



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก ก

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ในการทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ฉบับแก้ไข ในการพัฒนารอบที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ได้ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนิคมน้ำอุ่น ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2546 จำนวน 48 ฉบับ นำมาตรวจสอบคุณภาพการบันทึกโดยใช้เกณฑ์ของกองการพยาบาล (2539) ดังข้อมูลที่น่าเสนอในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ เดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2546 (N= 48)

ลำดับที่	คะแนนการประเมินคุณภาพ		ระดับคะแนนคุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	
1	147	94.23	ดีมาก
2	151	96.79	ดีมาก
3	132	84.61	ดี
4	141	90.38	ดีมาก
5	112	71.79	พอใช้
6	112	71.79	พอใช้
7	143	91.66	ดีมาก
8	147	94.23	ดีมาก
9	132	84.61	ดี
10	156	100	ดีมาก
11	147	94.23	ดีมาก
12	132	84.61	ดี
13	147	94.23	ดีมาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลำดับที่	คะแนนการประเมินคุณภาพ		ระดับคะแนนคุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	
14	127	81.41	ดี
15	127	81.41	ดี
16	117	75	พอใช้
17	147	94.23	ดีมาก
18	152	97.43	ดีมาก
19	151	96.79	ดีมาก
20	132	84.61	ดี
21	141	90.38	ดีมาก
22	156	100	ดีมาก
23	151	96.79	ดีมาก
24	156	100	ดีมาก
25	156	100	ดีมาก
26	151	96.79	ดีมาก
27	151	96.79	ดีมาก
28	132	84.61	ดี
29	141	90.38	ดีมาก
30	112	71.79	พอใช้
31	112	71.79	พอใช้
32	143	91.66	ดีมาก
33	147	94.23	ดีมาก
34	132	84.61	ดี
35	156	100	ดีมาก
36	147	94.23	ดีมาก
37	132	84.61	ดี
38	147	94.23	ดีมาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลำดับที่	คะแนนการประเมินคุณภาพ		ระดับคะแนนคุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	
39	127	81.41	ดี
40	127	81.41	ดี
41	117	75	พอใช้
42	147	94.23	ดีมาก
43	152	97.43	ดีมาก
44	151	96.79	ดีมาก
45	132	84.61	ดี
46	141	90.38	ดีมาก
47	156	100	ดีมาก
48	151	96.79	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย	140.02	89.68	ดี

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ มีคุณภาพด้านการบันทึกอยู่ในระดับ ดี (ร้อยละ 89.68, $\mu = 140.02$)

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ โรงพยาบาลนิคมνάอัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดตอบข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน โดยการเขียนเครื่องหมาย / ลงใน ตามความเป็นจริง

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี อื่นๆ.....
4. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี
5. ท่านเคยผ่านการอบรมการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานหรือไม่
 เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อรายการที่สอบถามความรู้สึกของท่าน เกี่ยวกับคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องขวามือท้ายรายการแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว ตามความรู้สึกของท่าน

หมายเลข 1 หมายถึง น้อยที่สุด คือท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นเกิดขึ้นจริง น้อยที่สุด หรือไม่เกิดขึ้นเลย

หมายเลข 2 หมายถึง น้อย คือท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นเกิดขึ้นจริง น้อย (ประมาณ 25%)

หมายเลข 3 หมายถึง ปานกลาง คือท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นเกิดขึ้นจริง ปานกลาง (ประมาณ 50%)

หมายเลข 4 หมายถึง มาก คือ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นเกิดขึ้นจริง มาก (ประมาณ 75 %)

หมายเลข 5 หมายถึง มากที่สุด คือท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นเกิดขึ้นจริง มากที่สุด (ประมาณ 100%)

ลิขสิทธิ์เป็นของโรงพยาบาลนิคมνάอัน
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

รายการ	ระดับคุณภาพ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<p>ด้านโครงสร้างของแบบประเมินภาวะสุขภาพ</p> <p>1. เนื้อหาของแบบประเมินภาวะสุขภาพมีความครบถ้วนในหารประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม</p>					
<p>2. เนื้อหาของแบบประเมินภาวะสุขภาพมีความ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
<p>5. ขนาดของแบบประเมินมีความเหมาะสมในด้าน.....</p>					
<p>ด้านความง่ายในการบันทึกและเอื้อในการใช้กระบวนการพยาบาล</p> <p>6. รูปแบบของแบบประเมิน.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
<p>8. แบบประเมินภาวะสุขภาพมีส่วนสนับสนุน.....</p>					
<p>ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการบันทึก</p> <p>9. คู่มือการบันทึกช่วยให้ท่าน.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
<p>11. เนื้อหาในคู่มือบันทึกมีความครบถ้วน.....</p> <p>.....</p>					

ด้านเวลาที่ใช้ในการบันทึก

12. ท่านใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการในช่วงเวลา ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไหม

- แรกรับ
- ขณะให้การพยาบาล

13. ท่านใช้เวลาในการบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพรวมทั้งสิ้น (โดยเฉลี่ย)

- น้อยกว่า 30 นาที
- ประมาณ 30 นาที
- มากกว่า 30 นาที

ปัญหา อุปสรรคในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูล

รองศาสตราจารย์ เรมवल	นันทศุภวัฒน์	อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ วิลาวัณย์	พิเชียรเสถียร	อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางกฤษดา	แสวงดี	นักวิชาการพยาบาลระดับ 7 สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ง

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา	=	จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน	
			จำนวนข้อทั้งหมด
จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 2	=	15/17	= 0.88
จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 3	=	15/17	= 0.88
จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และ 3	=	15/17	= 0.88
รวม			= 2.64
จำนวนคู่ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด			= 3
ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)			= 0.88

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก จ

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการผู้รับบริการ						
1. วันที่แรกรับ.....เดือน.....พ.ศ..... ผู้ให้ข้อมูล <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้นำส่ง ระบุ.....						
2. อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล.....						
3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....						
4. สภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับ						ปัญหาที่พบ/ความเสี่ยง
4.1 ระดับความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกดี	<input type="checkbox"/> สับสน	<input type="checkbox"/> ซึม	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว		
4.2 การหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> หายใจหอบ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ			
4.3 การไหลเวียนโลหิตสูง : สีผิว <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> ปลายมือปลายเท้าเขียว <input type="checkbox"/> รอบปากเขียว						
: อาการบวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> บวมบริเวณ.....						
4.4 ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....				
4.5 การติดต่อสื่อสาร : หู	<input type="checkbox"/> ได้ยินชัดเจน	<input type="checkbox"/> ได้ยินไม่ชัดเจน	: การใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
: ตา <input type="checkbox"/> เห็นชัดเจน <input type="checkbox"/> เห็นไม่ชัดเจน : ใช้อุปกรณ์ช่วย (แว่น) <input type="checkbox"/> สวมแว่นตา <input type="checkbox"/> ไม่สวมแว่นตา						
: การพูด <input type="checkbox"/> ชัดเจน <input type="checkbox"/> พูดติดอ่าง <input type="checkbox"/> เป็นใบ้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....						
5. สภาพจิตใจผู้ป่วยแรกรับ						ปัญหาที่พบ/ความเสี่ยง
5.1 การแสดงออกด้านพฤติกรรม	<input type="checkbox"/> กระวนกระวาย	<input type="checkbox"/> เฉยๆ	<input type="checkbox"/> ไม่สนใจผู้อื่น	<input type="checkbox"/> ถอนหายใจบ่อย		
: ก้าวร้าว <input type="checkbox"/> ร้องไห้ <input type="checkbox"/> เฉะอะโวยวาย <input type="checkbox"/> ไม่ให้ความร่วมมือ						
5.2 การแสดงออกทางอารมณ์	<input type="checkbox"/> โกรธ	<input type="checkbox"/> โมโห	<input type="checkbox"/> หงุดหงิด	<input type="checkbox"/> สีหน้าวิตกกังวล		
: กลัว <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....						
5.3 สิ่งที่กังวลใจของผู้ป่วยหรือผู้ปกครองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล (เช่น คนดูแลบ้าน ค่าใช้จ่าย ฯลฯ)						
5.4 บุคคลที่มีความสำคัญและผู้ป่วยต้องการอยู่ใกล้ซิคมากที่สุดขณะนี้						
<input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นระบุ.....						
6. แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย						ปัญหาที่พบ/ความเสี่ยง
6.1 สิ่งเสพติด : สุรา	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
: บุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
: การใช้ยาหรือสิ่งเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> เป็นประจำ						
6.2 การเคลื่อนไหว	: การเดิน <input type="checkbox"/> เดินได้เอง <input type="checkbox"/> อาศัยคนอื่นช่วย					
<input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย ระบุ (เช่น ไม้เท้า ปลอม).....						
6.3 การนอนหลับ	นอนหลับวันละ ชั่วโมง : การนอนกลางวัน <input type="checkbox"/> ช่วงเช้า <input type="checkbox"/> ช่วงบ่าย					
: การใช้ยานอนหลับ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ประจำ <input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้						
6.4 การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> รับประทานเอง	<input type="checkbox"/> อาศัยคนอื่นช่วย	จำนวนมือที่รับประทาน.....มือ/วัน			
ปัญหาในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> เคี้ยวลำบาก <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....						
6.5 การขับถ่าย : อุจจาระ	<input type="checkbox"/> ถ่ายทุกวัน วันละ.....ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ถ่ายทุกวัน ถ่าย.....วัน/ครั้ง				
: การใช้ยาระบาย <input type="checkbox"/> ใช้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ : รูเปิดหน้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี						
: ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปัสสาวะขัด <input type="checkbox"/> ปัสสาวะลำบาก <input type="checkbox"/> กลั้นไม่ได้						
<input type="checkbox"/> ใต้อาหารปัสสาวะ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....						
6.6 การออกกำลังกาย และการใช้เวลว่าง(ระบุกิจกรรม/ความถี่).....						

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการผู้รับบริการ (ต่อ)		ปัญหาที่พบ/ความเสี่ยง
7. เพศและการเจริญพันธุ์ (เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้) 7.1 ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ <input type="checkbox"/> มีหนอง/ตกขาว <input type="checkbox"/> มีแผล บริเวณ..... 7.2 ลักษณะเต้านม/หัวนม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ 7.3 ปัจจุบันมีประจำเดือน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... ประจำเดือนครั้งสุดท้าย..... การตรวจมะเร็งปากมดลูก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุ.....		
8. สภาพครอบครัวและเศรษฐกิจของผู้ป่วย 8.1 บุคลิกภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน <input type="checkbox"/> ชอบอยู่คนเดียวเงียบๆ <input type="checkbox"/> ชอบมีเพื่อน 8.2 สภาพอารมณ์โดยทั่วไป <input type="checkbox"/> ร่าเริง <input type="checkbox"/> เศร้าซึม <input type="checkbox"/> ซึมโหม <input type="checkbox"/> อี้อาย <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... 8.3 บุตรคนที่ (โสด) จำนวนบุตร (มีครอบครัว) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... 8.4 บทบาทในครอบครัว <input type="checkbox"/> หัวหน้าครอบครัว <input type="checkbox"/> สมาชิกของครอบครัว 8.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 1-2 คน <input type="checkbox"/> 3-4 คน <input type="checkbox"/> 5-6 คน <input type="checkbox"/> 7 คนขึ้นไป 8.6 การศึกษาของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่..... <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่..... <input type="checkbox"/> อนุปริญญา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป 8.7 งานที่ผู้ป่วยทำในปัจจุบัน รายได้ประมาณ..... บาท/เดือน 8.8 บิลลา-มารดา <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ระบุ..... 8.9 สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ภรรยา <input type="checkbox"/> สามี <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นระบุ.....		
9. การประเมินภาวะโภชนาการ, พัฒนาการ, วัคซีน, สุขภาพฟัน (เด็ก 0-5 ปี) 9.1 ประเภทอาหารที่รับประทาน <input type="checkbox"/> นมมารดา <input type="checkbox"/> นมผสม <input type="checkbox"/> อาหารเสริม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... 9.2 พัฒนาการ <input type="checkbox"/> สมวัย <input type="checkbox"/> ล่าช้า ระบุ..... 9.3 วัคซีน <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ระบุ..... 9.4 การเจริญเติบโต <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ทุพโภชนาการระดับ 1 <input type="checkbox"/> ทุพโภชนาการระดับ 2 <input type="checkbox"/> ทุพโภชนาการระดับ 3 <input type="checkbox"/> น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ 9.5 สภาพฟัน <input type="checkbox"/> ยังไม่ขึ้น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....		
10. ประวัติในอดีต 10.1 ประวัติการคลอด <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/> F/E <input type="checkbox"/> V/E <input type="checkbox"/> C/S น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม 10.2 การเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ได้แก่ <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> วันโรค <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โลหิตจาง <input type="checkbox"/> มะเร็ง <input type="checkbox"/> ลมชัก <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... การปฏิบัติตัวกรณีที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว..... 10.3 การพักรักษาตัวในรพ. <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง : การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง 10.4 การแพ้ยาหรือสารต่างๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ.....		
ชื่อผู้บันทึก..... ตำแหน่ง.....		
Name of Patient	Age	Hospital Number
..... Year
Department of Service	Ward	Attending Physician
.....

ภาคผนวก จ

แผนการดำเนินการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ โรงพยาบาลนิคมน้ำอุ่น

ระยะที่ 1 (plan) วางแผนในการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

โดยใช้เทคนิคการระดมระดมความคิด (brainstorming) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาปัญหาในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการดังนี้
 - 1.1 ด้านโครงสร้างเนื้อหา ความครอบคลุมในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการในกลุ่มผู้รับบริการประเภทต่างๆ
 - 1.2 ด้านเวลาในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ
 - 1.3 ด้านความง่ายในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ และการเอื้อต่อการใช้กระบวนการพยาบาล
 - 1.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ
2. กำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการร่วมกับบุคลากรพยาบาล
3. จัดตั้งคณะกรรมการ/ทีมงานในการพัฒนาและปรับปรุงแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ
4. กำหนดเกณฑ์และวิธีการประเมินการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ
5. กำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหา รูปแบบของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการร่วมกับบุคลากรพยาบาล
6. ร่างแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการที่ต้องการ
7. กำหนดระยะเวลา สถานที่ การประเมินผล

ระยะที่ 2 (do) ทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

นำแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการที่สร้างไปทดลองใช้ตามแผนที่ได้วางไว้โดยกำหนดให้ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการในผู้รับบริการทุกรายในหอผู้ป่วยในตามระยะเวลาที่กำหนด

ระยะที่ 3 (check) ประเมินผลการปฏิบัติงาน

1. ประเมินคุณภาพแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการภายหลังจากนำไปทดลองใช้ โดยประเมินจากคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ 4 ด้าน ได้แก่

1.1 ด้านโครงสร้างเนื้อหา ความครอบคลุมในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการกลุ่มผู้รับบริการ

1.2 ด้านเวลาในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

1.3 ด้านความง่ายในการบันทึก และการเชื่อมต่อการใช้กระบวนการพยาบาล

1.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

2. ศึกษาปัญหา อุปสรรคในการนำแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการไปใช้ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุง และพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพ

3. วิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 4 (act) ปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินภาวะสุขภาพ

ประชุมปรึกษาหารือบุคลากรพยาบาล โดยใช้เทคนิคการระดมระดมความคิด โดย

1. นำผลการประเมินเปรียบเทียบกับเกณฑ์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. นำเสนอผลการดำเนินการแก่บุคลากรพยาบาลเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน

3. ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข จนกว่าจะได้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการที่มีคุณภาพ เหมาะสมและสะดวกในการนำไปใช้ประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวจรรววรรณ ฤทธิธรรม	
วัน เดือน ปีเกิด	2 เมษายน 2519	
ภูมิลำเนา	จังหวัดสกลนคร	
ประวัติการศึกษา		
วุฒิมัธยมศึกษา	ชื่อสถาบันศึกษา	พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา
มัธยมศึกษาตอนปลาย	โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา	2537
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม	2541
ประวัติการทำงาน		
ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน

พ.ศ. 2541-2547	พยาบาลวิชาชีพ 3-4	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนิคมน้ำอุ่น
พ.ศ. 2547-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5	กลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน และครอบครัว โรงพยาบาลนิคมน้ำอุ่น

ลิขสิทธิ์สงวนลิขสิทธิ์
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved