



The Development of Nursing Record in the Nursing Organization of Bamnetnarong Hospital, Chaiyaphum Province.

Sansanee Prechawong.M.S.N.*

ABSTRACT

The purpose of this study was to development nursing record in the nursing organization Bamnetnarong Hospital, Chaiyaphum Province. which consists of 49 nurse from Inpatient Department, Outpatient Department, Accident & Emergency Room, Labour Room, Operative Room and Anesthetic staffs, Initially started with continuously examining problems and quality of the retrospective medical records were examine between October, 2013 and December, 2013. The investigator organized workshops, brainstorming discussions to analyze problems and selected nursing recording model. Knowledge about nursing record was evaluated before and after workshop. Evaluated the quality of nursing record after development in June, 2014. The instrument was questions exam in regards to nursing recording knowledge. The evaluated form quality of nursing record. Three experts examine the content validity of the questionnaire. The reliability coefficient of test was 0.72 by using Kuder Richardson 20 formula. The quality of the forms were examined by nursing recording forms and analyzed by frequency, percentile, mean, standard deviation and Paired t-test

Results:

1. The average scores of knowledge about nursing record before and after workshop were 11.20 (a moderate level) and 16.02 (a good level). The knowledge of the nurse, after the workshop was higher than that before the workshop significantly (P-value = 0.000).

2. Quality nursing record before and after development were 55.72 %(fair level) and 77.13 % (poor level), comparing the quality of nursing record show that, after development was higher than that before development significantly (P-value = 0.000).

3. The nursing record model chosen was Focus Charting by brainstorming.

The study results suggest that Head Nurse of Nursing Department set as policy that all units must take nursing record, on which the practice and promoting can be base for continued improvements, by training every year.

Keyword: Nursing Record, Development of Nursing Record.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการเขียนเพื่อรวบรวมข้อมูลที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ได้แก่ การดูแลรักษาโรค การป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาล (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540)¹ เมื่อพยาบาลได้กระทำกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแล้ว ต้องมีการบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเครื่องมือยืนยันได้ว่าพยาบาลมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานหมุนเวียนกันตลอด 24 ชั่วโมงและเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานงานสื่อความต้องการของผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงเป็นเครื่องมือใช้สื่อสารให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)² จากการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์โดยคณะกรรมการของโรงพยาบาลเมื่อปี 2556 พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 45 เรื่องที่ได้คะแนนต่ำคือ การวินิจฉัยปัญหาไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับโรคที่เป็น การประเมินปัญหาไม่ครอบคลุมองค์รวมคือด้านจิตใจ ขาดการวางแผนจำหน่ายหรือการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ซึ่งปัญหาเกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติยังไม่เข้าใจว่าจะบันทึกอย่างไร และจะบันทึก

อะไรบ้าง ในบางโรคที่ไม่มีในคู่มือฯ ดังนั้นในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จึงมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และยังเป็นหลักฐานข้อเท็จจริงว่าผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ โดยศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2556 ถึงเดือน มิถุนายน 2557

นิยามศัพท์

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การจดบันทึกของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคในแบบฟอร์มการบันทึก



ทางการพยาบาล (Nurse's Note) ตามกระบวนการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้บันทึกได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ โดยการบันทึกที่มีคุณภาพนั้นต้องเป็นข้อความที่สมบูรณ์ กระชับรัดกุม ได้ใจความ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีความถูกต้องเป็นความจริง และต้องแสดงถึงลักษณะที่สำคัญได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาลทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ 2) ความเป็นอิสระ ของวิชาชีพการพยาบาล 3) เป็นข้อมูลที่ต้องการ ทันท่วงที และประโยชน์ต่อการดูแลอย่างแท้จริง 4) ข้อมูลทางการพยาบาลต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การพัฒนาระบบการบันทึกของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ซึ่งได้แก่การปรับเปลี่ยนการบันทึกแบบเดิม ที่ขาดความชัดเจนมาเป็นรูปแบบใหม่ที่สะดวก และง่ายต่อการบันทึกและมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ใช้กระบวนการกลุ่มระดมสมองร่วมกันเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ ตลอดจนมีการปรับปรุงคู่มือการบันทึกที่มีอยู่เดิม เพื่อใช้เป็นแนวทางให้สามารถปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนกำหนดให้มีการ

นิเทศติดตามและประเมินผลเป็นระยะแล้วนำจุดอ่อนมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ตามแนวคิดของ Ludwing Von Bertalanffy (1968)³ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ในการศึกษาได้นำมาประยุกต์ใช้ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วย
 - พยาบาลวิชาชีพและ พยาบาลเทคนิค จำนวน 49 คน
 - คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล
2. กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย
 - ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ
 - ระดมสมอง หาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา เลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล
 - ปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล
 - นิเทศ ติดตาม การบันทึกอย่างต่อเนื่อง
 - สุ่มตรวจสอบการบันทึกโดยคณะกรรมการ
3. ผลลัพธ์ (Output) ประกอบด้วย
 - ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล
 - ได้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลฉบับปรับปรุง



- พยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกเพิ่มขึ้น

- คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับสูงขึ้น

4. ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เป็นการประเมินบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นเตรียมการ ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบำเน็จณรงค์ รวบรวมข้อมูลจากการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ระดับจังหวัดของปี 2556 สุ่มตรวจ สอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยในจำนวน 60 ชุด เตรียมประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สร้างเครื่องมือทดสอบความรู้ และแบบประเมินการบันทึกทางการแพทย์

ขั้นดำเนินการ ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ โดยแบ่งการประชุมออกเป็น 2 รุ่นๆละ 1 วันในวันที่ 6-7 มีนาคม 2557 หลังจากนั้นวันที่ 13 มีนาคม 2557 ดำเนินการประชุมระดมสมองโดยใช้ตัวแทนของแต่ละหน่วยงานรวม 12 คนวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน แล้วเลือกรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาล ปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลฉบับเดิม

ขั้นประเมินผล วัดความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์หลังการประชุมเชิง

ปฏิบัติการ สุ่มตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จากเวชระเบียนของหอผู้ป่วยใน 60 ชุดในเดือนมิถุนายน 2557 ติดตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

1. ศึกษาในพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบำเน็จณรงค์เลือกแบบเจาะจงจำนวน 49 คน

2. ศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 60 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ขอใช้ของ วิภาวดี วโรต (2550)⁴ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ศึกษาได้แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ 1) นางกุสมาลย์ หอมดวง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ 2) นางสาวกฤติกาพร ไยโนนตาด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ 3) นางนงนภคัตถ์ มาด้วง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้เครื่องมือที่โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิที่มีบริบทคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลบำเน็จณรงค์



จำนวน 30 ชุด นำเครื่องมือที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอริ ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.72

2. แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขอใช้ของ ยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2551)⁵ ซึ่งแบบประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับ คะแนน 20 คะแนนส่วนที่ 2 การบันทึกการวางแผนการพยาบาล 20 คะแนน ส่วนที่ 3 การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล 20 คะแนน ส่วนที่ 4 การสรุปก่อนจำหน่าย 5 คะแนน โดยกำหนดค่าคะแนนคุณภาพการบันทึกของแต่ละข้อย่อยของการบันทึก นำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันได้ 65 คะแนน คิดเป็นคะแนนเต็ม (คิดเป็นร้อยละ 100) จะได้คุณภาพทั้งฉบับ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ร้อยละ 90-100 การบันทึกอยู่ในระดับดีมาก
- ร้อยละ 81-90 การบันทึกอยู่ในระดับดี
- ร้อยละ 71-80 การบันทึกอยู่ในระดับพอใช้
- ร้อยละ ≤ 70 การบันทึกอยู่ในระดับควรปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปโดยแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ
2. ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิง

ปฏิบัติการ โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าที (paired t-test)

3. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยเปรียบเทียบค่าร้อยละ และระดับคุณภาพการบันทึกโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบค่าที (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มที่ศึกษา ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการและขอความร่วมมือในการศึกษาในครั้งนี้ การตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามิสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ได้ คำตอบในแบบสอบถามทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนการเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ศึกษาได้ขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าประชากรที่ศึกษาทุกคนเป็นเพศหญิง อายุส่วนใหญ่ 21 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.82 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 45 คน คิดเป็นร้อยละ 91.84 ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 11-20 ปี จำนวน 24

คน คิดเป็นร้อยละ 48.98 การได้รับการอบรม เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยอบรม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 73.47

2. จากการประชุมระดมสมองผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ได้เลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เนื่องจากสามารถระบุปัญหาได้เร็ว สั้นง่าย กระชับ เข้าใจง่าย สามารถสื่อสารข้อมูลสำคัญ ให้กับทีมสุขภาพอื่นในการดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้นและสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลคนไข้

3.การวัดความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ใน

63.27หลังประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่าพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 69.39 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการมีค่าเท่ากับ 11.20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.02 คะแนนคะแนนต่ำสุด 14 คะแนน คะแนนสูงสุด 18 คะแนน เมื่อพิจารณาค่า P-value มีค่าเท่ากับ 0.000 (P-value < 0.05) สรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ระดับปานกลางจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลประจำการ ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การทดสอบความรู้	Min	Max	Mean	SD	t	df	P-value	Correlation(Sig)
ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ	8	15	11.20	2.14	16.30	48	0.000*	0.310 (0.03)
หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ	14	18	16.02	1.03				

* P < 0.05

4. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ คุณภาพบันทึกโดยภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 55.72 อยู่ใน

ระดับ ควรปรับปรุง หลังการพัฒนาคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 77.13 อยู่ในระดับ พอใช้ คุณภาพการบันทึกแต่ละรายด้านได้แก่

1) การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ก่อนการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 58.17 อยู่ในระดับ ควรปรับปรุง หลังการพัฒนาคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 79.33 อยู่ในระดับพอใช้

2) การบันทึกการวางแผนการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.67 อยู่ในระดับควรปรับปรุง หลังการพัฒนาคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 74.42 อยู่ในระดับพอใช้

3) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49.67 อยู่ในระดับควรปรับปรุง หลังการพัฒนาคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 72.42 อยู่ในระดับพอใช้

4) การสรุปก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 50.33 อยู่ในระดับควรปรับปรุง หลังการพัฒนา

ตารางที่ 2 ร้อยละและระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา ของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 86.60 อยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยภาพรวม ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test) พบว่า ก่อนการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.15 (SD = 2.86) หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.15 (SD = 2.63) เมื่อพิจารณาค่า P-value มีค่าเท่ากับ 0.000 ($P\text{-value} < 0.05$) สรุปได้ว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3

รายการบันทึก	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	ร้อยละ	ระดับคุณภาพ	ร้อยละ	ระดับคุณภาพ
1.การประเมินผู้ป่วยแรกรับ	58.17	ควรปรับปรุง	79.33	พอใช้
2.การบันทึกการวางแผนการพยาบาล	60.67	ควรปรับปรุง	74.42	พอใช้
3.การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล	49.67	ควรปรับปรุง	72.42	พอใช้
4.การสรุปก่อนจำหน่าย	50.33	ควรปรับปรุง	86.60	ดี
ภาพรวม	55.72	ควรปรับปรุง	77.13	พอใช้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนาของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

การทดสอบความรู้	Mean	SD	95% Confidence Interval of the Difference	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	36.15	2.86	Lower 13.04	29.34	59	0.000*
หลังการพัฒนา	50.15	2.63	Upper 14.95			

* P < 0.05

การอภิปรายผล

1. ผลจากการระดมสมอง พบว่าสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ พยาบาลขาดองค์ความรู้เฉพาะโรคและแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลบางโรคไม่ได้กำหนดไว้ในคู่มือฯ ขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ภาระงานมากเกินไปในแต่ละเวรทำให้บันทึกไม่ทันเวลา แบบฟอร์มไม่สะดวกต่อการบันทึกแบบประเมินสมรรถนะแรกรับไม่ครอบคลุม 11 แบบแผนของกอร์ดอน ระบบงานไม่เอื้อต่อการบันทึก เช่นการมอบหมายงาน มีการมอบหมายงานแบบ Functional Assign ทำให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนขาดความต่อเนื่องขาดการติดตามจากหัวหน้างาน และการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวเรศ คุณแก้ว (2551)⁶ ศึกษาเรื่องการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าแบบฟอร์มการบันทึกไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ

ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติไม่สะดวกต่อการบันทึกโดยเฉพาะการบันทึกข้อมูลปลายเปิดเป็นการเขียนบรรยาย ซึ่งเป็นการบันทึกเกี่ยวกับ ประวัติเจ็บป่วย สภาพของผู้ป่วย ปัญหาการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

ผลจากการระดมสมองกลุ่มได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

- ปรับแบบประเมินสมรรถนะแรกรับ ให้ครอบคลุม 11 แบบแผนของกอร์ดอนเพื่อการประเมินได้ครอบคลุม

- ปรับแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้สะดวกขึ้นโดยพิมพ์ รับใหม่เวลาอาการแรกรับและ V/S แรกรับใน Nursing Progress Note รับใหม่ไว้เพื่อให้ผู้บันทึกบันทึกลงในช่องว่างก่อนบันทึกแบบ AIE ปรับ Footnote ให้เหมือนกันเพื่อใช้คอมพิวเตอร์พิมพ์งานได้โดยไม่ต้องเสียเวลาเขียน

- ปรับระบบมอบหมายการดูแลคนไข้ เป็นแบบ Case Assign เพื่อให้พยาบาลได้ดูแล



คนไข้อย่างแท้จริง เหมาะสมตามประเภทของผู้ป่วย ครอบคลุมองค์รวม มีการดูแลคนไข้ได้อย่างต่อเนื่องทำให้สามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

- มีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นนโยบายให้หัวหน้าต้องมีการประเมินการบันทึกทางการพยาบาลทุกวัน วันละ 1 Chart

ปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ตัวแทนของแต่ละหน่วยงาน นำคู่มือที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุงให้ทันสมัย โดยปรับแนวทางการบันทึกตามโรคมมาเป็นการ Focus ปัญหาของผู้ป่วยตามประเด็นสำคัญ ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลแก่ผู้ปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

โดยเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เคยพัฒนาแล้วแต่ไม่ประสบความสำเร็จ หลังจากหัวหน้าไปรับการอบรมเรื่องมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลแล้วมาถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ปฏิบัติ หลังจากนั้นได้ระดมสมองโดยมีตัวแทนของแต่ละหน่วยงานพิจารณาเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting และได้ร่วมกันจัดทำคู่มือฯหรือมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน โดยเลือก 5 โรคของแต่ละหน่วยงาน มากำหนดแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล มีการปรับแบบประเมินสมรรถนะแรกรับ แบบบันทึกทางการพยาบาล แล้วนำไปถ่ายทอดให้แต่ละ

หน่วยงานนำไปปฏิบัติแล้วทดลองใช้ 1 เดือนจากการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 43 ซึ่งคะแนนต่ำลงเนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังบันทึกเหมือนเดิม การประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหาไม่ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ขาดการวางแผนจำหน่าย จากการสอบถามผู้ปฏิบัติบอกว่ายังไม่เข้าใจว่าจะบันทึกอย่างไร บางคนบอกว่าบางโรคที่ไม่มีในคู่มือฯไม่รู้จะบันทึกอย่างไร ปัญหาคือการถ่ายทอดความรู้และแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลลงสู่ผู้ปฏิบัติไม่ทั่วถึง ขาดการควบคุมกำกับ การนิเทศติดตาม ในการพัฒนาครั้งนี้กลุ่มยังเลือกที่จะใช้รูปแบบเดิม เนื่องจากการบันทึกแบบ Focus charting นั้นการ Focus ปัญหาเป็นคำสั้นง่าย กระชับ เข้าใจง่าย สามารถสื่อสารข้อมูลสำคัญให้กับทีมสุขภาพอื่นในการดูแลรักษาได้ชัดเจนโดยใช้กระบวนการ AIE ซึ่ง A ย่อมาจาก Assessment เป็นการบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย (Subject data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่สอดคล้องกับ Focus I ย่อมาจาก Intervention เป็นการปฏิบัติการในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แกผู้ป่วยเพื่อบรรลุผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวัง E ย่อมาจาก Evaluation เป็นการตอบสนองผู้ป่วย/ผู้รับบริการต่อการดูแลรักษาหรือปฏิบัติการพยาบาล ส่วน Focus เป็น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ได้จากอาการหรืออาการแสดง ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแบบเฉียบพลัน เหตุการณ์ในการดูแล



ผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล ซึ่งการ Focus ต้องมีการสะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ไม่ใช่บันทึกการทำงานของพยาบาลหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

2. การประเมินความรู้ พบว่า ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับปานกลางจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 63.27 หลังประชุมเชิงปฏิบัติการมีความรู้เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 69.39 มีความรู้อยู่ในระดับดีมากจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30.61 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ วิภาวดี วโรต (2550)⁴ ศึกษาพบว่าความรู้การบันทึกทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนประชุมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12 คะแนน และหลังประชุมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15 คะแนน โดยความรู้ภายหลังการประชุมสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($df = 60, t = 7.9, P\text{-value} = 0.006$) ซึ่งสอดคล้องกับ เขาวเรศ

คุณแก้ว (2551)⁶ ศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการคะแนนความรู้เฉลี่ย 18.90 คะแนนอยู่ในระดับดี หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการคะแนนความรู้เฉลี่ย 27.27 คะแนน อยู่ในระดับดีมากสรุปได้ว่าหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับความรู้สูงกว่าระดับความรู้ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.008$) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 21-30 ปี ซึ่งอายุน้อยทำให้มีความจำดี ยังมีผู้ที่ไม่เคยอบรมร้อยละ 73.47 การวัดความรู้ก่อนหลังในวันเดียวกันทำให้ความรู้ที่ได้รับยังเป็นความรู้จำทำให้ความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนให้พยาบาลมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

3. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า คุณภาพการบันทึกโดยภาพรวมก่อนการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 55.72 อยู่ในระดับควรปรับปรุง คุณภาพหลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 77.13 อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้เกิดจากการที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติดีขึ้น มีการปรับแบบฟอร์มให้สะดวกต่อการบันทึก และปรับระบบงานโดยการมอบหมายงานแบบ Case Assign ทำให้พยาบาล ได้ดูแลคนไข้เหมาะสมตามประเภทของผู้ป่วย ครอบคลุมวงจร การได้ดูแลคนไข้อย่างต่อเนื่องทำให้พยาบาลสามารถ บันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง และมีการนิเทศติดตามโดยหัวหน้างาน แต่ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่

กำหนดไว้ คือร้อยละ 80 ซึ่งต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป เช่นเดียวกับ วิทยาลัยวโรรส (2550)⁴ ที่ศึกษาพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนการประชุมเท่ากับร้อยละ 65.70 หลังการประชุมเท่ากับร้อยละ 72.20 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) สอดคล้องกับพวงเพชร สุริยะพรหมและคณะ (2553)⁷ ศึกษาพบว่าคุณภาพการบันทึกภายหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแล้วคุณภาพการบันทึกเพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 56.34 อยู่ในระดับเกณฑ์ควรปรับปรุง เป็นร้อยละ 72.08 สอดคล้องกับพวงพันธุ์ อินทะพันธุ์ (2555)⁸ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของเดมมิ่ง พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.32 เป็นร้อยละ 95.76

สรุปได้ว่า การศึกษาเชิงพัฒนา การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลครั้งนี้ ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น รวมทั้งได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบำเน็จณรงค์ เกิดประโยชน์ต่อผู้บันทึกทางการพยาบาลทำให้บันทึกได้สะดวกรวดเร็วขึ้นและง่ายต่อการบันทึก รูปแบบการบันทึกที่ได้เป็นรูปแบบที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จากการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ด้านการประเมิน

ผู้ป่วยแรกรับเป็นการประเมินปัญหาอย่างถูกต้องครบถ้วน ด้านการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลรวมถึงประเมินผลการสรุปก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบว่าสูงขึ้นทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้นำรูปแบบและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยอบรมความรู้ทุกปี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้บันทึกทางการพยาบาลต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในโรงพยาบาลบำเน็จณรงค์
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับเดียวกันในจังหวัดชัยภูมิ ที่ใช้ระบบบันทึกแบบเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะเจ้าหน้าที่พยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลบำเน็จณรงค์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. 2540
2. นิตยา ศรีญาณลักษณ์.การบริหารการพยาบาล. [ม.ป.ท.]: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 2545
3. Bertalanffy,L.V. General System Theory: Foundation, Development, Application. New York: George Braziller. 1968.
4. วิภาวดี วโรรส.การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด.(วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
5. ยูวดี เกตสัมพันธ์. บันทึกทางการพยาบาล การประเมินเพื่อการพัฒนา. ในเอกสารประกอบการอบรม บันทึกทางการพยาบาล: การบันทึกด้วย Focus charting อย่างมีคุณภาพ 2556
6. เยาวเรศ คุณแก้ว. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
7. พวงเพชร สุริยะพรหม,สุชุมล ต้อนแก้ว.การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน.วารสารกองการพยาบาล 2553; ปีที่ 37 ฉบับที่2 :1-14
8. พวงพันธุ์ อินทะพันธุ์. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.



การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

ศันสนีย์ ปรีชาวงศ์ พย.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มเป้าหมายคือพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หลังคลอด ห้องผ่าตัดและวิสัญญีจำนวน 49 คน ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาจากการตรวจสอบ เวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายในเดือน ตุลาคม 2556 ถึง ธันวาคม 2556 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย ใช้กระบวนการกลุ่มระดมสมองหาปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา เลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ประเมินความรู้การบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หลังการพัฒนาในเดือน มิถุนายน 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล แบบประเมินการบันทึกทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและหาความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน(KR-20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติการทดสอบค่า ที

ผลการศึกษาพบว่า

1.ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.20 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.02 คะแนน อยู่ในระดับดี การเปรียบเทียบความรู้หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.00)

2.คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ก่อนการพัฒนา มีค่าเท่ากับร้อยละ 55.72 ระดับควรปรับปรุง หลังพัฒนามีค่าเท่ากับร้อยละ 77.13 อยู่ในระดับพอใช้ การเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (P-value = 0.00)

3.รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้จากการระดมสมอง คือรูปแบบ Focus Charting

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้ นำรูปแบบและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ครอบคลุมทุกหน่วยงานและส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องโดยอบรมความรู้ทุกปี

คำสำคัญ: การบันทึกทางการพยาบาล, คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล