บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นการสะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานของพยาบาล การบันทึกการพยาบาลหมายถึงการเขียนหรือการพิมพ์ข้อมูลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งการตอบสนองต่อการดูแลรักษาและผลลัพธ์ที่ได้จากการพยาบาล ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ระยะรับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย จะทำให้บันทึกทางการพยาบาลมีสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งการบันทึกเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลทุกคนต้องกระทำให้ดีที่สุดเพราะเป็นสิ่งที่คงอยู่เป็นหลักฐานของผู้ป่วยตลอดไป (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545; อารี ชีวเกษมสุข, 2551) นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาล ยังใช้เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารกับผู้ร่วมงานในการรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วย ทำให้การวางแผนที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อนกัน รวมทั้งใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล, 2550) ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการบริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ (เรณู พุกบุญมี, 2552) และผลจากการตรวจสอบคุณภาพยังใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรให้กับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพตลอดจนผู้บริหารโรงพยาบาล จึงต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและทำการปรับปรุงบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องมีหลักในการบันทึกที่ดีและเป็นแบบเดียวกัน ดังนี้ 1) เนื้อหามีความถูกต้อง (correct) และชัดเจน (clear) 2) ข้อความที่ใช้ต้องกะทัดรัดได้ใจความ (concise) 3) ลักษณะการบันทึกควรมีความต่อเนื่องครบถ้วน (complete) (สุรีย์ ธรรมมิกบวร, 2540; กองการพยาบาล, 2544; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) ซึ่งในการจัดการเพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ โรงพยาบาลจะต้องกำหนด เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพตลอดจนมีการตรวจ

ติดตาม เพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามที่วิชาชีพและองค์กรคาดหวัง และกำหนดเป้าหมายแห่งความสำเร็จไว้ให้ทุกคนได้ให้ความสำคัญในการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

แม้ว่าบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ จะมีความสำคัญสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก ที่ได้รับทราบข้อมูลและความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ถูกต้องและครบถ้วน แต่จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่เป็นระบบเดียวกันรวมทั้งไม่มีคู่มือประกอบการบันทึก ไม่ได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่บันทึกก่อน-หลัง เนื้อหาที่บันทึกยังไม่กระชับ ขาดความต่อเนื่อง และยังขาดข้อมูลการกระทำการพยาบาลที่แท้จริง รวมทั้งลายมืออ่านยากซึ่งอาจเกิดจากความเร่งรีบในการบันทึกหรือไม่ได้ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อความก่อนบันทึกจึงทำให้เนื้อหาในบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมตามการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย (สุรีย์ ธรรมมิกบวร, 2540; ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) สำหรับสาเหตุที่ทำให้บันทึกทางการพยาบาลไม่มีคุณภาพได้แก่ พยาบาลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบันทึก มีภาระงานมาก มีอัตรากำลังพยาบาลที่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วย งานที่ปฏิบัติมีความยุ่งยากซับซ้อนและเร่งด่วน จะต้องไปทำหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่บทบาทของพยาบาล

นอกจากนี้ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในโรคบางโรคที่พบน้อย จากการศึกษาบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ วัชชรีภรณ์ รัตรสาร (2543) พบปัญหาบันทึกทางการพยาบาลยังด้อยในด้านคุณภาพ ทั้งเนื้อหาและรูปแบบการบันทึกที่เหมาะสม รวมทั้งรูปแบบบันทึกที่ปฏิบัติมาโดยตลอดจะเป็นการบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราวซึ่งเป็นการบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ อาจบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ก่อน-หลังหรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยถึงรูปแบบการบันทึกจะเขียนได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องคิดถึงกระบวนการบันทึกแต่ขาดการสะท้อนให้เห็นความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายหลังการพัฒนาได้วัดประสิทธิผลของแบบบันทึก พบว่า คุณภาพการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในระดับดีร้อยละ 84.4 และมีความสะดวกใช้แบบบันทึกร้อยละ 100 และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีคู่มือกำกับในการใช้แบบบันทึก ส่วนพัชรินทร์ ซุนซัน (2550) พบปัญหาว่างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร เป็นหน่วยงานที่ยังไม่มีรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสม ที่สะท้อนให้เห็นความสามารถเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลยังคงใช้วิธีการบันทึกลงในบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการบันทึกทางการรักษาของแพทย์ ลักษณะเนื้อหาที่บันทึกยังขาดข้อมูลด้านการพยาบาลที่แท้จริง ขาดกระบวนการบันทึกที่เป็นแนวทาง

เดียวกัน ผู้บันทึกบันทึกตามความพึงพอใจของตนเอง โดยจะบันทึกหรือไม่บันทึกก็ได้ จึงได้ทำการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยยึดตามกระบวนการพยาบาลซึ่งมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การสร้างยุทธศาสตร์ 3) การทดลองใช้ยุทธศาสตร์ และ 4) การปรับปรุงและเผยแพร่ยุทธศาสตร์ ผลการวิจัยพบว่า แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมของรูปแบบโครงสร้างและเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิผล

อย่างไรก็ตามการบันทึกทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่ได้กำหนดและบันทึกทางการพยาบาลเป็นหน้าที่ของผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแล้วจะต้องรีบทำการบันทึกทันที โดยผู้ทำการบันทึกจะต้องมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาล

ดังนั้นการปรับปรุงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้สำเร็จ สมาชิกทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ซึ่งการนำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เรียกว่าโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming, 1993 as cites in McLaughlin & Kaluzny, 1999) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ใน การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสม กับบริบทของโรงพยาบาล เนื่องจากแนวคิดนี้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และเป็นที่นิยมนำมาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ประสบผลสำเร็จและดำเนินการอย่างต่อเนื่องได้หลายครั้งจนกว่าจะมีคุณภาพตามเป้าหมาย โดยกระบวนการประกอบด้วย 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จะพิจารณา 2 กรณี คือ ในกรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายจะมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องต่อไป ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายจะสร้างเป็นมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งในประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ องอาจ วิพุธศิริ และคณะ(2540) ได้ทำการศึกษาการประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลของรัฐด้วยกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดำเนินการในภาพรวมซึ่งปัจจัยนำเข้า คือ การสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทุกคนด้วยการให้ความรู้และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติทุกคน ส่งผลให้เห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และในประเทศแคนาดา คาฮาน บาร์บารา และไมเคิล กู๊ดสเตดท์ (Kahan Barbara, Michel Goodstadt, 1999) ได้

ทำการศึกษา เรื่อง การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพได้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดได้เป็นอย่างดี

โรงพยาบาลลี้เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ระดับทุติยภูมิ 2.2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอลี้ ละอำเภอใกล้เคียง ซึ่งผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีในปีงบประมาณ 2553 ด้วยนโยบายของโรงพยาบาลลี้ยังมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ของโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศในปี 2556 เพื่อรักษาระดับมาตรฐานระบบบริการให้คงอยู่และดีขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกระบบทุกกลุ่มงาน (โรงพยาบาลลี้, 2553) กำหนดนโยบายให้มีการประเมินคุณภาพการบริการตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพ ซึ่งกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลี้ เป็นกลุ่มงานที่รับผิดชอบระบบบริการทางการพยาบาลทั้งหมด มีนโยบายการบริการที่สนับสนุนโรงพยาบาลและตามมาตรฐานการพยาบาลของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลควบคุมกำกับให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลลี้, 2553)

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลลี้ มีหน้าที่ให้บริการรักษาและพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกเพศทุกวัยแบบองค์รวม ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการ เฉลี่ยวันละ 130 ราย มีอัตรากำลังบุคคลากรทั้งหมด 21 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 14 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน และพนักงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลลี้, 2553) มีหน้าที่ดังนี้ ทำการคัดกรองอาการของผู้ป่วย เพื่อจัดลำดับการให้บริการรักษาพยาบาล หลังจากนั้นจึงประเมินอาการและวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ทำการวางแผนและปฏิบัติการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกรณีที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปและไม่ฉุกเฉินแล้วจึงจำหน่ายกลับบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการฉุกเฉินและฉุกเฉินมาก จะทำการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตของพยาบาลและทำการรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่ซับซ้อน รวมทั้งมีการประเมินและสังเกตอาการระหว่างและภายหลังการรักษาพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลจะปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล แล้วจึงทำการบันทึกข้อมูลการบริการผู้ป่วยไว้ ไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มต่างๆของหน่วยงาน

แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกของหน่วยงาน ได้แก่ 1) บัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอกใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการ โดยโปรแกรมนี้ได้สร้างให้พิมพ์ข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการบริการผู้ป่วย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย

การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค การรักษา/หัตถการที่ให้ การตรวจติดตามผลและพิมพ์ชื่อผู้ที่ทำการรักษา เป็นต้น การบันทึกข้อมูลทั่วไป พนักงานห้องทะเบียนจะเป็นผู้พิมพ์ ส่วนข้อมูลการบริการ พยาบาลหัวหน้าเวรจะเป็นผู้พิมพ์ข้อมูลทั้งหมดลงในโปรแกรมภายหลังจากได้ทำการรักษาพยาบาลเสร็จแล้ว รวมทั้งข้อมูลการรักษาของแพทย์ เมื่อบันทึกข้อมูลเสร็จเรียบร้อยจึงพิมพ์ออกมาเป็นเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน 2) แบบบันทึกเฝ้าระวังการบาดเจ็บจะใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทุกราย เพื่อรวบรวมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาล เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง กำหนดรายการข้อมูลให้พยาบาลเป็นผู้เขียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป วัน เวลาและสถานที่เกิดอุบัติเหตุ สาเหตุของการบาดเจ็บ พฤติกรรมเสี่ยง สภาพผู้ป่วยแรกรับ การปฐมพยาบาล การวินิจฉัยโรค การจำหน่ายและชื่อผู้บันทึก 3) แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลการให้บริการตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นแบบมีโครงสร้างกำหนดรายการข้อมูลให้พยาบาลหรือเวชกิจฉุกเฉินที่ออกปฏิบัติงานเป็นผู้เขียน ประกอบด้วย ข้อมูลหน่วยบริการ รายชื่อเจ้าหน้าที่ที่ออกปฏิบัติงาน เวลาการปฏิบัติงาน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินและคัดกรอง การให้การรักษา เกณฑ์ตัดสินใจส่งโรงพยาบาล การประเมินการนำส่งและผลการรักษาในโรงพยาบาล 4) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยคณะกรรมการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้สร้างขึ้นมาใช้ในปีงบประมาณ 2550 เพื่อใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ต้องได้รับการรักษาทันทีและที่ต้องรักษาภายใน 10 นาทีรวมทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที เนื่องจากพบว่า การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ไม่ได้กำหนดให้บันทึกในแบบฟอร์มทั้ง 3 แบบ และการบันทึกข้อมูลตามโปรแกรมบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอกมีข้อจำกัด คือ สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้ครั้งละ 1 คน กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการพร้อมกัน ตั้งแต่ 2 คน ต้องการความเร่งด่วนของคำสั่งการรักษาที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติ จะทำให้ได้หลักฐานหรือคำสั่งล่าช้ากว่าการเขียน จึงได้สร้างแบบบันทึกที่ทำให้พยาบาลได้บันทึกข้อมูลทางพยาบาลและทำให้แพทย์ได้บันทึกข้อมูลการรักษาของแพทย์ โดยกำหนดรายการบันทึกในส่วนของพยาบาลและแพทย์ไว้อย่างชัดเจน และเรียกว่า “แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” เป็นแบบฟอร์มแบบกึ่งโครงสร้างกำหนดรายการข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การพยาบาลและการรักษา การสรุปการจำหน่ายเป็นข้อมูลผู้ป่วย เป็นส่วนที่พยาบาลต้องบันทึก และการตรวจร่างกาย การรักษา การวินิจฉัยโรคและลงชื่อแพทย์ เป็นส่วนที่แพทย์ต้องบันทึกด้วยตัวเอง หลังจากพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์เสร็จแล้ว จึงได้บันทึกข้อมูลการรักษาของแพทย์ลงในโปรแกรมบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอกในคอมพิวเตอร์

จากการบันทึกข้อมูลการบริการผู้ป่วยมีแบบฟอร์มการบันทึก จำนวนทั้งสิ้น 4 แบบ โดยพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาการใช้แบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูล ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย บางรายอาจต้องใช้แบบฟอร์มบันทึกทั้ง 4 แบบ การบันทึกในแบบฟอร์มต่างๆ ของหน่วยงานมีความสำคัญและความจำเป็นเนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,2553) ใช้ผลการประเมินคุณภาพเวชระเบียนเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณการบริการผู้ป่วยให้โรงพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป ซึ่งผลจากการประเมินคุณภาพเวชระเบียนในปีงบประมาณ 2550 – 2553 พบว่ามีคะแนนคุณภาพร้อยละ 62, 54, 67, และ 70 ตามลำดับ พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ยังมีส่วนที่การบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มต่างๆ ไม่ครบถ้วน เช่นการบันทึกอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การตรวจร่างกายทุกระบบ การบันทึกสัญญาณชีพ เป็นต้น

อนึ่ง การปฏิบัติตามนโยบายของกลุ่มการพยาบาล เพื่อจะขอรับการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการบริการทางการพยาบาลจากสำนักการพยาบาล ในปีงบประมาณ 2556 ได้ให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของสภาการพยาบาล (2548) และสำนักการพยาบาล (2550) ซึ่งได้กำหนดไว้ ดังนี้ ให้มีแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล โดยมีการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจนและได้ใจความ มีการตรวจสอบความถูกต้อง เชื่อถือได้ของข้อมูล และนำผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล จึงมีความสำคัญ ทำให้การบริการรักษาพยาบาล การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพมีความชัดเจน ต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน มีหลักฐานทางกฎหมายที่มีคุณภาพ และจะส่งผลให้การประเมินคุณภาพเวชระเบียนตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความครบถ้วนสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

ดังนั้นผู้ศึกษาและคณะกรรมการเวชระเบียนหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงได้กำหนดแนวทางการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลภายในหน่วยงานเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล ก่อนที่จะได้รับการประเมินจากสภาการพยาบาลและสำนักการพยาบาล โดยทำการประเมินคุณภาพจากการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีอุบัติการณ์ทางคลินิก จำนวนเดือนละ 1-3 ฉบับ และได้ทำการประเมินคุณภาพย้อนหลังในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2553 จำนวน 6 ฉบับ พบว่า มีจำนวน 3 ฉบับที่บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันไม่ครบถ้วน ไม่ได้ระบุการรักษาก่อนมารับบริการที่โรงพยาบาล มีจำนวน

2 ฉบับ ไม่ได้ระบุปัญหาผู้ป่วย และทุกฉบับ ไม่ได้วางแผนการพยาบาล บันทึกรักษาพยาบาลที่ได้บริการให้ผู้ป่วยไม่ครบถ้วนตามที่ได้ปฏิบัติรวมทั้งไม่ได้ประเมินผลหลังการรักษาพยาบาล และจากการตรวจสอบรูปแบบของแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ ได้กำหนดรายการให้บันทึกไม่ครบถ้วนตามขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ ไม่ได้กำหนดขั้นตอนการวางแผนและการประเมินผลทางการพยาบาล ส่วนขั้นตอนอื่นยังขาดเนื้อหาที่จำเป็นต้องบันทึกไว้เป็นหลักฐานตามมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินสภาพผู้ป่วย ไม่ได้กำหนดให้บันทึกการตรวจร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ การใช้สารเสพติด ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาลได้กำหนดปัญหาให้เลือกตอบ แต่ไม่ได้เป็นปัญหาทางการพยาบาลและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้กำหนดให้บันทึกเวลาการปฏิบัติการพยาบาล การเขียนชื่อ/ตำแหน่งผู้บันทึก รวมทั้งไม่มีคู่มือเป็นแนวทางการบันทึก ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปตามความเข้าใจของผู้บันทึก

จากปัญหาและความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี้ โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง ให้มีคุณภาพตามเป้าหมายหรือมากกว่าที่เป้าหมายกำหนด ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการที่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ต่อองค์กรและหน่วยงาน คือจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น และทำให้ได้รับความเชื่อถือจากผู้รับบริการว่าเป็นองค์กรและโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน ตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำถามการศึกษา

1. บันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน ตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างไร

2. คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน ภายหลังการพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS P DCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง โดยผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2554 ถึงเดือนมกราคม 2555

นิยามศัพท์

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งการตอบสนองต่อการดูแลรักษาและผลลัพธ์ของการพยาบาลอันเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยยึดตามกระบวนการพยาบาล ครอบคลุมบริการสุขภาพ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู โดยการบันทึกต่อเนื่องกัน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพบันทึกการพยาบาล หมายถึง การปรับปรุงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน ตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส-พีดีซีเอ (FOCUS - PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming,1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ซึ่งมีขั้นตอนประกอบด้วย 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6)วางแผนการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการตอบสนองต่อการดูแลรักษาและผลลัพธ์ของการพยาบาล ที่ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม ตามกระบวนการพยาบาล ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนและได้ใจความ มีการประเมินคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินที่ทีมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยกำหนดเป้าหมายคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 70

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติทั้งร่างกายและจิตใจ ทุกเพศทุกวัยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลลี้ ได้รับการคัดกรองอาการ เพื่อจัดลำดับการให้บริการรักษาพยาบาลเป็น 5 ประเภท ดังนี้ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมากต้องได้รับการรักษาทันที 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมากต้องได้รับการรักษาภายใน 10 นาที 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาภายใน 30 นาที 4) ผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป สามารถรอรับการรักษาได้ภายใน 60 นาที 5) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน สามารถรอรับการรักษาได้ภายใน 120 นาที