

# รายงานวิจัย

เรื่อง

การศึกษาสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่  
ติดเชื้อเอชไอวี ในบริการฉีดวัคซีน คลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม

สถาบันบำราศนราดูร

โดย

นางเจริญสุข อัครพิพิธ

นางสาวศวิตา อีสอาด

นางศรีสุดา สมัดชัย

กลุ่มการพยาบาล

สถาบันบำราศนราดูร

## การศึกษาสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ในบริการ ฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดรุ

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) เพื่อวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-18 ปี จำนวน 100 คน มารับบริการระหว่างเดือน 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2558 ในการให้บริการฉีดวัคซีน คลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดรุ เครื่องมือวิจัยมี 2 ชุดคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินคุณภาพกระบวนการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอก เก็บบันทึกข้อมูล 1-31 ธันวาคม 2560 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 51 อายุเฉลี่ย 15 ปี ระดับเปอร์เซ็นต์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 มากกว่า 24 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 69 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดที่น้อยกว่า 20 copies/ml ร้อยละ 78 ชนิดของการรับประทานยาต้านไวรัสส่วนใหญ่เป็นสูตรดื้อยาร้อยละ 52 อัตราการได้รับวัคซีนในระบบ EPI ครบ ร้อยละ 30 และ อัตราการได้รับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ร้อยละ 95 จากการวิจัย พบว่าการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส ด้านการใช้กระบวนการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.06$ ,  $SD.=0.619$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประเมินผลการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}=4.96$ ,  $SD.=0.227$ ) รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.27$ ,  $SD.=1.236$ ) และด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.84$ ,  $SD.=1.015$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.49$ ,  $SD.=1.034$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์โดยเฉพาะด้านการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยระดับความเจ็บป่วยตามที่หน่วยงานกำหนด สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในด้านการบันทึกการพยาบาล และจัดระบบการตรวจสอบประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

**คำสำคัญ :** เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี กระบวนการพยาบาล คัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

## The Study of Screening HIV-Infected Children in Vaccination service by Nursing Process at Antiretrovirals Clinic, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

### Abstract

This research was to analyze the nursing records of pediatric outpatients with HIV infection. Researchers conducted a retrospective study of 100 sets of outpatient medical records which belonged to HIV-infected children in order to screen the children who received vaccination services at anti-retroviral therapy clinic, Bamrasnaradura Institute. The researchers used two sets of research instruments; general data recording form and nursing procedure quality evaluation form of outpatient service. Data analysis used was descriptive statistics such as frequency, average, percentage and standard deviation. The results showed that 51% of the sample were female, with an average age of 15 years old, the percentage of CD4 more than 24 per cent was 69%, the amount of HIV in the blood less than 20 copies /ml. was 78%. Anti-retroviral therapy most used was drug resistant regimen (52%). The rate of receiving the vaccine in the EPI system was 30% and the rate of getting the influenza vaccine was 95%. According to the research, it was found that the use of nursing processes to screen HIV-infected children for the vaccination service provided at the anti- retroviral therapy clinic was at a high level ( $\bar{X} = 4.06$ ,  $SD. = 0.619$ ). When considering each aspect, it was found that nursing evaluation was at a very high level ( $\bar{X} = 4.96$ ,  $SD. = 0.227$ ), followed by nursing activity practice at a high level ( $\bar{X} = 4.27$ ,  $SD. = 1.236$ ) and problem assessment and needs of patients were at a high level ( $\bar{X} = 3.84$ ,  $SD. = 1.015$ ) respectively, while nursing planning in accordance with problems and needs were at a medium level ( $\bar{X} = 3.49$ ,  $SD. = 1.034$ ). The results of this research can be used as a guideline in developing nursing records, especially in nursing planning that was in line with the problems and needs at a moderate level. It also can be used by specifying the level of illness as specified by health office, be used for personnel development in the area of nursing records and organize inspection system and evaluation of nursing records and make working process to be more effective.

**Key words:** HIV-infected children, Nursing process, Nursing procedure

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีใน  
บริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบําราศนราดูล

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.ณิชาภา ยนจอหอ พยาบาล  
วิชาชีพชำนาญการพิเศษ และคุณนิอร อริโยทัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่ช่วยให้คำปรึกษา  
และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย ผู้ปกครอง ที่มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการศึกษานี้ ที่ช่วยให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปจน  
เสร็จสมบูรณ์ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณบุคลากร งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบําราศนราดูลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ  
และสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

เจริญสุข อัสวพิพิธ

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
<b>บทที่ 1</b>	<b>บทนำ</b>
	1
	1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
	1
	2. คำถามในการวิจัย
	4
	3. วัตถุประสงค์
	4
	4. กรอบแนวคิดในการวิจัย
	4
	5. นิยามศัพท์เฉพาะ
	4
	6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
	5
<b>บทที่ 2</b>	<b>วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>
	6
	1. การใช้กระบวนการพยาบาล
	6
	2. บทบาททางการพยาบาล
	8
	3. บทบาททางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
	22
	4. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก
	24
	5. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
	26
	6. โรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ในเด็ก
	33
	7. หลักการทั่วไปในการให้วัคซีนในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
	40
	8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
	43
<b>บทที่ 3</b>	<b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>
	50
	1. ประชากรที่ศึกษา
	50
	2. เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา
	50
	3. เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา
	50
	4. ขนาดตัวอย่าง
	50
	5. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
	50

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3 (ต่อ)</b>	
6. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	51
7. วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	54
<b>บทที่ 4</b>	
<b>ผลการศึกษา</b>	<b>55</b>
1. ข้อมูลการบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	55
2. ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทย และวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	56
3. ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนครบทุกชนิดตามมาตรฐานเด็กไทย	58
4. ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล	58
<b>บทที่ 5</b>	
<b>สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย</b>	<b>61</b>
1. สรุปผลการศึกษา	61
2. อภิปรายผล	62
3. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	65
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	<b>66</b>
<b>ภาพผนวก</b>	<b>70</b>
<b>ภาคผนวก ก</b>	<b>71</b>
1. แบบบันทึกการได้รับวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับเด็กไทยทุกคน (EPI)	71
2. แบบบันทึกการประเมินคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอก	72
<b>ภาคผนวก ข</b>	<b>73</b>
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	74
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	76
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	78
ประวัติผู้วิจัย	79

## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการแพทย์แบบใช้กระบวนการทางการแพทย์	24
ตารางที่ 2	ตารางสูตรยาต้านเอชไอวีสำหรับเริ่มรักษาในเด็กที่ไม่เคยได้รับยาต้าน เอชไอวี มาก่อน พ.ศ. 2560	38
ตารางที่ 3	เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวี ในเด็กและวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2560	39
ตารางที่ 4	รายละเอียดการให้วัคซีนในทารกและเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเด็กที่เกิดจากแม่ ที่ติดเชื้อเอชไอวี	42
ตารางที่ 5	ตัวอย่างการให้วัคซีนในเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-6 ปี ที่ประวัติวัคซีนไม่ครบ	43
ตารางที่ 6	ตัวอย่างการให้วัคซีนในเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 7-18 ปี ที่ประวัติวัคซีนไม่ครบ	43
ตารางที่ 7	การให้คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์	52
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	56
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการฉีดวัคซีน	57
ตารางที่ 10	ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนครบทุกชนิดตามมาตรฐานเด็กไทย	58
ตารางที่ 11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน จำแนกตามรายชื่อและรายด้านของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์	59

## สารบัญแผนภาพ

	หน้า	
แผนภาพที่ 1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	4
แผนภาพที่ 2	แสดงกลไกการติดเชื้อของไวรัสเอชไอวี	34
แผนภาพที่ 3	แสดงกลไกการติดเชื้อของไวรัสเอชไอวี ที่ต้องอาศัย CCR5 ในการเข้าสู่เซลล์	35



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระบวนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อสนองความต้องการ และแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยแก่ผู้รับบริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งใน ภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เป็นกระบวนการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ที่มีระบบเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง (Gordon, 1994) อีกทั้งยังเป็นหัวใจที่สำคัญของการพยาบาล เพราะแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่พยาบาลคิดและพยาบาลทำให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อแสดงเอกลักษณ์ความเป็นวิชาชีพ และให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยนำศาสตร์ทางการพยาบาลทั้งที่เป็นทฤษฎีและกรอบแนวคิดใช้เป็นแนวทางในการกำหนด เป้าหมายการพยาบาลได้ชัดเจน และอธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลกำหนดขึ้น เพื่อแก้ไข ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งต้องทำอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน การพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรม และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กระบวนการพยาบาลมี 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล การพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2556) กระบวนการพยาบาลมีความเป็นพลวัต การนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการให้การพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยมุ่งที่ระบบที่สามารถให้แนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งการ กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพซึ่งจะวัดคุณภาพการ พยาบาลได้จากการที่พยาบาลมีการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และในการเขียนบันทึกของพยาบาลสามารถ เขียนได้หลายวิธี แต่ทุกวิธีนั้นล้วนมีการสะท้อนกระบวนการพยาบาลทั้งสิ้น (ประคิน สุขฉายา และคณะ, 2549)

ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับพยาบาล เป็นสิ่งที่แสดงเอกลักษณ์ของ วิชาชีพและเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่าง ครบถ้วนถูกต้อง ย่อมเป็นการประกันได้ว่าผู้รับบริการจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพราะพยาบาลที่ ดูแลผู้รับบริการทุกคนได้รับข้อมูลของผู้รับบริการชัดเจนทำให้นำมาสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ เหมาะสมและต่อเนื่อง (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540; ทศนีย์ ทองประทีป และเบญจมา เตากล่ำ, 2543) การบันทึก ทางการพยาบาลยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย รวมทั้งการนำมาใช้กำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่าย สำหรับการบริการทางการพยาบาล การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล และเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์ เกี่ยวกับการให้บริการทางการพยาบาล (ประคิน สุขฉายา และคณะ, 2549) ข้อมูลจากการบันทึกยังเป็นแหล่ง ความรู้ เพื่อการสอน และการวิจัย นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของ ผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล ทั้งนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในการบันทึกและรายงาน การพยาบาลต้องมีข้อมูลสำคัญ 4 ส่วน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหาหรือความ ต้องการของผู้รับบริการ กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลภายหลังปฏิบัติการพยาบาล (สภาการ พยาบาล, 2562) และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติการดูแลผู้รับ

บริการตั้งแต่เริ่ม เข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการประกอบด้วยการพยาบาลในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจรักษา การดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิ และการบันทึกทางการแพทย์ โดยที่พยาบาลวิชาชีพต้องบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (สำนักการพยาบาล, 2551) ดังนั้นคุณภาพของกระบวนการพยาบาลจะวัดได้จากการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดี มีคุณภาพควรเป็นการนำเสนอข้อมูลที่มี**ความถูกต้อง** (correctness) ตรงความจริง และ เชื่อถือได้ตามปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กันหรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรค และสภาพที่เป็นจริง มี**ความครบถ้วน** (completion) ที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ข้อมูลครบถ้วนและต่อเนื่อง ลงในแบบฟอร์มทุกช่อง มี**ความชัดเจน** (clarity) บันทึกข้อมูลด้วย อักษร ตัวเลข ชัดเจน ลำดับวันที่ เวลากำกับชัดเจนใช้อักษรย่อที่เป็นสากล อ่านง่าย ด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความ ต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับ หรือพร้อมตำแหน่ง มี**ความต่อเนื่อง** (continuation) มีความต่อเนื่องของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการบริการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2551) ซึ่งควรจะต้องแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้รับบริการและญาติเฉพาะรายบุคคลครอบคลุม 4 ขั้นตอน (Ward, 1992; พรศิริ พันธสี, 2552) ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยแรกรับ (assessment) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) โดยการจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังและติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือ การสอนและการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่มีมาก่อน ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ยังพบว่าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังไม่ครอบคลุมกระบวนการ 4 ขั้นตอน (จิตรศิริ ชันเงิน, 2542; ดวงเดือน ไชยน้อย, 2544; Kurtz, 2017) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่สมบูรณ์ เช่น กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นและเร่งด่วนมากไม่มีเวลาในการจดบันทึก จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และขาดสมรรถนะการพยาบาลในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim & Park (2005) ที่วิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจส่วนมากพยาบาลจะบันทึกในส่วนของการรักษามากกว่าจะบันทึกในบทบาทอิสระของพยาบาล มีเวลาไม่เพียงพอ ขาดความรู้ในการประเมินผล แม้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการปฏิบัติงานของพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลยังพบปัญหาในการบันทึกด้วยเพราะจำนวนผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก ภาระงานที่ล้นมือและงานที่เร่งด่วนต้องรีบทำงานให้แล้วเสร็จทันเวลา ทำให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ครอบคลุมสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี สมทรัพย์ (2554) ที่พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim & Park (2005) ที่วิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจส่วนมากพยาบาลจะบันทึกในส่วนของการรักษามากกว่าจะบันทึกในบทบาทอิสระของพยาบาล มีเวลาไม่เพียงพอ ขาดความรู้ในการประเมินผล Garcid (1998) การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า การบันทึก

กิจกรรมการปฏิบัติตามการรักษาทางการแพทย์ อยู่ในระดับที่มีคุณภาพ มากกว่า การบันทึกกิจกรรม ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จริตดาภรณ์ ธนบัตร และยุพิน อังสุโรจน์ (2544) พบว่า พยาบาลขาดทักษะในการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของฉนิภา แสงกิตติไพบูลย์ (2554) พบว่า ระบบการบันทึกมีความซับซ้อนไม่มีความสะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ใหม่ มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่พยาบาลมีภาระงานมากและขาดความรู้ทักษะในการบันทึก และจากงานวิจัยของผ่องพรรณ ลาภเจริญ (2544) พบว่า ความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการบันทึกทางการพยาบาล แต่จากการศึกษา ของชนิษฐา โปธาราม (2551) พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล แต่ด้วยลักษณะงานที่ทำอยู่จะมีผลกระทบต่อกรบันทึกทางการพยาบาล ที่ครบถ้วนตามมาตรฐานที่ต้องการค่อนข้างยาก พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ แต่ยังพบปัญหา บันทึกทางการพยาบาล จากการใช้ภาษาที่หลากหลายของพยาบาล ในการอธิบายถึงสิ่งที่พยาบาลได้ แก้ปัญหา บรรเทา ป้องกันปัญหาสุขภาพ และการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต

คลินิกยาด้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบาราศนราดรุร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดจนถึง อายุ 18 ปี หรือจนกว่าเด็กจะพร้อมย้ายเข้าสู่คลินิกยาด้านไวรัสผู้ใหญ่ เด็กที่อยู่ในระบบบริการมีจำนวนทั้งสิ้น 120 คน (งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบาราศนราดรุร, 2558) คลินิกนี้เด็กมารับบริการยาด้านไวรัสตามนัดมักไม่มีอาการเจ็บป่วย วันละ 10-15 คน เปิดบริการทุกเช้าวันพุธ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้การดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ ให้การดูแล โดยการประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพ ประเมินการเจริญเติบโต วัดสายตา ลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ เกี่ยวกับเรื่องอนุมัติสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องให้พร้อมเพื่อส่งเข้าพบแพทย์ และทำหน้าที่เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ หรือทำหัตถการต่างๆ เช่น ฉีดวัคซีน ทำแผล พันยา ตามปัญหาที่พบ การดูแลเด็กกลุ่มนี้ ถือว่าเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยเนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ดังนั้นก่อนที่จะมีการฉีดวัคซีนที่จำเป็นสำหรับเด็กไทยทุกคน (Expanded Program on Immunization: EPI) (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ และคณะ, 2556; เกียรติ รัชชรุ่งธรรม และคณะ, 2557) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินปริมาณระดับเปอร์เซ็นต์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral Load) เด็กแต่ละคนที่เติบโตมาพร้อมกับปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางกายและจิตใจ ดังนั้น การดูแลรักษาจึงต้องการผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้แต่ละสาขาอาชีพต้องบันทึกงานของตนเองในเวชระเบียนทำให้เวชระเบียนไม่อยู่ที่โต๊ะพยาบาล จึงเป็นผลให้พยาบาลเก็บเวชระเบียนไว้บันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในช่วงป่วยเพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินคุณภาพการใช้กระบวนการพยาบาลในบริการพยาบาลได้ ประกอบกับการที่กลุ่มการพยาบาล สถาบันบาราศนราดรุร ได้พัฒนาคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และได้กำหนดการบันทึกทางการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่ต้องตรวจสอบทุกเดือนโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกแบบมุ่งปัญหา (Assessment Planning Intervention Evaluation: APIE) ซึ่งการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล ภาพรวมของกลุ่มการพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่าคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้ร้อยละ 69, 70 และ 70.28 ตามลำดับ (กลุ่มการพยาบาล สถาบันบาราศนราดรุร, 2557) ซึ่งถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาลกำหนดให้มากกว่าร้อยละ 80 จากการทบทวนพบประเด็นปัญหาและโอกาสในการพัฒนาคือพยาบาลบันทึกไม่ครอบคลุมเป็นผลให้ขาดการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลไม่เป็นปัจจุบันทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์ข้อมูลบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านบริหาร ด้านบริการ การวิจัยเพื่อปรับปรุงพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป อีกทั้งเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาต้นแบบการบันทึกการพยาบาลในกลุ่มโรคเฉพาะทางที่สำคัญให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

### คำถามการวิจัย

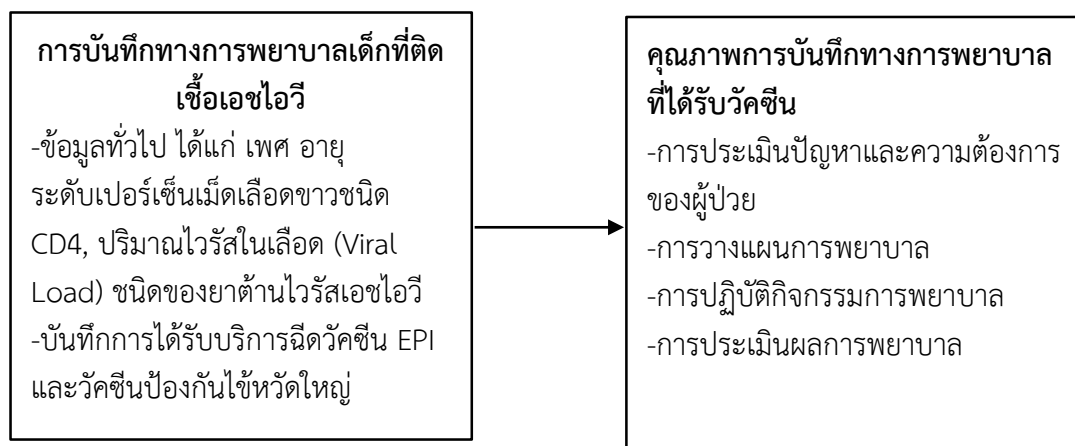
คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลที่วิเคราะห์จากบันทึกทางการพยาบาลในการคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในการบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูล เป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลในการคัดกรองฉีดวัคซีนกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้กระบวนการพยาบาล ณ คลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูล

### กรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยและทบทวนแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามมาตรฐานของสำนักงานพยาบาล ด้วยการประเมินผลคุณภาพกระบวนการพยาบาลจากบันทึกทางการพยาบาลแบบ APIE ตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยที่แสดงถึงองค์ประกอบของตัวแปร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) หมายถึง เครื่องมือ และวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งเป็นระบบการแก้ปัญหาที่มีขั้นตอนโดยแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อนำไปสู่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (สภาการพยาบาล, 2551)

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing records) หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้รับบริการเฉพาะราย ประกอบด้วย การประเมินปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล มีความต่อเนื่องทางการแพทย์พยาบาลสามารถใช้สื่อสารในทีมการพยาบาล และระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องมีการติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึกและรายงาน การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2562)

วัคซีนพื้นฐาน (Compulsory vaccines) หมายถึง วัคซีนที่ได้รับการบรรจุในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยแนะนำให้ใช้ในเด็กไทยทุกคนได้แก่ วัคซีนบีซีจี วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนคอตีบบาดทะยัก-ไอกรน วัคซีนโปลิโอชนิดกิน วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม วัคซีนไข้มองอักเสบบเจอี (กฤษฎีกา โขศบัญญัติกิจและคณะ, 2556 )

ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 หมายถึง ปริมาณเซลล์ลิมโฟไซต์ชนิด CD4 เป็นเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่ควบคุมการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอม และเป็นเซลล์เป้าหมายสำคัญของเชื้อเอชไอวีที่เข้าไปเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์นั้น ดังนั้นการตรวจ CD4 ใช้เพื่อพยากรณ์ผลการรักษา ติดตามอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการตรวจแสดงเป็นค่าร้อยละ และจำนวนนับของ CD4 มีหน่วยค่าเป็น  $\text{cells}/\text{mm}^3$  ผู้ที่มีค่า CD4 มากขึ้น หรือ น้อยลงผิดปกติ โดยเฉพาะในเด็กการใช้ค่าร้อยละ CD4 มีความสำคัญมากเพราะจะมีความแปรปรวนสูง (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ, 2557)

ปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) หมายถึง ปริมาณสารพันธุกรรมชนิด RNA ของไวรัสในพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้เทคนิคการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมของไวรัสด้วยหลักการ real time nucleic amplification เพื่อตัดสินใจในการรักษา การติดตามผลการรักษา และการปรับเปลี่ยนสูตรยา การรายงานผลมีหน่วยเป็น copies/mL และค่า Log equivalence (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ, 2557)

ยาด้านไวรัสสูตรพื้นฐาน หมายถึง สูตรยาด้านไวรัสรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูตรแรก และสูตรทางเลือกที่ควรพิจารณาให้คนที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีเกณฑ์ให้ผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกๆระดับ CD4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณี  $\text{CD4} < 500 \text{ cells}/\text{mm}^3$  คือ ยากลุ่ม nucleoside reverse transcriptase (NRTIs) 2 ตัว รวมกัน ยากลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase (NNRTIs) อีก 1 ตัว (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ, 2557)

ยาด้านไวรัสสูตรดื้อยา หมายถึง สูตรยาด้านไวรัสรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรักษาสูตรแรกและสูตรทางเลือกมีผลการรักษาล้มเหลวจากการพิจารณาจากความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 95 มีผลตรวจปริมาณไวรัส  $> 1000 \text{ copies}/\text{ml}$  และมีผลการตรวจเชื้อดื้อยา พิจารณาประกอบยาที่ยังไม่ดื้อ 3 หรือ 2 ชนิด ยากลุ่ม nucleoside reverse transcriptase (NRTIs) รวมกันยาด้านไวรัสสูตรที่ 3 เช่น protease inhibitor (PI), Integrase inhibitor, NNRTI, CCR5 inhibitors (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ, 2557)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในการบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาด้านไวรัส ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร
2. เป็นต้นแบบในการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเฉพาะโรคอื่น ๆ ต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศาสนาการณการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบาราศนราดรุร ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมดังนี้

1. การใช้กระบวนการพยาบาล
2. บันทึกทางการพยาบาล
3. บันทึกทางการพยาบาลโดยการใช้กระบวนการพยาบาล
4. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก
5. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
6. โรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ในเด็ก
7. หลักการทั่วไปในการให้วัคซีนในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การใช้กระบวนการพยาบาล

สำนักการพยาบาล ได้ให้ความหมายกระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และเบงองค์ประกอบสำคัญของระบบที่จะจัดการกับปัจจัย นำเข้า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ คุณภาพการพยาบาลที่พึงปรารถนา กระบวนการพยาบาลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2551) ซึ่งหลักการของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผน การพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Kozier และคณะ, 2015; สำนักการพยาบาล, 2551)

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่พยาบาลนำมาใช้เพื่อการประยุกต์ความรู้ในศาสตร์การพยาบาลไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ (Potter & Perry, 2015) นอกจากนี้กระบวนการ พยาบาลยังเป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาล แบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ ปัญหาของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบ ที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์หรือปัญหาสุขภาพของ ผู้รับบริการ ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพของตนเองและสร้างความ พึ่งพอใจในบริการ (Doenges, Moorhouse & Burley, 2000)

วอร์ด (Ward, 2004) แบ่งกระบวนการพยาบาลออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ การรวบรวมข้อมูล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ส่วนวิลสันและไนท์ และซิกิ (Wilson & kneist, 1996; Scheeke, 1999) แบ่งเป็น 6 ขั้นตอนคือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาลการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ส่วนวาร์คาลอริส (Varcatoris, 1998) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

วิจิตรา กุสมภ์ (2551) ได้ให้ความหมายกระบวนการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติที่เป็นขั้นตอน โดยการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อแก้ปัญหาแก่ผู้รับบริการ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ปฏิบัติที่ไม่ใช่วิชาชีพ

พรศิริ พันธสี (2552) ได้ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ อย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนทาง วิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา อภิญา เพียรพิจารณา และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2550) ได้ให้ความหมายกระบวนการพยาบาล หมายถึง การสำรวจ รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพของ ผู้รับบริการ และนำไปดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่การจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ปัญหา หรือความต้องการดูแลทางด้านสุขภาพ ระบุเป้าหมาย การแก้ไขบรรเทาปัญหา วางแผน กำหนด กิจกรรม ปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และติดตามผล หากยังไม่บรรลุเป้าหมายจะพิจารณาปรับปรุงแผน เลือกสรรวิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาล หมายถึง เครื่องมือที่พยาบาลใช้เป็น เครื่องมือดูแลสุขภาพอนามัยแก่ผู้รับบริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เป็นกระบวนการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ที่มีระบบเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่องเป็นพลวัตร

### 1.1 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

พรศิริ พันธสี (2552) กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจของ การปฏิบัติการพยาบาลชั้นวิชาชีพและมีความสำคัญสามารถสรุปได้ดังนี้

- 1.1.1 ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน
- 1.1.2 ส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 1.1.3 ช่วยในการสื่อสารของทีมการพยาบาล
- 1.1.4 ช่วยให้การมอบหมายงานได้เหมาะสมกับสถานการณ์
- 1.1.5 แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล
- 1.1.6 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

### 1.2 ลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีลักษณะสำคัญดังนี้ (Wilkinson 1992; Alfaro-LeFevre 2003 อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2551)

1.2.1 เป็นระบบระเบียบ (systematic) กระบวนการพยาบาลจะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกับกระบวนการแก้ปัญหา ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.2 เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) คือ การใช้กระบวนการพยาบาลจะปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยมุ่งช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นหลัก

1.2.3 เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมาย (goal-directed) โดยเป็นกระบวนการที่มุ่งผลลัพธ์ของผู้รับบริการ

1.2.4 เป็นกระบวนการเชิงมนุษยธรรม (humanistic) ทำให้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล และความแตกต่างของบุคคลทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจ และความรู้สึกนึกคิด

1.2.5 มีความเป็นพลวัตร (dynamic) คือ พยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลกลับไปกลับมาได้ เช่น ประเมินผู้ป่วยใหม่อีกครั้งเพื่อตรวจสอบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ถูกต้องหรือไม่

1.2.6 เป็นกระบวนการที่ใช้สติปัญญา (cognitive process) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

**1.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล** กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่เป็นวงจร ต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์กัน 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (Berman, Snyder, Koziar, & Erb, 2008)

1.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินมีความสัมพันธ์กับความจริงหรือความต้องการ การดูแลด้านสุขภาพ การประเมินจะเกิดขึ้นอีกครั้ง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

1.3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดข้อมูลสนับสนุนของผู้รับบริการ

1.3.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล การสังเกต การรักษา การให้คำแนะนำ และมีการบันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้า ภายหลังจากปฏิบัติการพยาบาล

1.3.5 การประเมินผล (Evaluation) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลคือการประเมินผล และการบันทึก ได้แก่ ความก้าวหน้าตามเป้าหมาย การตอบสนองของผู้รับบริการ

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ใช้บริการ โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพของผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติไปจนถึงการประเมินผลการพยาบาล ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องอาศัยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินข้อมูลจากผู้รับบริการให้ครอบคลุมตัวบุคคล เพื่อรับทราบปัญหาและแนวทางการพยาบาลในผู้รับบริการแต่ละราย

## 2. บันทึกทางการพยาบาล

### 2.1 ความหมาย

คำว่า “การบันทึกทางการพยาบาล” ในหนังสือและงานวิจัยภาษาไทย ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Nursing Record” แต่ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “เอกสารทางการพยาบาล” (Nursing Documentation) ซึ่งในเนื้อหาที่กล่าวถึง คำ 2 คำนี้ มีความหมายเหมือนกัน ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลมีผู้ให้ความหมายดังนี้

ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp, 2000) ได้ให้ความหมายของการบันทึกที่ดี หมายถึง ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การบันทึกทางคลินิกช่วยในการดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่อง ความร่วมมือในการรักษา และประเมินผลการดูแล ความสำคัญประการที่สองของการบันทึก คือ การปกป้องทางกฎหมาย บันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลา ย่อมช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดี ขณะเดียวกันจะปกป้อง พยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาลจากการฟ้องร้องในกรณีที่มีสิ่งผิดปกติที่ไม่ควรเกิดขึ้น เมื่อมีการฟ้องร้องข้อมูลที่



พยาบาลบันทึกไว้จะนำมาใช้พิจารณาถึงสภาพผู้รับบริการ การรักษาและสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ความสำคัญประการที่สาม คือ เป็นข้อกำหนดในการรับรองมาตรฐานในสหรัฐอเมริกา องค์การรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพ (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations : JCAHO) มีข้อกำหนดมาตรฐานประการหนึ่ง คือ เอกสารทางการแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานย่อมไม่ได้รับเลือกจากหน่วยงานของรัฐบาลที่ดูแลการจ่ายเงินทดแทน และความสำคัญประการสุดท้าย คือ หน่วยงานที่ดูแลการจ่ายเงินทดแทนและบริษัทประกันคุณภาพ จะพิจารณาความสมเหตุสมผลของการดูแลรักษาเพื่อการจ่ายเงินทดแทนจากเอกสารทางการแพทย์ เช่น การทำแผลมีความจำเป็นเพียงใด อุปกรณ์ที่ใช้ทำแผลใช้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด เป็นต้น

สุรีย ธรรมิกบวร (2540) ได้ให้ความหมาย การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียน การรวบรวมข้อมูลที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามบทบาทของการพยาบาล ได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ทัศนีย์ ทองประทีป และเบ็ญจา เตากล้า (2543) Bjorvell, Wredling & Thorell- Ekstrand (2003) Potter & Perry (2005) Taylor et al (2001) ได้ให้ความหมายการบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งสะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับ นอกจากนี้ยังมีความสำคัญดังนี้

1. ข้อมูลที่บันทึกนำมาใช้เพื่อการติดต่อสื่อสาร (communication) เกี่ยวกับภาวะ และ ความก้าวหน้าในอาการผู้รับบริการระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ
2. ข้อมูลที่บันทึกสามารถนำมารวบรวม เปรียบเทียบและประเมินความต้องการ การดูแลของ ผู้รับบริการ (assessment)
3. ช่วยในการวางแผนการพยาบาล (care planning) และให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัย
4. ช่วยในการแยกบทบาทของพยาบาลจากวิชาชีพอื่น
5. ให้เกณฑ์ในการจำแนกผู้ป่วย (patient classification)
6. ให้ข้อมูลแก่ฝ่ายบริหารเพื่อการวางแผน
7. นำมาใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษา (quality assurance) และ เป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและโรงพยาบาล
8. ใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล (reimbursement)
9. เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (legal documentation)
10. เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษา และวิจัย (education and research)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2544) ได้ให้ความหมาย การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง กิจกรรมสำคัญที่แสดงถึงอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการนำ แผนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ ประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์ คือ เป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ซึ่งเป็นหลักฐานที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ทั้งยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ประกอบกับเป็นสื่อกลางในการสื่อสารสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการศึกษาวิจัย นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถนำเอาข้อมูลในแบบบันทึกทางการแพทย์มาวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ และยังมีผลต่อการประเมินคุณภาพของการพยาบาลอีกด้วย

พอทเทอร์ และเพอร์รี่ (Potter and Perry 2005) ให้ความหมายของ “การบันทึก” ว่าเป็นทุก ๆ สิ่งที่ถูกเขียนหรือพิมพ์เพื่อเป็นบันทึกหรือพินิจสำหรับบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และการบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและรักษาผู้ป่วย จึงเป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลที่สำคัญ การบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องมีความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจและมีความยืดหยุ่นพอในการค้นหาข้อมูลที่สำคัญ ดำรงไว้ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลและมาตรฐานของการบริการพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่บันทึกจะบ่งบอกถึงระดับของคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประหยัดเวลา และลดความเสี่ยงของข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

อารี ชิวเกษมสุข (2548) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาลสามารถเป็นหลักฐานสำคัญสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้

1. ช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล
2. ช่วยในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจพฤติกรรมอาการ และการแสดงออกของผู้ป่วย

3. ช่วยในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย

4. ใช้อ้างอิงทางกฎหมาย

ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลนอกจากมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลแล้วยังเกิดประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องในการบริการสุขภาพด้านอื่น ๆ อีก ได้แก่

1. ด้านการบริการพยาบาล ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตรงตามสภาพหรือประวัติเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติพยาบาลได้ด้วย

2. ด้านผู้ใช้บริการ จะได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ไม่เสียเวลาในการค้นหาข้อมูลหรือประวัติความเจ็บป่วยเนื่องจากมีบันทึกไว้อย่างต่อเนื่องแล้ว

3. ด้านผู้ป่วยให้การรักษา มีข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและสนับสนุนการรักษาสามารถทบทวนและตัดสินใจให้การรักษาที่เหมาะสมให้เร็วขึ้น

4. ด้านสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ สามารถใช้ข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาลประกอบการประเมินคุณภาพ ประเมินทางเลือกในการบริการ เพื่อการบริหารจัดการให้เกิดคุณภาพได้

5. ด้านการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่บันทึกในการบันทึกทางการพยาบาลสามารถนำไปศึกษาวิจัยเพื่อการเรียนรู้ การแสวงหาความรู้ใหม่ หรือการสร้างองค์ความรู้ให้เกิดขึ้นได้

โอเล็ด ศรีมุกดา ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์ และทริยาพรรณ สุภามณี (2558) ได้ให้ความหมายบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้รับบริการ อีกทั้งยังเป็นหลักฐานสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการพยาบาล

สำนักการพยาบาล (2551) ได้ให้ความหมาย การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นนอกจากจะแสดงถึงเอกภาพของวิชาชีพแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและวิชาชีพ รวมทั้งผู้รับบริการ ดังนี้

- 1) ใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลและเป็นสื่อระหว่างทีมสุขภาพ
- 2) ใช้ในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย
- 3) ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยและการรวบรวมข้อมูลสถิติต่าง ๆ
- 4) ใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบคุณภาพ เพื่อควบคุมคุณภาพบริการพยาบาล และ
- 5) เป็นหลักฐานสำคัญในทางกฎหมาย

**สรุปได้ว่า** การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพ ผลการประเมินอาการของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาลลงในแบบรายงาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลทั้งในด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟู

สภาพร่างกาย ซึ่งการบันทึกข้อมูลเหล่านี้ถือว่าเป็นข้อมูลที่ถาวร และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ นอกจากนี้การบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพจะเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่า การบันทึกทางการแพทย์มีทั้งประโยชน์และความสำคัญมากต่อองค์กร โดยสามารถทำให้เห็นคุณภาพการพยาบาลทั้งของตัวบุคลากรและองค์กร หากได้มีการปรับปรุงระบบบันทึกทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย ก็ถือว่าเป็นการพัฒนาการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาสถานการณ์คัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในการบริการฉีดวัคซีน คลินิกยาต้านไวรัส โดยการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้ทราบปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์เพื่อนำปัญหาเหล่านั้นมาพิจารณาหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในการบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร และจัดระบบบันทึกทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อจะได้มีระบบบันทึกทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## 2.2 หลักการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ จำเป็นอาศัยหลักในการบันทึกเพื่อให้ได้บันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพตรงตามที่มุ่งหวัง ไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp, 2000) ได้ให้ความหมายผลลัพธ์ของการบันทึกทางการแพทย์ที่ต้องการควรมีลักษณะดังนี้ คือ

1. การบันทึกที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บ่งบอกถึงการพยาบาลที่ให้และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล บ่งบอกว่าพยาบาลได้ดูแลความปลอดภัยให้ผู้ผู้ป่วยระหว่างอยู่รับการรักษา
2. การบันทึกที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาล
3. การบันทึกบ่งบอกถึงสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงต่อเวรเป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพ การบันทึกที่ถูกต้อง (accurate) ครบถ้วน (complete) ย่อมเกิดความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care)
4. แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกไม่ทำให้พยาบาลต้องเขียนบันทึกที่ซ้ำซ้อน
5. ควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล หรือมาตรฐานการพยาบาลใช้ร่วมด้วย
6. การบันทึกทุกกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงบันทึกย่อย (flow sheets) ซึ่งบอกข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดและสังเกตอาการ

7. ระบบการบันทึกต้องง่ายต่อการค้นหาข้อมูลเพื่อตรวจสอบ  
 มีนักวิชาการหลายท่านให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า การบันทึกทางการแพทย์เป็นเรื่องสำคัญ องค์กรส่วนใหญ่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ดังนี้ (Gaie & Babara, 1999; พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2544; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560)

1. ในการบันทึกผู้บันทึกจะต้องคำนึงถึงกระบวนการในการบันทึก ซึ่งกิจกรรมในการบันทึกประกอบด้วย มีจุดมุ่งหมายในการบันทึก มีขั้นตอนการวางแผนการบันทึก การปฏิบัติ การบันทึกและการประเมินบันทึกที่ได้กระทำไปพร้อมทั้งการปรับปรุงแก้ไขเป็นสิ่งที่ผู้บันทึกควรให้ความสำคัญ

2. มีความสามารถในการค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาบันทึก โดยนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้บันทึกจะต้องทราบว่าหาข้อมูลอะไรมาบันทึก คือ ข้อมูลของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยได้ข้อมูลจากตัวอย่างผู้ป่วยเอง ญาติ บุคลากรในทีมสุขภาพ และจากบันทึกต่าง ๆ ในรายงานผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ คือ สังเกต สัมภาษณ์ และพบผู้ป่วยด้วยตนเองเพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริง

3. บันทึกสิ่งต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่น การบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (assessment charting) เป็นการบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและกระทำโดยไม่ลงความเห็นของผู้บันทึกหรือตัดสินการกระทำของผู้ป่วยจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

4. บันทึกทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลที่สังเกตเห็น
5. บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามเวลาตามลำดับก่อนหลัง

6. บันทึกให้มีความเป็นลำดับต่อเนื่องตามงานของพยาบาล คือ บันทึกตามกระบวนการพยาบาล โดยการบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย (assessment charting) บันทึกการปฏิบัติพยาบาล (intervention charting) และบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา (evaluation charting)

7. บันทึกโดยนำบันทึกอื่น ๆ เช่น บันทึกข้างเตียง บันทึกสัญญาณชีพ คาร์เด็กซ์ มาประกอบในการพยาบาล

8. บันทึกให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย

- 8.1 การใช้คำตามหลักภาษาไทย
- 8.2 ใช้คำให้ถูกต้องตรงตามความหมายและเหมาะสม
- 8.3 ตัวสะกดถูกต้อง
- 8.4 เรียงประโยคให้สละสลวยได้ใจความสำคัญครบถ้วน
- 8.5 เว้นวรรคตอนให้ถูกต้อง
- 8.6 บันทึกให้เห็นภาพพจน์ของผู้ป่วย
- 8.7 บันทึกให้มีระเบียบ ชัดเจน อ่านง่าย
- 8.9 หลีกเลี่ยงเครื่องหมายและอักษรย่อ

9. บันทึกให้ถูกต้องตามระเบียบการบันทึกโดย

- 9.1 บันทึกให้ถูกต้องกับผู้ป่วยแต่ละคน ลงชื่อ และเลขที่ของผู้ป่วยให้ครบทุกแผ่น
- 9.2 ลงวัน เดือน ปี และเวลาในการบันทึกทุกครั้ง
- 9.3 บันทึกเวลาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาที่ผู้ป่วย

ได้รับ เช่น เวลารับใหม่ เวลาส่งตัว เวลาจำหน่าย ฯลฯ

- 9.4 ไม่เว้นวรรคกว้าง ถ้าเว้นวรรคกว้างให้ขีดเส้นยาวแทนที่ไว้กับการเติมข้อความ
- 9.5 ถ้าบันทึกผิดพลาดห้ามลบ ให้ขีดฆ่า เขียนคำว่า “ผิด” แล้วเซ็นชื่อกำกับ
- 9.6 ห้ามคัดลอกบันทึกใหม่
- 9.7 เมื่อบันทึกเรียบร้อยแล้วเซ็นชื่อ ชื่อสกุล และตำแหน่งกำกับให้ชัดเจน

ประศิน สุจฉายา และคณะ (2549) ได้ให้ความหมายหลักการของการบันทึกทางการพยาบาลว่า จะต้องคำนึงถึงหลักการของการบันทึก ดังนี้

1. บันทึก วัน เดือน ปี เวลา และเหตุการณ์ตามลำดับก่อน-หลัง
2. บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เป็นจริง โดยไม่ต้องแปลความหมาย
3. บันทึกด้วยปากกาให้ชัดเจน ลายมืออ่านง่าย
4. แก้ไขข้อความที่ผิดพลาดทันที โดยห้ามลบ หรือป้ายข้อความด้วยน้ำยาลบคำผิด ถ้าเขียนผิดให้ขีดเส้นทับ เซ็นชื่อกำกับ แล้วเขียนใหม่ให้ถูกต้อง
5. ห้ามเว้นช่องว่างไว้ให้เติม หรือไม่ต้องเว้นบรรทัด
6. ใช้ตัวย่อเป็นสากล เข้าใจตรงกัน และสะกดให้ถูกต้อง
7. ห้ามเขียนข้อคิดเห็นส่วนตัวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

8. หลีกเลี่ยงการใช้คำที่มีความหมายกว้าง เช่น อาการปกติ อากาศดี เป็นต้น
9. บันทึกด้วยตนเอง
10. เขียน ชื่อ นามสกุล ตำแหน่งอย่างชัดเจนทุกครั้งเมื่อจบการบันทึก

### 2.3 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์

คุณภาพในการบันทึก แบ่งเป็นคุณภาพในเชิงกระบวนการ และคุณภาพในเชิงเทคนิค ซึ่งสุรีย ธรรมิกบวร (2540) ได้ให้ความหมายคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้

2.3.1 คุณภาพในเชิงกระบวนการ คือขั้นตอน โดยจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการบันทึกที่มีคุณภาพต้องได้มาจากกระบวนการบันทึกที่มีคุณภาพ นั่นคือ ต้องผ่านขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยง ครอบคลุมฐานความคิดในการปฏิบัติการพยาบาลที่องค์กรได้กำหนดปรัชญาไว้ เช่น เน้นการพยาบาลองค์รวม หรือยึดทฤษฎีทางการแพทย์ทุกสาขา ซึ่งแต่ละทฤษฎีใหม่โน้ตชนในการปฏิบัติการพยาบาล และที่สำคัญคือ ภายใต้ออบเขตที่พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ต้องมีการคิดเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อตรวจสอบคุณภาพของงานและการบันทึกตามมาตรฐาน ประการสุดท้าย คือกระบวนการบันทึกต้องสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนการพยาบาล รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

2.3.2 คุณภาพในเชิงเทคนิค คือคุณภาพของเอกสารที่บันทึก เนื่องจากบันทึกทางการแพทย์ถือเป็นเอกสารทางกฎหมาย ดังนั้น คุณภาพของเอกสาร คือ ต้องสะอาด อ่านง่าย เป็นระเบียบ ไม่มีการขีดลบ ขีดฆ่า ถ้าจำเป็นต้องแก้ไข ควรแก้ไขให้ชัดเจนโดยการเซ็นชื่อกำกับ นอกจากนี้รายละเอียดที่แสดงให้รู้ว่าเป็นบันทึกทางการแพทย์ของใคร ต้องเขียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์รูปแบบการบันทึกควรง่ายต่อการติดตามข้อมูล

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2544) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เป็นลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ดังนี้

1. แสดงลักษณะเฉพาะของกิจกรรมพยาบาลทั่วไป ด้านคุณภาพและปริมาณให้ปรากฏแก่ชุมชน และเนื้อหาการบันทึกควรมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่พยาบาลได้มาจากผู้ป่วยบอก (subjective data) ข้อมูลที่พยาบาลตรวจพบโดยสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง หรือจากแพทย์ (objective data) มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในการวางแผนดำเนินการพยาบาล และการรักษาจากแพทย์ พร้อมทั้งประเมินผลตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ซึ่งเรียกว่า บันทึกตามกระบวนการพยาบาลนั่นเอง

2. แสดงถึงบทบาทที่เป็นอิสระของวิชาชีพ

3. ข้อมูลสำคัญทางการแพทย์จะต้องปรากฏในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้องเป็นระบบ ระเบียบ ทันเวลา อ่านเข้าใจง่าย และเป็นประโยชน์ต่อการรักษาอย่างแท้จริง

4. ข้อมูลทางการแพทย์จะต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และมีการติดตามหรือบันทึกทุกเวรทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะกลับบ้านและการบันทึกจะต้องคงอยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างถาวร

พอทเทอร์ และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 2005) ได้ให้ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพต้องปฏิบัติดังนี้

1. บันทึกตามข้อเท็จจริง (factual basis) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการดูแลที่ได้รับต้องเป็นตามความจริง เป็นสิ่งที่พยาบาลเห็น ได้ยิน สัมผัสได้ และได้กลิ่นโดยไม่ต้องแปลความ

2. บันทึกถูกต้องตามความเป็นจริง (accurate) และเชื่อถือได้ (reliable) โดยเฉพาะการบันทึกตัวเลขต่าง ๆ เช่น ให้บันทึกว่าผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใส จำนวน 450 ซี.ซี. แทนการบันทึกว่าผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณพอควร

3. บันทึกครบถ้วน มีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์ (complete detail)

4. บันทึกสั้น กระชับ ให้ความหมายชัดเจน (brief and concise)
5. ข้อมูลอันน้อยต้องสามารถบอกแหล่งที่มาและบริบทได้ (objectivity)
6. บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตรงตามเวลา และบันทึกที่หลังปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาลแล้วเสร็จ (time with current data)

7. บันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและระบบ (logical organization data) เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและควรบันทึกตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

8. สิ่งที่บันทึกควรเป็นเรื่องปกปิด (confidentiality) ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาไม่สามารถเข้าถึงบันทึกได้ ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นกรณี

9. บันทึกด้วยตัวหนังสือหรือลายมือที่สวยงาม เรียบร้อย อ่านง่าย (legibility) เพื่อให้เข้าใจได้ตรงกัน  
สำนักงานพยาบาล (2551) ได้สรุปผลลัพธ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้นต้องมีการบันทึกข้อมูล การให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง (Correctness) ครบถ้วน (Completion) ชัดเจน (Clarity) และต่อเนื่อง (continuation) ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล สามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ และสามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้

ดังนั้นถ้าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพราะทุกคนได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยชัดเจนทำให้นำมาสู่การปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาลที่ดี เพราะทุกคนได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เป็นการสะท้อนที่สำคัญแสดงถึงคุณภาพการพยาบาล (สุรีย ธรรมิกบวร, 2540)

#### 2.4 แนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ

แนวทางการปฏิบัติการเขียนบันทึกการพยาบาลอย่างมีคุณภาพมีดังนี้ (Iyer & Camp, 1995; ไชแสง โปธิโกสม, 2543) ได้ให้แนวทางการปฏิบัติการเขียนบันทึกการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. กำหนดนโยบายการเขียนบันทึกการพยาบาลไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับระบบ วิธีการบันทึกประจำวัน และการติดตามประเมินผลของบุคลากรพยาบาล

2. กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามภาวะสุขภาพ ตามเวลาการพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล ตามลักษณะความซับซ้อนและความจำเป็นของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เพื่อให้บุคลากรนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

3. กำหนดแนวการเขียนบันทึกการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลเกี่ยวกับการเขียนบันทึกการพยาบาลเกณฑ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กำหนดการดูแลโดยบุคลากรทุกคนต้องร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปรับปรุงแนวทางการเขียนบันทึกการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของทุกคน

4. กำหนดแนวทางการทำงานเพื่อป้องกันการผิดพลาด ดังนี้

4.1 บุคลากรพยาบาลปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร หรือหัวหน้าทีมควรมีการตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยก่อนปฏิบัติงาน อันเป็นการป้องกันการบันทึกที่ผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์ได้

4.2 บุคลากรพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วย รับผิดชอบ จำหน่าย ต้องตรวจสอบความสมบูรณ์ของแฟ้มประวัติผู้ป่วยทั้งหมดก่อนส่งเวร หรือจำหน่ายผู้ป่วย

4.3 กำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผลของผู้บริหารทุกระดับและต้องใช้แนวทางการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ และให้การจูงใจแก่บุคลากรพยาบาล

5. ส่งเสริม สนับสนุนความรู้ความสามารถ และทัศนคติ แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุม

คุณภาพการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าทางการปฏิบัติงานพยาบาลในยุคโลกาภิวัตน์ การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และประสบการณ์ต่อกันในการสร้างแนวปฏิบัติการบันทึกการพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และการพัฒนาศักยภาพเฉพาะบุคคลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การบันทึกที่มีคุณภาพนั้นย่อมมาจากการทำงานที่มีคุณภาพเป็นอันดับแรก ถ้าการปฏิบัติการพยาบาลไม่มีคุณภาพโอกาสที่จะเกิดการบันทึกที่มีคุณภาพยากมาก การเขียนต้องเขียนในสิ่งที่ปฏิบัติและปฏิบัติตามเขียนเสมอ นอกจากนี้แล้วพยาบาลจะต้องรู้จักวิธีการเขียนที่ถูกต้องและต้องให้เวลากับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเพียงพอที่จะมีเวลาคิดวิเคราะห์รวบรวมและเชื่อมโยงประเด็น แล้วนำมาเรียบเรียงให้ผู้อ่านติดตามบันทึกได้ง่าย และสิ่ง ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ พยาบาลหัวหน้าเวรต้องจัดการบริหารเวลาให้ทีมและตนเองได้เขียนบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพราะคุณภาพบันทึก คือ สิ่งสะท้อนคุณภาพการพยาบาล ในระยะแรก ๆ อาจใช้เวลาบ้าง แต่เมื่อทุกคนได้พัฒนาการเขียนเรียบเรียงแล้ว จะเร็วขึ้นเรื่อย ๆ และการบันทึกนั้นไม่ใช่เพียงแต่สรุปก่อนสิ้นสุดการปฏิบัติงานในแต่ละช่วงเวรเท่านั้น แต่ควรจะเป็นบันทึกเป็นระยะตลอดเวลาของการปฏิบัติงานเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันทำให้ทีมพยาบาลและทีมสุขภาพอื่น ๆ ใช้ประโยชน์จากบันทึกการพยาบาลสูงสุด

## 2.5 ประเภทของการบันทึกทางการพยาบาล

ประเภทของบันทึกที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลักในการบันทึกมีดังนี้ (ประคิม สุขจฉายา และคณะ, 2549)

**2.5.1 คาร์เด็กซ์ (Kardex)** เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลโดยสรุป ซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การผ่าตัด ความต้องการการดูแล โดยทั่วไป ยาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น โดยจะเป็นข้อมูลที่มีการปรับให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ พยาบาลจะใช้คาร์เด็กซ์ในการรายงานด้วยวาจาในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมพยาบาลในผลัดของการทำงานต่อไป เพื่อให้พยาบาลในเวรถัดไปได้รับรู้ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การดูแลที่ได้ทำไว้ และการดูแลที่ต้องทำในเวรถัดไป

**2.5.2 แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย (Nursing assessment note)** เป็นแบบบันทึกผลการประเมินผู้ป่วยของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม โดยใช้กรอบแนวคิดต่าง ๆ เช่น ถ้าประเมินโดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ ต้องประเมินในด้าน 1) สุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร 3) การขับถ่าย 4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) การพักผ่อนและการหลับนอน 6) สติปัญญาและการรับรู้ 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) บทบาทและสัมพันธภาพ 9) เพศและการเจริญพันธุ์ 10) การปรับตัวและทนทานต่อความเครียด และ 11) ค่านิยม และความเชื่อ

**2.5.3 แบบบันทึกสรุปปัญหา (Problem list)** เป็นแบบสรุปรายการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่พบตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล เลขที่โรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค วันที่รับไว้ใน การดูแล วันที่จำหน่าย เป้าหมายของการดูแล ปัญหาทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วันที่สิ้นสุดของปัญหา สรุปการพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และชื่อผู้ประเมิน

**2.5.4. แบบประเมินผู้ป่วยในระหว่างการรักษา (Intra-assessment note)** เป็นแบบบันทึกผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ระหว่างที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น แบบรวบรวมข้อมูล ความเจ็บปวด แบบประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ แบบเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

**2.5.5 แบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note)** เป็นแบบบันทึกที่ใช้กระบวนการพยาบาลมาเป็นกรอบ ประกอบด้วย วัน เวลา รายการปัญหา แผนการพยาบาล ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น การประเมิน รวมทั้งอาการและการพยาบาลอื่นที่ให้อาจจะทำการบันทึกและประเมินผลการพยาบาลในทุกผลัดของการทำงาน

**2.5.6 แบบบันทึกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล (Progress note)** ใช้บันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย อันเป็นผลสืบเนื่องจากการรักษาและการพยาบาลที่ให้ ซึ่งอาจเป็นการบันทึกของแต่ละวิชาชีพในเอกสารคนละชุด หรือเขียนร่วมกันในเอกสารชุดเดียวกัน เป็นลำดับของการให้การรักษาดูแลผู้ป่วย

**2.5.7 แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning)** เป็นแผนที่พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพได้ทำเพื่อระบุความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงหรือทำหน้าที่ได้อย่างสูงสุด ภายหลังจากที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งผลการประเมินทำให้พยาบาลอาจต้องสอนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถจัดการสถานการณ์นั้นที่บ้านได้ หรือต้องส่งต่อผู้ป่วยหรือครอบครัวไปรับบริการที่จำเป็น

**2.5.8 แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย และการสอนเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อการส่งต่อ (Nurse's discharge note)** เป็นแบบสรุปสภาพของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายการส่งต่อ และบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่สอนหรือแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ตามแนวของ DMETHOD (Disease, Medication, Environment and Economic, Treatment, Health, Outpatient referral and Diet) และผลของการสอน หากเป็นการสอนเรื่องทั่วไปไม่จำเป็นต้องบันทึก

#### 2.5.9 กราฟ และแบบฟอร์มต่าง ๆ (Graphic Sheet and Flow Sheet) เช่น

1) แบบบันทึกแบบกราฟ ใช้บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs) ซึ่งรวมใช้บันทึกอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ในลักษณะของรูปกราฟ นอกจากนี้ยังใช้บันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายใน 1 วัน จำนวนครั้งของการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติไม่จำเป็นต้องเขียนซ้ำในบันทึกความก้าวหน้า

2) แผ่นบันทึกการให้ยารับประทานทางปาก (Medication Administration Record) ใช้บันทึกชื่อยา ขนาด จำนวน วิธีการให้ยา วันและเวลาที่ให้ยา พยาบาลผู้ให้ยาต้องลงชื่อและตำแหน่งกำกับด้วย

3) แผ่นบันทึกการให้ยาฉีด ใช้บันทึกชื่อยา ขนาด จำนวน วันและเวลาที่ให้ยา วิธีการโดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง กล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำ ซึ่งพยาบาลผู้ทำการให้ยาต้องลงชื่อ และตำแหน่งกำกับด้วย

4) แผ่นบันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใช้บันทึกชนิด จำนวน อัตราการไหลของสารละลายทางหลอดเลือดดำที่ให้แก่ผู้ป่วยตามลำดับเวลา และชื่อผู้ให้

5) แผ่นบันทึกการรับ-การเสียน้ำ ของเสีย (Fluid Intake and Output 24 Hours Record) ใช้บันทึกเกี่ยวกับปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ ส่วนปริมาณการเสียน้ำตวงจากการอาเจียน น้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร ปริมาณสารคัดหลั่งจากท่อระบายต่าง ๆ ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น

สำหรับบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยศึกษาและนำมาพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับสภาพการทำงานของแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย (พานทิพย์ รมโพธิ์ตาล, 2551) ได้แก่ แบบฟอร์มบันทึก 4 แบบ คือ 1) แบบฟอร์มประเมินสุขภาพ 2) แบบฟอร์มบันทึกแผนการพยาบาล 3) แบบบันทึกการพยาบาล และ 4) แบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย



## 2.6 ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Charting System)

ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้มีการพัฒนาขึ้นมานานแล้วและปรับปรุงกันมาเรื่อย ๆ เพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้ และส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติ (ประคิด สุขจฉายา และคณะ, 2549; พรศิริ พันธสี, 2552) ดังนี้

**2.6.1 รูปแบบบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)** เป็นรูปแบบการบันทึกที่พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย ใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาลโดยเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวันตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นจริง

**ข้อดี** ของรูปแบบบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

1. เป็นรูปแบบบันทึกที่ยืดหยุ่นเหมาะสมกับทุกสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วย
2. การบันทึกแสดงถึงความเข้มแข็งของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
3. เป็นการเสนอรายละเอียดในแต่ละระยะเวลาเป็นเวลานาน
4. ใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย
5. ใช้แบบฟอร์มธรรมดา เหมาะแก่การฝึกพยาบาลใหม่ให้บันทึกได้รวดเร็ว

**ข้อเสีย** ของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย ได้แก่

1. ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่าคุณสมบัติต่างๆ สัมพันธ์กันอย่างไร เพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่ เรียบเรียงข้อมูล
2. เป็นการยากที่จะติดตามปัญหาและวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากแบบบันทึกนี้
3. เป็นการบันทึกที่ไม่มีแนวทาง พยาบาลจะบันทึกไปเรื่อย ๆ บันทึกทุกอย่างทำให้ข้อความยาว และบางครั้งก็บันทึกซ้ำ
4. ไม่ได้สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล

## 2.6.2 รูปแบบบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Medical Record: POMR)

เป็นรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหา ช่วยสื่อสารระหว่างทีมดูแล เป็นรูปแบบที่เดิมพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ต่อมาพัฒนาขึ้นโดยพยาบาล ใช้ได้ผลในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAPIE คือ

S = Subjective data คือ ข้อมูลอัตนัย เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล

O = Objective data คือ ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งพยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้

A = Assessment คือ สิ่งที่พยาบาลคิดวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้

P = Plan คือ แผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้เพื่อปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

I = Interventions คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย

E = Evaluation คือ การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหานี้ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ฐานข้อมูล (Data Base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** รายการปัญหา (Problem List) เป็นส่วนบันทึกปัญหาของผู้ป่วยที่ได้หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานแล้ว ประเด็นปัญหาของผู้ป่วย สามารถเขียนในรูปของอาการ อาการแสดงหรือการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามวันที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ

**ส่วนที่ 3** แผนการพยาบาล (Initial Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาลและแผนการสอน

**ส่วนที่ 4** บันทึกความก้าวหน้า (Progress Notes) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเขียนในรูปแบบของ SOAP (IE)

**ส่วนที่ 5** การสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดอย่างย่อ ๆ ว่า ปัญหาใดบ้างที่ได้รับการแก้ไข ปัญหาใดบ้างที่ยังคงเหลืออยู่เพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลใน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

**ข้อดี** ของรูปแบบบันทึกแบบมุ่งปัญหา ได้แก่

1. เป็นรูปแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะ ซึ่งผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้ และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพได้ดี
2. การบันทึกแสดงถึง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแลและความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3. สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก

4. ใช้เป็นแนวทางบันทึกที่มุ่งแก้ไขปัญหามุ่งผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ข้อเสีย** ของรูปแบบบันทึกแบบมุ่งปัญหา ได้แก่

1. การบันทึกตามรูปแบบนี้ บางครั้งยากที่จะตัดสินใจว่าข้อมูลนี้ควรอยู่ภายใต้หัวข้อใด หรือการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาควรอยู่ข้อใด
2. การประเมินสภาพและกิจกรรมการพยาบาลปรับใช้กับปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหา การบันทึกตามแบบฟอร์ม SOAPIE ทำให้ต้องใช้เวลาในการบันทึกและเกิดการบันทึกซ้ำซ้อน

**2.6.3 รูปแบบบันทึกตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่มีใบประเมินสภาพการกำหนดปัญหา (Problem Intervention Evaluation: PIE)** เป็นรูปแบบบันทึกแบบมุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วยและมีกระบวนการบันทึกที่ง่ายขึ้นโดยมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) บันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าประจำวันของผู้ป่วยในแบบบันทึกความก้าวหน้า

**ข้อดี** ของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้แก่

1. การบันทึกจะรวมถึงรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
2. การบันทึกจะบันทึกปัญหาที่เป็นปัจจุบัน
3. เป็นรูปแบบบันทึกที่ง่ายโดยการบันทึกจะรวมบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบบันทึกเดียวกัน และใช้แบบบันทึกย่อยในการประเมินสภาพและการดูแลผู้ป่วย
4. มีการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกความก้าวหน้าโดยเน้นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลและการเขียนบันทึกการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วย

**ข้อเสีย** ของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้แก่

1. ทีมการพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบบันทึกนี้ไปใช้
2. รูปแบบนี้ต้องมีการประเมินปัญหาแต่ละปัญหาทุกเวอร์ ซึ่งต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก บันทึกบ่อยโดยไม่มีความจำเป็นและทำให้เป็นการบันทึกซ้ำ ๆ
3. รูปแบบนี้ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังอยู่โรงพยาบาลนาน ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

**2.6.4 รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)** เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ก็จะกำหนดเป็น “Focus” แทนคำว่า “ปัญหา”

วิธีการบันทึกด้วยรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ จะแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ส่วนของการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย และส่วนของงานประจำของพยาบาล จะบันทึกด้วยแผ่นบันทึกย่อย (Flow sheets)

**ส่วนที่ 2** ส่วนของแผ่นบันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วย ช่องสำหรับเขียน Focus และ DAR คือ

D: Data คือ ข้อมูลอัตนัย ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน Focus

A: Action คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล

R: Response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

**ข้อดี** ของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ ได้แก่

1. เป็นระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับระบบด้าน

คลินิก

2. มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR

3. เป็นระบบบันทึกที่สามารถชี้บ่งปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วยและใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ

4. เป็นระบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ ทางการพยาบาล และสอดคล้องกับ

ข้อกำหนดขององค์การรับรองมาตรฐานในการบริการสุขภาพ (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO) (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551)

**ข้อเสีย** ของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ ได้แก่

1. พยาบาลที่บันทึกต้องได้รับการฝึกฝนอย่างลึกซึ้ง ก่อนที่จะใช้รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความ

ต้องการ

2. เป็นระบบบันทึกที่มีการใช้คนในแบบฟอร์มจำนวนมาก ซึ่งเป็นการยากที่จะวิเคราะห์ออกมา

เป็นปัญหาของผู้ป่วย

**2.6.5 รูปแบบการบันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติ (Charting by Exception: CBE)** รูปแบบการบันทึกนี้เป็นรูปแบบการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดเวลาและการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ซึ่งการบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ได้แก่

1. แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (Nursing and Medical Order Flow Sheets)

2. แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (Graphic Form)

3. แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย (Patient-Teaching Record)

4. แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (Patient Discharge Note)

**ข้อดี** ของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE ได้แก่

1. เป็นแบบบันทึกที่มีขนาดเหมาะสมใช้บันทึกงานประจำตามแนวทางมาตรฐานการพยาบาล

2. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE เป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทาง

คลินิก

3. การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน

4. มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มที่ใช้บันทึก

5. แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) เป็นแนวทางที่ทำให้สะดวกและง่ายในการดูแล
6. ช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน
7. แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) ทั้งหมดจะเก็บไว้ที่เตียงของผู้ป่วย เพื่อสะดวกต่อการบันทึก

ได้ทันที

**ข้อเสีย** ของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE ได้แก่

1. การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการดูแลต้องใช้เวลาในการศึกษาและทำความเข้าใจก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ
2. ระบบการบันทึกนี้ใช้เวลานานในการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมมาใช้รูปแบบใหม่
3. การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยอาจบันทึกโดยสรุปย่อเพื่อความสะดวกในแบบฟอร์มหลายแบบฟอร์มแทนที่จะรวมใช้แบบฟอร์มเดียว

**2.6.6 รูปแบบบันทึกการพยาบาลตรงประเด็น (Flow Sheet Assessment Concise Timely: FACT)** รูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบบันทึกการพยาบาล CBE การบันทึกในรูปแบบนี้จะหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น การบันทึกข้อมูลซ้ำ ๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยายามลดเวลาในการบันทึก

**ข้อดี** ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT ได้แก่

1. การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีความสอดคล้องของภาษาและลักษณะของโครงสร้างพยาบาล
2. รายละเอียดของการบันทึกสามารถหาได้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
3. ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึก คือ มีความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ
4. ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลน้อยลง

**ข้อเสีย** ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT ได้แก่

1. การบันทึกด้วยรูปแบบนี้ต้องพัฒนาเวลาที่ใช้และวิธีการให้เป็น

มาตรฐาน

2. การใช้กระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกนี้มีความยุ่งยากที่จะพิสูจน์

**2.6.7 รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Charting by nursing process)** รูปแบบบันทึกการพยาบาลนี้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการบันทึกในระบบนี้โดยบันทึกความต้องการและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมง เมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รูปแบบประกอบด้วยดังนี้

1. ฐานข้อมูล (Data Base) เป็นข้อมูล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
2. แผนการพยาบาล (Care Plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาล
3. แบบบันทึกย่อย (Flow Sheets) เป็นบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการวินิจฉัยและการสอนผู้ป่วย
4. บันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลซึ่งเขียนในรูปของ DAE (Data, Action, Evaluation)
5. การสรุปจำหน่าย (Discharge Summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด

**ข้อดี** ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่

1. เป็นแบบบันทึกที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล

2. มีระบบ DAE สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล
3. เป็นระบบที่สั้น กะทัดรัด
4. เป็นระบบบันทึกที่เน้นการบันทึกด้านสังคมและจิตใจ

**ข้อเสีย** ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่

1. การบันทึกระบบนี้พยาบาลจะต้องได้รับการแนะนำหรือฝึกฝนอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบนี้

ไปใช้

2. การพัฒนาแบบฟอร์มอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้ระยะเวลานาน

3. แบบฟอร์ม DAE ไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

**2.6.8 รูปแบบบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ (Computerized)** การบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์มีความสำคัญในการบันทึกและเพิ่มความถูกต้อง แน่นนอน ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนบุคคลากร

**ข้อดี** ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล Computerized ได้แก่

1. เป็นบันทึกที่สามารถหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้อย่างรวดเร็ว
2. สามารถสะสมข้อมูลของผู้ป่วยและช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ
3. สามารถปรับข้อมูลของผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เป็นระบบการบันทึกที่อ่านง่ายและสามารถส่งข้อความความต้องการของผู้ป่วยให้ทีมการดูแล

ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินและการดูแลตามกระบวนการพยาบาล

**ข้อเสีย** ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล Computerized ได้แก่

1. ถ้าการใช้ไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ก็ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้
2. มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ที่ใช้ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์
3. ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล่มข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถใช้ได้

ไอเยอร์ และแคมป์ (Iyer & Camp 2000) ได้ให้หลักการพิจารณาการเลือกรูปแบบบันทึก ดังนี้

1. รูปแบบบันทึกนั้นจะต้องเหมาะสมกับที่จะนำมาใช้ในองค์กรการพยาบาลที่ประกอบด้วยพยาบาลหลายระดับการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล รับผิดชอบร่วมกันในการบันทึกให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ ซึ่งแบบบันทึกย่อยที่บันทึกเกี่ยวกับงานประจำ เช่น การพลิกตะแคงตัว การบันทึกจำนวนน้ำเข้า/ออกจากร่างกาย เป็นต้น สามารถมอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลรับผิดชอบได้

2. พิจารณาความรู้และทักษะของพยาบาลส่วนใหญ่ขององค์กร เช่น พยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่า 20 ปีมาแล้ว ในหลักสูตรสมัยนั้นไม่ได้สอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย การใช้คอมพิวเตอร์ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรปัจจุบันที่ทันสมัยและกว้างขวางกว่า ความแตกต่างนี้เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและเลือกระบบการบันทึกใหม่ที่ควรคำนึงถึง

3. พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ต้องใช้เพื่อการนำรูปแบบบันทึกใหม่มาใช้ ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการเตรียมงาน ค่าเวลาที่เสียไป ค่าพิมพ์แบบบันทึกใหม่ และค่าใช้จ่ายในการศึกษาอบรม

4. พิจารณาถึงเวลาที่ใช้ในการศึกษาอบรมว่า การใช้รูปแบบบันทึกใหม่แต่ละแบบบันทึกต้องใช้เวลาแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่การศึกษาอบรมขั้นต้น การติดตามคอยช่วยเหลือเมื่อพบปัญหา อุปสรรค การปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ในการใช้รูปแบบบันทึกและเวลาที่ใช้ในการฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญ

## 5. พิจารณาถึงความถูกต้องในทางกฎหมายและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบําราศนราดูล เป็นรูปแบบการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลงานบริการพยาบาลดัดแปลงมาจาก รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา พยาบาลบันทึกตั้งแต่รับเด็กเข้ามาในสถาบันฯ ด้วยอาการสำคัญ เหตุผล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต อาการเจ็บป่วยปัจจุบันและบันทึกการตรวจร่างกาย บันทึกอาการ อาการแสดง หรือการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามวันที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ บันทึกการวางแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหา กิจกรรมการพยาบาลและแผนการสอน บันทึกการเปลี่ยนแปลงของเด็ก ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาพยาบาล การสรุปปัญหาของเด็กอย่างย่อ ๆ ว่า ปัญหาใดบ้างที่ได้รับการแก้ไข ปัญหาใดบ้างที่ยังคงเหลืออยู่เพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลใน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และระบุนวัน เดือน ปี ที่บันทึก และมีแบบบันทึกย่อย ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบบันทึกการใช้ยา แบบบันทึกการฉีควัคซีน และบันทึกพัฒนาการ กราฟการเจริญเติบโตแผนการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผนเพื่อสรุปจำหน่าย แบบบันทึกเหล่านี้รวมอยู่ใน แฟ้มประวัติของเด็กแฟ้มเดียวกัน และการนัดต่อไป และการให้สุศึกษาเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือนิคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่โดยจะบันทึกลงไป ในแบบฟอร์มสรุปการจำหน่าย

สรุปได้ว่ารูปแบบของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีหลายรูปแบบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มการพยาบาลแต่ละแห่งว่าจะเลือกใช้รูปแบบใด ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา พยาบาลบันทึกตั้งแต่รับเด็กติดเชื้อเอชไอวีเข้ามารักษา พยาบาลในคลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบําราศนราดูล จนกระทั่งกลับบ้าน

### 3. บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในอดีตจะเน้นการเขียนกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเป็นความเรียงตามที่ได้บริการ โดยมีได้ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านั้นให้เพื่อแก้ปัญหาใดของผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลได้มีการพัฒนาองค์ความรู้โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ พยาบาลวิชาชีพและองค์กรวิชาชีพพยาบาลต่างมีการตื่นตัวในการพัฒนาระบบที่ช่วยเสริมการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยมุ่งที่ระบบสามารถให้แนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งการกำหนดผลลัพธ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ (ประคิน สุขฉายา และคณะ, 2549)

#### 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ทัศนีย์ ทองประทีป และเบ็ญจา เตากกล้า (2543) ได้ให้ความหมาย การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลกับกระบวนการพยาบาลในปัจจุบัน วาวิชาชีพการพยาบาลได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ทั้งส่วนที่เป้น วิทยาศาสตร์ และส่วนที่เป้นศิลปะ ซึ่งเป้นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล มีการกำหนด เป้าหมายของการพยาบาลที่ชัดเจน คือการดูแลบุคคลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นความสำคัญของบุคคลและเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลคือ กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล มีการบันทึก ข้อมูลตั้งแต่การประเมินสภาพของผู้รับบริการเมื่อแรกได้รับประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จนจำหน่ายอย่างเป้นแบบแผน การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล มีความสัมพันธ์กันดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รวบรวมข้อมูล และประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับใหม่ ด้วยการสัมภาษณ์ ซักถามสังเกต ตรวจร่างกายโดยใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมถึงประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบันแบบแผนการดำรงชีวิต สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต วิญญาณ ครอบคลุมถึงสภาพปัญหาการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงบันทึกในแบบบันทึกรับใหม่ผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 2** การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล จากประเมินผู้ป่วย พยาบาลที่ทำหน้าที่รับใหม่จะเป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผนการพยาบาลและ ปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่อง ครอบคลุมถึงการวางแผนการจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน บันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผลการพยาบาล หลังจากให้การปฏิบัติการพยาบาลดูแล รักษาตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติโดยการบันทึก ผลลัพธ์ตามเหตุการณ์ที่เป็นจริงทุกเวอร์ บันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง

**ขั้นตอนที่ 4** ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนรวมในการดูแล เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่รับผิดชอบในการ จำหน่ายเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

**สรุปได้ว่า** การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) คือการบันทึกการประเมินผู้ป่วย (Assessment) เมื่อแรกรับ มีการระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) บันทึกการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาครอบคลุมทั้งขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน บันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาล โดยการบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาล

### 3.2 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process)

การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งสุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้ให้ความหมาย การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ การบันทึกที่มีการระบุ ปัญหา บอกถึงการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา และผลการปฏิบัติ การบันทึก ด้วยวิธีนี้มีส่วนที่บันทึก 3 ประการคือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อพัฒนาให้สามารถบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการวางแผนการพยาบาล ซึ่งรูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการทางการ พยาบาลมีข้อดี และข้อด้อย ดังนี้

**ข้อดี** ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบใช้กระบวนการพยาบาล

1. บอกวันเริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาชัดเจน
2. การจะเขียนวินิจฉัยการพยาบาลได้ต้องมีภาวะที่ซึ่งจะทำให้ได้ ข้อมูลปัญหาชัดเจนแสดงถึงความรู้ด้านวิชาชีพการพยาบาลซึ่งต้องมีการวิเคราะห์ตัดสินใจในการ ปฏิบัติการพยาบาล
3. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในทิศทางเดียวและมีความต่อเนื่อง เพราะ ทีมการพยาบาลมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน
4. มีการประเมินผลการทำงานชัดเจน ปรับแก้วิธีให้การพยาบาล เหมาะสม ทันเวลา
5. สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล และ กระตุ้นให้มีการวินิจฉัยทางการพยาบาล

### ข้อด้อย ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบใช้กระบวนการพยาบาล

1. ทำให้ขาดขั้นตอนการวางแผนทางการพยาบาล การติดตามผลการ ปฏิบัติเพื่อประเมินปัญหา นั้นได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่
2. ไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่เหมาะสม กับผู้ป่วยที่ปัญหาไม่ เปลี่ยน เช่น ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังการบันทึก โดยวิธีนี้เป็นที่นิยมกันมากขึ้น ถ้าพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล มาก เพราะการเขียนวินิจฉัยทางการ พยาบาลนั้นต้องใช้ทักษะ การคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึก อาจทำให้ใช้เวลานาน จนเกิดความท้อถอยหรือไม่มี เวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบการ คิดวิเคราะห์

### ตารางที่ 1 ตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบใช้กระบวนการทางการพยาบาล

วันที่/เวลา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล	ลายเซ็นต์
31 มี.ค. 58 (16.00- 24.00 น.)	1. เด็กมีไข้ สูง เนื่องจาก สูญเสีย น้ำ จาก อาเจียน 5 ครั้ง ถ่าย เป็นน้ำ 2 ครั้ง ปากแห้ง เล็กน้อย มีไข้ 39 องศา เซลเซียส	-เช็ดตัวลดไข้เป็นระยะ -สังเกต อาการเกร็ง ชัก -ให้จิบน้ำเกลือแร่ เป็นระยะ -สังเกตอาการ ชาดน้ำและ ลักษณะ อูจจาระ -บันทึกปริมาณน้ำเข้า และ น้ำออกจากร่างกาย -ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	-อุณหภูมิร่างกายลดลง -แขน ขาเด็กเคลื่อนไหวปกติ -ลักษณะผิวหนัง ดวงตา ริม ฝีปาก ชาดน้ำเพียงเล็กน้อย -ดื่มน้ำเกลือแร่ ได้ 50 ซีซี. -ถ่ายเหลวมีน้ำปนเนื้อ 1 ครั้ง -สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/70 mmHg, ชีพจร 100 ครั้ง/นาที แรง สม่าเสมอ	เจริญสุข อัครพิพิธ

สรุป ได้ว่าการเขียนบันทึกของพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลสามารถสะท้อนกระบวนการ พยาบาลได้ดี เพราะกระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบในการวางแผนและการให้การดูแลผู้ป่วยโดย มีเป้าหมายที่จะให้การดูแลเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้อง สะท้อนให้เห็นถึงการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม

#### 4. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก (สำนักการพยาบาล, 2551)

การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นการบริการที่บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ ด้านสุขภาพ ครอบครัวการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้มีสุขภาพดีและผู้มีปัญหาสุขภาพ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นข้อกำหนดให้ พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 9 มาตรฐาน ดังนี้

##### มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา ประกอบด้วย

- 1.1 การตรวจคัดกรอง
- 1.2 การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง
- 1.3 การปฏิบัติการพยาบาล
- 1.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการ พยาบาล



มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระหว่างการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอกล่าวถึงเฉพาะมาตรฐานที่ 9 ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการวิจัยนี้

การบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ใช้บริการ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงาน และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และเป็น หลักฐานทางกฎหมาย

#### แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่แสดงถึงการใช้กระบวนการ พยาบาลครอบคลุม เกี่ยวกับ

1.1 การคัดกรองเบื้องต้น/การประเมินต่อเนื่อง  
1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ  
1.3 การวางแผนการพยาบาล/การเตรียมพร้อมก่อนส่งต่อ/เคลื่อนย้าย/ จำหน่าย การช่วยเหลือ พยาบาลเบื้องต้น/ปฏิบัติการพยาบาล

1.4 การประเมินผล/การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล  
2. บันทึกทางการพยาบาลทั้งการบันทึกการปฐมพยาบาล/การดูแลให้การ ช่วยเหลือเบื้องต้น ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ดังนี้

2.1 ปัญหาการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพผู้ให้บริการ เช่น อาการวิตกกังวล อาการปวด อาการใช้ เป็นต้น

2.2 การวางแผนการพยาบาลที่จะให้กับผู้ให้บริการครอบคลุมตามปัญหา และความต้องการ  
2.3 การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การจัดทำ การประคบร้อน การเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น  
2.4 การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล

3. บันทึกทางการพยาบาลที่แสดงถึงการให้บริการพยาบาลตามอาการทางคลินิก ของผู้ให้บริการ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดบริการ ณ หน่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

4. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ลงในแบบฟอร์มที่กำหนด ของหน่วยงาน  
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก  
6. นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

#### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ครอบคลุม กระบวนการพยาบาล และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2. บันทึกทางการพยาบาลสามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้

5. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยมีแนวทางการบันทึก ดังนี้

### 5.1 ข้อมูลผู้ป่วย (Patient's profile)

5.1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอกแผ่นที่ 1 หรือ หน้าแรกของเวชระเบียน หรือ แผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่า เป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วย ที่ลงบันทึกให้ในใบคำร้องขอมีเวชระเบียนในการมารับบริการ

5.1.2 กรณีที่เป็นการพิมพ์ระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบตามระบบการจัด การของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น

5.1.3 กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูล หรือ กรณีที่เขียนด้วยดินสอ โดยไม่มีการลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่กำกับจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

#### เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อ เช่น นาย นาง....) HN และอายุ หรือวัน เดือน ปีเกิด ของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มี เฉพาะปี พ.ศ. ได้

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วยอาจบันทึกว่า “บดก.” กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมกับระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือไม่มีประวัติแพ้แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถ ระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล และ HN ใน ทุกแผ่น ของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูล ชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้า ที่ส่งให้ตรวจสอบ

**หมายเหตุ** หัก 1 คะแนน กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อผู้บันทึกการแก้ไขข้อความนั้น ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

5.2 ประวัติการเจ็บป่วย (History) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้น เป็นการบันทึกอาการและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ซึ่งได้จากการซักถามผู้ป่วย และ/หรือญาติ หรือผู้นำส่ง พร้อมระบุผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

5.2.1 บันทึกอาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล (Chief complaint)

5.2.2 บันทึกรประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

5.2.3 บันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูล ที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการช้ประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา

5.2.4 บันทึก Past illness ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

5.2.5 บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้

5.2.6 บันทึกประวัติการเป็นประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-18 ปี) หรือประวัติ Vaccination และ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ 0-14 ปี) หรือ Social history หรือ Personal history

5.2.7 บันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลา ที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ช้ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

5.2.8 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถช้ประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่มีญาติ”

#### เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วน ตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการช้ประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (Past illness) และ ประวัติ ความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี) หรือประวัติ Vaccination และ Growth development (กรณีเด็กอายุ 0-14 ปี) หรือ Social history หรือ Personal history (กรณีไม่เกี่ยวข้องให้ระบุ NA)

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลา ที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ช้ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของ บุคคลในครอบครัว

**หมายเหตุ 1)** เกณฑ์การประเมินในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติ หรือไม่สามารถ ช้ประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA

**2)** ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

**5.3 การตรวจร่างกาย (Physical examination) แนวทางการพิจารณา** เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของแพทย์ พยาบาล และหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการในครั้งนั้น แนวทางการบันทึก

5.3.1 บันทึกวันเดือนปีและเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

5.3.2 บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล (Chief complaint) กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)

5.3.3 บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ คลำ หรือ ฟังที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief Complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)

5.3.4 บันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย

5.3.4 บันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย

5.3.6 บันทึกน้ำหนักทุกรายและส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือ ค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่ง น้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ต้องระบุ)

5.3.7 สรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย **เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)**

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือเคาะที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ คลำ หรือ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กที่อายุน้อยกว่า 3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือ ค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่ง น้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ต้องระบุ)

**เกณฑ์ข้อที่ 7** บันทึกการสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการซักประวัติและการตรวจร่างกาย

**5.4: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย (Treatment/Investigation) เอกสารที่ใช้ประเมิน** เวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาล และ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น มีรายละเอียดดังนี้

5.4.1 บันทึกการสั่งหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทางรังสี การตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

5.4.2 บันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้น กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”

5.4.3 บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่ส่งจ่าย

5.4.4 บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการ ที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ใน โรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

5.4.5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา

5.4.6 บันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up

5.4.7 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

5.4.8 กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

#### เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจทางรังสี หรือ การตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดง หลักฐาน standing order นั้น กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยาการทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการ วินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ จำนวนยาที่ส่งจ่าย กรณีไม่มีการสั่งยา ให้เป็น NA

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือ ภาวะการเจ็บป่วย หรือ การปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้า พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผลหรือแผนการรักษา

**เกณฑ์ข้อที่ 5** กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนกต้องมีบันทึกผลการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ผ่านมา กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่นให้เป็น NA

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบใน การ ตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

**หมายเหตุ** ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้ว มี การ ระบุเหตุผลการใช้ยา

**5.5 การตรวจติดตาม (Follow up)** แนวทางการพิจารณาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลใน ส่วนของการตรวจติดตามที่บันทึกในการมารับบริการในครั้งนั้น มีรายละเอียดดังนี้

5.5.1 บันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up

5.5.2 บันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

- 5.5.3 บันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คำ คำ เคาะ ฟัง)
- 5.5.4 บันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุบบัญญาที่เกิดขึ้น
- 5.5.5 บันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา กรณีที่เขียน RM (Repeat medication) ให้ระบุ วัน เดือน ปี ที่ Repeat medication นั้น และต้องมีการ Review รายการยาปีละครั้งเป็นอย่างน้อย
- 5.5.6 มีบันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่น ๆ การตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน Standing order นั้น กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ
- 5.5.7 บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวัง เกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up ครั้งต่อไป
- 5.5.8 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- 5.5.9 กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถสั่งการรักษาย้อนหลัง หรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

#### เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คำ คำ เคาะ ฟัง)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุบบัญญาที่เกิดขึ้น และมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการสั่งรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น
- \*กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น ไม่เกี่ยวข้อง (Not Applicable: NA)
- \*\*กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์
- \*\*\*กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ ต้องระบุ
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติหรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up ครั้งต่อไป กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลให้ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- หมายเหตุ** ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

## 5.6 บันทึกการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative note) มีแนวทางการพิจารณาดังนี้

5.6.1 ใช้การบันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่า เป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการทำผ่าตัดหรือหัตถการของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการครั้งนั้นในการประเมิน

5.6.2 ตำแหน่งที่บันทึก อาจเป็นเวชระเบียนของผู้รับบริการในวันที่เข้ารับการรักษา หรือแบบฟอร์มการผ่าตัด หรือหัตถการ หรือส่วนที่หน่วยบริการระบุว่า เป็นส่วนของบันทึกการผ่าตัด (Operative note)

5.6.3 แนวทางในการพิจารณาว่าการทำผ่าตัดหรือหัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการ นั้น ใช้ เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

1) กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด

2) กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายถึงห้องส่องกล้อง และ ห้องสวนหัวใจ แนวทางการบันทึก

(1) บันทึกชื่อ และนามสกุลผู้ป่วยชัดเจน

(2) บันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative findings)

(3) บันทึกวิธีการทำผ่าตัด (Operative procedures) วิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก ผลการทำผ่าตัด หรือหัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post-operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

5.6.4 บันทึก วัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

5.6.5 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกและลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบในการผ่าตัดโดยสามารถ ระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

5.6.6 มีการวาดรูปแสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัดหรือหัตถการที่นำไปสู่การวินิจฉัย เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative findings)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative procedures)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ การวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post-operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ต้องมีการติดตามผล Pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล Pathology” หรือ “รอผล ชิ้นเนื้อ”

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึก วัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

## 5.7 บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent) พิจารณาดังนี้

5.7.1 การบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำ ผ่าตัด หรือหัตถการในเวชระเบียน หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึกการยินยอมบันทึก การรักษาของผู้รับบริการ ในการเข้ารับการตรวจรักษาในครั้งนั้น

5.7.2 แนวทางในการพิจารณาว่าต้องมีบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา ใช้เกณฑ์ การพิจารณาแนวทางเดียวกับบันทึกการผ่าตัด แนวทางการบันทึก

1) บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน  
2) ลงลายมือชื่อ และนามสกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบข้อมูล  
3) ลงลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณี ที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็น ความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีบันทึกในขั้นตอนให้คำปรึกษา

4) บันทึกเหตุผลความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ และข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

5) ลงลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

6) กรณี ใช้ลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่านิ้วมือเป็นของใคร และนิ้วใด ชื่อ และ นามสกุล ของ ผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้น สมรส ตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้อง ระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

(1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้ถือเป็นกรณีมีความ จำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอม จากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

(2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินสามารถ ให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็น รับทราบภายหลัง พร้อมระบุ วัน เดือน ปี และ เวลา ที่รับทราบการรักษานั้น ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่า เป็นของใครและใช้นิ้วใด)

7) กรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อ เอชไอวี ซึ่งมีการบันทึก ในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

### เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่า เป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อและ นามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้น สมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

1. กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉินหรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็น อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันที ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจาก ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง



2. กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อม ระบุ วัน เดือน ปี และ เวลา ที่รับทราบการรักษานั้น

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียวให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกเหตุผลความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกระบุ วัน เดือน ปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

## 6. โรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ในเด็ก

**โรคเอดส์ (Acquire Immunodeficiency Syndromes: AIDS)** หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงมากเนื่องจากร่างกายได้รับเชื้อเอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ทำให้เม็ดโลหิตขาวที่เป็นภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงส่งผลให้ร่างกายติดเชื้อโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือโรคแทรกซ้อนและมะเร็งบางชนิด

### 6.1 สถานการณ์โรคเอดส์

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 37.9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็กประมาณ 1.7 ล้านคน (Joint United Nations Program on HIV and AIDS, 2018) และในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตจำนวน 439,610 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 5,529 คน (Spectrum-AEM, 2561) โดย 3 ใน 4 ส่วนได้รับการรักษาด้วยยาต้าน และในจำนวนนี้มีเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 4,100 คน สำหรับสถานการณ์การถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 และเริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 โดยมีแนวโน้มลดลงฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยอ้างอิงจากรายงานเด็กที่รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR พบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลดลงจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2551 เหลือร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งไม่ถึงเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 2 จึงมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งในปี 2560 ประเทศไทยประสบความสำเร็จโดยพบว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอยู่ที่ร้อยละ 1.7

### 6.2 เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์

เชื้อ เอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นเชื้อ ไวรัส ชนิดหนึ่ง จัดเป็นรีโทรไวรัส (Retrovirus) เชื้อ เอชไอวี แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือเชื้อ เอชไอวี-1 (Human Immunodeficiency Virus type-1) และเชื้อ เอช ไอ วี-2 (Human Immunodeficiency Virus type-2) เชื้อเอชไอวี-1 พบระบาดรุนแรงทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย ส่วนเชื้อ เอช ไอ วี-2 พบการระบาดในแอฟริกาตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มี การรักษาที่หายขาด แต่สามารถควบคุมการติดเชื้อ โดยการให้ยาต้านไวรัสที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการติดเชื้อแทรกซ้อนลดลง ตลอดระยะเวลาที่มากกว่า 30 ปี ที่เชื้อ เอช ไอ วี ได้แพร่ระบาดทั่วโลกก่อให้เกิดปัญหาและความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านจิตใจและร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะก้าวสู่การเป็นโรคเอดส์ได้ในไม่นานถ้าไม่ได้รับการรักษาในระยะแรกของการรับเชื้อ

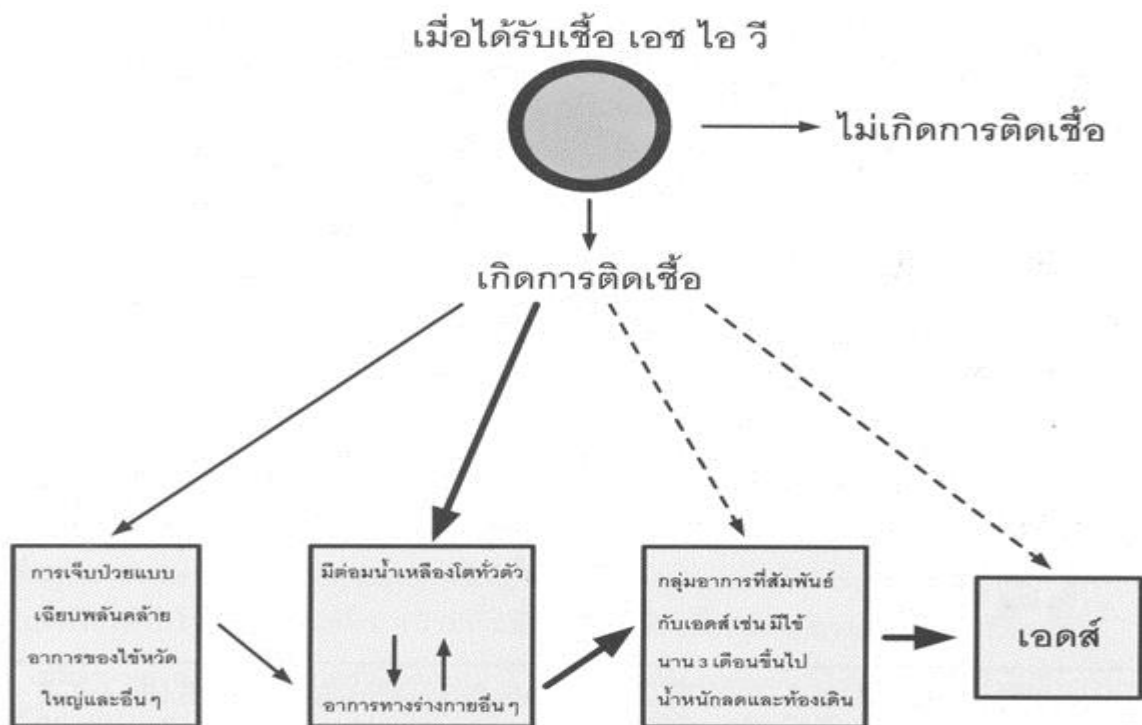
### 6.3 การติดต่อของเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวี สามารถติดต่อได้ทางเลือด ทางเพศสัมพันธ์ และทางมารดาสู่ทารก ขณะ  
 ตั้งครรภ์ รวมไปถึงการให้นม ทารกสามารถได้รับเชื้อจากมารดาได้ 3 ทางคือ **ทางรก**  
 (transplacental transmission) เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ อาจพบได้ตั้งแต่  
 ระยะเวลาของการตั้งครรภ์ **ขณะคลอด (intrapartum)** โดยการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งระหว่างคลอด  
**ทางน้ำนม (breastfeeding)** โดยอัตราการติดเชื้อเป็นได้ตั้งแต่ ร้อยละ 5-20 ซึ่งขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่  
 ระดับปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (HIV Viral Load) ในมารดา ระดับภูมิคุ้มกันในมารดา เต้านมมีความ  
 ผิดปกติ เช่น การอักเสบ และระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก  
 เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ โดยพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้รับยาต้าน  
 ไวรัสและไม่ให้นมบุตร จะมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 15-40 โดยเฉลี่ยร้อยละ 25 โดยสัดส่วนของโอกาสที่ทารกจะ  
 ติดเชื้อแตกต่างกันไปตามระยะเวลาของการตั้งครรภ์

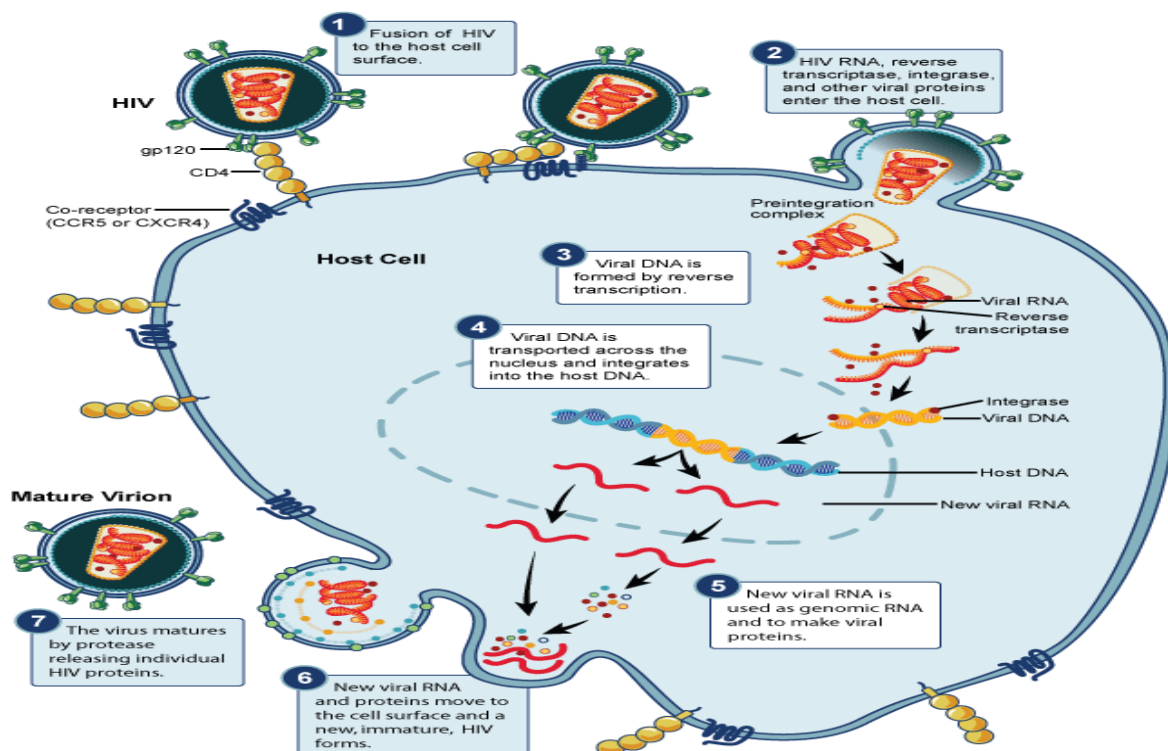
#### 6.3.1 ระยะเวลาในการติดเชื้อ

การติดเชื้อเอชไอวี มี 3 ระยะ และ 4 การจำแนกระยะโรคในเด็กติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute HIV Infectious) เป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี เกิดขึ้น  
 ระหว่าง 2-4 สัปดาห์หลังจากติดเชื้อ ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะเริ่มมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ เช่น มี  
 ไข้ เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีผื่นและปวดหัว อาการเหล่านี้เรียกว่า acute retroviral  
 syndrome หรือ ARS เกิดขึ้นจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในระยะนี้ เชื้อไวรัสจะเพิ่ม  
 จำนวนอย่างมากในร่างกาย ทำให้เซลล์ซีดีโฟ (CD4) ในร่างกายลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว เป็นระยะที่มีความ  
 เสี่ยงสูง ที่ผู้ติดเชื้อจะแพร่กระจายไวรัสไปยังผู้อื่น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี  
 อย่างไม่รู้ก็ตาม หลังจากระยะเฉียบพลัน ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะค่อยๆ ทำให้ปริมาณของเชื้อไวรัสอยู่ใน  
 ระดับคงที่ หรือเรียกว่า viral set point หมายความว่าเชื้อไวรัสมีปริมาณคงที่ในร่างกายและปริมาณเซลล์  
 CD4 เริ่มเพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่ง แต่จะไม่สูงเท่ากับก่อนติดเชื้อ



ภาพที่ 2 แสดงกลไกการติดเชื้อของไวรัสเอชไอวี



ภาพที่ 3 แสดงกลไกการติดเชื้อของไวรัสเอชไอวี ที่ต้องอาศัย CCR5 ในการเข้าสู่เซลล์

2) ระยะสงบทางคลินิก (Clinical Latency Stage) เป็นระยะที่เชื้อไวรัสอยู่ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการใดๆ หรืออย่างมากที่สุดคือมีอาการเพียงเล็กน้อย บางครั้งเรียกระยะนี้ว่า ระยะติดเชื้อเรื้อรัง (Chronic HIV infection) หรือ ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection) ในระยะนี้ไวรัสจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นในระดับต่ำ และมักจะใช้เวลาจนถึง 10 ปี แต่สำหรับผู้ติดเชื้อบางคนอาจใช้เวลาน้อยกว่านั้น

3) ระยะโรคเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่การติดเชื้อเอชไอวีได้พัฒนาเป็นโรคเอดส์ ระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงมีปริมาณเซลล์ CD4 อยู่ระหว่าง 500 ถึง 1,600 cells/mm<sup>3</sup> ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ มี CD4 < 200 cells/mm<sup>3</sup> เมื่อถึงจุดนี้ระบบภูมิคุ้มกันได้ถูกทำลายอย่างรุนแรงจนผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ซึ่งเกิดจากเชื้อโรคที่ไม่ก่อให้เกิดโรคในคนที่มียระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง แต่จะทำให้เกิดโรคกับผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ แต่ไม่ว่าผู้ติดเชื้อมีปริมาณ CD4 เท่าใดก็ตาม หากมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าถือว่าผู้ติดเชื้อนั้นเป็นโรคเอดส์

4) การจำแนกระยะโรคในเด็กติดเชื้อเอชไอวีตามองค์การอนามัยโลก (WHO Classification System for HIV-Infected Children)

#### กลุ่ม 1 (WHO clinical stage 1)

1. ไม่มีอาการ
2. ต่อม้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย

#### กลุ่ม 2 (WHO clinical stage 2)

1. ตับ ม้ามโต (unexplained persistent hepatosplenomegaly)
2. ผื่นผิวหนังอักเสบ (popular pruritic eruptions)
3. มุมปากอักเสบ (angular cheilitis)

4. เหงือกอักเสบชนิด linear gingival erythema
5. แผลในปากเป็นๆ หายๆ
6. หูด (extensive wart virus infection)
7. หูดข้าวสุก (extensive molluscum contagiosum)
8. ติดเชื้อราที่เล็บ
9. ต่อม้ำลายพาโรทิดอักเสบ (unexplained persistent parotid enlargement)
10. งสุวต์
11. โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนซ้ำๆ หรือเรื้อรัง (หูชั้นกลางอักเสบ หนองใน

ไซนัสอักเสบหรือต่อมทอลซิลอักเสบ

### กลุ่ม 3 (WHO clinical stage 3)

1. ผอมแห้งขาดสารอาหารขั้นปานกลางโดยไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามมาตรฐาน
2. อุจจาระร่วงเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุมานานตั้งแต่ 14 วันขึ้นไป
3. ไข้มากกว่า 37 C เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุเป็นนานกว่า 1 เดือน
4. เชื้อราในปากเรื้อรัง (persistent oral candidiasis) หลังจากอายุ 6-8 สัปดาห์
5. ฝ้าขาวที่ลิ้นชนิด (oral hairy leukoplakia)
6. เหงือกอักเสบเป็นแผลหรือเยื่อหุ้มฟันอักเสบ (acute necrotizing ulcerative gingivitis or periodontitis)
7. วัณโรคต่อมน้ำเหลือง
8. วัณโรคปอด
9. ปอดอักเสบรุนแรงจากเชื้อแบคทีเรีย
10. ภาวะปอดอักเสบเรื้อรัง แบบ lymphoid interstitial pneumonitis
11. ปอดเรื้อรังจากการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงโรคหลอดลมพอง (bronchiectasis)
12. ซีต (ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8 g/dL) หรือเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำกว่าเกณฑ์ (<500 cells/ $\mu$ L) หรือเกล็ดดำเรื้อรัง (น้อยกว่า 50,000 cells/ $\mu$ L) โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่อธิบายได้

### กลุ่ม 4 (WHO clinical stage 4)

1. กลุ่มอาการผอมแห้งขาดสารอาหารอย่างรุนแรงโดยไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามมาตรฐาน
2. ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis jiroveci
3. ติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรงหลายครั้งเช่น empyema ฝีในกล้ามเนื้อ (pyomyositis) การติดเชื้อของกระดูกและข้อทั้งนี้ไม่รวมถึงปอดอักเสบ
4. ติดเชื้อเริม (herpes simplex) เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
5. วัณโรคนอกปอด
6. ติดเชื้อ non-tuberculous Mycobacteria ชนิดแพร่กระจาย
7. ติดเชื้อรา candida ในหลอดอาหารหลอดลมหรือปอด
8. ติดเชื้อ toxoplasmosis ในสมอง (หลังอายุ 1 เดือน)
9. ติดเชื้อไวรัส cytomegalovirus ที่จอประสาทตาหรืออวัยวะต่างๆ (หลังอายุ 1 เดือน)
10. ติดเชื้อรา cryptococcosis นอกปอด รวมถึงเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
11. เชื้อราชนิดแพร่กระจาย (disseminated endemic mycosis) เช่น histoplasmosis coccidiomycosis, Penicilliosis (ในเอเชีย)

12. อจุจาระร่วงเรื้อรังจากเชื้อ Cryptosporidium หรือ อจุจาระร่วงเรื้อรังจากเชื้อ

Isospora

13. สมองฝ่อจากภาวะ HIV encephalopathy

14. สมองเสื่อมจากภาวะ progressive multifocal leukoencephalopathy

15. กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติจากภาวะ HIV-associated cardiomyopathy

16. ไตผิดปกติจากภาวะ HIV-associated nephropathy

17. มะเร็งชนิด Kaposi's sarcoma

18. มะเร็งชนิด lymphoma ในสมอง (B-cell non Hodgkin lymphoma)

### 6.3.2 อาการของโรคเอดส์

1) อาการของโรคเอดส์ทั่วไป เป็นอาการในระยะที่ภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ลดลง ได้แก่ ปอดอักเสบ สูญเสียความจำ อาการซึมเศร้าและอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ท้องเสียเรื้อรังนานกว่าหนึ่งสัปดาห์ เหนื่อยผิดปกติ อาการไข้ที่กลับมาเป็นซ้ำๆ เหงื่อออกตอนกลางคืน น้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว มีผื่นตามผิวหนัง ในช่องปาก จมูกและเปลือกตา แผลที่ริมฝีปาก อวัยวะเพศและทวารหนัก อาการบวมที่ตอม น้ำเหลืองบริเวณ คอ รักแร้และขาหนีบ

2) อาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) โรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิต และต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การให้ยาต้านไวรัสสูตร HAART จะลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้อย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มี CD4 + T lymphocyte count น้อยกว่า 200 cells/DL โรคติดเชื้อฉวยโอกาสโรคที่พบบ่อย ได้แก่

- (1) การติดเชื้อไวรัส ไซโตเมกกะโลไวรัส (Cytomegalovirus; CMV), การติดเชื้อเริม (Herpes Simplex) เชื้องูสวัด (Herpes Zoster) ไวรัสตับอักเสบบี เอ หรือ ซี หรือ ซี
- (2) การติดเชื้อรา (Candidiasis) การติดเชื้อ Cryptococcal การติดเชื้อ Pneumocystis jirovecii (Pneumocystis pneumonia; PCP) Histoplasmosis
- (3) การติดเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Avium Complex (MAC or MAI) การติดเชื้อวัณโรค Tuberculosis (TB)
- (4) การติดเชื้อปรสิต Toxoplasmosis gondii, Cryptosporidiosis

### 6.4 การรักษาโรคเอดส์

การดูแลรักษาเอชไอวีนั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ **การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการดูแลด้านอื่นๆ** ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี คือ เพื่อลดปริมาณเชื้อ ไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (<50 copies/mL) และนานที่สุด รวมถึงให้จำนวน CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุดทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

(Non AIDS-related illness) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยการกินยา (adherence) ที่ดีมาก คือ กินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 เช่น ยาที่ต้องกินวันละ 2 ครั้งต้องแนะนำให้กินทุกๆ 12 ชั่วโมง หรือยาที่กินวันละ 1 ครั้ง ต้องแนะนำให้กินทุกๆ 24 ชั่วโมง ในงานวิจัยนี้จะกล่าวถึงการรักษาด้วยยาต้าน เอชไอวี (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART)

#### 6.4.1 สูตรยาและกลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัส

ตาราง ที่ 2 สูตรยาต้านไวรัสสำหรับเริ่มรักษาในเด็กที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส มาก่อน พ.ศ. 2560  
(เกียรติ รัชชัฎธรรม และคณะ, 2560)

	อายุ < 3 ปี	อายุ 3-12 ปี	อายุ >12 ปี
สูตรยาที่แนะนำ (preferred regimens)	AZT (หรือ ABC) + 3TC+LPV/r	AZT (หรือ ABC) +3TC +EFV	TDF+3TC (FTC)+EFV
สูตรยาทางเลือก (alternative regimens)	AZT (หรือ ABC) +3TC+NVP	AZT (หรือ ABC) +3TC+NVP	AZT (หรือ ABC) + 3TC+EFV
		TDF+3TC (FTC) +EFV TDF+3TC(FTC) + NVP	TDF+3TC (FTC)+ATV/r และ TDF+3TC (FTC)+RPV

สูตรยามีหลายชนิด ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาเอชไอวี การรักษา มาตรฐาน เรียกว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) ประกอบด้วย ยาต้านไวรัส สามชนิดหรือมากกว่า ยาเหล่านี้ไม่ได้รักษาเอชไอวีให้หายขาดแต่มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด โดยปัจจุบันเพื่อสุขภาพระยะยาวของผู้ติดเชื้อจะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วโดยทุกประเทศแนะนำให้เริ่มใช้ยาต้านทุกระดับของ CD4 หลายประเทศรวมทั้งคลินิกนิรนามได้เริ่มให้บริการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อทันทีในวันเดียวกันกับที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ (Same-Day ART) โดยคนไทยทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลสามารถรับการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสได้ฟรี โดยความลับไม่รั่วไหล การรับประทานยาต้านอย่างสม่ำเสมอภายใน 6 เดือน จะสามารถกดไวรัสลงเหลือน้อยมาก จนไม่สามารถตรวจเจอเชื้อไวรัสได้ในเลือดและไม่สามารถถ่ายทอดเชื้อให้ใครได้ จึงเรียกว่า “ไม่เจอเท่ากับไม่แพร่” หรือ U=U (Undetectable = Untransmittable)

#### สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันเอชไอวี ประเทศไทยปี 2560

TDF+FTC+EFV หรือ RPV และที่ใช้บ่อยคือ ทีเวียร์ ซึ่งเป็นยาเม็ดรวม 3 ตัว ในเม็ดเดียว ประกอบด้วย TDF หรือทีโนโฟเวียร์ + FTC หรือ เอมโทรซิตาปีน + EFV หรือ อีฟาเวเรนซ์ รองลงมาคือ จีพีโอเวียร์แซ็ด ซึ่งรวมระหว่าง 3TC+AZT+NVP

**ตารางที่ 3** เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวี ในเด็กและวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2560 (เกียรติ รัชชงูธรรม และคณะ, 2560)

เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวี ในเด็กและวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย แนะนำให้เริ่มการรักษาในเด็ก และทุกราย โดยกรณีต่อไปนี้ควรเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างรวดเร็วที่สุด		
อายุ < 1 ปี	อายุ 1- <5 ปี	อายุ 5-15 ปี
เริ่มการรักษาทุกรายอย่างเร่งด่วน เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตใน ขวบปีแรก สูงมาก	มีอาการแสดงในระยะ WHO stage 3, 4 หรือ มีจำนวน CD4 ต่ำกว่าเกณฑ์คือ อายุ 1-3 ปี ร้อยละ CD4 < 25 หรือ CD4 < 1,000 cells/mm <sup>3</sup> อายุ 3- < 5ปี หากมีร้อยละ CD4 < 25 หรือจำนวน CD4 < 750 cells/mm <sup>3</sup>	มีอาการแสดงในระยะ WHO stage 3, 4 หรือ มี CD4 < 500 cells/mm <sup>3</sup> สำหรับวัยรุ่น ควรเริ่มยาโดยเร็ว ที่สุดทุกรายเพื่อป้องกันการ ถ่ายทอดเชื้อ แก่ผู้อื่น

**หมายเหตุ** เด็กเอชไอวีที่อายุ  $\geq 1$  ปี จนถึงช่วงอายุวัยรุ่นหากผู้ป่วยและผู้ปกครองยังไม่พร้อมเริ่มยาต้านไวรัสและผู้ป่วยมีระยะโรคที่ WHO stage 1, 2 รวมทั้ง มีระดับ CD4 สูงกว่าเกณฑ์ในตารางอาจพิจารณาติดตาม อาการ และ CD4 อย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อให้เริ่มยาเมื่อถึงเกณฑ์ในตารางที่ 3

#### 6.4.2 กลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัส

ในปัจจุบันที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาประเทศไทย และนำมาใช้ในการรักษาเอชไอวีทั้งหมดมากกว่า 30 ชนิด แบ่งเป็นกลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ได้ 6 กลุ่ม ดังนี้

**1) กลุ่มที่ 1** ยับยั้งไม่ให้เชื้อเอชไอวีเข้ามาเกาะที่เม็ดเลือดขาว (Attachment inhibitor) เช่น ยามาราวีร็อค (Maraviroc)

**2) กลุ่มที่ 2** ยาจะยับยั้ง การเชื่อมรวมระหว่างเปลือกหุ้มของไวรัสเอชไอวีกับผนังเซลล์ของเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟฟท์ (Entry and Fusion Inhibitors) ทำให้เชื้อเอชไอวี ไม่สามารถเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ได้เช่น ยาเอ็นเอฟาเวอไทด์ (Enfavitide) เป็นต้น

**3) กลุ่มที่ 3 และ 4) กลุ่มที่ 4** ยับยั้งกระบวนการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี หรือกระบวนการรีเวิร์สทรานสคริปเทส (Reverse Transcriptase Inhibitors) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

(1) Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) มีกลไกการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเทส (Reverse Transcriptase enzyme) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ช่วยสร้างสารพันธุกรรม (ดีเอ็นเอ) ให้แก่ไวรัสเอชไอวีเพื่อให้สามารถเพิ่มจำนวนและอาศัยในดีเอ็นเอของมนุษย์ได้ จึงส่งผลทำให้การเชื่อมต่อดีเอ็นเอของไวรัสหยุดชะงัก เชื้อไวรัสจึงไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ในร่างกายมนุษย์ ยาในกลุ่มนี้ เช่น ทีโนโฟเวียร์ (Tenofovir หรือ TDF) ซิโดวูดีน หรือเอแซดที (Zidovudine:AZT) และ เอ็มไตรซิทาปีน (Emtricitabine: 3TC) เป็นต้น

(2) Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTIs) กลไกของยากลุ่มนี้จะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเทส เช่นเดียวกับยากลุ่ม NRTIs เช่น เนวีราปีน (Nevirapine: NVP), เอฟฟาไวเรนซ์ (Efavirenz: EFV), ริฟปีไวรีน (Rilpivirine: RVP)

**5) กลุ่มที่ 5** ยับยั้งกระบวนการอินทิเกรชัน หรือ การกระบวนการเชื่อมต่อสายพันธุกรรมของเชื้อไวรัส และของพวกเรา (Integrase inhibitor, INSTs) กลไกของยากลุ่มนี้เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำรบกวน

การทำงานของเอนไซม์อินทีเกรซของเชื้อไวรัสเอชไอวี ป้องกันไม่ให้สายดีเอ็นเอของเอชไอวีเข้าเชื่อมต่อกับสายดีเอ็นเอของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดี-4 ของมนุษย์ ยาในกลุ่มนี้ เช่น ยาเรียวลทิกราเวียร์ (Raltegravir) เป็นต้น

**6) กลุ่มที่ 6** ยับยั้งเอนไซม์โปรตีเอส (Protease Inhibitors; PIs) หรือกระบวนการสร้างส่วนประกอบโปรตีนของไวรัสเอชไอวีไม่สมบูรณ์ จึงทำให้ไม่สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีรอบใหม่ได้ ยาในกลุ่มนี้ เช่น ริโทนาเวียร์ (Ritonavir) และ โลพินาเวียร์ (Lopinavir) เป็นต้น

#### 6.4.3 การติดตามผลของการรักษา

การประเมินคุณภาพการรักษา ควรมีการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อติดตามผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ

1) ตรวจระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ซึ่งจะตรวจทุก 6 เดือน โดยดูทั้งจำนวนและเปอร์เซ็นต์ เพื่อประเมินภูมิคุ้มกันของร่างกาย และพิจารณาการให้ยาป้องกันการเกิดโรคฉวยโอกาส

2) ตรวจปริมาณไวรัสโหลด หรือ ปริมาณไวรัสในเลือด (HIV Viral Load; VL) ซึ่งจะตรวจหลังเริ่มยาต้านไวรัสแล้ว 6 เดือน และติดตามทุก 12 เดือน หลังจากนั้นหากตรวจไม่เจอแล้ว เพื่อเฝ้าระวังประสิทธิภาพของการรักษา

3) ตรวจเชื้อดื้อยา จะตรวจในกรณีพบว่าไวรัสโหลดสูงกว่า 1000 copies/cc เพื่อดูว่าการรักษาไม่สามารถกดไวรัสได้เกิดจากมีเชื้อดื้อยาตัวใดหรือไม่

ยาต้านไวรัสเองและการติดเชื้อเอชไอวี สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ เช่น การแพ้ยา ที่อาจทำให้มีผื่น มีไข้ ตับอักเสบ และโลหิตจาง รวมถึงอาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากยาต้านไวรัส บางตัวโดยเฉพาะยารุ่นก่อน ๆ เช่น ไขมันย่ำที่ ไขมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งอาจพัฒนาไปเป็นเบาหวาน เส้นเลือดหัวใจตีบ โรคไตได้ นอกจากนี้ การติดเชื้อเอชไอวี ในระยะยาวโดยเฉพาะหากเข้ารับการตรวจเอชไอวีช้า ก็อาจจะทำให้มีปัญหากระดูกผุบาง และเพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพองค์รวม รวมถึงการดูแลด้าน

### 7. หลักการทั่วไปในการให้วัคซีนในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายมี 2 วิธี ที่สำคัญ วิธีแรกคือการทำ ภูมิคุ้มกันชนิดสำเร็จรูป ของคนหรือสัตว์ ที่มีอยู่ก่อนหรืออิมมูโนโกลบูลิน (passive immunization) ซึ่งเมื่อให้เข้าสู่ร่างกาย ภูมิคุ้มกันนี้จะสามารถออกฤทธิ์ต่อต้านเชื้อโรคได้ทันที ภูมิคุ้มกันชนิดนี้มีผลป้องกันโรคชั่วคราวหรือระยะเวลาที่ไม่นาน ส่วนวิธีที่สองคือ การให้วัคซีนเพื่อ กระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกัน (active immunization) วิธีนี้อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือนในการที่จะ ทำใหร่างกายสามารถสร้างระดับภูมิคุ้มกันได้เพียงพอใน การป้องกันโรค (อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2558)

#### 7.1 ประเภทของวัคซีน (อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2558)

วัคซีนแบ่งโดยอาศัยวิธีการผลิตได้เป็น 3 ประเภทคือ

**7.1.1 วัคซีนประเภทที่ออกซอยด (toxoid)** หมายถึง วัคซีนที่ผลิตขึ้นโดยการนำพิษของเชื้อโรคมารักษาให้หมดฤทธิ์ไป แต่ยังสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ ใช้สำหรับ โรคติดเชื้อที่เกิดจากพิษของเชื้อเช่น โรคคอตีบ และโรคบาดทะยัก

**7.1.2 วัคซีนเชื้อตาย (killed vaccine)** หมายถึง วัคซีนที่ผลิตขึ้นโดยใช้เชื้อโรคทั้งตัวที่ตายแล้วหรือเฉพาะ ส่วนประกอบบางส่วนของเชื้อโรคหรือโปรตีนส่วนประกอบของเชื้อที่ผลิตขึ้นมาใหม่ โดยอาศัยหลักวิศวกรรมศาสตร์ (genetic engineering) เช่น วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนไอกรน วัคซีนไขสมองอักเสบเจอี วัคซีนตับอักเสบบเอ วัคซีน โปลิโอ ชนิดฉีด และวัคซีนไขหวัดใหญ่ เปนตน



**7.1.3 วัคซีนเชื้อเป็น (live vaccine)** หมายถึง วัคซีนที่ผลิตนี้โดยใช้เชื้อโรคมารทำให้อ่อนฤทธิ์ลงจนไม่สามารถทำให้เกิดโรค แต่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ เช่น วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม วัคซีนอีสุกอีใส วัคซีนโปลิโอชนิดกิน วัคซีนไวรัสโรตา และวัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิดพ่นจมูก เป็นต้น ตามแผนการสร้างเสริมโรคของประเทศ จำแนกวัคซีนได้เป็น 4 แบบคือ

1) วัคซีนพื้นฐาน (compulsory vaccines) หมายถึง วัคซีนที่ได้รับการบรรจุในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ แนะนำให้ใช้ในเด็กไทยทุกคน ได้แก่ วัคซีนบีซีจี วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนคอตีบบาดทะยัก-ไอกรน-ฮิบ วัคซีนโปลิโอชนิดกิน วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม และวัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิดพ่นจมูก

2) วัคซีนเสริมหรือวัคซีนเพื่อเลือก (optional vaccines) หมายถึง วัคซีนที่มีประโยชน์ แต่โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนชนิดเหล่านี้ยังไม่มีผลสำคัญด้านสาธารณสุขในลำดับต้นๆ รวมทั้งวัคซีนเหล่านี้ยังมีราคาสูง ยังไม่สามารถจัดหามาใช้กับเด็กทั้งประเทศได้ ผู้ที่ต้องการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ได้แก่ วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนอีสุกอีใส วัคซีนนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต วัคซีนโรตา และวัคซีนเอชพีวี นอกจากนี้ วัคซีนเสริมยังหมายรวมถึงวัคซีนพื้นฐานที่ได้รับการพัฒนาเพื่อให้มีผลข้างเคียงลดลง ซึ่งนิยมใช้ในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด และวัคซีนไอกรนชนิดไรเซล

3) วัคซีนใช้กรณีพิเศษ (vaccines in special circumstances) หมายถึง วัคซีนที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนเพื่อใช้ในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค หรือหากเกิดโรคโรครวมมีอาการและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น วัคซีนนิวโมคอคคัสสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีม้าม วัคซีนไขหวัดใหญ่ สหุหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง และผู้สูงอายุ วัคซีนพิษสุนัขบ้าสำหรับผู้ที่ถูกสัตว์กัด วัคซีนหัดเยอรมันสำหรับผู้ที่จะเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัดเยอรมัน วัคซีนไขหวัดใหญ่สำหรับผู้ที่เดินทางไปยังประเทศ ทางตะวันออกกลาง เป็นต้น

4) วัคซีนที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาและพัฒนา (investigational vaccines) หมายถึง วัคซีนที่มีความสำคัญในการป้องกันโรคที่กำลังเป็นปัญหาในหลายประเทศ และยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษา หรือการผลิต หรือการทดลองของอาสาสมัคร เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีน มาลาเรีย วัคซีนเอชไอวี เป็นต้น

## 7.2 การให้วัคซีนในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

มีความสำคัญอย่างมากเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อต่างๆ ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเช่นเดียวกับเด็กปกติ แต่มีข้อยกเว้นบ้างสำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (เกียรติ รัชรุ่งธรรม และคณะ, 2560) ดังต่อไปนี้

7.2.1 การให้วัคซีนเมื่อถึงอายุที่กำหนดเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่อายุถึงเกณฑ์ที่ต้องรับวัคซีน หากมีจำนวน CD4 สูง มากกว่า ร้อยละ 25 สามารถเริ่มให้วัคซีนได้ทันทีไม่ว่า จะกำลังได้รับยาต้านเอชไอวี หรือไม่ หากเด็กมีจำนวน CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 15 และกำลังจะเริ่มได้รับยาต้านเอชไอวี แนะนำให้รออย่างน้อย 6 เดือน หลังเริ่ม ยาต้านไวรัส และจำนวน CD4 มากกว่าร้อยละ 15 จึงจะให้วัคซีนเนื่องจากการ สร้างภูมิคุ้มกันจะดีขึ้นเมื่อควบคุมปริมาณไวรัสได้และจำนวน CD4 ดีแล้ว

7.2.2 กรณีการป้องกันหลังสัมผัสโรค เช่น เพื่อป้องกันบาดทะยัก หรือเพื่อป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากการสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับวัคซีนอาจไม่ดีขึ้นถึงแม้จะเคยได้รับวัคซีนมาครบแล้ว ดังนั้นควรพิจารณาให้ immunoglobulin จำเพาะโรคหลังสัมผัสโรคด้วย ได้แก่ บาดทะยัก และพิษสุนัขบ้า

**ตารางที่ 4** รายละเอียดการให้วัคซีนในทารกและเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเด็กที่เกิดจากแม่ ที่ติดเชื้อเอชไอวี (กุลกัญญา โชคไพบลัญจกิจ และคณะ, 2559)

อายุ วัคซีน	แรก เกิด	1 เดือน	2 เดือน	4 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	18 เดือน	2 ปี 6 เดือน	4-6 ปี	12 ปี
บีซีจี (BCG)	(BCG)										
ตับอักเสบบี (HBV)	HBV <sub>1</sub>	HBV <sub>2</sub> (มารดา เป็น พาหะ)									
คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ชนิดทั้ง เซลล์ (DTwP)			DTwP- HB1	DTwP- HB2	DTwP -HB3			DTwP กระตุ้น 1		DTwP กระตุ้น 2	dT ทุก 10 ปี
โปลิโอ ชนิดกิน (OPV)			OPV1	OPV2	OPV3			OPV กระตุ้น 1		OPV กระตุ้น 2	
หัด หัด เยอรมัน คางทูม (MMR)							MMR1		MMR 2		
ไข้มอง อักเสบเจอี (Live JE)							Live JE1		Live JE2		

**การให้วัคซีนในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีประวัติการรับวัคซีนมาก่อน** (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ, 2560)

1. เด็กติดเชื้อเอชไอวีทุกรายควรได้รับการประเมินประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต เนื่องจากในช่วงที่มีการเจ็บป่วยอาจจะไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด การประเมินประวัติการได้รับวัคซีนสามารถทำได้โดยการซักประวัติการทบทวน สมุดวัคซีนหากจำไม่ได้หรือไม่มีประวัติควรตามประวัติจากสถานพยาบาลที่เคยไปรับบริการมาก่อน

2. กรณีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลยหรือจำประวัติไม่ได้ แนะนำให้เริ่มวัคซีนใหม่ตามข้อบ่งชี้ โดยให้ปรับจากตารางการให้วัคซีนสำหรับเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบดังตัวอย่างแสดงตามตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6

3. หากเด็กมีจำนวน CD4 มากกว่าร้อยละ 15 หรือ มากกว่า 200 Cell/mm<sup>3</sup> ในเด็กอายุ มากกว่า 5 ปี สามารถเริ่มให้วัคซีนได้ทันที ทั้งนี้หากเด็กมีจำนวน CD4 น้อยกว่าร้อยละ 15 และกำลังได้รับยาต้านไวรัส แนะนำให้รออย่างน้อย 6 เดือน หลังเริ่มยาต้านไวรัสและจำนวน CD4 มากกว่าร้อยละ 15 จึงจะเริ่มให้วัคซีน

เนื่องจากการสร้างภูมิคุ้มกันจะดีขึ้นเมื่อ ควบคุมไวรัสได้และจำนวน CD4 สูงแล้ว ยกเว้นวัคซีนไขหวัดใหญ่ที่ควรให้ทันที โดยไม่ต้องรอจำนวน CD4 และควรให้ซ้ำทุกปี

**ตารางที่ 5** ตัวอย่างการให้วัคซีนในเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-6 ปี ที่ประวัติวัคซีนไม่ครบ (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ, 2560 )

ครั้งที่	เดือนที่	วัคซีน
1	0 ครั้งแรก	DTP-HB1, OPV/IPV, MMR
2	1	JE1
3	2	DTP-HB2, OPV/IPV2, JE2
4	4	DTP-HB3, OPV/IPV3
5	12	DTP-HB3, OPV/IPV3, JE3

**ตารางที่ 6** ตัวอย่างการให้วัคซีนในเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 7-18 ปี ที่ประวัติวัคซีนไม่ครบ (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ, 2560 )

ครั้งที่	เดือนที่	วัคซีน
1	0 ครั้งแรก	dT1, OPV/IPV1 MMR
2	1	HBV1, JE1
3	2	dT2, JE2, OPV/IPV2, HBV2
4	7	HBV3
5	12	dT3, OPV/IPV3, JE3

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

**ธัญญา แสงกิตติไพบูลย์ (2544)** ศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมพบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก 2) ด้านประโยชน์ของระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) ด้านระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า แบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ไม่มีความสะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ใหม่ มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึก ทางทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมาก และขาดความรู้และทักษะในการบันทึก

**อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550)** ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลและศึกษาประสิทธิภาพ ของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ภายใต้กรอบแนวคิดของ PDCA ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล 2) วัตถุประสงค์ของ รูปแบบการบันทึก 3) นโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการพยาบาล 4) การประเมิน สมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลและการฝึกอบรม และ 5) แนวทางการบันทึกและแบบบันทึก ทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551)** ศึกษาการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการพยาบาลของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบันทึกทางการ พยาบาลและศึกษาผลของการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลด้านคุณภาพของการบันทึกทางการ พยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ผลการศึกษา พบว่า ระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย วิธีการบันทึก แบบบันทึก 7 แบบ ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง 3) แบบ บันทึกแผนการพยาบาล 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผน ำหน่าย และ 7) แบบบันทึกการสรุป ำหน่าย และคู่มือการใช้ระบบ บันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทำให้บันทึกได้รวดเร็ว ครอบคลุมองค์รวมอย่าง ต่อเนื่อง สรุปผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ปัตติมาศ เพ็ชรเจริญ (2552)** ศึกษาวิจัยเรื่องความร่วมมือในการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกผลการศึกษา พบว่า ประชากรที่ศึกษาอายุเฉลี่ย 47.5 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 84.6 พยาบาลเทคนิค ร้อยละ 15.4 ปฏิบัติงานในสาขาอายุรกรรม ร้อยละ 34.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เฉลี่ย 13.9 ปี ผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่พบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วน ร้อยละ 88.5 ส่วนที่ไม่บันทึกมากที่สุดคือการพยาบาล ร้อยละ 61.5 ไม่บันทึกประวัติผู้ป่วย ร้อยละ 23.0 เหตุผลที่ลงบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยมาก ร้อยละ 80.8 ใช้เวลานาน ร้อยละ 61.5 มีความยุ่งยากในการเขียน ร้อยละ 46.2 และไม่มีประสบการณ์ในการเขียน ร้อยละ 3.9 เมื่อเปรียบเทียบบันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่เจ้าหน้าที่ทุกคนใช้เวลาบันทึกมากกว่าแบบเดิม มีความสะดวกน้อยกว่าแบบเดิม ร้อยละ 70.3 มีเนื้อหาในการลงบันทึกมากกว่าแบบเดิม ร้อยละ 50 เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจน้อยกว่าเดิม ร้อยละ 76.9 เจ้าหน้าที่ไม่เห็นด้วยในการนำบันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่มาใช้ ร้อยละ 88.4 และมีความเห็นว่าผู้ได้ประโยชน์จากการบันทึกแบบใหม่ ได้แก่ พยาบาล รองลงมาคือ ผู้รับบริการ ทีมสุขภาพ และแพทย์ บทวิจารณ์สรุปว่า หากต้องการให้มีการปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารทางการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับการบันทึกและเจ้าหน้าที่มีเวลาเพียงพอในการบันทึก

**เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ (2553)** ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย อายุรกรรม-ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยมีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล 3 รายการ คือ แบบบันทึกผู้ป่วยรับใหม่ แบบบันทึกแผนการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง และแบบบันทึกผู้ป่วยจำหน่าย การศึกษาใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีระบบในการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย การปรับแบบบันทึกทางการพยาบาล การจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล กระบวนการมีส่วนร่วมและติดตามการนิเทศ ติดตามเพิ่มพูนความรู้

ความเข้าใจ ทำให้คุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาลดีขึ้นโดยคะแนนคุณภาพ การบันทึกโดยรวม ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 78.77 อยู่ใน ระดับพอใช้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 93.48 อยู่ในระดับดีมาก หลังการพัฒนา

**นันทพร กวางแก้ว (2555)** ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก และ คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 78.69) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พบว่า กระบวนการที่มีคุณภาพการบันทึกในระดับดีมากคือ การประเมินสภาพผู้ป่วย แรกรับ (ร้อยละ 92.45) การบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลมีคุณภาพระดับพอใช้ (75.00) ส่วนการระบุปัญหาผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลและการดูแลต่อเนืองนั้นมี คุณภาพการบันทึกในระดับปรับปรุง (ร้อยละ 66.00, 63.71 และ 66.33 ตามลำดับ)

**อรอนงค์ วงศ์มหาชัย (2556)** ศึกษาการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมีความสมบูรณ์ร้อยละ 93.33 การบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล จำแนกตามองค์ประกอบทางการพยาบาลคือจำนวนการวินิจฉัยทางการพยาบาลต่อราย มีค่าเฉลี่ย 3.47 ข้อ จำนวนกิจกรรมการพยาบาลต่อราย มี ค่าเฉลี่ย 21.55 ข้อจำนวนกิจกรรมการพยาบาล ต่อข้อการวินิจฉัยทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 6.77 ข้อ และ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มากที่สุด เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น ร้อยละ 91.34 ส่วนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.01 คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลรายด้าน พบว่าด้านได้ใจความ อยู่ใน ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.98 ด้านความถูกต้องและด้านความครบถ้วน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.25, 2.88 ตามลำดับ และด้านความชัดเจน อยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ย 2.20

**วิทวดี สุวรรณศรล (2557)** ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก เดิมร้อยละ 41.64 เป็นร้อยละ 83.70 ผลการศึกษานี้แสดงว่า กระบวนการโฟกัส พี ดี ซี เอ สามารถนำไปใช้ได้จริงในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

**จันทร์เมือง ทนยั้ง และ รัตนาภรณ์ อุปแก้ว (2557)** ศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.51 ปัญหาที่พบในการบันทึกเวชระเบียน พบการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ได้บันทึก เช่น การประเมินสุขภาพแรกรับ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกในใบบันทึกตารางการให้ยา ใบบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึกทางการพยาบาล จำแนกตามด้านการบันทึกในใบตารางการให้ยา ใบบันทึกสัญญาณชีพ บันทึกการให้ยากลุ่มเสี่ยง ไม่บันทึก ร้อยละ 88.8 แสดงให้เห็นว่า ควรมีการส่งเสริมการบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ ครบถ้วนถูกต้อง และ นำปัญหาที่พบในการบันทึกทางการพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยนำการบันทึกที่พบว่าไม่มีการบันทึกมาแก้ไขก่อน

**จิตติขวัญ นวมะขิตติ (2557)** ศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus) ผลการศึกษาพบว่า 1) ได้รูปแบบและแนวทางการบันทึกเชิงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานตามกระบวนการ พยาบาล 4 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการประเมินความก้าวหน้า (Focus list) และแบบบันทึกความก้าวหน้าการพยาบาล (Nursing progress note) แบบบันทึกการประเมินความต้องการวางแผนและสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย 2) ด้านคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ด้านความ

ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยของ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับดีมากทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 88.53, 89.82 และ 82.70 ตามลำดับ 3) ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยภาพรวม พบว่า แบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายด้านการใช้เวลาในการบันทึก พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

**อรพิน บุษบัน (2557)** ศึกษาพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษา พบว่า 1) ไม่มีระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ 2) ระบบพยาบาลเจ้าของไข้แผนกศัลยกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการจัดระบบการบริการพยาบาลที่มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คนรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระและเอกสิทธิ์ในการให้การพยาบาลภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพโดยเป็นผู้วางแผนการพยาบาลประสานงานกับทีมสุขภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล และ 3) ภายหลังจากใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.48$ ,  $SD = 0.41$ ) ส่วนในรายด้านอยู่ในระดับมาก และมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่า ( $\bar{X} = 4.96$ ,  $SD = 0.04$ ) ก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ( $\bar{X} = 3.87$ ,  $SD = 0.35$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**เกศกนก แสงอุบล และมุกดา สีสถานุชิต (2558)** ศึกษาพัฒนาระบบบริการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสายไหม ผลการศึกษาพบว่า 1) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสายไหม ประกอบด้วย (1) โครงสร้างขององค์กร (2) การมอบหมายงานแบบรายบุคคล (3) การวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (4) การติดต่อสื่อสาร (5) บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ และ (6) เครื่องมือที่ใช้มอบหมายงาน ภายหลังจากพัฒนาระบบบริการเจ้าของไข้พบว่า บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.96$ ,  $SD = 0.46$ ) และ 2) การใช้กระบวนการพยาบาลในระบบบริการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสายไหม มีการใช้กระบวนการพยาบาลทุกด้านในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.23$ ,  $SD = 0.49$ )

**ทรงกลด เจริญศรี (2557)** ศึกษาผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรึกษาเพื่อเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แก่เด็ก คลินิกยาด้านไวรัสเด็ก โรงพยาบาลสกลนคร ผลการศึกษา พบว่า การติดตามภายหลังเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ที่ 2 เดือน และ 6 เดือน กลุ่มเป้าหมายรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนได้ชัดเจนทั้งหมด 24 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ผู้ดูแลเด็กเห็นด้วยพอใจกับการเปิดเผยผลเลือดในวัยที่เหมาะสม ร้อยละ 100 การเกิดภาวะซีมเศรัาระดับไม่รุนแรง จากเดิม 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ลดลงเหลือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ร้อยละของเด็กที่คงมีผลปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 copies/ml ในรอบ 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 68.18 อัตราการขาดการติดตามรักษาภายหลังจากเปิดเผยผลเลือด ที่ 6 เดือน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.90 ข้อสังเกตพบเด็กมีแนวโน้มดีอย่างมากขึ้น ภายหลังจากเปิดเผยผลเลือดแก่เด็ก ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

**ศุภมาศ อุ่นสากล (2558)** ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะล้มเหลวทางไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความล้มเหลวทางไวรัสวิทยา (Virological failure) 26 คน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ มีการเกาะติดยาน้อยกว่าร้อยละ 95 Odds ratio=5.873 (95 % 18.729-201.477: p<.001) ค่า CD4<200 cell/mm<sup>3</sup> ขณะวินิจฉัยการเกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสวิทยา และไม่มีผู้ดูแลในการกินยา Odds ratio=2.750

(95 % 0.477-15.860:  $p < .05$ ) และ Odds ratio = 11.000 (95 % 2.0160.10:  $p < .05$ ) ตามลำดับ ปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสวิทยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้แก่เพศ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี มีค่า CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสต่ำกว่า 50  $\text{cell}/\text{mm}^3$  ค่า CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสต่ำกว่า 100  $\text{cell}/\text{mm}^3$  เริ่มยาต้านไวรัส นานน้อยกว่า 80 เดือน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนการรับยาต้านไวรัสและรับยาสูตรเริ่มต้น GPO-vir

**โอเล็ด ศรีมุกดา วิฑิตินันท์ อัคระเวชอนันต์ และทริยาพรรณ สุภามณี (2558)** ศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาล โรงพยาบาลแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ผลการศึกษา พบว่า 1. พยาบาลร้อยละ 53.23 มีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับดีร้อยละ 45.16 มีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 1.61 มีความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ 2. พยาบาลมีทัศนคติต่อการบันทึกทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทัศนคติด้านนโยบายด้านการรับรู้ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ ด้านการจัดอัตราค่าจ้าง และด้านการจัดระบบการนิเทศอยู่ในระดับดีมากที่สุด และทัศนคติด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก 3. การปฏิบัติการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางแบบฟอร์มสัญญาณชีพ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แบบฟอร์มการให้ยาและแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการปฏิบัติการบันทึกอยู่ในระดับน้อย

**วรารณ ภัทรมงคลเขตต์ และพร บุญมี (2559)** ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแมจัน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ มี 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกก้าวหน้า เป็นรูปแบบ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และสวนสรุปข้ออ้างอิง และความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึก ก้าวหน้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.14$ ,  $SD = 0.17$ ) ในสวนสรุปข้ออ้างอิงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.84$ ,  $SD = 0.13$ ) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.41$ ,  $SD = 0.12$ )

**ธนากร สำเภาทอง และชัชคณิต แพรขาว (2560)** ศึกษาพัฒนาแบบบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะชุกฉิบในห้วงวิกฤตฉิบ แผนกอุบัติเหตุ-ฉิบ โรงพยาบาลขอนแก่น รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนางานพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนา 2) ระยะทดลองใช้ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุ-ฉิบ ผลการศึกษา พบว่า ได้แบบบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วย ที่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉิบ มีความพึงพอใจต่อภาพรวมของแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลมีประสิทธิภาพดี ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $S.D. = 0.53$ ) พยาบาลผู้ทดลองใช้แบบบันทึกมีความเห็นว่าแบบบันทึกใช้ง่ายร้อยละ 95.99 และแบบประเมินสามารถใช้ได้จริงร้อยละ 98.76

**มณฑา ธรรมณี (2560)** ศึกษาวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น โดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ผลการศึกษา พบว่า เวชระเบียนมีความสมบูรณ์โดยรวมร้อยละ 97.42 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 82.50 มีอาการนำสำคัญด้วยหายใจเหนื่อยหอบร้อยละ 95.88 มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 75.77 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามแบบ APIE โดยรวมมีความสมบูรณ์ร้อยละ 66.49 การวิเคราะห์รายด้านพบการประเมินอาการแรกรับของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ตามแบบแผนของกอร์ดอนมากที่สุดร้อยละ 99.45 ด้านการวางแผนการพยาบาลมีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลเรียงลำดับที่พบ 5 ลำดับ เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลตามหลักการพยาบาล

ได้แก่ ความทนของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเป็นหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับโรค เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีความวิตกกังวล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 10 ลำดับที่สำคัญ ด้วยการตรวจสอบสัญญาณชีพ การบริหารยา ประเมินอาการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลความสะอาดร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะ ดูแลการพักผ่อน การจัดทำผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมอื่นๆ และด้านการประเมินผลการพยาบาลมีสรุปอาการและแนะนำผู้ป่วยและญาติในด้านต่างๆร้อยละ 93.30 ส่วนการส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมมีน้อยร้อยละ 27.32 และ 4.12 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.42$ ) และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรายด้านพบว่า ด้านความถูกต้องอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.76$ ) ส่วนด้านความครบถ้วน ด้านความชัดเจน และด้านได้ใจความอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.22, 3.37$  และ  $3.32$ )

**อุไรพร โคตะมี นีรุวรรณ เทรินโบล์ และสุทิน ชนະບູລຸ (2560)** การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมนิสิตวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกข้อที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด คือ ประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 89.02 ข้อที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุดคือการรักษาการตรวจเพื่อวินิจฉัย ร้อยละ 78.59 และเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่าข้อมูลเนื้อหาอื่นๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ มีความสมบูรณ์มากที่สุดร้อยละ 96.67 ข้อที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด คือการบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคและบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 61.39 ส่วนค่าเฉลี่ยความรู้อย่างดีและการมีส่วนร่วมพบว่าหลังดำเนินงานค่าคะแนนเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**อุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560)** ศึกษาพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่พบ ได้แก่ (1) วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่อง (2) แบบบันทึกไม่เหมาะสมทำให้บันทึกไม่ครอบคลุม และไม่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีแบบฟอร์มที่มีการบันทึกซ้ำซ้อน (3) ไม่มีคู่มือการใช้ รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางการบันทึก และตัวอย่าง 2) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย วิธีการบันทึกและแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง และค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของการรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมหลังพัฒนาสูงกว่า ก่อนพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.011

## 8.2 งานที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

**Garcia, Freitas, Lamas & Toledo, 2017** ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรม

กระบวนการพยาบาลสุขภาพจิต ผลการศึกษา พบว่า บทความ 19 บทความ ระบุการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด และบางส่วนเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ทางการรักษาที่เคารพความเป็นตัวของผู้ป่วย เราปฏิบัติตามข้อเสนอการดูแลที่จัดระบบสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาในข้อจำกัดระหว่างร่างกายและจิตใจซึ่งอาจเป็นการตอบสนองต่อการไหลเวียนของการปฏิบัติตามหลักฐาน พบว่า มีการเคลื่อนไหวเป็นปรปักษ์กันระหว่างการดูแลตามความสัมพันธ์และอยู่ในมาตรฐานของการวินิจฉัยที่ตอบสนองต่ออาการป่วยใช้ทางกายภาพ การขาดหลักฐานถูกยืนยันจากการใช้กระบวนการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและเราชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างความเป็นไปได้ใหม่สำหรับการสนทนาระหว่างมุมมองเชิงสัมพันธ์และชีวภาพ



**Kim & Park, 2005** ศึกษาบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลในห้องผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ การประเมินหรือการวินิจฉัยการแทรกแซงผลลัพธ์ ร้อยละ 25.9 เนื้อหาของบันทึกการพยาบาลยังแบ่งออกเป็น 15 หมวดหมู่ซึ่งผลลัพธ์การพยาบาลถูกบันทึกบ่อยครั้งมากขึ้น ในการดูแลทางการแพทย์ซึ่งได้รับคำสั่งจากแพทย์เช่นการจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค การดูแลอาการนอนไม่หลับ การดูแลระบบทางเดินหายใจ และการควบคุมความเจ็บปวด การพยาบาลเช่น การศึกษาและการดูแลอารมณ์ การสำรวจทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อบันทึกการพยาบาล พบว่า พยาบาลในห้องผ่าตัดบันทึกคำสั่งแพทย์มากกว่าจะบันทึกการวางแผนการพยาบาลเนื่องจากพยาบาลต้องรีบเร่งปฏิบัติกิจกรรมหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลไม่ได้บันทึกผลการพยาบาลเท่าที่พวกเขาคิด เหตุผลหลักสำหรับความคลาดเคลื่อนนี้มีเวลาไม่เพียงพอสำหรับการบันทึกและการขาดความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์นั้น เป็นทรัพยากรที่มีประโยชน์สำหรับการพิจารณาผลงานของการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าจะมีห้องพักให้พยาบาลบันทึกการพยาบาล

**Taiye, 2015** ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Ahmadu Bello (Abuth) Zaria รัฐ Kaduna ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.7 เป็นเพศหญิงและนับถือคริสเตียน ร้อยละ 68.3 ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนเคยมีความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ร้อยละ 70 ของผู้ตอบแบบสอบถามเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างมีมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 52 ตอบว่ามีการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในช่วงเย็น และ ร้อยละ 86.2 มีอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการแพทย์

**Holanda, Galvão, Martins, Rocha, Lima & Fehine, 2016** ศึกษาสถานะการฉีดวัคซีนของผู้ที่ติดเชื้อ HIV / AIDS ในการดูแลผู้ป่วยนอกใน Fortaleza, Ceará, Brazil ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 14 รายเท่านั้นที่มีตารางการฉีดวัคซีนที่สมบูรณ์ วัคซีนที่ใช้มากที่สุดคือไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนไขหวัดใหญ่และปอดบวม (ชนิด 23 เชื้อ) ชายและหญิงไม่พบความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่มีตารางการฉีดวัคซีนเต็มหรือระหว่างเพศ สีมืด สถานภาพสมรส รสนิยมทางเพศ ศาสนาหรือสถานะการประกอบอาชีพ ไม่มีความแตกต่างระหว่างการมีหรือไม่มีตารางการฉีดวัคซีนที่สมบูรณ์ และอายุ ปีการศึกษา รายได้ ของครอบครัวหรือจำนวนการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน CD4 + T-cells ของผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันที่สมบูรณ์ กลยุทธ์การให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำได้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มเพื่ออธิบายถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนและเพื่อเตือนเกี่ยวกับปริมาณที่ต้องใช้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีตารางเวลาการฉีดวัคซีนที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื่องจากขาดแนวทางการให้วัคซีน ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าการศึกษาด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการได้รับวัคซีน ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการฉีดวัคซีน และความต่อเนื่องของแผนการให้วัคซีน

**Luís, Oleci & Eliete, 2018** ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ การพยาบาลในการฉีดวัคซีน ผลการศึกษา พบว่า ตั้งแต่ปี 2010 ถึง 2017 ตัวอย่างที่ได้รับ 49 ตัวอย่างของเอกสาร แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม 1) อัตราความครอบคลุมในการรับวัคซีน 42.86%, 2) การบริหารวัคซีน 28.58%, 3) การศึกษาการฉีดวัคซีน 14.28% และ 4) การกำกับดูแล 14.28% การจัดการการกำกับดูแลและการให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญในเอกสารส่วนใหญ่ วิถีวิเคราะห์และสรุปของเอกสารมีวิธีการที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่สำคัญที่นอกจากการให้วัคซีนที่มีประสิทธิภาพแล้วนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หรือพยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่กว้างขวางและซับซ้อนด้วยการศึกษาหาความรู้ด้านการฉีดวัคซีนมีประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน ผู้บังคับบัญชาควรมอบหมายเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการฉีดวัคซีน การประเมินความครอบคลุมการฉีดวัคซีน และสนับสนุนในการให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) จากบันทึกทางการแพทย์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์ในการคัดกรองฉีดวัคซีนกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้กระบวนการพยาบาล ณ คลินิกยาด้านไวรัสแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร มีวิธีการดังนี้

### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เวชระเบียนของเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-18 ปี ที่มารับบริการ ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2558 โดยสำรวจจากสถิติการบริการเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการในช่วงที่ทำการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 100 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี
2. เด็กมีอายุตั้งแต่ 1-18 ปี
3. ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง

### เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา

เวชระเบียนที่ไม่มีกรบันทึกข้อมูลการมารับบริการดูแลรักษาพยาบาลของเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-18 ปี ณ คลินิกยาด้านไวรัส เอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2558

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือเวชระเบียนของเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-18 ปี ที่มารับบริการต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ศึกษาทั้งหมด 100 คน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำราศนราดูร เอกสารเลขอ้างอิง IRB ; SO12h/58 and 11/55-562. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-31 ธันวาคม 2560 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยผู้วิจัยได้ทำกระบวนการขออนุญาต ด้วยการอธิบายความสำคัญ วิธีการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยนี้ให้ผู้ปกครองและเด็กเซ็นอนุญาต (เฉพาะอายุ  $\geq 7$  ปี) ให้เก็บข้อมูลได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจข้อมูลเก็บจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพกระบวนการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอก

**ชุดที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของบันทึกทางการพยาบาลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับเปอร์เซ็นต์ CD4 ปริมาณ Viral Load ชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ได้รับประทาน การได้รับการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทย และการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

**ชุดที่ 2** แบบประเมินคุณภาพการบันทึกกระบวนการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอกเด็กติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบาราศนราดรุ

การจัดทำแบบประเมินคุณภาพกระบวนการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอก 4 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (2) การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ (3) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ (4) การประเมินผลการพยาบาล ทั้งหมดนี้มีเนื้อหาถูกต้องตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและลูกเงินของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสำนักการพยาบาล (2557) และครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล สถาบันบาราศนราดรุ ตามรูปแบบ APIE คือ การประเมินแรกรับ (A: Assessment data) ปัญหาผู้ป่วย (P: Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (I: Intervention) และการประเมินผลการพยาบาล (E: Evaluation)

เวชระเบียนบริการผู้ป่วยนอกเด็กติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบาราศนราดรุ ครบถ้วนตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ซึ่งเนื้อหาการประเมินคุณภาพการบันทึกกระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมีการกำหนดเนื้อหา ดังนี้

**1. ด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Assessment)** ดังรายละเอียดดังนี้

- 1.1 มีการซักประวัติ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล
- 1.2 มีการซักประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- 1.3 มีการซักประวัติการใช้ยาหรือแพทย์ สารเคมี อาหารและอื่นๆ
- 1.4 มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจวัดน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว ตรวจวัดความอึดตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้ว น้ำหนัก และอื่นๆที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย
- 1.5 มีการบันทึกวิธีการนำส่งและอาการที่มาถึงหน่วยงาน
- 1.6 ลงวันที่ เวลา และชื่อพยาบาลผู้ประเมินก่อนการตรวจ

**2. ด้านการวางแผนการพยาบาล (Planning) ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ**

- 2.1 ถ้าเป็นผู้ป่วยนัดต้องบันทึกระบุ “มาตรวจตามนัด” หรือ “มาไม่ตามนัด” ระบุสาเหตุของการผิดนัดด้วย
- 2.2 มีบันทึกการระบุระดับความเจ็บป่วยตามที่หน่วยงานกำหนด
- 2.3 มีบันทึกสิ่งที่ประเมินได้ เช่น มีไข้ ความดันโลหิตสูง อัตราการหายใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลภาพถ่ายรังสีปอด ผลหัตถการที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 มีความถูกต้องในการประเมินอาการ/เพื่อการส่งต่อแผนก/หน่วยงาน/ตึก

**3. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล (Implement)**

- 3.1 มีการตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่ต้องให้ยาหรือปฏิบัติกิจกรรมเร่งด่วน ต้องได้รับภายใน 30 นาที นับจากเวลาที่แพทย์สั่ง

- 3.2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและการช่วยเหลือในการมาตรวจรักษา
- 3.3 ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการได้รับการดูแลด้านความสุขสบาย ความปลอดภัยและการบรรเทาอาการ

3.4 มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ/ย้าย/ส่งปรึกษา/รับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียน บาดแผลฯ กรณีกลับบ้านมีแผนการสอนตาม METHOD Model

#### 4. ด้านการประเมินผลการพยาบาล

- 4.1 ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม ตามอาการหรือข้อบ่งชี้
- 4.2 ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ
- 4.3 ผู้ป่วยได้รับใบนัดหรือใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์ กรณีที่มีการตรวจอย่างต่อเนื่อง

#### แนวทางการให้คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

การให้คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยการใช้กระบวนการพยาบาล งานบริการผู้ป่วยนอกเด็กติดเชื้อ เอชไอวี คลินิกยาด้านไวรัส แผนกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

#### ตารางที่ 7 การให้คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

ข้อมูลการบันทึก	เกณฑ์การให้คะแนน
<p><b>1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Assessment) คะแนนเต็ม 4 คะแนน</b></p> <p><b>กิจกรรม</b></p> <p>1) มีการซักประวัติ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล</p> <p>2) มีการซักประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน</p> <p>3) มีการซักประวัติการใช้ยาหรือแพ้ยา สารเคมี อาหารและอื่นๆ</p> <p>4) มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ น้ำหนักและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของ ผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว การตรวจวัดความอิมตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้ว การประเมินความเจ็บปวด เป็นต้น</p> <p>5) มีการบันทึกวิธีการนำส่ง เช่น รถนั่ง รถนอน เดินมาฯ และบันทึกอาการที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยงาน เช่น หายใจเร็ว, เหนื่อย เหงื่อออกมาก หรือไม่มีอาการใดๆ</p> <p>6) ลงวันที่ เวลา และชื่อพยาบาลผู้ประเมินก่อนการตรวจ</p>	<p>4 คะแนน หมายถึงมีบันทึกครบทั้ง 6 ข้อ</p> <p>3 คะแนน หมายถึงมีบันทึกครบ ข้อ 1-5 ขาดข้อ 6 หรือมีบันทึกครบ ข้อ 1-4, 6 แต่ขาดข้อ 5</p> <p>2 คะแนน หมายถึงมีบันทึกครบ ข้อ 1-2 ขาดข้อ 3, 4, 5 และ 6 หรือ มีบันทึกครบ เพียง ข้อ 1 และ3 ขาดข้อ 2, 4, 5 และ 6</p> <p>1 คะแนน หมายถึงมีบันทึกครบเพียงข้อ 1 ขาดข้อ 2, 3, 4, 5 และ 6</p> <p>0 คะแนน หมายถึงไม่มีบันทึกทุกข้อ 1-6</p>
<p><b>2. การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ (Planning) คะแนนเต็ม 4 คะแนน</b></p> <p><b>กิจกรรม</b></p> <p>1) ถ้าเป็นผู้ป่วยนัดต้องบันทึก “มาตรวจตามนัด” หรือ “มาไม่ตามนัด” ระบุสาเหตุของการผิดนัดด้วย</p> <p>2) มีบันทึกการระบุระดับความเจ็บป่วยตามที่หน่วยงาน กำหนด</p>	<p>4 คะแนน หมายถึงมีบันทึกครบทั้ง 4 ข้อ</p> <p>3 คะแนน หมายถึงมีบันทึกครบ ข้อ 1, 2, 4 ขาดข้อ 3 หรือมีบันทึกครบ ข้อ 2, 3, 4 ขาดข้อ 1</p> <p>2 คะแนน หมายถึงมีบันทึกครบ ข้อ 1, 2, 3 ขาดข้อ 4 หรือบันทึกครบ ข้อ 1, 3, 4 ขาดข้อ 2</p>

ตารางที่ 7 การให้คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ (ต่อ)

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล/กิจกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน
<p><b>2. การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ (Planning) คะแนนเต็ม 4 คะแนน</b>  <b>กิจกรรม (ต่อ)</b>            3) มีบันทึกสิ่งที่ประเมินได้ เช่น มีไข้ ความดันโลหิตสูง อัตราการหายใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลภาพถ่ายรังสีปอด ผลหัตถการที่เกี่ยวข้องฯ            4) มีความถูกต้องในการประเมินอาการ/เพื่อการส่งต่อแผนก/หน่วยงาน/ตึก</p>	<p>1 คะแนน หมายถึงสิ่งที่บันทึกจากการประเมินได้ไม่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์            0 คะแนน หมายถึงไม่มีบันทึกข้อมูลใดๆ</p>
<p><b>3. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Implementation) คะแนนเต็ม 4 คะแนน</b>  <b>กิจกรรม</b>            1 มีการตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ต้องให้ยาหรือปฏิบัติกิจกรรมต้องได้รับภายใน 30 นาที นับจากเวลาแพทย์สั่ง            2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและการช่วยเหลือในการมาตรวจรักษา            3 ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการได้รับการดูแลด้านความสบาย ความปลอดภัยและการบรรเทาอาการ            4 มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ/ย้าย/ส่งปรึกษา/รับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียน บาดแผลฯ กรณีกลับบ้านมีแผนการสอนตาม METHOD Model</p>	<p><u>4 คะแนน</u> หมายถึง มีครบทั้ง 4 ข้อ  <u>3 คะแนน</u> หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อ 2  <u>2 คะแนน</u> หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อ 4  <u>1 คะแนน</u> หมายถึง มีการบันทึกเพียง 1 ข้อ ข้อใดข้อหนึ่ง  <u>0 คะแนน</u> หมายถึง ไม่มีข้อมูลใดๆ</p>
<p><b>4. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) คะแนนเต็ม 4 คะแนน</b>  <b>กิจกรรม</b>            1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม ตามอาการหรือข้อบ่งชี้            2) ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา สิทธิผู้ป่วย และการรักษาความลับ            3) ผู้ป่วยได้รับใบนัดหรือใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์ กรณีที่มีการตรวจอย่างต่อเนื่อง</p>	<p><u>4 คะแนน</u> หมายถึง มีบันทึกครบทุกข้อ  <u>3 คะแนน</u> หมายถึง ไม่มีบันทึกการให้ใบนัด/ให้ผิดคน ผิดวัน ผิดชื่อแพทย์ ผิดแผนก  <u>2 คะแนน</u> หมายถึง ไม่มีบันทึกการได้รับการตรวจตามระดับความเจ็บป่วย  <u>1 คะแนน</u> หมายถึง เกิดอันตราย/ความเสี่ยงต่อผู้ป่วยขณะรอตรวจ  <u>0 คะแนน</u> หมายถึง มีบันทึกผู้ป่วยต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่สัมพันธ์กับระดับความเจ็บป่วยที่มา หรือ ช่วยฟื้นคืนชีพอันเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</p>

### การกำหนดระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การแปลค่าความหมายของความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้สถิติพรรณนา โดยเทียบค่าบัญญัติไตรยางค์คะแนน (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2558; วราภรณ์ ภัทรมงคลเขต, 2559) ได้ดังนี้

ร้อยละ 90.20-100 เท่ากับค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงคุณภาพบันทึกอยู่ในระดับสูงมาก

ร้อยละ 70.20-90.19 เท่ากับค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงคุณภาพบันทึกอยู่ในระดับสูง

ร้อยละ 50.20-70.19 เท่ากับค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงคุณภาพบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 30.20-50.19 เท่ากับค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึงคุณภาพบันทึกอยู่ในระดับต่ำ

ร้อยละ 20.00-30.19 เท่ากับค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงคุณภาพบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ทำการศึกษา

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้ศึกษานำแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะโดยมีการเพิ่มเติมคำสำคัญ และปรับภาษาให้เหมาะสม นำเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินคุณภาพการบันทึกกระบวนการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอกเด็กติดเชื้อเอชไอวี ได้ทดสอบความเที่ยงในผู้รับบริการเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการในคลินิกเด็กติดเชื้อเอชไอวี แห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน คำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือโดยรวมได้ค่าเท่ากับ .87

### วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

**วิธีการเก็บข้อมูล** ผู้วิจัยได้อ่านบันทึกทางการแพทย์พยาบาลย้อนหลังที่ละฉบับที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกโดยอ่านตลอดทั้งฉบับเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่บันทึกทางการแพทย์พยาบาลและอ่านครั้งที่ 2 เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล และบันทึกลงในแบบประเมินคุณภาพกระบวนการพยาบาล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนของเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-18 ปี ที่มารับบริการ ณ คลินิกยาด้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2558 จำนวน 100 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์ในการคัดกรองชนิดวัคซีนกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลการบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทยและวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
3. ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนครบทุกชนิดตามมาตรฐานเด็กไทย
4. ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล

#### 1. ข้อมูลการบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในเวชระเบียนของเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-18 ปี ที่มารับบริการ ณ คลินิกยาด้าน ไวรัสเอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า** ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51 อายุต่ำสุด 5 ปี สูงสุด 18 มีอายุเฉลี่ย 15 ปี โดยช่วงอายุระหว่าง 13-18 ปี มากที่สุด ร้อยละ 83 ระดับเปอร์เซ็นต์ CD4 (cluster of differentiation) มากกว่า 24 เปอร์เซ็นต์ร้อยละ 69 ปริมาณ Viral Load < 20 copies/ml ร้อยละ 78 และส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา ร้อยละ 52 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ข้อมูลทั่วไป (n=100)	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	49	49.00
หญิง	51	51.00
<b>อายุ</b>		
อายุ แรกเกิด-6 ปี	2	2.00
อายุ 7-12 ปี	15	15.00
อายุ 13-18 ปี	83	83.00
Min= 5, Max=18, Mean= 15.46, SD.=3.448		
<b>ปริมาณระดับเปอร์เซ็นต์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4</b>		
<15 %	9	9.00
15-24 %	22	22.00
>24 %	69	69.00
<b>ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด; Viral Load (Copies/ml)</b>		
ยังไม่เริ่มรับประทานยา	1	1.00
>20 copies	21	21.00
<20 copies	78	78.00
<b>ชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับประทาน</b>		
สูตรพื้นฐาน	47	47.00
สูตรดื้อยา	52	52.00
NO ARV	1	1.00

## 2. ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทย และวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

จากการรวบรวมข้อมูลบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับ การได้รับวัคซีนตามมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคร้อยละ 52.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 48.00

ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับปี ร้อยละ 74.00 โดยได้รับครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 60.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 10.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 4.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 26.00

ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน และหัดวัคซีนป้องกันโปลิโอ ร้อยละ 69.00 โดยได้รับจำนวนครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 42.00 ได้รับจำนวนครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 13.00 ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 5.00 ได้รับจำนวนครบ 2 ครั้ง ร้อยละ 5.00 ได้รับจำนวนครบ 1 ครั้ง ร้อยละ 4.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 31 .00

ได้รับวัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม ร้อยละ 71.00 โดยได้รับครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 2.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 45.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 24.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 29.00



ได้รับวัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบ ร้อยละ 74.00 โดยได้รับครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 58.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 14.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 2.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 26.00

ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก คอตีบ ร้อยละ 50.00 โดยได้รับ 3 ครั้ง ร้อยละ 5.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 6.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 39.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 33.00 และจำนวนเด็กที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์การฉีดวัคซีน ร้อยละ 17.00

และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี 2558 ร้อยละ 95.00 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการฉีดวัคซีน

การได้รับบริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทย (n=100)	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)</b>		
ได้รับ	52	52.00
ไม่มีหลักฐานการได้รับวัคซีน	48	48.00
<b>2. ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับบี (HBV)</b>	<b>74</b>	<b>74.00</b>
ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง	60	60.00
ได้รับจำนวน 2 ครั้ง	10	10.00
ได้รับจำนวน 1 ครั้ง	4	4.00
ไม่มีหลักฐานการได้รับวัคซีน	26	26.00
<b>3. ได้รับบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน และหัดโปลิโอ (DPT, OPV)</b>	<b>69</b>	<b>69.00</b>
ได้รับจำนวนครบ 5 ครั้ง	42	42.00
ได้รับจำนวน 4 ครั้ง	13	13.00
ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง	5	5.00
ได้รับจำนวน 2 ครั้ง	5	5.00
ได้รับจำนวน 1 ครั้ง	4	4.00
ไม่มีหลักฐานการได้รับวัคซีน	31	31.00
<b>4. ได้รับวัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR)</b>	<b>71</b>	<b>71.00</b>
ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง	2	2.00
ได้รับจำนวน 2 ครั้ง	45	45.00
ได้รับจำนวน 1 ครั้ง	24	24.00
ไม่มีหลักฐานการได้รับวัคซีน	29	29.00
<b>5. ได้รับวัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบ (JE)</b>	<b>74</b>	<b>74.00</b>
ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง	58	58.00
ได้รับจำนวน 2 ครั้ง	14	14.00
ได้รับจำนวน 1 ครั้ง	2	2.00
ไม่มีหลักฐานการได้รับวัคซีน	26	26.00

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการฉีดวัคซีน (ต่อ)

การได้รับบริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทย (n=100)	จำนวน	ร้อยละ
6. ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก คอตีบ (dT)	50	50.00
ได้รับจำนวน 3 ครั้ง	5	5.00
ได้รับจำนวน 2 ครั้ง	6	6.00
ได้รับจำนวน 1 ครั้ง	39	39.00
ไม่มีหลักฐานการได้รับวัคซีน	33	33.00
จำนวนเด็กที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์การฉีด	17	17.00
7. การได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่		
ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี 2558	95	95.00
ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี 2558	5	5.00

### 3. ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนครบทุกชนิดตามมาตรฐานเด็กไทย

จากการรวบรวมข้อมูลบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับ การได้รับวัคซีนตามมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์เป็นรายบุคคลพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนครบทุกชนิด ตามมาตรฐานเด็กไทย ร้อยละ 30.00 ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการฉีดวัคซีนครบทุกชนิดตามมาตรฐานเด็กไทย

การได้รับบริการฉีดวัคซีนครบทุกชนิดตามมาตรฐานเด็กไทย (n=100)	จำนวน	ร้อยละ
1. วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)	52	52.00
ได้รับครบจำนวน 1 ครั้ง และวัคซีน EPI อื่น ๆ ครบทุกชนิด	30	30.00
2. ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับบี (HBV)	74	74.00
ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง และวัคซีน EPI อื่น ๆ ครบทุกชนิด	30	30.00
3. ได้รับบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน และหยดโปลิโอ (DPwT, OPV)	69	69.00
ได้รับจำนวนครบ 5 ครั้ง และวัคซีน EPI อื่น ๆ ครบทุกชนิด	30	30.00
4. ได้รับวัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR)	71	71.00
ได้รับจำนวน 2 ครั้ง และวัคซีน EPI อื่น ๆ ครบทุกชนิด	30	30.00
5. ได้รับวัคซีนป้องกันไข้มองอักเสบ (JE)	74	74.00
ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง และวัคซีน EPI อื่น ๆ ครบทุกชนิด	30	30.00
สรุปกลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนครบทุกชนิด (BCG, HBV, DTwP, OPV, MMR, JE)	30	30.00

### 4. ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยาด้านไวรัส สถาบันบำราศนราดูร มีความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 81.20 ( $\bar{X}$  = 4.06, SD. = 0.62) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านการประเมินผลทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูงมากร้อยละ

99.20 ( $\bar{X}=4.96$ ,  $SD.=0.23$ ) รองลงมาคือค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 85.40 ( $\bar{X}=4.27$ ,  $SD.=1.28$ ) และ ด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการร้อยละ 76.80 ( $\bar{X}=3.84$ ,  $SD.=1.02$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางคือด้านการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการร้อยละ 69.80 ( $\bar{X}=3.449$ ,  $SD.=1.03$ )  
ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน จำแนกตามรายชื่อและรายด้านของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (n=100)

คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล	ค่าคะแนน			
	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
<b>1.ด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ</b>	<b>76.80</b>	<b>3.84</b>	<b>1.015</b>	<b>สูง</b>
1.1 มีการซักประวัติ อาการสำคัญที่นำมา โรงพยาบาล	75.00	3.75	1.865	สูง
1.2 มีการซักประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน	83.00	4.15	1.644	สูง
1.3 มีการซักประวัติการใช้ยาหรือแพ้ยา สารเคมี อาหารและอื่นๆ	59.60	2.98	2.010	ปานกลาง
1.4 มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ น้ำหนักและ อื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย	93.60	4.68	1.096	สูงมาก
1.5 มีการบันทึกวิธีการนำส่งและอาการที่มาถึง หน่วยงาน	78.40	3.92	1.791	สูง
1.6 ลงวันที่ เวลา และชื่อพยาบาลผู้ประเมิน ก่อนการตรวจ	71.80	3.59	1.922	สูง
<b>2. ด้านการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับ     ปัญหาและความต้องการ</b>	<b>69.80</b>	<b>3.49</b>	<b>1.034</b>	<b>ปานกลาง</b>
2.1 ถ้าเป็นผู้ป่วยนัดต้องบันทึก “มาตรวจตาม นัด” หรือ “มาไม่ตามนัด” ระบุสาเหตุของการผิด นัดด้วย	79.80	3.99	1.747	สูง
2.2 มีบันทึกการระบุระดับความเจ็บป่วยตามที่ หน่วยงานกำหนด	40.20	2.01	1.747	ต่ำ
2.3 มีบันทึกสิ่งที่ประเมินได้ เช่น มีไข้ ความดัน โลหิตสูง อัตราการหายใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ผล Lab, X-ray, ผลหัตถการที่เกี่ยวข้องๆ (ตาม หลัก Nursing Diagnosis)	83.00	4.15	1.644	สูง
2.4 มีความถูกต้องในการประเมินอาการ/เพื่อ การส่งต่อแผนก/หน่วยงาน/ตึก	76.60	3.83	1.830	สูง

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน จำแนกตามรายชื่อและรายด้านของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (n=100) (ต่อ)

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ค่าคะแนน			
	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
<b>3. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</b>	<b>85.40</b>	<b>4.27</b>	<b>1.236</b>	<b>สูง</b>
3.1 มีการตรวจสอบคำสั่งการรักษาหลังจากแพทย์ตรวจแล้ว และถ้ามี Stat Order ที่ต้องให้ยาหรือปฏิบัติกิจกรรมต้องได้รับภายใน 30 นาที นับจากเวลาแพทย์สั่ง	81.40	4.07	1.698	สูง
3.2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและการช่วยเหลือในการมาตรวจรักษาในครั้งนี้	87.00	4.35	1.480	สูง
3.3 ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการได้รับการดูแลด้านความสบาย ความปลอดภัยและการบรรเทาอาการ	87.80	4.39	1.441	สูง
3.4 มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ/ย้าย/ส่งปรึกษา/Admit เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียน บาดแผลฯ (กรณีกลับบ้านมีแผนการสอนตาม METHOD Model)	85.40	4.27	1.551	สูง
<b>4. ด้านการประเมินผลการพยาบาล</b>	<b>99.20</b>	<b>4.96</b>	<b>0.227</b>	<b>สูงมาก</b>
4.1 ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม (ตามอาการ/ข้อบ่งชี้/นโยบายฯ)	98.40	4.92	0.566	สูงมาก
4.2 ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจขณะตรวจ และหลังตรวจ	100	5	0.000	สูงมาก
4.3 ผู้ป่วยได้รับใบนัดหรือใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์ กรณีที่มีการตรวจอย่างต่อเนื่อง	99.00	4.95	0.262	สูงมาก
<b>เฉลี่ยคุณภาพโดยรวม</b>	<b>81.20</b>	<b>4.06</b>	<b>0.619</b>	<b>สูง</b>

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ (Analytic research) โดยการศึกษาข้อมูลย้อน (Retrospective) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์ในการคัดกรองฉีดวัคซีนกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาจากเวชระเบียนของเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1-18 ปี ที่มารับบริการ ณ คลินิกยาต้านไวรัส แผนกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2558 โดยกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในช่วงที่ทำการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 100 คน ด้วยเครื่องมือการประเมินคุณภาพกระบวนการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอก 4 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (2) การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ (3) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ (4) การประเมินผลการพยาบาล ทั้งหมดนี้มีเนื้อหาถูกต้องตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินของ สปสช. สภากาชาด และสำนักงานการพยาบาล 2557 และครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ตามรูปแบบ APIE คือ การประเมินแรกเริ่ม (A: Assessment data) ปัญหาผู้ป่วย (P: Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (I: Intervention) และการประเมินผลการพยาบาล (E: Evaluation) ผู้ศึกษาทำการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ปริมาณระดับเปอร์เซ็นต์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4, ปริมาณ Viral Load, ชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับประทาน การได้รับบริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทย (EPI) และการได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และข้อมูลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ผู้ศึกษารวบรวมจากการอ่านบันทึกทางการแพทย์ที่พยาบาลบันทึกในเวชระเบียนที่เด็กติดเชื้อเอชไอวี มารับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษา และผู้ศึกษานำมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด แยกตามรายหัวข้อมูลนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเทียบบัญญัติไตรยางค์ค่าคะแนนร้อยละระดับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ สามารถสรุปและอภิปรายผลดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.00 อายุระหว่าง 5 ถึง 18 ปี มีอายุเฉลี่ย 15 ปี โดยพบว่าช่วงอายุระหว่าง 13-18 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 83 ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (cluster of differentiation<sup>4</sup>) มากกว่า 24 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 69.00, ปริมาณ Viral Load < 20 copies/ml พบว่ามีร้อยละ 78.00 และส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา ร้อยละ 52.00

#### 2. ข้อมูลบันทึกการได้รับบริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐานเด็กไทย

การได้รับวัคซีนตามมาตรฐานของเด็กไทย (EPI) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.00 ได้รับวัคซีนตามมาตรฐาน EPI ครบทุกชนิด โดยแยกรายละเอียดการได้รับวัคซีนพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค ร้อยละ 52.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 48.00

ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับปี ร้อยละ 74.00 โดยได้รับครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 60.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 10.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 4.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 26.00

ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน และหัดวัคซีนป้องกันโปลิโอ ร้อยละ 69.00 โดยได้รับจำนวนครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 42.00 ได้รับจำนวนครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 13.00 ได้รับจำนวนครบ 3 ครั้ง ร้อยละ

5.00 ได้รับจำนวนครบ 2 ครั้ง ร้อยละ 5.00 ได้รับจำนวนครบ 1 ครั้ง ร้อยละ 4.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 31.00

ได้รับวัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม ร้อยละ 71.00 โดยได้รับครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 2.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 45.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 24.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 29.00

ได้รับวัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบ ร้อยละ 74.00 โดยได้รับครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 58.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 14.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 2.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 26.00

ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก คอตีบ ร้อยละ 50.00 โดยได้รับ 3 ครั้ง ร้อยละ 5.00 ได้รับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 6.00 ได้รับ 1 ครั้ง ร้อยละ 39.00 ไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีน ร้อยละ 33.00 และจำนวนเด็กที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์การฉีดร้อยละ 17.00

### 3. บันทึกวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี 2558 ร้อยละ 95.00

### 4. ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยาต้านไวรัส สถาบันบำราศนราดูร ส่วนใหญ่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ร้อยละ 81.20 มีข้อมูลที่ไม่มีความสมบูรณ์มากที่สุดคือข้อมูลการบันทึกการระบุระดับความเจ็บป่วยตามที่หน่วยงานกำหนดร้อยละ 59.80 รองลงมาคือการซักประวัติการใช้ยาหรือแพ้ยา สารเคมี อาหารและอื่น ๆ ร้อยละ 40.40 ส่วนข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์น้อยที่สุดคือผู้ป่วยได้รับใบนัดหรือใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์ กรณีที่มีการตรวจอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 1

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านการประเมินผลทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 99.20 ( $\bar{X}=4.96$ ,  $SD.=0.23$ ) รองลงมาคือค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 85.40 ( $\bar{X}=4.27$ ,  $SD.=1.24$ ) และ ด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการร้อยละ 76.80 ( $\bar{X}=3.84$ ,  $SD.=1.02$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางคือด้านการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการร้อยละ 69.80 ( $\bar{X}=3.45$ ,  $SD.=1.03$ )

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ข้อมูลการบันทึกการได้รับวัคซีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนตามมาตรฐาน EPI ครบทุกชนิด ร้อยละ 30.00 และไม่มีบันทึกการได้รับวัคซีนประกอบด้วย วัคซีนป้องกันวัณโรค (ร้อยละ 48.00) ไวรัสตับบี (ร้อยละ 26.00) บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน และหัดวัคซีนป้องกันโปลิโอ (ร้อยละ 31.00) หัด หัดเยอรมัน คางทูม (ร้อยละ 29.00) ไข้สมองอักเสบ (ร้อยละ 26.00) บาดทะยัก คอตีบ (ร้อยละ 33.00) จะเห็นได้ว่าการได้รับวัคซีนไม่เป็นไปตามมาตรฐาน EPI เนื่องจากในระยะแรกๆ ที่มีการระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ปี 2527 (งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม, 2558) ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการให้วัคซีน EPI (เกียรติ รัชชณรงค์ธรรม และคณะ, 2557) ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือมารดาทำสมุดวัคซีนหาย มารดาไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเอง และเด็กอยู่กับผู้ดูแลที่ไม่รู้ที่มาของเด็ก เช่น ศูนย์เด็กกำพร้า ปู่ ย่า ตา ยาย และที่สำคัญการเริ่มยาต้านไวรัสในระยะที่ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำ และระดับ Viral Load ยังสูง การให้วัคซีนเชื้อเป็น เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) และโปลิโอชนิดกิน (OPV) อาจเกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gilmaria Holanda da Cunha, et al. (2016) ศึกษาการได้รับวัคซีนในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ป่วยจะยังไม่ได้รับวัคซีนจนกว่าจะได้รับการฟื้นฟูจนมีระดับเปอร์เซ็นต์ CD4 มากกว่าร้อยละ 15.00 และสาเหตุที่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 52.00 ใช้ยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้กินยาต้านไวรัสมานานเพราะร้อยละ 83.00 ของ

เด็กอายุ 13-18 ปี ทำให้เด็กเกิดภาวะการรักษาล้มเหลว (เกียรติ รัชชรุ่งธรรม และคณะ, 2557) ทำให้ต้องปรับยาต้านไวรัสเป็นสูตรดีด็อกซา สอดคล้องกับการศึกษาของทรงกลด เจริญศรี (2557) ศึกษาผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรึกษาเพื่อเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แก่เด็ก คลินิกยาต้านไวรัสเด็ก โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า เด็กมีแนวโน้มดีด็อกซาอาจเป็นเพราะเด็กเบื่อหน่ายในการกินยามานาน เช่นเดียวกับการศึกษาของพันธ์ชัย รัตนสุวรรณ (2561) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคดีด็อกซาบางรายไม่ได้รับประทานยาจริงเนื่องจากผลข้างเคียงของยาวัณโรคทำให้รู้สึกไม่สบายมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของศุภมาศ อุ้นสากล (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะล้มเหลวทางไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างน้อยกว่าร้อยละ 95.00

2. ความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในภาพรวม ร้อยละ 18.80 เมื่อวิเคราะห์รายด้านของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่สมบูรณ์ พบว่า ด้านการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นข้อมูลการบันทึกที่ระดับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.20 ( $\bar{x} = 2.01$ ,  $SD = 1.75$ ) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญในการบันทึกระดับความเจ็บป่วยน้อย เพราะเด็กส่วนใหญ่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวี และรับวัคซีนตามนัด ไม่ได้มาด้วยปัญหาความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑา ธรรมณี (2560) ศึกษาการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ พบว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 33.51

3. ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.20 ( $\bar{x} = 4.06$ ,  $SD = 0.62$ ) เนื่องจากกลุ่มการพยาบาล ได้ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วยการพัฒนาคู่มือการใช้กระบวนการพยาบาล พัฒนาแบบบันทึกและแบบประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พัฒนาคัดกรองบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกเดือน พัฒนาศมรรถนะด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ ร่วมทีมสหวิชาชีพพัฒนาระบบบันทึกในเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ถึงระดับสูงมากตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ยังไม่สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วนโดยให้ความสำคัญในการมุ่งเน้นการบันทึกคุณภาพ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) โดยสามารถอภิปรายประเด็นต่างๆได้ดังนี้

ด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์ และพร บุญมี (2559) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ พบว่า มีการประเมินได้ครอบคลุมถึงสภาพปัญหา ความต้องการ และความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงจะทำให้เกิดความรู้และทักษะในการบันทึกการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของธนากร สำเภาง และชัชฌงค์ แพร่ขาว (2560) ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลผู้บาดเจ็บระยะฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน พบว่า กระบวนการที่มีคุณภาพการบันทึกในระดับดีมาก คือการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ประวัติสุขภาพ และการคัดแยกผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพร โคตะมี และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลไชยวาน พบว่า ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด คือประวัติความเจ็บป่วย รองลงมาคือ การติดตามการรักษาครั้งที่ 3 และข้อมูลที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุดคือการตรวจร่างกาย ถึงแม้ว่าด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ จะอยู่ในระดับสูง แต่ก็พบว่า การประเมินเรื่องการซักประวัติการใช้ยาหรือแพ้ยา สารเคมี อาหาร และอื่นๆ ยังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.60 ซึ่งอาจสะท้อนถึงสมรรถนะพยาบาลในการซักประวัติยังไม่ครอบคลุม แสดงถึงการปฏิบัติต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล และพยาบาลไม่บันทึก

กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นปัจจุบันขณะทำงาน เนื่องจากพยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลก่อนการบันทึก เมื่อเวลาว่างเลยพยาบาลอาจข้ามบันทึกประเด็นด้านการประเมินข้อนี้

ด้านการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในหัวข้อของการบันทึกที่ระบุระดับความเจ็บป่วยตามที่หน่วยงานกำหนดร้อยละ 40.20 ซึ่งต่ำกว่าร้อยละ 50.00 อาจแสดงถึงการปฏิบัติต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด วิเคราะห์ปัญหาการพัฒนารูปแบบวิจัยนี้ การวางแผนการพยาบาลทารกแรกเกิดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากหน่วยงานไม่ได้กำหนดแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ไม่มีแนวทางสำหรับการวินิจฉัย และการกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาลไม่ชัดเจน และของจันทร์เมือง ทนงยิ่ง และ รัตนภรณ์ อุปแก้ว (2557) ศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลในเวชระเบียน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Yun Jeong Kim & Hyeoun-Ae Park (2005) ศึกษาบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลในห้องผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า พยาบาลในห้องผ่าตัดบันทึกคำสั่งแพทย์มากกว่าจะบันทึกการวางแผนการพยาบาลเนื่องจากพยาบาลต้องรีบเร่งปฏิบัติกิจกรรมหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล อยู่ในระดับสูงเนื่องจากกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กำหนดการบันทึกเป็นรูปแบบ APIE สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และกระตุ้นให้มีการวินิจฉัยทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมพร คำล้ำเลิศ และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดอยู่ในระดับสูง โดยเป็นแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลทำให้เอื้อต่อการบันทึกที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้บันทึกได้เร็ว สะดวก แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลได้อย่างชัดเจน แต่พบประเด็นในหัวข้อของการบันทึกการตรวจสอบคำสั่งการรักษาหลังจากแพทย์ตรวจแล้ว และถ้ามีคำสั่งแพทย์ที่ต้องให้การรักษา ณ ขณะนั้นที่ต้องให้ยาหรือปฏิบัติกิจกรรมต้องได้รับภายใน 30 นาที นับจากเวลาแพทย์สั่งคิดเป็นร้อยละ 81.40 อาจแสดงถึงการปฏิบัติต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล ซึ่งควรที่จะบันทึกร้อยละ 100 เนื่องจากมีความสำคัญโดยตรงที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในเรื่องของการให้ยาหรือปฏิบัติกิจกรรมต้องได้รับ เพราะพยาบาลได้ทำกิจกรรมหัตถการนั้นแล้วด้วยความเร่งด่วนแต่ไม่บันทึกสอดคล้องกับการศึกษาของ Yun Jeong Kim & Hyeoun-Ae Park (2005) พบว่า พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเร่งด่วนไม่มีเวลาเพียงพอในการบันทึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และของอรอนงค์ วงศ์มหาชัย (2556) ศึกษาการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า ปัจจัยที่มีผลให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้แก่ภาระงานที่ยุงยาก จำนวนผู้ป่วยมาก และความเร่งด่วนของงาน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานของพยาบาลมากเกินไป

ด้านการประเมินผลการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก เนื่องจากเด็กได้รับการประเมินอาการในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (สำนักการพยาบาล, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของวิฑูรย์ สุวรรณศรี และคณะ (2559) ของเกศกนก แสงอุบล และมุกดา สีสถานุชิต (2558) และของอรพิน บุษบัน (2557) พบว่า การประเมินผลการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก แต่ก็ยังพบว่าในหัวข้อของการบันทึกผู้ป่วยได้รับการตรวจตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม (ตามอาการ/ข้อบ่งชี้/นโยบาย) มีการบันทึกร้อยละ 98.40 ซึ่งควรที่จะบันทึกร้อยละ 100 สะท้อนถึงคุณภาพของการบริการและให้ข้อมูลผู้ป่วยตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม โดยข้อมูลข้างต้นมีความสำคัญต่อการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ



และปลอดภัยอย่างยิ่งหากบันทึกไม่สมบูรณ์อาจส่งผลกระทบต่อความผิดพลาดในด้านการรักษาได้เช่นกัน เนื่องจากบันทึกการประเมินผลเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนใช้อ้างอิงด้านกฎหมาย

**สรุป** การบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการพยาบาล ส่งผลให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีปัญหาเรื้อรัง ซ้ำซ้อน ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยอย่างยิ่ง

### ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดให้มีทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการร่วมคิดแก้ปัญหาในส่วนของบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์

#### ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ควรจัดอบรมฟื้นฟูการเขียนบันทึกทางการแพทย์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำ
2. มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์แก่บุคลากรทางการแพทย์
3. ควรมีการจัดทำแนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์เฉพาะโรค
4. พัฒนาความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลผู้ป่วยนอก

#### ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการบันทึกทางการแพทย์ที่จะใช้เวลาระยะสั้นครอบคลุมตามมาตรฐานที่กำหนด

2. การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการบันทึกทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ เกษวดี ลาภพระ จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา ฐิติอร นาคบุญนำ และ อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์ บรรณาธิการ. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2556.
2. เกศกนก แสงอุบล และ มุกดา สีตลานุชิต. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสายไหม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2558; 9 (3): 209-17.
3. เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต่อกายูรกรรม ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม และคณะ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2557.
5. จันทร์เมือง ทะนงยิ่ง และ รัตนาภรณ์ อุปแก้ว. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค.2562].  
เข้าถึงได้จาก: [thawathos.net > wp-content > uploads > 2015/04](http://thawathos.net/wp-content/uploads/2015/04)
6. จิตรศิริ ชันเงิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
7. ฐิติขวัญ นวมะชิตติ. การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
8. ดวงเดือน ไชยน้อย. การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
9. เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเมินมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค. 2562].  
เข้าถึงได้จาก: <http://krupee.blogspot.com/2009/09/rating-scale.html>
10. ทรงกลด เจริญศรี. ผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรึกษาเพื่อเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แก่เด็ก คลินิกยาด้านไวรัสเด็ก โรงพยาบาลสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้ จาก: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2877>
11. ทศนีย์ ทองประทีป และ เบญจา เตากกล้า. การบันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2543; 15(2): 1-11.
12. ธนากร สำเภาทอง และ ชัจจณณ์ แพรวขาว. การพัฒนาแบบบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล ผู้บาดเจ็บระยะฉุกเฉินในห้องวิกฤตฉุกเฉินแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ; 10 มีนาคม 2560; อาคารพจน์ สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560. หน้า 1024-1034.

13. ประคิน สุจฉายา วิจิตร ศรีสุพรรณ โรจน์ จินตนาวัฒน์ กุลดา พฤติวรรณ และ ศรีมณา นิยมคำ. บันทึกทางการแพทย์และการผดุงครรภ์: แนวคิดวิธีบันทึกและการใช้ประโยชน์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
14. ปัตติมาศ เพ็ชรเจริญ และ นิตยา นราพิสุทธิ. ความร่วมมือในการใช้บันทึกทางการแพทย์แบบใหม่ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณศรีประชารักษ์. สุวรรณศรีประชารักษ์เวชสาร 2552; 6(2): 96-106.
15. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลแบบแผนการประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2552
16. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ว่างใหม่บุปผินต์; 2544.
17. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. การรักษาวรรณโรค: DOT vs VOT. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2561; 12(1): 43-7
18. พันธุ์ทิพย์ แก้วดวงใจ อรวรรณ เอียดทอง อารี रामโกมุท. การดูแลด้านจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ สถาบันบำราศนราดูร. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2561; 12(3): 157-60
19. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์; 2560.
20. มณฑา ธรรมณี. การวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยโรค COPD โดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31(1): 131-41.
21. วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์ และ พร บุญมี. การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จันทร์ จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559; 43(3): 123-36.
22. วิหวดี สุวรรณศรวล เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2559; 43 (3): 128-36.
23. ศุภมาศ อุ่นสากล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะล้มเหลวทางไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลอากาศอานวย จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 2558; 13(3): 47-58.
24. สถาบันบำราศนราดูร หน่วยงานกลุ่มการพยาบาล. รายงานข้อมูลสถิติการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประจำปี 2555-2557. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2557. (อัดสำเนา)
25. สถาบันบำราศนราดูร หน่วยงานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม. รายงานข้อมูลสถิติเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีประจำปี. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2558. (อัดสำเนา)
26. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาล 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้ จาก: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T\\_0030.PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0030.PDF)
27. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
28. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์ “สถานการณ์น่าห่วงวัยรุ่นไทยติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น” 5 มีนาคม 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้ จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/41145>

29. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทนิวเวฟพัฒนา; 2540.
30. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(3): 137-43.
31. อรพิน บุษบัน. การพัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชบุรี
32. อรอนงค์ วงศ์มหาชัย. การวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556. 93 หน้า
33. อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์ วรมันต์ ไวดาบ ชนเมธ เตชะแสนศิริ วันทปรียา พงษ์สามารถ จุฑารัตนเมฆมลัลลิกา และ วีรชัย วัฒนวรเดช. คู่มือวัคซีน 2010-2011. กรุงเทพฯ ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด 2553.
34. อารี ชิวเกษมสุข. การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. วารสารคุณภาพการพยาบาล 2548; 2(3): 4-12
35. \_\_\_\_\_. กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.  
[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557. 2005; 74 (11-12): 952-9.
36. อุดมพร คำล้ำเลิศ อารี ชิวเกษมสุข รัชณี นามจันทา วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18 (ฉบับพิเศษ): 326-34.
37. อุไรพร โคตะมี นีรุวรรณ เทรินโบล์ สุทิน ชนະบุญ. การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมนสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12 (2): 1-14.
38. โอเล็ด ศรีมุกดา ฐิติณัฐ อัคระเวชอนันต์ ทริยาพรรณ สุภามณี. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. พยาบาลสาร 2558; 42 (1): 141-152.
39. Alfaro-LeFevre. Applying nursing process: a step-by-step guide. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 2006.
40. Bello Hussainat Taiye. Knowledge and practice of documentation among nurses in Ahmadu Bello University Teaching Hospital (Abuth) Zaria, Kaduna State. IOSR-JNSH 2015; 4(6): 1-6.
41. Bjorvell C, Wredling, Regina, & Thorell-Ekstrand I. Improving documentation using a nursing model. Journal of Advanced Nursing. 2003; 43(4): 402-10.
42. Garcia A PRF, Pedreira de Freitas MI, Lamas JLT, & Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. [Internet]. São Paulo: Campinas; 2017 [cited 2019 Oct 13]. 11 p. Available from: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100220&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100220&script=sci_arttext&lng=en)

43. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and Application. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
44. Holanda da Cunha G, Galvão M TG, Martins de Medeiros C, Rocha PR, Lima M AC & Fachine FV. Vaccination status of people living with HIV/AIDS in outpatient care in Fortaleza, Ceará, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2016; 20(5): 487-93.
45. Kim HJ, Park HA. Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. *Int J Med Inform* 2005; 74 (11-12): 952-9.
46. Kozier and Erbs. *Fundamentals of Nursing*. 10<sup>th</sup> ed. China: Pearson; 2015.
47. Kurtz C.A. Accurate documentation equals quality patient care. *Insight* [Internet]. 2002 [cited 2019 Jun 13]; 27(1): 8-10  
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11962063>
48. Iyer P.W. and Camp N.H. *Nursing Document: A Nursing Process Approach*. 3<sup>rd</sup> ed. Flemngton: Mosby; 2000.
49. Potter P.A. and Perrey A.G. *Basic Nursing: Essentials for Nursing practice*. 6<sup>th</sup> ed: St Louis; 2005.
50. \_\_\_\_\_ . *Essentials for Nursing practice*. 8<sup>th</sup> ed: Canada. Elsevier Mosby; 2015.
51. Schweck M.K. *Psychiatric Nursing: The Nursing Process*. 3<sup>rd</sup> ed. St.Louis: Mosby Year Book; 1999.
52. Taylor C, Lillis C and LeMone P. *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. 4<sup>th</sup> ed: Philadelphia; Lippincott. 2001.
53. Ward, M.F. Stuart G *Case management: perspectives of the United Kingdom and US system*. In: Harrison M, Mitchell D (eds) *Current issues in acute mental health nursing*. Sage, London n.p.:2004.
54. Wison H.S. and Kneist C.R. *Psychiatric Nursing*. 6<sup>th</sup> ed: Mosby Inc; 2011.

## ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

1. แบบบันทึกการได้รับวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับเด็กไทยทุกคน (EPI)
2. แบบบันทึกการประเมินคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอก

### ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป ในแบบบันทึกการได้รับวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับเด็กไทยทุกคน (EPI)

รหัส.....เพศ.....อายุ.....ระดับ CD4.....% ระดับ Viral Load.....สูตร ART.....

#### บันทึกการได้รับวัคซีน

อายุ วัคซีน	แรก เกิด	1 เดือน	2 เดือน	4 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	18 เดือน	2 ปี 6 เดือน	4-6 ปี	12 ปี	จำนวน ครั้ง การ ได้รับ
บีซีจี (BCG)	(BCG)											
ตับอักเสบบี (HBV)	HBV <sub>1</sub>	HBV <sub>2</sub> (มารดา เป็น พาหะ)										
คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ชนิดทั้ง เซลล์ (DTwP)			DTwP- HB1	DTwP- HB2	DTwP- HB3			DTwP กระตุ้น 1		DTwP กระตุ้น 2	dT ทุก 10 ปี	
โปลิโอ ชนิดกิน (OPV)			OPV1	OPV2	OPV3			OPV กระตุ้น 1		OPV กระตุ้น 2		
หัด หัด เยอรมัน คางทูม (MMR)							MMR1		MMR2			
ไข้มอง อักเสบเจอี (Live JE)							Live JE1		Live JE2			

ส่วนที่ 2. แบบบันทึกการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอก

กระบวนการพยาบาล	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ (A; Assessment) คะแนนเต็ม 4 คะแนน	1) มีการซักประวัติ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	
	2) มีการซักประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน	
	3) มีการซักประวัติการใช้ยาหรือแพ้ยาสารเคมี อาหารและอื่นๆ	
	4) มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ น้ำหนักและอื่นๆ ที่จำเป็นตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น DTX, O <sub>2</sub> Sat, Pain core เป็นต้น	
	5) มีการบันทึกวิธีการนำส่ง เช่น รถนั่ง รถนอน เดินมา และบันทึกอาการที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยงาน เช่น หายใจเร็ว, เหนื่อย เหงื่อออกมาก หรือไม่มีอาการใดๆ	
	6) ลงวันที่ เวลา และชื่อพยาบาลผู้ประเมินก่อนการตรวจ	
2. การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ (P; Planning) คะแนนเต็ม 4 คะแนน	1) ถ้าเป็นผู้ป่วยนัดต้องบันทึก “มาตรวจตามนัด” หรือ “มาไม่ตามนัด” ระบุสาเหตุของการผิดนัดด้วย	
	2) มีบันทึกการระบุระดับความเจ็บป่วยตามที่หน่วยงานกำหนด	
	3) มีบันทึกสิ่งที่ประเมินได้ เช่น มีไข้ ความดันโลหิตสูง อัตราการหายใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ผล Lab, X-ray, ผลหัตถการที่เกี่ยวข้องๆ (ตามหลัก Nursing Diagnosis)	
	4) มีความถูกต้องในการประเมินอาการ/เพื่อการส่งต่อแผนก/หน่วยงาน/ตึก	
3. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (I; Implementation) คะแนนเต็ม 4 คะแนน	1) มีการตรวจสอบคำสั่งการรักษาหลังจากแพทย์ตรวจแล้ว และถ้ามี Stat Order ที่ต้องให้ยาหรือปฏิบัติกิจกรรมต้องได้รับภายใน 30 นาที นับจากเวลาแพทย์สั่ง	
	2) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและการช่วยเหลือในการมาตรวจรักษาในครั้งนี้	
	3) ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการได้รับการดูแลด้านความสบาย ความปลอดภัยและการบรรเทาอาการ	
	4) มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ/ย้าย/ส่งปรึกษา/Admit เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียน บาดแผลฯ (กรณีกลับบ้านมีแผนการสอนตาม METHOD Model)	
4. การประเมินผลการพยาบาล (E; Evaluation) คะแนนเต็ม 4 คะแนน การตรวจอย่างต่อเนื่อง	1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม (ตามอาการ/ข้อบ่งชี้/นโยบายฯ)	
	2) ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา สิทธิผู้ป่วย และการรักษาความลับ	
	3) ผู้ป่วยได้รับใบนัดหรือใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์ กรณีที่มี	



## ภาคผนวก ข

- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
- ประวัติผู้วิจัย

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

1. **ชื่อโครงการวิจัย** การศึกษาสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี  
ในบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

2. **ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย** สถาบันบำราศนราดูร

1. นางเจริญสุข อัครพิพิธ ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร เบอร์  
โทรศัพท์ 02-5903436 มือถือ 0896105835 สามารถติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

2. น.ส.ศิวดา อีสอาด ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร เบอร์  
โทรศัพท์ 02-5903436 มือถือ 0982952364 สามารถติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

3. นางศรีสุดา สมัดชัย ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร เบอร์โทรศัพท์  
02-5903436 มือถือ 0914249494 สามารถติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

3. **เนื้อหาสาระของโครงการวิจัย และความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร**

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่าน  
ข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัย  
นี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น  
ในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำ  
โครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือ  
กับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วม  
ในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมใน  
โครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มี  
ผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมใน  
โครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครใน  
โครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็น **ผู้แทนโดยชอบธรรม** ของผู้ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนใน  
เอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

### 3.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำวิจัย

เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เช่น การซักประวัติ การถามอาการ การฉีดยา  
พ่นยา พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาล และต้องบันทึกกระบวนการพยาบาลนั้น เพื่อเป็นการสื่อสารให้  
ทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ หรือบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทราบอาการ การรักษาพยาบาลและ  
ให้การดูแลสอดคล้องกันอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลให้มีคุณภาพและปลอดภัย

ดังนั้นเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้เกิด  
ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ โดยการวิจัยนี้จะสำรวจปัญหา ในการบันทึกของพยาบาลตามแบบบันทึกทางการ  
พยาบาลที่พยาบาลบันทึกกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในแต่ละวัน ให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล หรือมี  
ปัญหาใดที่ควรปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติต่อไป

### 3.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์ในการคัดกรองฉีดวัคซีนกลุ่มเด็กมีเชื้อเอชไอวี โดยใช้กระบวนการพยาบาล ณ คลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบําราศนราดรุ

### 4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลการบันทึกของพยาบาลในเวชระเบียนของเด็กมีเชื้อเอชไอวี ที่อยู่ในความดูแลของท่าน ข้อมูลที่ศึกษาเกี่ยวกับบันทึกด้านการรักษา ได้แก่ค่าระดับภูมิต้านทานของเลือด ชื่อยาที่กำลังรับประทาน ชื่อวัคซีนตามมาตรฐานที่เด็กจำเป็นต้องได้รับ รวมทั้งบันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ผู้วิจัยได้จัดบันทึกเฉพาะส่วนที่เป็นเนื้อหาข้อมูลตามที่แจ้งแล้วโดยปราศจากการใส่ชื่อ-สกุล และเลขเวชระเบียนของเด็ก และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยคำนึงถึงการรักษาความลับโดยได้ทำแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลในเวชระเบียนของเด็กสู่รหัสแบบบันทึกข้อมูลของการวิจัย โดยชื่อ-สกุล และเลขเวชระเบียนของเด็กในการดูแลของท่านจะไม่ปรากฏอยู่บนแบบบันทึกข้อมูลใดๆ ของโครงการวิจัยนี้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

เพื่อเป็นประโยชน์ของผู้ป่วยในทางการแพทย์ การพยาบาล และคณะผู้ดูแลผู้ป่วยในการเตรียมพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และวางแผนการบันทึกการฉีดวัคซีนต่างๆ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ ให้มีมาตรฐานต่อไป

### ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลยังคงเป็นไปตามสิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

### ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน

### หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนี้ได้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านและผู้อยู่ในปกครองของท่าน ท่านจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติ

### หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว และเกิดความรู้สึก วิตกกังวล เครียด สามารถขอออกจากโครงการหรือขอรับบริการจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะประสานส่งต่อที่คลินิกคลายเครียดของสถาบัน สามารถแจ้งต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทร 0988327230

### หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางเจริญสุข อัครพิพิธ เบอร์โทรศัพท์ 085-0448610 และผู้ร่วมวิจัย นางศรีสุดา สมัดชัย เบอร์โทรศัพท์ 0914249494 ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

### หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบําราศนราดรุ ชั้น 3 ตึกอำนวยการ เบอร์โทร 02-590-3478, E-mail: irbbamras@bidi.mail.go.th

หนังสือแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูลการวิจัย  
(ผู้ให้การยินยอมเด็ก อายุ 14-18 ปี)

**การศึกษาวิจัยเรื่อง** การศึกษาสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี  
ในบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

วันที่ลงนาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้ทราบคำแนะนำของโครงการแล้ว ได้รู้วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิด รวมทั้งประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมา ข้าพเจ้ารู้ว่าการรักษาความลับและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดและการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง

ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ และสามารถสอบถามเพิ่มเติมที่ นางเจริญสุข อัครวิพิธ และนางศรีสุดา สมัดชัย ที่เบอร์โทรศัพท์ 025903436 ในเวลาราชการ คลินิกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร และนอกเวลาราชการที่ 0896105835 และ 0813741080

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(.....ชื่อ - นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ .....ผู้วิจัย  
(.....ชื่อ - นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....ชื่อ - นามสกุล ตัวบรรจง)

หนังสือแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูลการวิจัย  
ผู้ปกครอง (สำหรับเด็กที่อายุน้อยกว่า 14 ปี)

**การศึกษาวิจัยเรื่อง** การศึกษาสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อคัดกรองเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี  
ในบริการฉีดวัคซีนคลินิกยาต้านไวรัส กุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

วันที่ลงนาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้ทราบคำแนะนำของโครงการแล้ว ได้รู้วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิด รวมทั้งประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมา ข้าพเจ้ารู้ว่าการรักษาความลับและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดและการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง

ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ และสามารถสอบถามเพิ่มเติมที่ นางเจริญสุข อัสวพิพิธ และนางศรีสุดา สมัดชัย ที่เบอร์โทรศัพท์ 025903436 ในเวลาราชการ คลินิกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร และนอกเวลาราชการที่ 0896105835 และ 0813741080

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(.....ชื่อ - นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ .....ผู้วิจัย  
(.....ชื่อ - นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....ชื่อ - นามสกุล ตัวบรรจง)

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางพานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันราชประชาสมาสัย
2. นางพวงทอง ใจรัมย์              พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก
3. นางจินดา รักไคร้                    พยาบาลวิชาชีพชำนาญ      สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางเจริญสุข อัครพิพิธ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์
พ.ศ. 2550	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2529	พยาบาลวิชาชีพ 3 โรงพยาบาลบำราศนราดูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2531	พยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลบำราศนราดูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2534	พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลบำราศนราดูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2537	พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลบำราศนราดูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2540	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. โรงพยาบาลบำราศนราดูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2551	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี