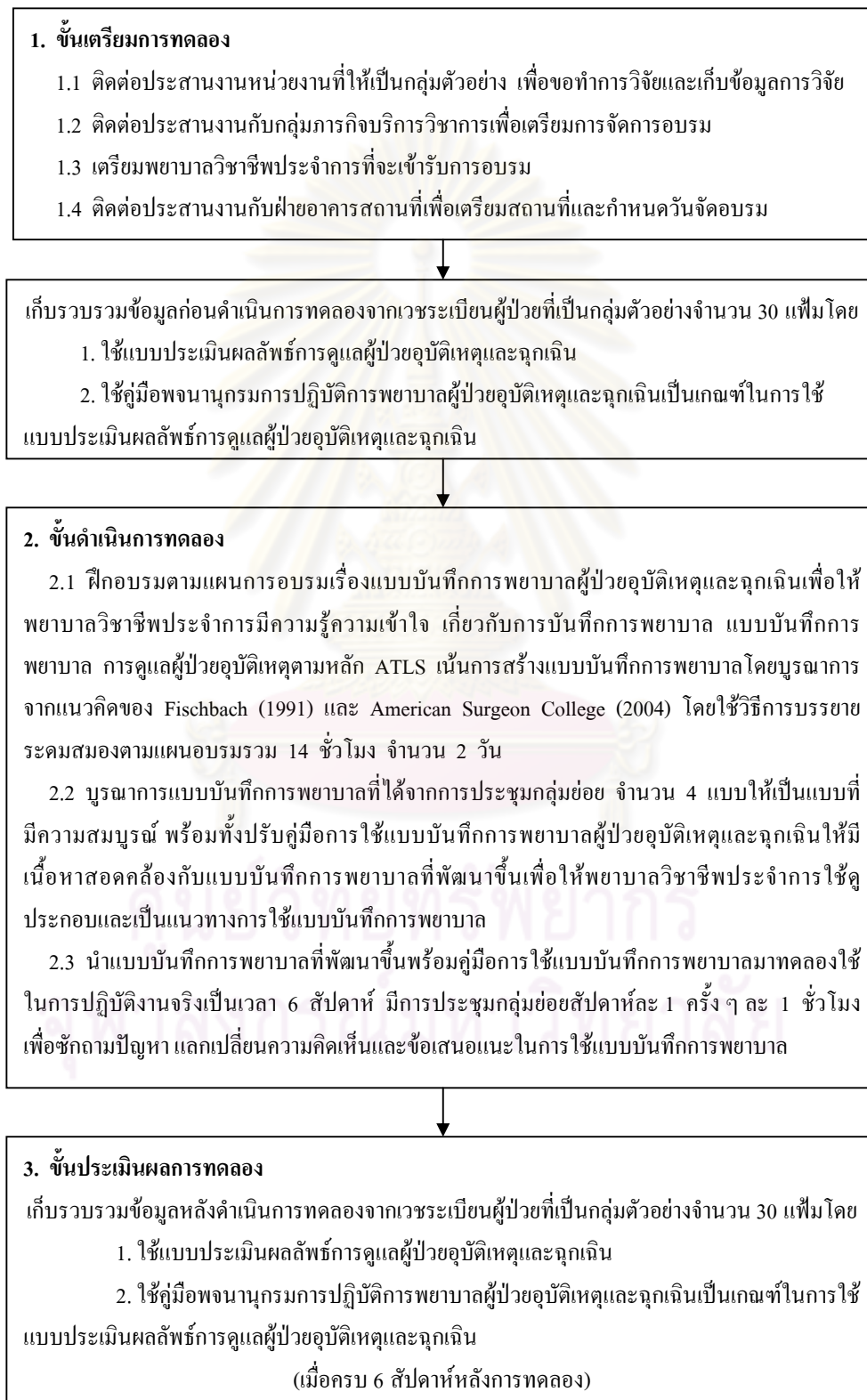
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจำแนกตามรายการบันทึกวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าร้อยละ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาในกลุ่มเดียว (One group pretest-posttest design) ผลการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองตารางที่ 4
2. เปรียบเทียบค่าร้อยละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจำแนกตามรายการ ตารางที่ 5-7



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง (N = 60)

| ผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วย | ก่อนการทดลอง (N = 30) | | | หลังทดลอง (N = 30) | | | df | t | p-value |
|--|-----------------------|------|---------|--------------------|------|-----------|----|--------|---------|
| | \bar{X} | SD | ระดับ | \bar{X} | SD | ระดับ | | | |
| ด้านความปลอดภัยใน การรักษาชีวิต | 8.87 | 3.63 | น้อย | 17.93 | 1.70 | มากที่สุด | 58 | 12.397 | 0.000 |
| ด้านความปลอดภัยใน การรักษาอวัยวะ | 4.40 | 2.18 | น้อย | 9.63 | 0.50 | มากที่สุด | 58 | 12.856 | 0.000 |
| ด้านความปลอดภัยใน การรักษาการทำ หน้าที่ของอวัยวะ | 5.10 | 1.99 | ปานกลาง | 9.63 | 0.80 | มากที่สุด | 58 | 11.566 | 0.000 |
| รวม | 18.37 | 6.04 | ปานกลาง | 37.20 | 2.37 | มากที่สุด | 58 | 15.906 | 0.000 |

*p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 37.20$) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 17.93$) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 8.87$) ค่าเฉลี่ยด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 9.63$) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 4.40$) และค่าเฉลี่ยด้านความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 9.63$) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.10$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าร้อยละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายการบันทึก

| ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต | ก่อนการทดลอง(N = 30) | | หลังการทดลอง(N = 30) | |
|---|----------------------|--------|----------------------|--------|
| | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ |
| 1. การดูแลและเฝ้าระวังทางเดินหายใจให้โล่ง | 12 | 40.0 | 30 | 100 |
| 2. การประเมินประสิทธิภาพการหายใจ | 12 | 40.0 | 30 | 100 |
| 3. การช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ | 12 | 40.0 | 30 | 100 |
| 4. การตรวจประเมินภาวะกำซาบเลือดของ เนื้อเยื่อส่วนปลาย | 1 | 3.3 | 30 | 100 |
| 5. การประเมินการได้รับออกซิเจนอย่างถูกต้อง ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ | 16 | 53.3 | 30 | 100 |
| 6. การประเมินการสูญเสียเลือดภายใน/ ภายนอกร่างกายเมื่อแรกรับ | 15 | 50.0 | 30 | 100 |
| 7. การเฝ้าระวังการเสียเลือด | 9 | 30.0 | 30 | 100 |
| 8. การเฝ้าระวังภาวะสมองขาดออกซิเจน | 1 | 3.3 | 30 | 100 |
| 9. การประเมินการบาดเจ็บระบบอื่นร่วม | 11 | 36.7 | 30 | 100 |
| 10. การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ/การ ตรวจอื่นๆอย่างครบถ้วน | 29 | 96.7 | 30 | 100 |
| 11. การประเมินภาวะขาดออกซิเจนจากสีผิว และอวัยวะส่วนอื่นๆ | 3 | 10.0 | 29 | 96.7 |
| 12. การซักถามประวัติความเจ็บป่วยจากโรค ร่วม (co-morbidity) | 27 | 90.0 | 29 | 96.7 |
| 13. ได้รับเลือด/สารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม แนวทางการรักษาของแพทย์ | 24 | 80.0 | 29 | 96.7 |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิต | ก่อนการทดลอง(N = 30) | | หลังการทดลอง(N = 30) | |
|---|----------------------|--------|----------------------|--------|
| | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ |
| 14. การดูแลจากแพทย์เฉพาะทางเพื่อการรักษา/ ทำหัตถการที่เร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิต | 23 | 76.7 | 29 | 96.7 |
| 15. การคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) อย่าง ถูกต้อง | 14 | 46.7 | 26 | 86.7 |
| 16. ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ | 18 | 60.0 | 26 | 86.7 |
| 17. การประเมินทางเดินหายใจและป้องกัน ไม่ให้กระดูกส่วนคอได้รับอันตรายเพิ่ม | 15 | 50.0 | 24 | 80.0 |
| 18. การประเมินอาการผิดปกติทางสมอง ทุก 15-30 นาที | 5 | 16.7 | 16 | 53.3 |
| 19. การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที | 5 | 16.7 | 15 | 50.0 |
| 20. การเฝ้าระวัง/การประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 15-30 นาที | 5 | 16.7 | 13 | 43.3 |

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตหลังการทดลองสูงขึ้นทุกรายการ โดยพบว่าหลังการทดลองมีการบันทึกร้อยละ 100 ในรายการที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10 รองลงมาร้อยละ 96.7 ในรายการที่ 11, 12, 13 และ 14 และร้อยละ 86.7 ในรายการที่ 15 และ 16 ส่วนรายการที่พบว่ามีการบันทึกน้อยที่สุดคือ รายการที่ 20 ร้อยละ 43.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าร้อยละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะก่อนการทดลองและหลังการทดลองจำแนกตามรายการบันทึก

| ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ | ก่อนการทดลอง(N = 30) | | หลังการทดลอง(N = 30) | |
|---|----------------------|--------|----------------------|--------|
| | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ |
| 1. การตรวจประเมินการบาดเจ็บทุกระบบอย่างครบถ้วน | 7 | 23.3 | 30 | 100 |
| 2. อวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม | 19 | 63.3 | 30 | 100 |
| 3. การดูแล/ประคับประคองอวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บรุนแรง | 15 | 50.0 | 30 | 100 |
| 4. การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดเลือดที่อวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บ | 3 | 10.0 | 30 | 100 |
| 5. การประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลอวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บ | 7 | 23.3 | 30 | 100 |
| 6. การดูแลจากแพทย์เฉพาะทางเพื่อสั่งการรักษา/ทำหัตถการทันที | 20 | 66.7 | 30 | 100 |
| 7. การตรวจประเมินอวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บก่อนการเคลื่อนย้าย/ส่งต่อหน่วยงานอื่น | 17 | 56.7 | 30 | 100 |
| 8. ชักถามประวัติการแพ้ยา/ประวัติการใช้ยา/การได้รับสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ | 27 | 90.0 | 30 | 100 |
| 9. การเคลื่อนย้ายโดยระมัดระวังการเคลื่อนที่ของอวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บอย่างถูกต้อง | 12 | 40.0 | 30 | 100 |
| 10. การเฝ้าระวังการเกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจนทุก 15-30 นาที | 4 | 13.3 | 19 | 63.3 |

จากตารางที่ 6 พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะหลังการทดลองสูงขึ้นทุกรายการ โดยพบร้อยละ 100 ในรายการที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 รองลงมา ร้อยละ 63.3 ในรายการที่ 10

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าร้อยละผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาการทําหน้าทีของอวัยวะก่อนการทดลองและหลังการทดลองจำแนกตามรายการบันทึก

| ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ด้านความปลอดภัยในการรักษา การทําหน้าที่ของอวัยวะ | ก่อนการทดลอง(N = 30) | | หลังการทดลอง(N = 30) | |
|--|----------------------|--------|----------------------|--------|
| | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ | จำนวนการ บันทึก | ร้อยละ |
| 1. การตรวจประเมินที่บ่งชี้ถึงการทําหน้าที่ของระบบหายใจ | 24 | 80.0 | 30 | 100 |
| 2. การตรวจประเมินที่บ่งชี้ถึงการทําหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด | 23 | 76.7 | 30 | 100 |
| 3. การตรวจประเมินที่บ่งชี้ถึงการทําหน้าที่ของระบบประสาท | 29 | 96.7 | 30 | 100 |
| 4. การตรวจประเมินที่บ่งชี้ว่าได้รับการป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน(ซ้ำ/เพิ่ม) | 8 | 26.7 | 30 | 100 |
| 5. การตรวจประเมินการทำงานของระบบหลอดเลือดส่วนปลายเป็นปกติ/ไม่ขาดเลือด | 3 | 10.0 | 30 | 100 |
| 6. การตรวจประเมินที่บ่งชี้ถึงการทําหน้าที่ของผิวหนัง | 11 | 36.7 | 30 | 100 |
| 7. การประเมินการทําหน้าที่ได้ปกติของอวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บที่ได้รับการตรึงให้อยู่หนึ่ง | 8 | 26.7 | 30 | 100 |
| 8. การดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาวะสุขภาพอย่างครบถ้วน | 21 | 70.0 | 29 | 96.7 |
| 9. การตรวจยืนยันผลจากห้องปฏิบัติการถึงการทําหน้าที่ของไต | 17 | 56.7 | 28 | 93.3 |
| 10. การได้รับยาปฏิชีวนะตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เพื่อลดการติดเชื้อ | 5 | 16.7 | 23 | 76.7 |

จากตารางที่ 7 พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาการทําหน้าที่ของอวัยวะหลังการทดลองสูงขึ้นทุกรายการ โดยพบ ร้อยละ 100 ในรายการที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 และมีการบันทึกน้อยที่สุดคือร้อยละ 76.7 ในรายการที่ 10

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เภสัชเวียงของผู้ป่วยอุบัติเหตุประเภทฉุกเฉินมาก และฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 60 แพ้ม เป็นเภสัชเวียงผู้ป่วยก่อนการทดลอง 30 แพ้มและหลังการทดลอง 30 แพ้ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ แผนการอบรมพยาบาลวิชาชีพเรื่อง การบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบกำกับกรทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและคู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนและหาค่าดัชนีสอดคล้องของการตรวจสอบ (Interrater reliability) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย เท่ากับ .83

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และทดสอบค่าที (Independent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาล กำหนดความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน หลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลดสินก่อน และหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลดสินภายหลังจากใช้แบบบันทึกการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}=37.20$) (ตามตารางที่ 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ลักษณะงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลดสิน เป็นงานรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภททั้งด้านศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและสูติกรรมที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ ที่ต้องการความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเร่งด่วน ไม่อาจคาดเดาความรุนแรงของภาวะคุกคามที่จะเกิดตามมาในทันทีโดยมีเป้าหมายของการบริการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือความปลอดภัย ได้แก่ ความปลอดภัยในการรักษาชีวิต ความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ และความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะซึ่งเป็นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่พึงประสงค์ และเนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันที่เน้นคุณภาพการให้บริการและต้องมีการรับรองคุณภาพด้วยระบบมาตรฐานสากลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลและเป็นการประกันคุณภาพการดูแลดังนั้นจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลสามารถทำได้ 2 ทางคือ การตรวจสอบขณะที่ทำการปฏิบัติการพยาบาล (Concurrent audit) และการตรวจสอบเมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติการกรรมการพยาบาล (Retrospective audit) (Chester and Monahan, 1993 อ้างถึงใน สุจิตรา ชันดิยานันท์ และคณะ, 2552) ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยผ่านบันทึกการพยาบาลจึงเป็นการสะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้อีกทางหนึ่งเพราะถือว่าการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540 อ้างถึงใน สุจิตรา ชันดิยานันท์ และคณะ, 2552) การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพราะแบบบันทึกการพยาบาลที่มีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจะเอื้อต่อการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพและใช้เป็นเอกสารสำคัญในการรวบรวมข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการบริการ และเนื่องจากแบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดนั้นมีรูปแบบที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งกำหนดให้พยาบาลลงบันทึกการพยาบาลตามช่อง

รายการที่สอดคล้องกับปัญหาและสภาวะผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลทำให้พยาบาลสามารถลงบันทึกได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว สามารถลงบันทึกการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมครบถ้วน สามารถลงบันทึกการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดในแบบบันทึกการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติงานได้ และอีกประการหนึ่ง เนื้อหาในแบบบันทึกการพยาบาลที่เรียกว่า ATLS (Advance trauma life support) นั้นเป็นหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประสิทธิภาพทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล (กรองไค อุนหสุต, 2549) และลงบันทึกการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดในแบบบันทึกการพยาบาล สอดคล้องคำกล่าวของ Iyer and Camp (1999) กล่าวว่า รูปแบบบันทึกการพยาบาลนั้นควรใช้รูปแบบบันทึกที่ออกแบบเพื่อช่วยให้ลดเวลาในการบันทึกของพยาบาล ลดการบันทึกข้อมูลซ้ำ ร่วมกันจัดทำทุกสาขา และเน้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินผ่านเวชระเบียนผู้ป่วยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงสูงขึ้นกว่า ก่อนการใช้

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นรายด้านพบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลสูงขึ้นที่สุด ($X^2 = 17.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า เนื่องจากหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น ต้องดำเนินการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตให้ผู้ป่วยปลอดภัยก่อน จึงจะดูแลอวัยวะเป็นลำดับต่อไป (กองการพยาบาล, 2536) สอดคล้องกับคำกล่าวของ วิบูลย์ ตระกูลสุน (2547) กล่าวว่า เป้าหมายแรกในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุคือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่รอดปลอดภัย คือรอดชีวิตต่อไปคือการสงวนรักษาประคับประคอง ส่วนแขนขาหรืออวัยวะอื่นๆ ให้ได้มากที่สุดทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพประจำการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน ได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่เสมอเนื่องจากเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของการศึกษาพยาบาลหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนอกจากนั้นยังมีระบบที่เสี่ยงในการให้คำแนะนำและฝึกความชำนาญแก่พยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานน้อยจึงทำให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสำนักการพยาบาล (2550) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการปฏิบัติพยาบาลจะลงบันทึกการพยาบาลหลังการปฏิบัติการพยาบาลทันที แต่ในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหลังการช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้ว พยาบาลต้องรีบลงบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยให้แล้วเสร็จ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น ดังนั้นการใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลในรูปแบบเดิมจึงไม่สามารถลงบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลหรือผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตได้ครบถ้วน

สมบูรณ์เนื่องจากรูปแบบบันทึกการพยาบาลที่ใช้อยู่ ไม่มีช่องรายการให้บันทึก ทำให้พยาบาลไม่ได้ลงบันทึกผลลัพธ์การดูแล เนื่องจากรูปแบบของแบบบันทึกการพยาบาลแบบเดิมไม่เอื้อต่อการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีแนวทางในการเขียน และยุ่งยากไม่เหมาะสมกับลักษณะงานที่รีบเร่ง (น้ำเพชร อิงประเสริฐ, 2553) แต่หลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่ใช้กรอบแนวคิดแล้ว พบว่าพยาบาลลงบันทึกการพยาบาลอย่างครบถ้วน เนื่องจากลักษณะแบบบันทึกการพยาบาลเป็นแบบ Charting By Exception ซึ่งมีข้อดี คือ ใช้เวลาในการบันทึกน้อยและมีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ต้องการชัดเจน (Cravan and Hirmler, 2003 อ้างถึงใน ประคิม สุจฉายา, 2549) พยาบาลจึงสามารถบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตได้มากกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดังคำกล่าวของ Carpenito (1999) ที่กล่าวว่า บันทึกการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถลงบันทึกการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดในแบบบันทึกการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมและสามารถใช้เป็นหลักฐานประกันคุณภาพด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและสามารถตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตที่สะท้อนจากบันทึกการพยาบาลจึงสูงขึ้นที่สุด

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามรายการบันทึก พบว่า ค่าร้อยละสูงขึ้นทุกรายการ อธิบายว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening conditions) เป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บรุนแรงของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท (วารภรณ์ คีน้ำจืด, กรองไฉ่ อุณหสูต และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2551) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ถูกจัดประเภทว่าจะต้องรับการดูแลรักษาทันที (งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, 2552) พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Total patient care) มีหน้าที่ในการบันทึกการพยาบาลซึ่งเมื่อใช้แบบบันทึกการพยาบาลซึ่งมีลักษณะเป็นช่องรายการและเติมข้อความทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นปฐมภูมิ บันทึกข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นทุติยภูมิ บันทึกการพยาบาลติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา บันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล และบันทึกการสรุปการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลบันทึกข้อมูลที่สะท้อนถึงการปฏิบัติการพยาบาล และผลจากการปฏิบัติการได้ครอบคลุม ครบถ้วนมากกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาล ส่วนรายการที่ 14 ที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และการประเมินระดับความรู้สึกตัว

ทุก 15-30 นาทีนั้นพบว่าสูงขึ้นน้อยกว่าข้ออื่น ๆ คือ มีค่าร้อยละเท่ากับ 43.3 อธิบายว่า ตามเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกำหนดให้ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินมากได้รับการประเมินซ้ำทุก 10-15 นาที และผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที (สำนักการพยาบาล, 2550) แต่เนื่องจากลักษณะการบริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นต้องให้บริการรวมทั้งผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินทำให้พยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้ต้องรีบเร่งในการปฏิบัติงาน และมุ่งที่การแก้ไขภาวะฉุกเฉินทำให้ขาดการบันทึกการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และอาจเกิดจากปัญหาอัตราค่าจ้างพยาบาลที่ไม่เพียงพอคือพบว่าจำนวนพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนดถึง 2-3 เท่า (อรพรรณ โทสิงห์, 2550) พยาบาลจึงไม่ได้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ดังนั้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาชีวิตที่สะท้อนจากแบบบันทึกการพยาบาลรายการนี้จึงต่ำที่สุด

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามรายการบันทึก พบว่า ค่าร้อยละสูงขึ้นทุกรายการ อธิบายได้ว่า ก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดนั้น พยาบาลไม่ได้ลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจึงขาดหลักฐานยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของนวลขนิษฐ ลิจิตลี้อา (2550 อ้างถึงใน สุจิตรา ชันดิยานันท์, 2550) ที่กล่าวว่าบันทึกการพยาบาลเป็นหลักฐานในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการรักษาและตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งหากพยาบาลไม่ได้บันทึกก็หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติดังคำกล่าวที่ว่า “if you didn’t record it you didn’t do it” (เรณู พุกบุญมี, 2552) ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจากบันทึกการพยาบาลได้ และในรายการที่ 5 เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจนทุก 15-30 นาที พบว่าหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลค่าร้อยละสูงขึ้นน้อยที่สุดคือร้อยละ 63.3 นั้น อธิบายว่า เนื่องจากภาระงานของพยาบาลที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งมีทั้งกิจกรรมการพยาบาลทางตรงคือการดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยและกิจกรรมทางอ้อมคือกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรงแต่ช่วยส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลของกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (ประพิณ วัฒนกิจ, 2537) จึงอาจทำให้พยาบาลไม่ได้บันทึกการเฝ้าระวังการเกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจนทุก 15-30 นาที ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีชีวเกษมสุข (2548) พบว่าร้อยละ 50 ของภาระงานของพยาบาลเป็นงานที่ทำให้พยาบาลมีเวลาทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงน้อย ดังนั้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาอวัยวะที่สะท้อนจากแบบบันทึกการพยาบาลรายการนี้จึงต่ำที่สุด

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามรายการบันทึก พบว่าค่าร้อยละสูงขึ้นทุกรายการ อธิบายว่า แบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดมีความเหมาะสมมากกว่าแบบบันทึกการพยาบาลแบบเดิม เนื่องจากรูปแบบของแบบบันทึกการพยาบาลกำหนดให้มีการบันทึกการพยาบาลตามที่กำหนดในแบบฟอร์มทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและอาจเกิดจากพยาบาลวิชาชีพประจำการที่ใช้บันทึกการพยาบาลมีความพึงพอใจในแบบบันทึกการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเนื่องจากมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกการพยาบาลทำให้มีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจึงมีความเต็มใจและกระตือรือร้นที่จะใช้แบบบันทึกการพยาบาล ดังคำกล่าวของ Lefevre (2006) ที่กล่าวว่าหากพยาบาลมีความพึงพอใจ เห็นประโยชน์และคุณค่าของบันทึกการพยาบาลมากขึ้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่วนในรายการที่ 10 เกี่ยวกับการได้รับยาปฏิชีวนะตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการติดเชื้อที่นั่น พบค่าร้อยละสูงขึ้นน้อยที่สุดร้อยละ 76.7 อธิบายว่าหลักสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ มุ่งให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิตให้ผู้ป่วยปลอดภัยก่อนส่งต่อไปหอสู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนผ่านพ้นภาวะวิกฤติแล้วจะถูกนำส่งไปที่หอสู้ป่วยต่างๆหรือห้องผ่าตัดอย่างรีบด่วนดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลกิจกรรมนี้จึงต้องมีการประสานงานให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่หอสู้ป่วยหรือห้องผ่าตัดแทนและประกอบกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีอาการรุนแรงตลอดเวลาจึงจำเป็นต้องประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยในการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สะท้อนจากแบบบันทึกการพยาบาลรายการนี้จึงต่ำที่สุด

ดังนั้นผลการทดลองจึงสรุปได้ว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสินภายหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. เสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารองค์กรพยาบาลเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล

2. นำผลการศึกษามาสะท้อนข้อมูลกลับให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับทราบเพื่อกระตุ้นให้โอกาสพัฒนา เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจำแนกตามรายการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับการประเมินระดับความรู้สึกตัวและภาวะร่างกายขาดออกซิเจนทุก 15-30 นาทีตามมาตรฐานการพยาบาลนั้นเพิ่มขึ้นน้อยกว่ารายการอื่นดังนั้นจึงควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามรายการนั้น เช่น การวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ หรือความสามารถตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี

2. ควรมีการศึกษาวิจัยการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลรูปแบบอื่นเช่นการตรวจสอบในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (Concurrent care review) เช่น การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากร และการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ (Comprehensive concurrent care review) เพื่อเป็นการพัฒนาเครื่องมือในการประกันคุณภาพการพยาบาล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรองไฉ อุณหสูต. (2549). การประเมินเบื้องต้นเพื่อการจัดการทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ.

วารสารพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ 8(1): 35-48.

กรองไฉ อุณหสูต. (2550). **Guideline of Trauma Care** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.thaitraumanurse.com> [2550, กันยายน 9]

กรองไฉ อุณหสูต. (2550). **Nursing Care for Multiple Injury Patient** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.thaitraumanurse.com> [2550, กันยายน 28]

กรองไฉ อุณหสูต. (2550). **Shock in Trauma Patient** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.thaitraumanurse.com> [2550, กันยายน 28]

กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์ และ ศิริอร สิ้นธุ. (2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บใน

ระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน : การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล 23(3): 26-39

กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2543). บันทึกทางการแพทย์. วารสารสมาคมศิษย์เก่ากระทรวง

สาธารณสุขกองการพยาบาล 11(2): 26-34

จันทร์ดา จินดา. (2546). ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความ

พึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการ

พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โภชสิทธิ์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช, และศรานุช โดมรงค์ดี.

(2543). **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.

จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และ อัมภา สราวิชต์. (2548). **หลักเกณฑ์และแนวทางการจัดบริการตาม**

มาตรฐานบริการพยาบาล สำหรับ Trauma Center. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:

สามเจริญพาณิชย์.

จงจิต เสน่หา, วันดี โตสุขศรี และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2553). การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

เพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อในผู้ป่วยเรื้อรัง : กรณีศึกษาทางอายุรศาสตร์. ใน เอกสาร

การประชุมวิชาการครั้งที่ 20 เรื่องการบันทึกทางการแพทย์เพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้

รอยต่อจัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 71-98. 11-13 มกราคม

2553 ณ โรงแรมปรีนซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.

- ฉวีวรรณ ชงชัย, ศิริอร สิ้นธุ และ พิกุล นันทชัยพันธ์. (2553). **Outcome-base Nursing Practice** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.hi-nurse.com> [2553, มกราคม 17]
- ไชยยุทธ ธนไพศาล. (2552). การประเมินและรักษาผู้บาดเจ็บในระยะแรก. ใน ไชยยุทธ ธนไพศาล และ พนอ เตชะอธิก (บรรณาธิการ), **การประเมินและการรักษาผู้บาดเจ็บในระยะแรก**, หน้า 1-10. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- คารารัตน์ หงษ์ทอง. (2547). ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และ เบ็ญจา เตากล้า. (2543). บันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพการพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล** 15(2): 1-11.
- ธวัชชัย กาญจนรินทร์. (2547). Trauma Life Support. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 4 เรื่อง **Advanced Life Support for Doctor - Nurse in ER & EMS** จัดโดยสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, หน้า 152-163. 12-16 กรกฎาคม 2547 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร.
- ธวัชชัย กาญจนรินทร์. (2551). Trauma Life Support. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 8 เรื่อง **ทางด่วนและทางใหม่ในเวชศาสตร์ฉุกเฉิน** จัดโดยสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, หน้า 43-54. 18-22 กุมภาพันธ์ 2551 ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร.
- นันทิยา วัฒมา. (2553). การบันทึกทางการพยาบาล: การดูแลที่บ้าน. ใน เอกสารการประชุมวิชาการครั้งที่ 20 เรื่อง **การบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการบริการสุขภาพที่ไว้รอยต่อ** จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 41-51. 11-13 มกราคม 2553 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- น้ำเพชร อิงประเสริฐ. (2552). กลยุทธ์สู่การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง **การบันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.thainurse.org/edu2-6.html>
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชุมช่างจำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตชัยนรากร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

- ปัทมสร ธนวิโรจน์กุล. (2552). **ประสิทธิผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกการพยาบาลผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคิม สุจฉายา และคณะ. (2549). **บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์:แนวคิด วิธีการบันทึก และการใช้ประโยชน์**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2537). **การศึกษาเวลาและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปรีชา ศิริทองถาวร, สืบวงศ์ จุฑาทิสิทธิ์ และ อนันต์ ตันมุขกุล. (2545). **ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ12: การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่วงโมงแรกที่ห้องฉุกเฉิน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปรีชา ศิริทองถาวร. (2550). **การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเบื้องต้น. ใน การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล**, หน้า 9-22. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- ผกามาศ ลมภาพ. (2544). **การศึกษารูปแบบการบริการพยาบาลของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนอ เตชะอริก. (2552). **การช่วยทำทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยหายใจในผู้บาดเจ็บและการพยาบาล. ใน ไชยยุทธ ธนไพศาล และ พนอ เตชะอริก (บรรณาธิการ), การประเมินและรักษาผู้บาดเจ็บในระยะแรก**, หน้า 42-64. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พัชรินทร์ ชุนซัง. (2550). **การวิจัยและพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- พินิจ ปรีชานนท์. (2545). **บันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด : ปัญหาและแนวโน้มน**. ใน อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), **ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด**. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2548). **การจัดการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2549). **เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พรทิพย์ มาลาคำ และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2549). การประเมินคุณภาพการพยาบาล : ตัวชี้วัดทางผลลัพธ์. **รามธิบดีพยาบาลสาร** 12 (1): 25-35.
- พรทิพย์ มีโสภา. (2553). ผลการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยบูรณาการแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการปฏิบัติต่อการรับรู้การคิดอย่างมีเหตุผลของพยาบาลวิชาชีพ. ใน **เอกสารการเสนอผลงานวิจัยทางสุขภาพ**. หน้า 14-25. 5-6 กรกฎาคม 2553 ณ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร.
- พรศิริ พันธสี. (2552). **กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสกุลย์. (2551). **คุณภาพการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วิพรีน (1991).
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). **การประกันคุณภาพการพยาบาล**. ชลบุรี: โรงพิมพ์วังใหม่บลูพริ้นต์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2553). OPT:กระบวนการพยาบาลยุคที่สามที่สร้างความสำเร็จของผลลัพธ์ทางการพยาบาล. ใน **เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง OPT: แนวคิดเชิงบูรณาการสู่คุณภาพการพยาบาลยุคฐานความรู้จัดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย**, หน้า 33-58. 7-9 ธันวาคม 2553 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพมหานคร.
- เฟื่องทอง มธุรชน. (2546). ผลของการใช้แบบการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุเรศ ลีลาวรรุฒิ และ ฮอเคียะ บิลยะลา. (2549). คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะเยาะผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 3(3): 223-229.
- รัตนา ศิริจิระชัย สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. (2545). **ผลการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึก และความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเลิดสิน.
- ราศรี แก้วนพรัตน์. (2552). **ผลลัพธ์ทางการพยาบาล [ออนไลน์]**. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th> [2552, มีนาคม 9]

- เรณา พงษ์เรืองพันธ์ และ ประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์. (2545). การวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. ชลบุรี: โรงพิมพ์วังใหม่บุคพริ้นต์.
- เรณู พุกบุญมี. (2552). บันทึกทางการแพทย์พยาบาลก้าวต่อไปที่คือการและท้าทาย. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.thainurse.org/edu2-6.html>
- วนิดา เสนะสุทธิพันธ์. (2553). บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเด็ก:ด้านจิตสังคมที่ไม่ควรมองข้าม. ใน เอกสารการประชุมวิชาการครั้งที่ 20 เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการบริหารสุขภาพที่ไว้รอยต่อจัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 104-113. 11-13 มกราคม 2553 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- วารารณ์ ดินน้ำจืด, กรองไค อุณหภูมิ และทิวา ต่อสกุลแก้ว. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการภาวะคุกคามชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุ. วชิรสารการพยาบาล 10(1): 33-50.
- วัชรวิกรม รัตตสาร. (2543). ประสิทธิภาพของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิบูลย์ ตระกูลสุน. (2547). Managing Critically Patient at the Emergency Room : Managing serious trauma. ใน ชัยรัตน์ เพิ่มพิกุล และ คุณิต สถาวร (บรรณาธิการ), **Critical Care : Guideline and Standards**, หน้า 30-48. กรุงเทพมหานคร: บีคอนเอ็นเตอร์ไพซ์.
- วิภาดา คุณาวิทิตกุล. (2548). การวิจัยเชิงผลลัพท์ทางการแพทย์พยาบาล. **พยาบาลสาร** 32(3): 1-6.
- วรรณิ ตปนิยากร และ งามนิษฐ์ รัตนานุกูล. (2552). การวางแผนและบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: โอกรูปเพรส.
- ศศิธร วีระเวทวัฒน์. (2547). ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรมต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศุทธิพร พิทยานนท์. (2548). การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล. (2549). คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามมาตรฐานสภาการพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ.(อัดสำเนา)

- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล. (2536). **การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล. (2542). **แบบบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือการบันทึก**. กรุงเทพมหานคร: (อัครา).
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล. (2544). **การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล:งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สำนักงานการพยาบาล. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สำนักงานการพยาบาล. (2550). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สาธารณสุข, กระทรวง. การแพทย์. โรงพยาบาลเลิดสิน. (2553). **รายงานผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2553**. งานเวชระเบียนและสถิติกลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลเลิดสิน. (อัครา).
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. โรงพยาบาลเลิดสิน. (2552). **รวบรวมข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปี 2552**. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน. (อัครา).
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. โรงพยาบาลเลิดสิน. (2552). **รวบรวมข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน ปี 2552**. งานพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน. (อัครา).
- สุจิตรา ชันติยานนท์ และคนอื่นๆ. (2551). **การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลผ่านบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสงฆ์. (อัครา).
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนาจลาภ และ วิพร เสนารักษ์. (2550). **กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและการนำไปใช้**. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุคติริ หิรัญชุนหะ. (2551). **แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการประชุมเรื่อง บันทึกทางการพยาบาล :**

- สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.nur.psu.ac.th> [2551, กรกฎาคม 9]
- สุนันท์ เกียรติชัยพิพัฒน์. (2551). กว่าจะได้มาตรฐานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ใน **มาตรฐานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน**, หน้า 30-32. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- สุนิดา อรรถอนุชิต, วิชา แซ่เซี้ย และ ปราณิต ส่งวัฒนา. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์** 2(2): 16-28.
- สุภาภรณ์ ประรัมย์. (2541). **ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลตามการปฏิบัติของพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ ศรีอัยฎาพร. (2545). การตรวจร่างกายเบื้องต้น. ใน **ปรีชา ศิริทองถาวร, สืบวงศ์ จุฑาทิสิทธิ์ และ อนันต์ ตันमुखกุล (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 12 : การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินช่วงโมเมนต์ที่ห้องฉุกเฉิน**, หน้า 118-131. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2544). **กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์พยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ไสว นรสาร. (2552). Emergency Trauma Nursing. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดโดยภาคิวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล**, หน้า 117-141. 15-19 มิถุนายน 2552 ณ โรงแรม ดิเอม เมอร์ริค กรุงเทพมหานคร.
- สมนึก ปัญจอนนท์. (2542). **การนำแบบบันทึกทางการพยาบาลด้วยระบบฐานข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติจริงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพญาไท 3**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อโนชา สาระสิต. (2550). **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2548). **การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพวารสารคุณภาพการพยาบาล** 3(2): 3-15.
- อารี ชิวเกษมสุข และ ธนิตา เทียนคำรังสุข. (2549). **การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกตาม**

- กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิดโดยใช้รูปแบบเชิงบรรยาย. วารสารคุณภาพการพยาบาล 3(2): 36-52.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2550). ความจำเป็นของพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทย. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 7 เรื่องบทบาทของพยาบาลฉุกเฉินปัจจุบันและอนาคต, หน้า 43-54. 12-17 กรกฎาคม 2550 ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2553). บันทึกทางการพยาบาล: กิจกรรมประจำพัฒนาสู่งานวิจัย. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 20 เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการบริหารสุขภาพที่ไว้รอยต่อจัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 52-60. 11-13 มกราคม 2553 ณ โรงแรมปรีซ์พาลเดส กรุงเทพมหานคร.
- อรัญ ปึงวงศานุรักษ์. (2540). ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- American College of Surgeons : Committee on Trauma. (2004). **Advanced life support course for physical**. 7th ed .Chicago: American College of Surgeon.
- Alomon, J. P. (2006). **PHTLS : Prehospital trauma life support**. St. Louis: Mosby.
- Burch and Kozeny. (2003). Outcomes Management. In **Emergency nursing principle and practice**, pp. 50-67. St. Louis: Mosby.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2005). The practice of nursing research : Conduct, critique and utilization. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Brunner, L. S., and Suddarth, D. S. (1992). **Assessment and care of patient requiring emergency nursing**. London: Chapman & Hall.
- Carpenito. (1999). **Nursing Care and Documentation : Nursing Diagnosis and Collaborative Problem** . Philadelphia: Lippincott.
- Cole, E. (2004). Assessment and management of trauma patient. **Nursing Standard** 18(41): 45-51
- Considine, J., Potter, R., and Jenkins, J. (2006). Can written nursing practice standards

- improve documentation of initial assessment of ED Patients. **Australian Emergency Nursing Journal** 9: 11-18.
- Dolan, B., and Holt, L. (2000). **Accident and emergency theory into practice**. St. Louis: Mosby.
- Emergency Nurses Association. (2000). **Trauma nursing core course**. St. Louis: Mosby.
- Fischbach, F. T. (1991). **Documenting care : Communication, the nursing process and documentation standard**. Philadelphia: F.A. Davis.
- Goode, C., J., and Piedalue, F. (1999). Evidence-based clinical practice. **Journal of Nursing Administration** 29(6): 15-21.
- Iyer, P. W., and Camp, N. H. (1995). **Nursing document ting: The nursing process approach**. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Iyer, P. W., and Camp, N. H. (1999). **Nursing document ting: The nursing process approach**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Kim, Y. J., and Park, H. A. (2005). **Nursing outcome documentation in nursing notes of cardiac-surgery patients** [Online]. Available from: <http://iospress.metapress.com/content/bb204dmx2yhfmt8w/> [2005, september 12].
- Lach, R. M. (1966), Quality management in an emergency department. In **Emergency nursing a physiologic and clinical perspective**, pp.684-699.Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Lanros, N. E. (1988). **Assessment and intervention in emergency nursing**. California: Appleton & Lange.
- Lefvre, R. A. (2006). **Applying nursing process : A tool for critical thinking**. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Michaelson, M., Hyams, G., and Unhasuta, K. (2007). **Trauma treatment program for nurse**. Bangkok: Mahidol University.
- Polit, D. F., and Hungler, B.P. (1995). **Nursing research : principles and method**, 5th ed. Philadelphia : J.B.Lipprincott.
- Potter, P.A.,and Perry, A.G. (2005). **Basic nursing : Essentials for practice**, 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Quan, K. (2006). **Outcome definition** [Online]. Available from:

- http://www.healthfieldmedicare.suite101.com/print_article.cfm/outcomes [2007, September 9].
- Revere, C. J. (2003). Mechanism of Injury. In **Emergency nursing principle and practice**, pp. 215-230. St. Louis: Mosby.
- Revis, D., and Newberry, L. (2003). Emergency department trauma management. In **Emergency nursing principle and practice**, pp. 231-245. St. Louis: Mosby.
- Schulman, C. S. (2009). Trauma. In **Advanced critical care nursing**, pp. 1134-1188. St. Louis: Mosby.
- Sherry, E., Trieu, L., and Templeton, j. (2003). **Trauma**. New York : Bath Press.
- Shields, C. J., and Clark, S. (2010). Neurovascular observation and documentation for children within accident and emergency: A critical review. [Online]. Available from: <http://www.elsevier.com/ijotn/> [2010, April 2].
- Taylor, A. G. and Haussmann, G.M. (1988). Meaning and measurement of quality nursing care. **Applied Nursing Research** 1(2): 84-88.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | ชื่อ – นามสกุล | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน |
|--|---|
| 1. นายแพทย์ชาญเวช ศรีธาพุทธ | นายกสมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย หัวหน้าศูนย์อุบัติเหตุโรงพยาบาลเลิดสิน |
| 2. รองศาสตราจารย์ สุดาพรรณ ฐัญจิรา | อาจารย์พยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ | อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นางนิตยา ภูริพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 5. นางพนอ เตชะอริก | พยาบาลชำนาญการระดับ 8 ผู้ตรวจการพยาบาลแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศช 0512.11/ 1๗๙0



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวาสนี อ่อนท้วม นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิศจิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพนอ เดชะอริก พยาบาลชำนาญการระดับ 8 ผู้ตรวจการพยาบาล แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางพนอ เดชะอริก

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางวาสนี อ่อนท้วม โทร. 08-1491-3706

ที่ ศษ 0512.11/ 1390



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวาสิณี อ่อนห้วม นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเลิดสิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีติดสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โดสิงห์ อาจารย์พยาบาล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไฉ่ อุณหสุต อาจารย์พยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โดสิงห์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไฉ่ อุณหสุต

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ข้อนี้ติด

นางวาสิณี อ่อนห้วม โทร. 08-1491-3706

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๙๕๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

§ พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวาสิณี อ่อนท้วม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ ชัญเวช ศรีธธาพุทธ | นายแพทย์ 9 หัวหน้าศูนย์อุบัติเหตุ |
| 2. นางนิตยา ภูริพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

| | |
|--------------------------|--|
| <u>สำเนาเรียน</u> | นายแพทย์ ชัญเวช ศรีธธาพุทธ และนางนิตยา ภูริพันธ์ |
| <u>งานบริการการศึกษา</u> | โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130 |
| <u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u> | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149 |
| <u>ชื่อนิสิต</u> | นางวาสิณี อ่อนท้วม โทร. 08-1491-3706 |

ที่ ศบ 0512.11/ 1790



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวาสิณี อ่อนท้วม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ สุดาพรรณ ธัญจิรา อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ สุดาพรรณ ธัญจิรา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางวาสิณี อ่อนท้วม โทร. 08-1491-3706



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง “ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน”

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
 - 1.1 แผนการอบรม เรื่อง แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.2 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.3 คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. แบบกำกับการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 3.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 - 3.2 คู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการอบรม

| | |
|--------------------|--|
| เรื่อง | “แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” |
| วิธีการอบรม | บรรยาย ระดมสมอง กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ |
| วิทยากร | นางวาสินี อ่อนท้วม |
| ผู้เข้ารับการอบรม | พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 25 คน |
| วันและเวลา | วันที่ 11- 12 มกราคม 2554 เวลา 08.00-16.00 น. |
| สถานที่จัดอบรม | ห้องประชุมคง 2 ชั้น 3 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน |
| วัตถุประสงค์ทั่วไป | เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถดังนี้ 1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2. มีความเข้าใจรูปแบบของบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3. สามารถนำความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ |

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมการอบรม | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---|--|--|--------------|
| | <p>- สร้างบรรยากาศการอบรมด้วยการเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ</p> <p>- พิธีเปิดการอบรม</p> | <p>- เปิดเพลงบรรเลง ขณะที่ผู้เข้ารับการ อบรมทยอยมา ลงทะเบียนและเข้าสู่ ห้องประชุม (ใช้เวลา 15 นาที)</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวรายงาน - ประธานกล่าวเปิด การอบรม</p> | <p>- แผ่นซีดี บรรเลง</p> <p>- คำกล่าวรายงาน และคำกล่าวเปิด การอบรม</p> | |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมการอบรม | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|---|--|---|---|---|
| <p>1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการรับรู้ในบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> | <p>- “ Excellent Emergency Nurse ”</p> | <p>-วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้รับการอบรมออกเป็น 2กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน</p> <p>-แจกบัตรคำและปากกามาจิกสีคำให้กลุ่มละ 1 ชุด โดยแต่ละกลุ่มได้สีที่แตกต่างกัน</p> <p>-ให้แต่ละกลุ่มเขียนความต้องการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามความเห็นของกลุ่มแล้วนำไปติดที่บอร์ด</p> | <p>-ใบงานที่ 1</p> <p>-บอร์ดสำหรับติดบัตรคำ</p> <p>-บัตรคำด้านหลังติดกระดาษขาวสำหรับเขียนข้อความติดบอร์ดจำนวน 2 ชุดๆ ละ 10 แผ่น</p> <p>-ปากกามาจิกสีคำกลุ่มละ 1 ด้าม จำนวน 2 ด้าม</p> | <p>-การแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม</p> <p>-ผู้เข้าอบรมมีการรับรู้ในบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมการอบรม | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---------|--|------------|--------------|
| | | <p>-ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่ม นำเสนอผลงาน โดยมี ผู้ทรงคุณวุฒิจากกลุ่ม ภารกิจบริการวิชาการ ร่วมรับฟัง</p> <p>-ผู้ทรงคุณวุฒิจากกลุ่ม ภารกิจบริการวิชาการ กล่าวแสดงความ คิดเห็นและสรุป ภาพรวมความคิดเห็น ในการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลในงาน การพยาบาลอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน</p> | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรมการอบรม | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---|--|--|---|
| | <p>นำเข้าสู่เนื้อหา บทนำ</p> <p>การพยาบาลถือว่าเป็นบริการหลักของระบบบริการสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่และมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล เพื่อให้สามารถตรวจสอบคุณภาพบริการผ่านหลักฐานเชิง ประจักษ์ได้อย่างชัดเจนเพื่อให้สามารถประกันคุณภาพการ พยาบาลได้อย่างมีมาตรฐานของวิชาชีพ</p> <p>เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล คือบันทึกการพยาบาล เนื่องจากเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ใน กระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ดังนั้นองค์กรวิชาชีพทางการ พยาบาลทุกแห่งทั่วโลกจึงมีความเห็นร่วมกันว่า ข้อมูลจากบันทึก การพยาบาลสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างหลากหลาย</p> <p>บันทึกการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสารสำคัญระหว่างทีมการ พยาบาลและทีมสุขภาพ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการ รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึง คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลให้มี คุณภาพนั้นเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคน</p> | <p>ชั้นนำ</p> <p>-วิทยากรนำเข้าสู่เนื้อหา การอบรมเพื่อให้ผู้เข้า อบรมทราบถึงบทบาท สำคัญของพยาบาลและ การบันทึกการพยาบาล ต่อวิชาชีพพยาบาลและ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยวิทยากรผู้มามี ผู้เข้ารับการอบรมถึง บทบาทของพยาบาล ต่อการบันทึกการ พยาบาลต่อวิชาชีพ พยาบาลและกล่าวสรุป ประเด็นการพยาบาลที่ มีคุณภาพ</p> | <p>- power point แสดงถึงภาพ ของพยาบาล หน่วยงาน อุบัติเหตุดูแล ให้การพยาบาล และขณะ บันทึกการให้ การพยาบาล</p> | <p>-ผู้เข้าอบรมสนใจ และรับฟังดี</p> |

| |
|-------------------|
| ใบงานที่ 1 |
|-------------------|

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านรายละเอียดดังต่อไปนี้ แล้วดำเนินการตามวิธีดำเนินการตามที่กำหนด และให้ตัวแทนผู้เข้ารับการอบรมกลุ่มละ 1 คน นำเสนอผลงาน

.....

กิจกรรม “ Excellent Emergency Nurse ”

วัตถุประสงค์ 1.สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.รับรู้บทบาทของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เวลาที่ใช้ ประมาณ 15 นาที

อุปกรณ์

1.บอร์ดสำหรับติดบัตรคำ

2.บัตรคำด้านหลังเป็นกาสำหรับเขียนข้อความติดบนบอร์ดจำนวน 2

ชุดๆ ละ 10 แผ่น (ชุดละสี)

3.ปากกामะจิกสีดำจำนวน 2 ด้าม

วิธีดำเนินการ 1.แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มๆละ 6-7 คน

2.แจกบัตรคำและปากกามะจิกให้กลุ่มละ 1 ชุด

3.ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มเขียนแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้เกิดความเป็นเลิศตามความคิดเห็นของกลุ่มแล้วนำไปติดที่บอร์ด (10 นาที)

4.ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลงาน (5 นาที)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบงานที่ 2

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน

วัตถุประสงค์ ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อ
ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สะท้อนกิจกรรมการดูแลที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วย

เวลาที่ใช้ ประมาณ 90 นาที

อุปกรณ์

- 1.ปากกา
- 2.กระดาษ A 4
- 3.ตัวอย่างแบบบันทึกการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

วิธีดำเนินการ

- 1.ให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนนำเนื้อหาที่ได้จากการอบรมมาสรุปเป็นเนื้อหาในการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลว่าควรประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง
- 2.ให้ผู้เข้ารับการอบรมระดมสมองพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลที่คาดว่าจะช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกได้รวดเร็ว สะดวก และครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยซึ่งอาจปรับใช้จากตัวอย่างแบบบันทึกการพยาบาลที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่ม

- 3.ให้นำเสนองานกลุ่ม (15 นาที)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเถลิง

| Arrival Date..... Time..... Name..... Age..... HN..... Causes of Injury..... Chief Complaint..... Information provided by <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> | Transportation <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Mode of Arrival <input type="checkbox"/> stretcher <input type="checkbox"/> walk <input type="checkbox"/> Injury Date..... Time..... place..... Accompanied by Name..... Relationship..... Tel. Police..... | Triage time..... Triage nurse..... <input type="checkbox"/> Immediate Life Threatening <input type="checkbox"/> Emergent <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Semi - Urgent <input type="checkbox"/> Non - Urgent | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--------------------------|--------------------------|--------|-------|-----|-------|---|------|-------|-----|---|-----|-------|-----|---|-----|-------|-----|---|---|---|---|---|
| Health Status before arrival : consciousness E.....V.....M..... pupil Rt.....mm. (R/SL/NR) Lt.....mm. (R/SL/NR) Estimate Blood loss.....ml. Pre-hospital Care by..... <input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> oral/ nasal <input type="checkbox"/> ET tube NO...mark... <input type="checkbox"/> O ₂lit/min <input type="checkbox"/> IVF.....total.....ml <input type="checkbox"/> DTX.....mg% time..... <input type="checkbox"/> CPR.....min <input type="checkbox"/> medicine.....time..... <input type="checkbox"/> stop bleed..... <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/> Collar <input type="checkbox"/> Splint..... <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In Emergency room Time..... consciousness E.....V.....M..... pupil Rt.....mm. (R/SL/NR) Lt.....mm. (R/SL/NR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vital signs Time..... BP...../.....mm.Hg. P...../min R...../min T..... <input type="checkbox"/> C SpO ₂% Pain Scale..... Notify doctor (Name)..... Time..... arrival Time..... orders Time..... Stat orders Time..... Primary Survey Time..... by..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | RTS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>GCS</th> <th>Sys.BP</th> <th>RR</th> <th>VALUE</th> </tr> <tr> <td>13-15</td> <td>>99</td> <td>16-29</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>9-12</td> <td>76-89</td> <td>>29</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6-8</td> <td>50-70</td> <td>6-9</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4-5</td> <td>12-49</td> <td>1-5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> | GCS | Sys.BP | RR | VALUE | 13-15 | >99 | 16-29 | 4 | 9-12 | 76-89 | >29 | 3 | 6-8 | 50-70 | 6-9 | 2 | 4-5 | 12-49 | 1-5 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| GCS | Sys.BP | RR | VALUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13-15 | >99 | 16-29 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9-12 | 76-89 | >29 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6-8 | 50-70 | 6-9 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4-5 | 12-49 | 1-5 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Time | Primary Survey | Nursing Intervention | Time | Expected Nursing Outcome | Nursing Evaluation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Yes | No | Remark | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A : Airway <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Obstructed <input type="checkbox"/> Artificial no...mark.... <input type="checkbox"/> ET tube NO...mark..... | <input type="checkbox"/> Position the Patient <input type="checkbox"/> Cervical Spine Stabilize <input type="checkbox"/> Suction / remove FB..... <input type="checkbox"/> Oral / nasal airway <input type="checkbox"/> ET tube NO...mark..... | | • Absence of airway obstruction • Absence of signs of retained secretion • Bilateral chest expansion • Regular rate, depth and Pattern of breathing • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B : Breathing <input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> use muscle <input type="checkbox"/> Skin normal color <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Symmetrical Chest wall <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> O ₂lit/m <input type="checkbox"/> Ambubag / Hold mask <input type="checkbox"/> Respirator TV.....lit/m <input type="checkbox"/> Chest tube NO...Mark..... <input type="checkbox"/> Monitor SpO ₂ <input type="checkbox"/> Calm..... <input type="checkbox"/> | | • SPO ₂ > 95% • Level of consciousness awake and alert • Skin normal color , warm • Clear and equal bilateral breath sounds • • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C : Circulation <input type="checkbox"/> Pulse <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> strong <input type="checkbox"/> weak <input type="checkbox"/> skin <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Sweating <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Cool <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Bleeding..... <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> non- Active | <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> 0.9% NSS <input type="checkbox"/>rate.....ml/hr. <input type="checkbox"/> Bleeding Controlled <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Tourniquet <input type="checkbox"/> Elevation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Warm blankets <input type="checkbox"/> Monitoring <input type="checkbox"/> | | • Level of conscious awake / alert • External hemorrhage is controlled • Peripheral pulse strong and palpable • Capillary refill time < 2 seconds • Stable vital signs • Skin normal color , warm and dry • • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D : Disability <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Un -response Pupil Rt.....mm (R/SL/NR) Lt.....mm. (R/SL/NR) | <input type="checkbox"/> Information..... <input type="checkbox"/> Psychological Support <input type="checkbox"/> Re-orient Patient <input type="checkbox"/> Monitoring <input type="checkbox"/> | | • GCS Score = 14 - 15 • Normal pupil size / shape / reactivity to light • Absence of seizure activity • • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E : Exposure <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> pink <input type="checkbox"/> cyanosis <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Deformity <input type="checkbox"/> Wounds..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Remove clothing <input type="checkbox"/> Cover wound <input type="checkbox"/> Cold pack <input type="checkbox"/> Bandaging <input type="checkbox"/> Elevation <input type="checkbox"/> Splinting <input type="checkbox"/> Keep warm <input type="checkbox"/> | | • Ability to tolerate movement and Activity • Maintenance of proper body alignment • • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน

**EMERGENCY NURSING DOCUMENT
OF EMERGENCY DEPARTMENT LERDSIN HOSPITAL**



วาทีณี อ่อนท้วม
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือเรื่อง "การใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ" เล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน ใช้เป็นแนวทางในการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจัดทำขึ้นจากการระดมสมองของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้มีความครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลและใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากขึ้น

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุได้อย่างมีคุณค่าและเกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาช่วยแก้ไขและให้คำแนะนำในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| ลักษณะแบบบันทึก | 1 |
| วิธีการบันทึก | |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการประเมินสภาพร่างกาย | 6 |
| ส่วนที่ 2 บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย | 12 |
| ส่วนที่ 3 การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา | 16 |
| ส่วนที่ 4 Nursing Progress Note (ความก้าวหน้าทางการพยาบาล) | 18 |
| ส่วนที่ 5 Discharge Summary (การสรุปจำหน่ายผู้ป่วย) | 19 |
| รายการอ้างอิง | 22 |



 ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
2. เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการลงบันทึกและเข้าใจวิธีการบันทึกให้สอดคล้องตรงกัน

ข้อบ่งชี้ในการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ



ลักษณะแบบบันทึก

ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งโรงพยาบาลและจากเอกสาร และหนังสือส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อ รวมทั้งการประเมินสภาพร่างกาย โดยการสังเกตอย่างรวดเร็วและเป็นลำดับขั้นตอน แบ่งเป็น 10 ด้าน คือ

- 1.1 Personal Data
- 1.2 Triage
- 1.3 Health Status before arrival
- 1.4 Pre-hospital Care
- 1.5 RTS
- 1.6 Health Status In Emergency Room
- 1.7 Primary Survey
- 1.8 Nursing interventions
- 1.9 Expected Nursing Outcome
- 1.10 Nursing Evaluation

ส่วนที่ 2 เป็นแบบรวบรวมข้อมูลการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆและรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างละเอียดโดยการสังเกต การสอบถามและการตรวจพบ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ

- 2.1 ข้อมูลการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ
- 2.1 Secondary Survey
- 2.2 AMPLE , I AS
- 2.3 Procedure
- 2.4 Impression/diagnosis
- 2.5 Investigation
- 2.6 Medication / Fluid / Blood

ส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษาแบ่งเป็น 10 ด้านคือ

- 3.1 Time
- 3.2 Vital Signs
- 3.3
- 3.4
- 3.5
- 3.6
- 3.7
- 3.8
- 3.9
- 3.10

ส่วนที่ 4 เป็นแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing Progress Note)

ส่วนที่ 5 เป็นแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary)

วิธีการบันทึก

บันทึกข้อมูลให้ชัดเจน ถูกต้อง ครบคลุม และครบถ้วนสำหรับการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล การบันทึกให้เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย “✓” ลงใน “□” และ / หรือ “○” หน้าข้อความ ตามที่ประเมินได้จากการตรวจร่างกายและการซักถามประวัติ

.....

อธิบายคำศัพท์และความหมาย

| คำศัพท์ | ความหมาย |
|------------------------------|---------------------------|
| Arrival | มาถึง |
| Accompanied by | ผู้นำส่ง / ผู้ที่มาด้วย |
| arrival Time | เวลาแพทย์มาถึง |
| Airway | ทางเดินหายใจ |
| Asymmetrical | ไม่สมมาตร |
| Absence | ไม่ปรากฏ |
| Active | เคลื่อนไหว |
| Awake/Alert | รู้สึกตัว/ตื่นตัว |
| Ability to tolerate movement | มีความอดทนในการเคลื่อนไหว |
| Altered | เปลี่ยนแปลง |
| Aspiration | การสำลัก |
| Avoid stimulation | หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น |
| Administer | การจัดการ |
| Alteration | การเปลี่ยนแปลง |
| as prescribed | ดังกล่าว |
| affected | ที่กระทบ |
| Apply ice | การใช้ความเย็น |
| appropriate | เหมาะสม |
| allowed | ยินยอม |
| Breathing | การหายใจ |
| Bleeding Controlled | การห้ามเลือด |
| Bilateral | ทั้งสองด้าน |
| Causes of Injury | สาเหตุของการบาดเจ็บ |
| Chief Complaint | อาการสำคัญ |
| consciousness | ความรู้สึกตัว |
| CPR | การช่วยฟื้นคืนชีพ |



แบบกำกับการทดลอง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบกำกับการทดลอง

แบบกำกับการทดลองการใช้แบบบันทึกการพยาบาล
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผู้สังเกต.....

ผู้ที่ได้รับการสังเกต พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำชี้แจง เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกการพยาบาล

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้บันทึกพฤติกรรมที่ได้พบเห็นและ

1.ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำว่า“ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” โดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลได้ปฏิบัติตามนั้น

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามนั้น

2.ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำว่า “บันทึก”หรือ “ไม่บันทึก”โดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

บันทึก หมายถึง พยาบาลบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นถูกต้อง/ครบถ้วน

ไม่บันทึก หมายถึง พยาบาลไม่บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นหรือ บันทึกไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน

| ข้อที่ | กิจกรรม | การปฏิบัติ | | การบันทึก | | หมายเหตุ |
|--------|--|------------|------------|-----------|-----------|----------|
| | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | บันทึก | ไม่บันทึก | |
| 1. | พยาบาลดูแลผู้ป่วยตามลำดับ ความสำคัญ/ตามสถานการณ์ | | | | | |
| 2. | พยาบาลคัดกรอง/จำแนกประเภท ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 13. | | | | | | |



แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับลักษณะผู้ป่วย

1. เพศ

- ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สาเหตุการบาดเจ็บ

- อุบัติเหตุจากการขนส่ง
 พลัดตก หกล้ม
 ถูกทำร้ายร่างกาย
 สัมผัสความร้อน/ไฟฟ้าช็อต
 อุบัติเหตุอื่นๆ (ระบุ)..ถูกเครื่องจักร/วัตถุหล่นใส่/ทับ

4. ประเภทผู้ป่วย

- ฉุกเฉินมาก (Immediate life-threatening)
 ฉุกเฉิน(Emergency)

5. ประเภทการจำหน่าย

- รับไว้ในหอผู้ป่วยใน
 ส่งต่อไปรับการรักษายังสถานบริการอื่น
 เสียชีวิต
 กลับบ้าน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ผลลัพธ์การดูแล” ที่ตรงกับผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลที่ได้บันทึกไว้ในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

| รายการ | ผลลัพธ์การดูแล | |
|--|----------------|----------------|
| | มีการบันทึก | ไม่มีการบันทึก |
| <p>ความปลอดภัยด้านการรักษาชีวิต</p> <p>ผู้ป่วยได้รับ.....</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) อย่างถูกต้อง 2. การประเมินทางเดินหายใจและป้องกันไม่ให้กระดูกส่วนคอได้รับอันตรายเพิ่ม 3. 4. 5. 20. | | |
| <p>ความปลอดภัยด้านการรักษาอวัยวะ</p> <p>ผู้ป่วยได้รับ.....</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจประเมินการบาดเจ็บทุกระบบอย่างครบถ้วน 2. อวัยวะส่วนที่หัก/บาดเจ็บ ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม 3. 4. 10. | | |
| <p>ความปลอดภัยด้านการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย</p> <p>ผู้ป่วยได้รับ.....</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจประเมินที่บ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ของระบบหายใจ 2. การตรวจประเมินที่บ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด 3. 4. 10. 15. | | |



คู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

| รายการ | คำอธิบายการปฏิบัติการพยาบาล | เกณฑ์การบันทึก | |
|---|---|--|--|
| | | บันทึก | ไม่บันทึก |
| <p>ความปลอดภัยด้านการรักษาชีวิต</p> <p>1. การคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage) อย่างถูกต้อง</p> <p>2. การประเมินทางเดินหายใจและป้องกันไม่ให้กระดูกส่วนคอได้รับอันตรายเพิ่ม</p> | <p>1. มีการบันทึกว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุได้รับคัดแยกประเภทตามความรุนแรงของปัญหาความเจ็บป่วยได้ถูกต้องตามเกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ในคู่มือการคัดแยกของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>2. มีการบันทึกถึง รายการที่แสดงถึงการประเมินทางเดินหายใจ ได้แก่ การตรวจทางเดินหายใจว่ามีลักษณะ clear , obstructed เสียงหายใจ หรือ artificial และมีการจัดทำผู้ป่วย / การใส่เฟือกคอ (ถ้ามีข้อบ่งชี้)</p> | <p>ถูกต้อง</p> <p>1. ระบุผลการตรวจทางเดินหายใจ, เสียงหายใจ</p> <p>2. ระบุการจัดทำผู้ป่วย</p> <p>3. การใส่เฟือกคอ</p> | <p>ไม่ถูกต้อง</p> <p>ไม่ระบุ (ตามกลไกการบาดเจ็บ)</p> |

คู่มือพจนานุกรมการปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตามเป้าประสงค์หลักในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ความปลอดภัยด้านการรักษาชีวิต (Safe Life) คือการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาล 20 กิจกรรม
2. ความปลอดภัยด้านการรักษาอวัยวะ (Safe Limb) คือการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้อวัยวะสำคัญของผู้ป่วยปลอดภัย ประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาล 10 กิจกรรม
3. ความปลอดภัยด้านการรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย(Safe Function) คือการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้อวัยวะสำคัญของผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาล 10 กิจกรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลและรับรองการพิจารณาจริยธรรม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/1992



คณะกรรมการการศึกษาระดับอุดมศึกษา
กระทรวงศึกษาธิการ
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๓
วันที่ 16 พ.ย. 2553
เวลา 11.40

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเด็กสิน

เนื่องด้วย นางวาทีนี อ่อนท้วม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย" หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเด็กสิน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 50 คน จากเพิ่มประวัติผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยใช้แผนกรออบรวม เรื่อง การใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบกำกับกับการทดลอง และแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางวาทีนี อ่อนท้วม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
เพื่อโปรด
- เห็นควรแจ้ง
ดำเนินการต่อไปแล้ว ขอเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพรจิตต์ปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149
ชื่อนิสิต นางวาทีนี อ่อนท้วม โทร. 08-1491-3706

นางวาทีนี อ่อนท้วม
14.11.53

12. พ.ย. 2553



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานวิจัย กลุ่มสนับสนุนวิชาการ โทร.๐-๒๕๓๕-๑๖๘๔

ที่ สธ ๐๓๐๖ / ๑๓ / ๕๕

วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๔

เรื่อง การขอเข้าเก็บข้อมูล

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัย กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินโรงพยาบาลเสด็จ

โดยมี (นาย,นาง,นางสาว).....วาตินี อ่อนท้วม.....เป็นหัวหน้าโครงการ
ได้ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูล ตามหนังสือที่.....ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๘๔๒.....
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....โดยถูกต้องแล้ว และ
คณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาแล้ว(ว/ค/ป).....๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๓.....
ผู้อำนวยการอนุมัติ (ว/ค/ป).....๕ มกราคม ๒๕๕๔.....
โดยเอกสารฉบับนี้หมดอายุ (ว/ค/ป).....๕ มกราคม ๒๕๕๕.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายวุฒิชัย จตุทอง)

หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนวิชาการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

โครงการจัดอบรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการจัดอบรมเรื่อง “แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน”

หลักการและเหตุผล

บันทึกการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสารสำคัญระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่มีคุณภาพเป็นเครื่องมือ ดังนั้นการสื่อสารที่มีคุณภาพจึงเป็นทั้งหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคน โดยเฉพาะคุณภาพของการบันทึกการพยาบาลนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อคุณภาพการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล เพราะบันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์ทั้งการสื่อสารในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เป็นการประเมินคุณภาพการบริการ และเป็นหลักฐานใช้ในการอ้างอิงทางกฎหมาย

สภาการพยาบาลได้มีข้อกำหนดให้บันทึกการพยาบาลเป็นหนึ่งมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2550) เพราะบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมหนึ่งที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาลและเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเอื้อต่อการนำแผนการพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ได้อย่างสะดวกและชัดเจน บันทึกการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงถึงการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 700 เตียง ปัจจุบันได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accrediation) มีหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการเฉลี่ยวันละ 303 รายต่อวัน แบ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเฉลี่ยมากถึง 162 รายต่อวัน (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน, 2552) ปัจจุบันมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล ในการปฏิบัติการพยาบาลใช้รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบเล่าเรื่องราว (Narrative record) คือบันทึกตามสิ่งที่สังเกตได้ และมีการบันทึกเฉพาะการรักษาที่ให้กับผู้ป่วย แต่ยังขาดการประเมินผล ขาดการวิเคราะห์และสังเคราะห์รวมทั้งขาดความต่อเนื่องในการบันทึก ซึ่งจากการตรวจสอบบันทึกการพยาบาลพบว่ายังไม่สะท้อนผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือขาดการบันทึกผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอันเกิดจากการพยาบาลทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีผลต่อการดูแลรักษาต่อเนื่องเมื่อส่งต่อการรักษาผู้ป่วยและไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานประกันคุณภาพการพยาบาลได้ เนื่องจากคะแนนคุณภาพการบันทึกการพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 66) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ให้ได้ในระดับดี (ร้อยละ 80) (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน, 2552) รวมทั้งยังไม่ถูกต้องตามข้อกำหนดของมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล (2551)ที่กำหนดหลักการปฏิบัติการพยาบาลไว้ว่าต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อเป็นการรับรองว่าบริการที่ให้มีคุณภาพสูง

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแล้วยังเป็นการสร้างความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลทางหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์การอบรม

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้ในการสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางวาศินี อ่อนท้วม ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล

ผู้เข้ารับการอบรม

พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 25 คน

ระยะเวลาการอบรม

อบรม 2 วัน วันที่ 11-12 มกราคม 2554 (เวลา 08.00-16.00 น.)

สถานที่อบรม

ห้องประชุมคง 2 โรงพยาบาลเลิดสิน

กิจกรรมการอบรม

บรรยาย กิจกรรมกลุ่ม ระดมสมองเรื่อง “การบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน”

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้ในการสร้างแบบแผนบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้

วิธีดำเนินการ

1. บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎีสลับการอภิปรายและซักถาม เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. แบ่งกลุ่ม ระดมสมองเพื่อร่วมกันสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เนื้อหาที่ใช้ในการอบรม

1. ความหมายของแบบบันทึกการพยาบาล
2. ความสำคัญของแบบบันทึกการพยาบาล
3. วัตถุประสงค์ของแบบบันทึกการพยาบาล
4. รูปแบบของแบบบันทึกการพยาบาล
5. แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
6. การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ประเมินผล

แบบประเมินผลการอบรม

งบประมาณ

1. เอกสารประกอบการบรรยายเกี่ยวกับแนวคิดแบบบันทึกตามการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 25 ชุด
2. อุปกรณ์เครื่องเขียน จำนวน 25 ชุด

แบบประเมินการอบรม
เรื่อง “แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ”
วันที่ 11-12 มกราคม 2554
ณ ห้องประชุมคง 2 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน

| รายการประเมิน | ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม (N=25) | |
|--|----------------------------------|------------------|
| | \bar{X} | ระดับความพึงพอใจ |
| ด้านหลักสูตร | | |
| เนื้อหาการอบรม | 4.80 | มากที่สุด |
| สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน | 4.84 | มากที่สุด |
| เนื้อหาสาระสอดคล้องกับการบรรยาย | 4.64 | มากที่สุด |
| เนื้อหาหลักสูตรเหมาะสมกับเวลา | 4.64 | มากที่สุด |
| ด้านวิทยากร | | |
| ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ | 4.80 | มากที่สุด |
| มีเทคนิคและมีวิธีการถ่ายทอด | 4.80 | มากที่สุด |
| มีความพร้อมในการถ่ายทอด | 4.80 | มากที่สุด |
| เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมและซักถาม | 4.76 | มากที่สุด |
| ตอบคำถามชัดเจน | 4.80 | มากที่สุด |
| การรักษาเวลา | 4.64 | มากที่สุด |
| ด้านความพร้อมและความเหมาะสมในด้านต่างๆ | | |
| โสตทัศนูปกรณ์และเครื่องเสียง | 4.64 | มากที่สุด |
| ห้องประชุมและรูปแบบการจัดที่นั่งอบรม | 4.64 | มากที่สุด |
| เอกสารประกอบการอบรมมีเนื้อหาครบถ้วน สมบูรณ์ | 4.84 | มากที่สุด |
| ด้านผู้ประสานการอบรม | | |
| การติดต่อประสานเพื่อการเข้าอบรม | 4.64 | มากที่สุด |
| การบริการและอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ | 4.64 | มากที่สุด |
| ความคุ้มค่าของการเข้ารับการอบรมครั้งนี้ | | |
| คุ้มค่า | 5.00 | มากที่สุด |
| คะแนนรวมทุกด้าน | | 4.75 |
| | | มากที่สุด |



ภาคผนวก จ

จำแนกรายละเอียดการบันทึกผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จำแนกรายละเอียดการบันทึกผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

| การบันทึกผลสัมฤทธิ์การดูแล (ก่อนการทดลอง) | | | | | การบันทึกผลสัมฤทธิ์การดูแล (หลังการทดลอง) | | | | |
|---|-----------------------|------------------------|-------------------------------|-----|---|-----------------------|------------------------|-------------------------------|-----|
| เพิ่ม ที่ | การ รักษา ชีวิต | การ รักษา อวัยวะ | การรักษา หน้าที่ อวัยวะ | รวม | เพิ่ม ที่ | การ รักษา ชีวิต | การ รักษา อวัยวะ | การรักษา หน้าที่ อวัยวะ | รวม |
| 1 | 8 | 4 | 10 | 22 | 1 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 2 | 11 | 2 | 8 | 21 | 2 | 17 | 9 | 9 | 35 |
| 3 | 5 | 3 | 3 | 11 | 3 | 16 | 9 | 10 | 35 |
| 4 | 7 | 2 | 2 | 11 | 4 | 17 | 9 | 9 | 35 |
| 5 | 6 | 4 | 4 | 14 | 5 | 16 | 9 | 9 | 34 |
| 6 | 8 | 5 | 4 | 17 | 6 | 16 | 9 | 10 | 35 |
| 7 | 14 | 4 | 4 | 22 | 7 | 19 | 10 | 10 | 39 |
| 8 | 19 | 7 | 6 | 32 | 8 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 9 | 5 | 3 | 5 | 13 | 9 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 10 | 6 | 2 | 4 | 12 | 10 | 17 | 10 | 10 | 37 |
| 11 | 12 | 2 | 4 | 18 | 11 | 17 | 10 | 9 | 36 |
| 12 | 7 | 3 | 6 | 16 | 12 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 13 | 8 | 8 | 5 | 21 | 13 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 14 | 6 | 7 | 9 | 22 | 14 | 16 | 9 | 10 | 35 |
| 15 | 7 | 6 | 7 | 20 | 15 | 20 | 10 | 9 | 39 |
| 16 | 6 | 4 | 3 | 13 | 16 | 17 | 9 | 10 | 36 |
| 17 | 5 | 1 | 3 | 9 | 17 | 15 | 10 | 10 | 35 |
| 18 | 9 | 4 | 4 | 17 | 18 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 19 | 12 | 5 | 5 | 22 | 19 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 20 | 9 | 7 | 6 | 22 | 20 | 19 | 10 | 9 | 38 |
| 21 | 14 | 7 | 8 | 29 | 21 | 18 | 9 | 10 | 37 |
| 22 | 7 | 6 | 7 | 20 | 22 | 18 | 9 | 9 | 36 |
| 23 | 13 | 7 | 6 | 26 | 23 | 17 | 9 | 10 | 36 |
| 24 | 10 | 4 | 5 | 19 | 24 | 16 | 10 | 10 | 36 |

| การบันทึกผลลัพท์การดูแล (ก่อนการทดลอง) | | | | | การบันทึกผลลัพท์การดูแล (หลังการทดลอง) | | | | |
|--|-----------------------|------------------------|-------------------------------|--------------|--|-----------------------|------------------------|-------------------------------|--------------|
| แฟ้ม ที่ | การ รักษา ชีวิต | การ รักษา อวัยวะ | การรักษา หน้าที่ อวัยวะ | รวม | แฟ้ม ที่ | การ รักษา ชีวิต | การ รักษา อวัยวะ | การรักษา หน้าที่ อวัยวะ | รวม |
| 25 | 15 | 8 | 4 | 27 | 25 | 16 | 9 | 6 | 31 |
| 26 | 10 | 7 | 4 | 21 | 26 | 16 | 10 | 10 | 36 |
| 27 | 7 | 1 | 2 | 10 | 27 | 19 | 10 | 10 | 39 |
| 28 | 6 | 2 | 6 | 14 | 28 | 19 | 10 | 10 | 39 |
| 29 | 3 | 2 | 3 | 8 | 29 | 20 | 10 | 10 | 40 |
| 30 | 11 | 5 | 6 | 22 | 30 | 17 | 10 | 10 | 37 |
| \bar{X} | 8.87 | 4.40 | 5.10 | 18.37 | \bar{X} | 17.93 | 9.63 | 9.63 | 37.20 |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางวาสนี อ่อนท้วม เกิดเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2510 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2534 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาขานุศาสตรบัณฑิต วิชาเอกการบริหารสาธารณสุขทั่วไป จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ในปี พ.ศ. 2538 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551 ปัจจุบัน รัับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย