

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.3 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.4 หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.5 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 2.2 เกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
3. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI)
 - 3.1 ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 3.2 หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 3.4 กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 3.5 การพัฒนาโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส พีดี้ซีเอ (FOCUS-PDCA)
 - 3.6 การประยุกต์แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. สถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การบันทึกทางการแพทย์

ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายการบันทึกทางการแพทย์ไว้ดังนี้

สุริย์ ธรรมมิกบวร (2540) การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียนข้อมูลใดๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล อันได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์(2542) การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การบันทึกเอกสารซึ่งเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลโดยการเขียนข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินการพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล เอกสารการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วยหลายแบบฟอร์ม โดยการบันทึกต่อเนื่องกัน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

นิตยา ศรีญาณลักษณ์(2545) บันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นสิ่งแวดล้อมของบุคคล การเขียนบันทึกทางการแพทย์ เป็นกิจกรรมที่ต้องทำควบคู่กับปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาของผู้รับบริการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

นวลขนิษฐ ณิชิตลือชา(2550) บันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้ด้วย การเขียนบันทึกทางการแพทย์จึงเปรียบเสมือนสื่อที่ช่วยให้บุคคลทั่วไปได้ทราบและมองเห็นงานของพยาบาล

พัชรินทร์ ชุนซัง (2550) บันทึกทางการแพทย์หมายถึง การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ในด้านการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟู รวมทั้งปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาลซึ่งบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลและพยาบาลเป็นผู้บันทึก

วรรณิ ตปนิยากร, งามนิตย์ รัตนานุกูล และคณะ(2551) ให้ความหมายของบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียนด้วยมือหรือพิมพ์เป็นแบบความเรียงข้อมูลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนดลงในแบบบันทึก

วูทิลอนเนน, ไอโซลา, และ เมอรินเนน, 2004 (Voutilainen, Isola, & Muurinen, 2004 อ้างใน ประดิษฐ์ สัจฉายาและคณะ, 2549) การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึงการเขียนแผนการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลหรือผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

พอทเทอร์, และ เพอร์รี่ (Potter, & Perry, 2005) การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึงสิ่งที่เขียนหรือพิมพ์เกี่ยวกับการดูแล รักษาผู้ป่วยในส่วนของกรปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องมี ความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจและสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการบ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลที่เกิดกับผู้ป่วย

สรุป การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียนกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้ง การตอบสนองต่อการดูแลรักษาและผลลัพธ์ของการพยาบาลอันเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยยึดตามกระบวนการพยาบาล โดยการบันทึกต่อเนื่องกัน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์

ปัจจุบันบันทึกทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญ ต่อการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความรู้ด้านสิทธิทางการรักษาพยาบาลมากขึ้น พร้อมทั้งจะขอความยุติธรรมและความถูกต้องให้กับตัวเองและญาติตลอดเวลา ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์ จึงมีความหมายมากขึ้นทั้งด้านวิชาชีพและด้านกฎหมาย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา คันติผลาชีวะ, 2524) และด้านอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ต่อวิชาชีพ การบันทึกทางการแพทย์จะสะท้อนให้เห็นหน้าที่รับผิดชอบ อันเป็นอิสระของแต่ละวิชาชีพ หรือแสดงถึงเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ (professional autonomy) บันทึกทางการแพทย์เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงถึง การตัดสินใจ พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการเขียนบันทึกอะไร อย่างไร บ่อยแค่ไหน ควรจะมีการรายงานข้อมูลเมื่อไร จึงจะแสดงให้เห็นถึง ความสามารถและการตัดสินใจของพยาบาลในการปฏิบัติ การบันทึกทางการแพทย์ที่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทอันเป็นอิสระของวิชาชีพประการหนึ่ง คือการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งใช้เป็นระบบในการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์ (สำนักการพยาบาล, 2550)

2. ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ด้านกฎหมาย การบันทึกทางการแพทย์ เป็นหลักฐานที่สำคัญทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลจะถูกนำไปใช้อ้างอิงทางกฎหมาย ประกอบการพิจารณาคดีในศาลเพื่อพิสูจน์การได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ รวมทั้งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ (อารี ชิวเกษมสุข, 2551)



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... 16 มิ.ย. 2553
เลขทะเบียน..... 218787
เลขเรียกหนังสือ.....

3. ความสำคัญของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อผู้ป่วย การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ตามมาตรฐานการบริการ และใช้ข้อมูลในการให้บริการผู้ป่วย ได้อย่างต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อนจึงช่วยลดเวลา และนอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพและความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ในการนำไปวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อไปได้ (อารีย์ ชิวเกษมสุข, 2551)

4. ความสำคัญของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อทีมสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ในการติดต่อสื่อสารซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดของการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ความมุ่งหมายของทีมสุขภาพที่จะคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยจะสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะเป็นสื่อกลาง ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อการส่งเสริมการประสานงาน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อนกัน ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย และเป็นการส่งเสริมงานซึ่งกันและกันระหว่างวิชาชีพไม่แตกแยกซ้ำซ้อน (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540; พรศิริ พันธสี, 2554)

5. ความสำคัญของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อการประกันคุณภาพการพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถแสดงถึง คุณภาพและปริมาณการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เป็นการพิสูจน์ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามสิทธิที่เขาควรจะได้รับรวมทั้งผู้ให้การพยาบาล ได้ปฏิบัติตามการพยาบาลจริงๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องมีการพัฒนา และประกันคุณภาพการบริการที่ให้แก่ประชาชน การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญมาก ทำให้ทราบว่า การดูแลผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่ตั้งไว้หรือไม่ การประเมินคุณภาพทางการพยาบาลโดยการตรวจสอบจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลทั้งหมด การเขียนบันทึกที่ดีมีระบบระเบียบ จะช่วยให้ทราบปัญหาอย่างแท้จริง สามารถวางแผนแก้ไขปัญหารวมทั้งการประเมินผลทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้นบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงเป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งในการตรวจสอบและประกันคุณภาพของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ (สำนักการพยาบาล, 2550)

6. ความสำคัญของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อการศึกษาและวิจัย การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเกิดจากการรวบรวมข้อมูล ข้อสังเกตต่างๆ การบันทึกที่มีจุดมุ่งหมายและขั้นตอนที่ชัดเจนสามารถบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ครบถ้วน และสมบูรณ์ ข้อมูลที่ได้จากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถนำมาใช้ศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนาระบบบริการได้ การจัดประสบการณ์การศึกษาในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถนำมารวบรวมวิเคราะห์และศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเรียนรู้แก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540)

สรุป การบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญในด้านต่างๆ อันได้แก่ ด้านวิชาชีพ พยาบาล ด้านกฎหมาย ด้านผู้ป่วย ด้านทีมสุขภาพหรือทีมสุขภาพ ด้านการประกันคุณภาพการ พยาบาล และด้านการศึกษาและวิจัยที่พยาบาลควรตระหนักและเห็นคุณค่าในการกระทำและ รับผิดชอบต่อหน้าที่ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้ได้ระบบบันทึกที่ดี มีความถูกต้อง ตามหลักวิชาการ

วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์

สุริย์ ธรรมิกบวร (2540); นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545); อารีย์ ชิวเกษมสุข (2551); วรณิ ตปนียากร และงามนิตย์ รัตนานุกูล (2552) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์ โดยสรุปได้ดังนี้

1. เพื่อการสื่อสารให้ทีมพยาบาลกับทีมสุขภาพอื่นๆ เกี่ยวกับปัญหาและกิจกรรมการ พยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วย แผนการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อเนื่อง และแผนการรักษาพยาบาล ของทีมสุขภาพ ระดับต่างๆ
2. เพื่อเป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ ในโรงพยาบาล
3. เพื่อให้สามารถแยกแยะความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากทีมสุขภาพอื่นๆ ได้
4. เพื่อใช้ในการตรวจสอบคุณภาพทางการแพทย์
5. เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วย
6. เพื่อใช้เป็นเอกสารทางกฎหมายด้านกฎหมาย
7. เพื่อกำหนดหลักการที่เหมาะสมในการจ่ายค่าตอบแทน (reimbursement)
8. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยและการศึกษา

หลักการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ สามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมการ พยาบาลและทีมสุขภาพ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้ เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ รวมทั้งแสดงถึงการ

พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ ดังนั้น จึงต้องมีหลักในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วย

1. เนื้อหาที่บันทึกต้องมีความถูกต้องแม่นยำ และเป็นความจริง ซึ่งสามารถรวบรวมได้จากผู้ป่วยหรือญาติ โดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การประเมินปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วย การประเมินผลการปฏิบัติการ ซึ่งกองการพยาบาล (2539) สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540); นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545); เรณู พุกบุญมี (2552); เทย์เลอร์ ลิลลิส และลีโมน (Tayler, Lillis and Lemone, 1997 อ้างใน อารี ชิวเกษมสุข, 2551) ได้กล่าวถึงหลักการบันทึกเนื้อหา ดังนี้

1.1 บันทึกให้มีความถูกต้อง (correct) ตามวิธีการบันทึก ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วย เช่น การบันทึกปัญหาทางการพยาบาลถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น มีระยะเวลาและความถี่ในการบันทึกถูกต้องสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยหรือสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่มีหลักการเขียนประโยค คำย่อและการใช้สัญลักษณ์ต่างๆ ได้ถูกต้องตามหลักการเขียนสากล

1.2 บันทึกให้มีความครบถ้วน (complete) และต่อเนื่อง ดังนี้ 1) มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหรือภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ 2) ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแล รักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองของตนเองของผู้ป่วย 3) การบันทึกทางการแพทย์ โดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

1.3 บันทึกให้มีความชัดเจน (clear) อ่านง่าย ดังนี้ 1) บันทึกด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย และใช้ตัวย่อสากล 2) ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนข้อความต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับ

1.4 บันทึกให้เข้าใจความ (concise) อ่านง่าย กระชับรัด สั้น ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ใช้บริการ อ่านแล้วเข้าใจ ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล

2. ความถี่และเวลา จะบันทึกเมื่อใดและบ่อยแค่ไหนในการบันทึกขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยและข้อกำหนดของหน่วยงาน และมีการบันทึกเวลาตามความจริงที่เกิดเหตุการณ์หรือปฏิบัติการทางการแพทย์ใดๆ ให้ผู้ป่วย และไม่ลงบันทึกก่อนที่ได้ปฏิบัติจริง (อารีย์ ชิวเกษมสุข, 2551; พรศิริ พันธสี, 2554)

3. แบบฟอร์มสำหรับการบันทึกทางการแพทย์ จะมีการกำหนดลักษณะของแบบฟอร์มเป็น 3 ประเภท คือ 1) แบบที่มีโครงสร้าง มีลักษณะที่กำหนดรายการไว้ ผู้บันทึกมีหน้าที่

ตรวจสอบแล้วทำเครื่องหมาย “✓” ในแต่ละข้อรายการตามที่กำหนดไว้ ไม่มีการเว้นช่องว่างไว้ให้เติมข้อความ ข้อดี คือ ทำให้เก็บข้อมูลได้รวดเร็ว แต่มีข้อเสีย คือ อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามสถานการณ์ที่ได้พบจริง 2) แบบกึ่งโครงสร้าง แบบนี้จะเหมือนแบบที่มีโครงสร้างแต่เว้นช่องว่างเพื่อให้เติมข้อความแบบย่อๆ เมื่อต้องการเติมข้อความอื่นๆ 3) แบบไม่มีโครงสร้าง เป็นแบบที่มีจุดประสงค์เพื่อให้การบันทึกมีความสมบูรณ์หรือต้องการเจาะลึกในรายละเอียดข้อดีคือได้ข้อมูลครบถ้วน ใช้ได้หลายสถานการณ์ ข้อเสีย คือ ต้องอาศัยความรู้ประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูงและใช้เวลามาก ในระยะแรกจำเป็นต้องมีคู่มือประกอบการรวบรวมข้อมูล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และเอี่ยมพร ทองกระจาย, 2533) ซึ่งการกำหนดลักษณะแบบฟอร์มที่นำมาใช้จะขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงานและนโยบายกลุ่มการพยาบาล มีการกำหนดแนวการบันทึกอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยยึดตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง การวินิจฉัยทางการแพทย์หรือปัญหาความต้องการด้านร่างกายและจิตวิญญาณ แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล มีการกำหนดแนวทางการบันทึกเหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย ได้ผ่านกระบวนการพัฒนาที่เชื่อถือได้ และเป็นที่ยอมรับจากองค์กรพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2548; สำนักการพยาบาล, 2550; วิชาชีพกรรม รัตตสาร, 2543; พิชรินทร์ ชุนชัง, 2550)

สรุป หลักการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วยเนื้อหาที่บันทึกต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ ซึ่งสามารถรวบรวมได้จากผู้ป่วยหรือญาติโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การประเมินปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วย การประเมินผลการปฏิบัติการ ซึ่งความถี่และเวลาในการบันทึกขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยเป็นไปตามความเป็นจริง และมีการกำหนดแบบฟอร์มที่มีลักษณะที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและกลุ่มการพยาบาล ในการบันทึกอย่างระบบและต่อเนื่องครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยยึดตามกระบวนการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ได้มีการพัฒนาปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วย จึงได้มีการคิดค้นรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ไว้

หลายรูปแบบซึ่งแต่ละรูปแบบมีข้อดีข้อด้อยต่างกัน รูปแบบการบันทึกที่นิยมใช้มี 4 รูปแบบ ดังนี้ (สุริย์ ธรรมมิกบวร, 2540)

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (narrative charting) เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบบอกเล่าเรื่องราว หรือข้อมูลตามสิ่งที่พยาบาลสังเกตได้ ไม่มีรูปแบบในการบันทึกแน่นอน อาจบรรยายตามวัน เวลา ตามลำดับเหตุการณ์ก่อน-หลัง และมักจะเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่ทำเป็นประจำ (สุริย์ ธรรมมิกบวร, 2540; สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, 2546; พรศิริ พันธสี, 2554) ดังตารางที่ 2-1 ซึ่งการบันทึกตามรูปแบบนี้มีข้อดีและข้อด้อย ดังนี้

ข้อดี 1) เป็นรูปแบบที่ยืดหยุ่น เหมาะสม กับทุกสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

2) สามารถใช้กับแบบฟอร์มอื่นได้ง่าย 3) เป็นการบันทึกรายละเอียดของในแต่ละช่วงเวลาเป็นเวลานาน 4) เขียนได้รวดเร็วและง่าย

ข้อด้อย 1) ค้นหาข้อมูลยากเพราะไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา 2) เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติการพยาบาล การระบุปัญหาไม่ชัดเจน 3) ไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาล 4) ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากการบอกเล่า ไม่มีกรอบแนวคิดหรือใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล จะทำให้ขาดโอกาสในการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ

ตารางที่ 2-1

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย

วันที่เดือนปี/ เวลา	บันทึก	ลายเซ็น
30 ก.ย. 39 08.00-16.00 น.		
08.00 น.	บ่นปวดศีรษะ ประคบความเย็นให้ทุก 10 นาที ทูเลา พักผ่อนได้ ไม่มีตาพร่ามัว ความดันโลหิต 120/80 mmHg ชัดเจน	สุริย์
10.00 น.	อาเจียน เป็นน้ำสีเหลืองใส ประมาณ 200 ซีซี. ดูแลให้ความสะดวกปาก ฟัน จัดหาน้ำอุ่นให้บ้วนปาก รายงานแพทย์เวรทราบ ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม	สุริย์
11.00 น.	คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่รับประทานอาหาร กลัวอาเจียน บ่นเหนื่อย เพลียมาก ชีพจรชัดเจน สม่าเสมอ รายงานแพทย์ให้ 5%D/NSS 1,000 ซีซี./ชั่วโมง	สุริย์

2. รูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented record) เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก มีโครงสร้างคล้ายกับกระบวนการพยาบาล (สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, 2546; พรศิริ พันธสี, 2554) เขียนได้ 2 รูปแบบ คือ

2.1 รูปแบบที่ 1 ประกอบด้วย SOAP ดังนี้

S คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ หรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subject data)

O คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจร่างกายผู้ป่วย (objective data)

A คือ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย (assessment)

P คือ การวางแผนแก้ไขปัญหา (plan)

2.2 รูปแบบที่ 2 ประกอบด้วย SOAPIE ดังตารางที่ 2-2 ดังนี้

S คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ หรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subject data)

O คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจร่างกายผู้ป่วย (objective data)

A คือ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย (assessment)

P คือ การวางแผนแก้ไขปัญหา (plan)

I คือ การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

E คือ การประเมินผลของการพยาบาล (evaluation)

มีข้อดีและข้อด้อยดังนี้

ข้อดี 1) เป็นบันทึกที่มีรูปแบบหรือโครงสร้างชัดเจนทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน 2) ช่วยในการค้นหาข้อมูลได้ง่าย และรวดเร็ว

ข้อด้อย 1) ยากต่อการบันทึกเพราะต้องเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ จึงจะบันทึกได้ถูกต้อง รวดเร็ว

3. รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) เป็นการบันทึกที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือเป็นการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (data) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหของผู้ป่วย (action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือการประเมินผลตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาลรวมทั้งผลของการรักษา (response) เรียกรูปแบบการบันทึกนี้ว่า DAR (data, action, response) ต่อมาได้พัฒนารูปแบบนี้เป็นรูปแบบต่างๆ เช่น DAE (data, action, evaluation) AIE (assessment, intervention, evaluation) หรือ PIE (problem, intervention, evaluation) เป็นต้น (สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, 2546; พรศิริ พันธสี, 2554) ตามตัวอย่างในตารางที่ 2-3 มีข้อดีข้อด้อยดังนี้

ข้อดี 1) เป็นระบบบันทึกทางการแพทย์ที่มีความยืดหยุ่น ในการปรับระบบให้เข้ากับคลินิก 2) การบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าในรูป DAR 3) เป็นระบบบันทึกที่บ่งชี้ปัญหา ที่เฉพาะของผู้ป่วย และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ 4) เป็นระบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ ทางพยาบาล

ข้อด้อย ของรูปแบบบันทึกแบบชี้เฉพาะ คือ 1) พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างลึกซึ้ง ก่อนใช้รูปแบบ 2) เป็นระบบที่มีการตรวจสอบในแบบฟอร์มจำนวนมาก ซึ่งเป็นการยากในการวิเคราะห์ออกมาเป็นปัญหาของผู้ป่วย

ตารางที่ 2-2

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา

วัน เดือน ปี/ เวลา	บันทึกการพยาบาล	ผู้บันทึก
1 มิ.ย. 49 08.00-16.00 น.	<p>S ปวดแผลผ่าตัดมาก นอนไม่หลับ</p> <p>O แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง มีขนาด 1*3*.5 นิ้ว ผิวหนังรอบแผลไม่บวม ร้องครางเบาๆ หน้านิ้วคิ้วขมวด ไม่ยอมขยับตัวปวดแผลระดับ 8</p> <p>A ไม่สุขสบายปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด</p> <p>P จัดทำนอนหัวสูง 30-45°</p> <p>ให้ยาบรรเทาปวดเมื่อปวด เมื่อ pain scale ระดับ 6 ขึ้นไปตามแผนการรักษา</p> <p>สอนการเคลื่อนไหวร่างกายและการหายใจที่มีประสิทธิภาพ วันละ 1 ครั้ง</p> <p>I จัดทำนอนศีรษะสูงทุก 2-4 ชม. ผู้ป่วยนอนได้นานครั้งละ ½ ชม.</p> <p>ให้ยาพาราเซตามอล(500มก.) 2 เม็ด เวลา 10.00 น. หลังให้ ½ ชม. อาการปวดลดลงระดับ 5</p> <p>E ปวดแผลลดลงอยู่ในระดับ 6 มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น สีหน้าสดชื่น แผลไม่ซึม</p>	พอดิ

4. รูปแบบการบันทึกโดยใช้แบบซีบีอี (CBE=Charging By Exception) เป็นรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติเพื่อให้บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ลักษณะของการบันทึก การบันทึกชนิดนี้ต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่กันไป เช่น แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่อง แบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน เป็นต้น (ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญจา เตากล้า, 2543; พรศิริ พันธสี, 2554) ซึ่งมีข้อดี และข้อด้อย ดังนี้

ข้อดี 1) เป็นแบบบันทึกที่มีขนาดเล็กใช้บันทึกงานประจำวันตามแนวมาตรฐาน 2) เป็นระบบการบันทึกที่ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก 3) การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน 4) มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลตามแบบฟอร์มการบันทึก

ข้อด้อย 1) การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานต้องใช้เวลา 2) ใช้เวลานานในการเรียนรู้ และการยอมรับที่จะใช้รูปแบบนี้ได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

ตารางที่ 2-3

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกแบบซีเฉพาะ

วัน เดือน ปี	เวลา	จุดชี้เฉพาะ	บันทึกความก้าวหน้า	ผู้บันทึก
1 มิ.ย.49	10.00 น.	มีแผลกดทับบริเวณก้นกบ	<p>D ก้นกบมีแผลขนาด 1*3*5 นิ้ว ผิวหนังรอบแผลไม่บวม ร้องครางเบาๆ หน้านี้วี่ขมวด ไม่ยอมขยับตัว ปวดแผลระดับ 8 นอนไม่หลับ</p> <p>A dry dressing และปิดแผลด้วยแผ่นฟิล์ม</p> <p>พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.</p> <p>ดูแลที่นอนให้สะอาดและเรียบ ตั้งอยู่เสมอ</p> <p>R แผลแดงดี ไม่มี discharge ชีมีขอบแผลไม่บวม</p>	พอใจ

5. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นการบันทึกที่มีรูปแบบและสะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ จนถึงการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ในการบันทึกต้องมีการวิเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล มีการระบุปัญหาหรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจุบันจึงมีรูปแบบการบันทึกต่างๆ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลมากขึ้น ดังตัวอย่างในตารางที่ 2-4 (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540; สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, 2546; พรศิริ พันธสี, 2554) ซึ่งรูปแบบการบันทึกมีข้อดี ข้อด้อย ดังต่อไปนี้

ข้อดี 1) บอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาชัดเจน 2) การจะเขียนการวินิจฉัยปัญหาได้จะต้องมีการวิเคราะห์ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน เป็นปัญหาจริง สะท้อนถึงความรู้ของวิชาชีพพยาบาลในเรื่องการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ 3) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน และมีความต่อเนื่อง 4) มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลชัดเจน ทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมทันกับเวลา 5) สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล

ข้อด้อย 1) ไม่เหมาะสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการบันทึกจะซ้ำกัน ทุกเวรทุกวัน 2) การบันทึกต้องใช้ความรู้และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมากต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึก การเขียนการวินิจฉัยทำให้ใช้เวลานาน จนเกิดความท้อถอยได้ และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบในการคิดวิเคราะห์ ปัญหาของผู้ป่วยและเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา จึงเป็นอุปสรรคสำหรับพยาบาลผู้บันทึกที่ขาดความรู้ ดังกล่าว

โดยสรุป รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีทั้งข้อดีและข้อด้อย ในการนำไปใช้จะขึ้นอยู่กับ นโยบายของโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล ที่จะเลือกแบบใดมาพัฒนาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และลักษณะงานของหน่วยงานนั้นๆ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล มาประยุกต์ใช้เนื่องจากการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลเป็นการสะท้อนถึงความรู้ความสามารถของพยาบาลในการวิเคราะห์และการตัดสินใจ ช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา

ตารางที่ 2-4

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล

วัน เดือนปี / เวลา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล	ผู้บันทึก
1 มิ.ย. 49 (08.00– 16.00 น.)	ผิวหนังบริเวณก้นกบและหัวไหล่มีแผลกดทับเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากการไม่รู้สึกรู้ตัว	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความแข็งแรงของผิวหนังในบริเวณต่างๆ เวลา 10.00 น. ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกมีรอยแดง กดเจ็บ บริเวณหัวไหล่ แผลกดทับบริเวณก้นกบไม่ซึม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง ในเวรทำได้ 2 ครั้ง ผู้ป่วยนอนหลับ 1 ชม หลังทำแผล ดูแลทำความสะอาดแผลกดทับบริเวณก้นกบแผลไม่ซึม รอบๆแผลไม่บวม ดูแลให้ได้รับสารอาหารและสารน้ำทาง NG เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยรับได้ 100 ซีซี 	- บาดแผลกดทับบริเวณก้นกบแห้งดี ขอบแผลไม่บวม ผิวรอบแผลไม่แดงและซีด รอยแดงบริเวณหัวไหล่ลดลง กดไม่เจ็บ	ถิ่น

ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและแบบบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล ที่ควรตระหนักและหารูปแบบที่เหมาะสมในการบันทึกและสะท้อนถึงการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ซึ่งส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของการพยาบาล (พรศิริพันธ์, 2554) และเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาลทั้งส่วนที่เป็นวิทยาศาสตร์และศิลปะ ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ โดยมีการกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลที่ชัดเจน คือเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม เน้นความสำคัญของบุคคลและเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลคือกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล มีการบันทึกข้อมูลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย อย่างเป็นระบบ (ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญญา เตากล่ำ, 2543) ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล มีความสัมพันธ์กันดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ที่พยาบาลจะต้องทำการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยงาน โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ หรือซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิต ภาวะเสี่ยง และปัญหาที่ซ่อนเร้น ของผู้ป่วย หลังจากนั้นมีการตรวจสอบข้อมูล ที่รวบรวมได้ว่า มีความถูกต้องและเป็นจริง โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กับข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย แล้วนำมาจัดกลุ่มข้อมูลโดยขั้นตอนนี้ โดยใช้แนวคิดทฤษฎี หรือหลักการ เพื่อช่วยในการจัดกลุ่มข้อมูลง่ายขึ้น หลังจากนั้นจึงนำมาบันทึกในแบบบันทึกที่กำหนดไว้ (อารี ชิวเกษมสุข, 2551)

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องแปลข้อมูลที่ถูกจัดเป็นกลุ่มๆ ในขั้นตอนที่ 1 แล้วนำมาเปรียบเทียบข้อมูลที่บ่งบอกปัญหากับมาตรฐานและค่าปกติต่างๆ แล้วสรุปเป็นปัญหาของผู้ป่วยคร่าวๆ หลังจากนั้นกำหนดสาเหตุและปัญหาที่มีความเป็นไปได้ แล้วบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล ลงในแบบบันทึกที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล เมื่อพยาบาลได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้ว นำมาจัดเรียงลำดับความสำคัญโดยพิจารณาจากตามระดับความรุนแรงของปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตมาก่อน หรือใช้หลักความต้องการของมาสโลว์ เพื่อวางแผนการพยาบาลในการแก้ปัญหาควรวางแผนโดยเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแนวโน้มพักรักษาตัวอยู่ระยะสั้น กำหนดจุดมุ่งหมายหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการตอบสนองของผู้ป่วยที่เจาะจงสามารถวัดได้ หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย แล้วจึงบันทึกกิจกรรมที่กำหนดลงในแบบบันทึกที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องใช้ทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสติปัญญา ทักษะระหว่างบุคคล และทักษะด้านเทคนิค หลังจากนั้นมีการบันทึกกิจกรรม

การพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นขั้นตอน ตัดสินว่า ได้ปฏิบัติ การพยาบาลแก่ผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมได้กับเกณฑ์ประเมินผล แล้วจึงบันทึกข้อมูลผลการประเมินในแบบบันทึกที่กำหนดไว้

สรุป การใช้กระบวนการพยาบาล ดังกล่าวทำให้เห็นแต่ละขั้นตอน คือ การบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ แล้วรวบรวมมาวินิจฉัยทางการพยาบาล บันทึกแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา ครอบคลุมและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ ถึงจำหน่าย บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการพยาบาลแล้ว โดยพยาบาลควรมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล นำแปลผลข้อมูล ตลอดจนการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้และทักษะ และมีการประเมินติดตามผล อย่างเป็นระบบ จะสะท้อนให้เห็นการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

ความหมายคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ชรรมิภวรร (2540) กล่าวถึงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลครบถ้วน มีการสร้างคู่มือเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปเขียนได้ง่าย โดยการจัดรูปแบบการบันทึกให้มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนให้เห็นคุณค่าของการบันทึกและผู้บันทึกทางการพยาบาลในการตัดสินใจเลือกข้อมูลมาบันทึก

สำนักการพยาบาล (2550) กล่าวถึง คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลลงในแบบบันทึกที่หน่วยงานกำหนด ตามแนวทางการบันทึกที่กำหนดไว้ให้ถูกต้องและต่อเนื่อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุมตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล อันประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล แนวทาง ตามแนวทางหรือคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล โดยสามารถสื่อความหมายแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ และสามารถตรวจสอบผลความเชื่อถือได้ของข้อมูล ซึ่งในการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลสำนักการพยาบาลได้กำหนดไว้ ร้อยละ 60-70

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2552) กล่าวถึงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึงการบันทึกที่มีความถูกต้อง นำเชื่อถือของข้อมูลและเนื้อหาสาระของข้อมูลต้องมีคุณค่า ควรแก่การ

สื่อสาร มีความชัดเจน เนื้อหาสาระถูกอักขระอ่านง่าย มีความต่อเนื่อง สามารถค้นหาข้อมูลผู้ป่วยได้ง่าย เอื้อต่อการประเมินการวิจัย และการพัฒนาคุณภาพ ไม่ซ้ำซ้อน ใช้เวลาในการบันทึกที่เหมาะสม

ฟิชชบาซ และไวท์ (Fishchbach, 1991; White, 2003) กล่าวถึง บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ หมายถึง บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีลักษณะการบันทึกที่เป็นปัจจุบัน มีความถูกต้องรัดกุม (concise) สะท้อนถึงกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีหลักฐานความต้องการของผู้ป่วย การรักษา กิจกรรมการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย ทำให้สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ได้ชัดเจน มีการบันทึกตามลำดับก่อน-หลัง และแสดงความมีเหตุผลในการตัดสินใจ มีรูปแบบและคู่มือการบันทึกที่อำนวยความสะดวกต่อผู้บันทึก เมื่อประเมินคุณภาพแล้วได้ผลลัพธ์ของการบันทึกที่ดีเป็นประโยชน์กับผู้ให้และผู้รับบริการ

พอทเทอร์ และ เพอร์รี่ (Potter & Perry, 2005) กล่าวถึง บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ หมายถึง การบันทึกที่บันทึกตามข้อเท็จจริง ตามที่พยาบาลได้เห็น ได้ยินและได้สัมผัส โดยไม่ต้องแปลความหมาย มีการบันทึกที่ครบถ้วน มีรายละเอียดตามความจำเป็นและมีความสมบูรณ์ มีความหมายชัดเจน ข้อมูลที่บันทึกตรงตามเวลาและมีการบันทึกหลังจากปฏิบัติกิจกรรมเสร็จ มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและเป็นระบบ สิ่งที่บันทึกควรเป็นเรื่องที่ปกปิด มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่าย เรียบร้อย

สรุป คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นปัจจุบันและเป็นจริง ลงในแบบบันทึกที่ตามคู่มือหรือแนวทางที่ได้กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ เมื่อทำการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ข้อมูลมีความเชื่อถือได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จนทำให้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้และสามารถประเมินคุณภาพได้และมีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นกลไกของการตรวจสอบการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลว่าการพัฒนาได้บรรลุตามมาตรฐานหรือเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เป็นหลักฐานที่แสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยการทบทวนวรรณกรรม ดังต่อไปนี้

กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อแนวคิดในการตรวจสอบสอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผลการตรวจสอบมีความเชื่อถือได้ จึงใช้หลัก 4 c ในการวิเคราะห์หรือเป็นแนวทางในการตรวจสอบแบบฟอร์มทางการแพทย์พยาบาลดังนี้

1. มีความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วย และเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือสอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของโรค และสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ได้แก่

1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก และถูกต้องตามแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่กำหนด และบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยตามที่สังเกตได้มากกว่าการแปลความหมาย

1.2 การรายงานปัญหาถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

1.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำทำให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.4 บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำทำให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องสอดคล้องกับข้อ 1.3

1.5 บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำโดยพยาบาลหรือทีมสุขภาพได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับข้อ 1.4

1.6 ระยะเวลา ความถี่ ในการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย หรือสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

1.7 บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่างๆ ได้ถูกต้อง

2. มีความครบถ้วน (complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่องลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทุกช่อง ดังนี้

2.1 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

2.2 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแล รักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองของตนเองของผู้ป่วย

2.3 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

3. มีความชัดเจน (clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ดังนี้

3.1 บันทึกด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย และใช้ตัวอักษรสากล

3.2 ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนข้อความ ต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิม แล้ววงช้อยกำกับ

4. ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกที่มีความอ่านง่าย กระชับ สั้น ได้ใจความตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ใช้บริการ อ่านแล้วเข้าใจและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของกระบวนการพยาบาล

วัชรินทร์ รัตสาร (2543) ได้สร้างแบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามแนวคิดของกองการพยาบาล (2534) โดยกำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินคุณภาพ ใช้เกณฑ์ตรวจสอบ 4 รายการคือ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนและได้ใจความ ด้วยเกณฑ์การตรวจสอบด้านได้ใจความไม่เหมาะสมกับการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงปรับเกณฑ์ได้ใจความเป็นความต่อเนื่อง แทน โดยมีรายการตรวจสอบ แบ่งเป็น 7 ขั้นตอนตามขั้นตอนการบันทึก ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 รายการ
- 2) การรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับ จำนวน 3 รายการ
- 3) การประเมินอาการผู้ป่วยจำนวน 7 รายการ
- 4) การวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 3 รายการ
- 5) กิจกรรมการพยาบาล จำนวน 3 รายการ
- 6) ประเมินผล จำนวน 3 รายการ
- 7) สรุปผลการจำหน่าย จำนวน 10 รายการ รวม 39 รายการ ได้กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

- 1) ไม่มีการบันทึก ให้ 0 คะแนน
- 2) บันทึกถูกต้อง ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน
- 3) บันทึกครบถ้วน ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน
- 4) บันทึกชัดเจน ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน
- 5) บันทึกต่อเนื่อง ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน

โดยคะแนนรวมในแต่ละหัวข้อ เท่ากับ 20 และคะแนนรวมใน 7 ขั้นตอนเท่ากับ 140 และคิดเป็นร้อยละ จะได้คะแนนคุณภาพการบันทึกทั้งฉบับ และได้กำหนดเกณฑ์การตัดสินคุณภาพทั้งฉบับเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้ดังนี้

- 1) 91-100 % หมายถึง ดีมาก
- 2) 81-90 % หมายถึง ดี
- 3) 71-80 % หมายถึง พอใช้
- 4) ต่ำกว่า 70% หมายถึง ต้องปรับปรุง

พัชรินทร์ ชุนซัง (2550) ได้สร้างแบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ตามแนวคิดของกองการพยาบาล (2534) จากงานวิจัยของวัชรินทร์ รัตสาร (2543) โดยกำหนดใช้เกณฑ์การตรวจสอบ 4 รายการคือ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนและได้ใจความ รายการตรวจสอบ แบ่งเป็น 7 ขั้นตอนตามขั้นตอนการบันทึก ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 รายการ
- 2) การรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับ จำนวน 12 รายการ
- 3) การประเมินอาการจำนวน 3 รายการ
- 4) การวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 4 รายการ
- 5) กิจกรรมการพยาบาล จำนวน 3 รายการ
- 6) ประเมินผล จำนวน 3 รายการ
- 7) สรุปผลการจำหน่าย จำนวน

7 รายการ รวม 37 รายการ ได้กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ 1) ไม่มีการบันทึก ให้ 0 คะแนน 2) บันทึกถูกต้อง ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน 3) บันทึกครบถ้วน ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน 4) บันทึกชัดเจน ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน 5) บันทึกต่อเนื่อง ให้ 5 คะแนนในแต่ละขั้นตอน โดยคะแนนรวมในแต่ละหัวข้อ เท่ากับ 20 และคะแนนรวมใน 7 ขั้นตอนเท่ากับ 140 และคิดเป็นร้อยละ จะได้คะแนนคุณภาพการบันทึกทั้งฉบับ และได้กำหนดเกณฑ์การตัดสินคุณภาพทั้งฉบับ เพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้ดังนี้ 1) 91-100 % หมายถึง ดีมาก 2) 81-90 % หมายถึง ดี 3) 71-80 % หมายถึง พอใช้ 4) ต่ำกว่า 70% หมายถึง ต้องปรับปรุง

สภาการพยาบาล (2548) ได้กำหนดมาตรฐานการบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้จำนวน 3 หมวด และในหมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กำหนดมาตรฐานไว้ 5 มาตรฐาน ในมาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน โดยในข้อกำหนดที่ 1 มีแบบฟอร์มบันทึกที่มีมาตรฐาน จะมีข้อบ่งชี้ ดังนี้ 1) แบบฟอร์ม สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 2) มีการกำหนดแนวทางบันทึกการพยาบาลให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย 3) แบบฟอร์มการบันทึกได้ผ่านกระบวนการพัฒนาที่น่าเชื่อถือได้และได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาล ข้อกำหนดที่ 2 บันทึกทางการพยาบาลมีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน ดังนี้ 1) มีข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมองค์รวม 2) มีการวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลที่สอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ เชื่อมโยงกับแผนการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพ 3) บันทึกทางการพยาบาลสามารถบ่งชี้ความผิดปกติของภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนได้อย่างรวดเร็ว ชัดเจน 4) มีข้อมูลภาวะสุขภาพก่อนย้ายหรือจำหน่าย 5) มีข้อมูลความเข้าใจและพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ/ครอบครัว/ญาติ ต่อคำแนะนำที่ได้รับ 6) บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถสื่อถึงการดูแลที่มีความต่อเนื่องเพียงพอต่อการเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ข้อกำหนดที่ 3 การใช้ประโยชน์จากการบันทึกการพยาบาล เช่น เน้นการสื่อสารการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลและการทบทวนกรณีผู้ป่วย มีอุบัติการณ์ การศึกษาและการวิจัย ข้อกำหนดที่ 4 การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลและการรายงาน ดังนี้ 1) ประเมินและวิเคราะห์ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของระบบบันทึก 2) มีการปรับปรุงระบบบันทึก การสื่อสารการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจตรงกัน 3) มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

นอกจากนี้สภาการพยาบาลยังกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับข้อบ่งชี้แต่ละหมวด โดยกำหนดคะแนนการประเมินคุณภาพ เป็น 6 ระดับ คือเริ่มตั้งแต่ 0-5 คะแนนตามข้อบ่งชี้ ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีหรือไม่พบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนด

คะแนน 1 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดเพียงบางส่วน ไม่ชัดเจน

คะแนน 2 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดบางส่วนและชัดเจน

คะแนน 3 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดครบตามความจำเป็นขั้นต่ำ

คะแนน 4 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดและมีการประเมินผล

คะแนน 5 หมายถึง มีหรือพบหลักฐาน ตามตัวบ่งชี้ที่กำหนดและได้ประเมินผลและ

มีการปรับปรุงคุณภาพตามผลการประเมิน

เกณฑ์พิจารณาผลการประเมิน

1. มีการแยกเป็นแต่ละหมวด ค่าคะแนนเฉลี่ยคำนวณมาจาก คะแนนรวมในแต่ละหมวดหารด้วย จำนวนข้อในหมวดเดียวกัน โดย

คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1 หมายถึง ยังมีการดำเนินงานตามมาตรฐานน้อย ไม่เห็นเป็นรูปธรรม

ระดับ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.0-1.99 หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานบางส่วน มีผลการดำเนินงานยังไม่ครบถ้วนชัดเจน

ระดับ 2 คะแนนเฉลี่ย 2.0-2.99 หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน ครบถ้วน มีผลการดำเนินงานยังไม่ครบถ้วนชัดเจน

ระดับ 3 คะแนนเฉลี่ย 3.0-3.99 หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานชัดเจน มีผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ และมีผลการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องบางส่วน

ระดับ 4 คะแนนเฉลี่ย 4.0-4.99 หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานชัดเจน มีผลการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องส่วนใหญ่ขององค์กร

ระดับ 5 คะแนนเฉลี่ย 5.0-5.99 หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานชัดเจน มีผลการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในทุกส่วนใหญ่ขององค์กร มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นชัดเจน เป็นแบบอย่างได้

2. คะแนนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำ คือ 3 ในทุกหมวดถ้าคะแนนหมวดใดไม่ถึง 3 ถือว่ายังไม่ผ่าน

3. กรณีผ่านระดับ 3 ขึ้นไป ในทุกหมวดให้มีการรับรอง 3 ปี

4. กรณีไม่ผ่านหมวดใดหมวดหนึ่ง กลุ่มการพยาบาลต้องมีการพัฒนาหมวดที่ต่ำกว่าระดับ 3 ภายใน 1 ปี ให้มีการติดตามประเมินผลภายหลังการพัฒนาภายในไม่เกิน 1 ปี กรณีเกิน 1 ปี ให้เริ่มของการประเมินคุณภาพใหม่แล้วให้การรับรองไม่เกิน 3 ปี

สำนักการพยาบาล (2550) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ครอบคลุมงานบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาจำแนกตามลักษณะ

งานบริการ 10 งาน โดยการบริการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานบริการหนึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนที่ 2 เป็นมาตรฐานการบริหารงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนที่ 3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนที่ 4 เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยมาตรฐาน 8 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย การคัดกรอง (triage) เพื่อลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุ ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บของผู้ป่วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งต่อการรักษา ได้กำหนดให้มีการบันทึกผลการติดตามอาการของผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเป็นหลักฐานให้กับหน่วยงานที่รับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย (comprehensive triage) อาการสำคัญของผู้ป่วยที่มารับบริการทุกรายเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (priorities of care) ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (secondary survey and ongoing assessment) ตามความเหมาะสม ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน ได้แก่ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการประเมินซ้ำทุก 10-15 นาที กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ได้รับการประเมินซ้ำทุก 2-4 ชั่วโมง ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้น ผลการประเมินอาการและอาการแสดงสำคัญที่ตรวจพบ การรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลและเวลาที่ให้ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจโรค

มาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง เป็นการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ สรุปปัญหาและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างอยู่ในหน่วยงาน ได้กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมปัญหา การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และผลการรักษาพยาบาลระหว่างนำส่งลงในเอกสารประจำตัวผู้ป่วย เพื่อรายงานให้กับแพทย์หรือพยาบาล ที่รับส่งต่อผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมาย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (potential health problem) ได้กำหนดให้มีการบันทึกกิจกรรมการให้การพยาบาลและผลของการพยาบาล



มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมาย ในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ กำหนดให้มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพ และรายงานผู้เกี่ยวข้อง ทราบกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มีการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย และครอบครัว อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม กับบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบ

มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี และเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบ

มาตรฐานที่ 8 บันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึกข้อมูลทางการ พยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมงาน และทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทาง กฎหมาย ซึ่งมีแนวปฏิบัติ คือ 1) การกำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลข้อมูลทางการ พยาบาลถูกต้องและต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุมเกี่ยวกับ การประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือปัญหาตามความต้องการ ด้านร่างกาย จิตใจ การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการกำหนด กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ให้ครอบคลุม ถูกต้อง และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการดูแลตามมาตรฐาน หรือแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการ พยาบาล และข้อความที่บันทึกชัดเจน กระชับ สามารถสื่อความหมายแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) มีการตรวจสอบความถูกต้อง เชื่อถือได้ของข้อมูลที่บันทึก 4) ทำการทบทวนเอกสารรายงาน เพื่อ ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ในการดูแลผู้ป่วย 5) การนำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก ไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล มีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ บันทึกทางการพยาบาลสะท้อนถึงภาวะ สุขภาพ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง สามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย และสามารถ เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

จากมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้ง 8 มาตรฐาน มาตรฐาน การบันทึกทางการพยาบาล เป็นมาตรฐานที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นหลักฐานทางการพยาบาลที่ใช้ ในการสื่อสาร เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และแสดงถึงความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ กระบวนการพยาบาลในการบริการผู้ป่วยตามมาตรฐานทั้ง 7 มาตรฐานได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ต่อเนื่องหรือไม่

เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สำนักงานพยาบาลได้กำหนดด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาลมีตัวชี้วัดและเกณฑ์ ประกอบด้วย

1. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ถูกต้อง เกณฑ์ร้อยละ 100
 2. ความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการแก้ไขทันทีภายใน 4 นาที เกณฑ์ร้อยละ 100
 - 2.2 จำนวนอุบัติการณ์การระงับตัวผู้ป่วยผิดคน เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 2.3 จำนวนอุบัติการณ์การรักษาพยาบาลผิดคน เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 2.4 จำนวนอุบัติการณ์การบาดเจ็บเพิ่มจากการเคลื่อนย้าย เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 2.5 จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 2.6 จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 2.7 จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือดผิดและ/หรือ ส่วนประกอบของเลือด เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 2.8 จำนวนอุบัติการณ์การตายที่สามารถป้องกันได้ เกณฑ์ ร้อยละ 0
 3. ร้อยละของผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีที่ถึงโรงพยาบาล เกณฑ์ ร้อยละ 80
 4. จำนวนอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตนเอง เกณฑ์ ร้อยละ 0
 5. การร้องเรียนของผู้ใช้บริการ
 - 5.1 จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 5.2 จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล เกณฑ์ ร้อยละ 0
 - 5.3 ร้อยละของการแก้ไข และ/หรือการตอบกลับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ เกณฑ์ ร้อยละ 100
 6. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการพยาบาล เกณฑ์ ร้อยละ ≥ 85
 7. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล ร้อยละ ≥ 85
- สำนักงานพยาบาล (2554) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานในโรงพยาบาล เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้ง 10 งาน แต่ละงานจะมีการประเมินแบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 กระบวนการ มุ่งองค์ประกอบในการประเมิน ดังนี้ 1) มีแนวทางและวิธีการที่ใช้เพื่อให้กระบวนการบรรลุผล 2) การนำแนวทางที่กำหนดไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมทั่วถึง 3) มีการปรับปรุงแนวทางให้ดีขึ้น 4) ความสอดคล้อง

กับข้อกำหนดในมาตรฐานหมวดอื่นๆ และมิติที่ 2 ผลลัพธ์ มีองค์ประกอบหลักในการประเมิน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผลการดำเนินการในปัจจุบันเปรียบเทียบกับเป้าหมายของหน่วยงาน 2) แนวโน้มของผลการดำเนินงาน 3) การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานบริการที่มีภาระงานที่คล้ายคลึงกัน 4) การพิจารณาผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยเชื่อมโยงกับผลการดำเนินงานด้านต่างๆ

ในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานที่ 8 การบันทึกทางการพยาบาลในองค์ประกอบที่ 1 กำหนดแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล ในประเด็นสำคัญอย่างน้อย 3 ประเด็นดังนี้ ดังนี้ 1) การใช้กระบวนการพยาบาล 2) การพยาบาลแบบองค์รวม การบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก 4 C (Correct, Complete, Clear, Concise) องค์ประกอบที่ 2 ปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกครอบคลุม มีประเด็นสำคัญที่กำหนดใน 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) อธิบายสื่อความเข้าใจให้ผู้เกี่ยวข้อง 2) มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบตามกำหนด 3) ปฏิบัติตามแนวทางได้ครบทุกขั้นตอน องค์ประกอบที่ 3 ประเมินผลและทบทวนแนวทางปฏิบัติที่กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1) ติดตามประเมินผลตามแผนการประเมินที่กำหนด 2) เปรียบเทียบค่าเป้าหมายครบตามตัวชี้วัดที่กำหนด 3) นำผลที่ได้ไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน องค์ประกอบที่ 4 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาลมีความสอดคล้องใน 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การกำหนดวิธีการ 3) การปฏิบัติตามแผน 4) การวัดผลลัพธ์ 5) การเรียนรู้สู่การปรับปรุง และผลลัพธ์การดำเนินงาน ซึ่งมีมิติผลลัพธ์ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายและมีรายงานตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพผลตามพันธกิจครอบคลุม 2) ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดด้านประสิทธิผลตามพันธกิจอย่างน้อย 3 ปีย้อนหลัง มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3) มีข้อมูลเปรียบเทียบที่เชื่อถือได้ เช่นเกณฑ์มาตรฐาน ค่าเฉลี่ยของหน่วยงานในระดับเดียวกัน เป็นต้น 4) ผลลัพธ์สอดคล้องและตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

โดยมีระบบการให้คะแนนการประเมินคุณภาพการพยาบาล ซึ่งพิจารณาามีเกณฑ์ตัดสินคะแนนขั้นต่ำ เท่ากับ 3 ในทุกองค์ประกอบ หรือคิดเป็นร้อยละ 61-80 ถือว่าผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ การให้คะแนนทั้งมิติกระบวนการและมิติผลลัพธ์ในแต่ละองค์ประกอบเป็นค่าร้อยละ และแบ่งคะแนนจาก 1-100% เป็น 6 คะแนน และเพื่อให้ง่ายต่อหน่วยบริการจึงได้ปรับเป็น 6 ระดับ คือ 0 – 5 คะแนน ตามลำดับของการพัฒนา ดังนี้

- ระดับ 0 มิติกระบวนการ หมายถึง ไม่มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐาน/
ไม่มีหลักฐาน
มิติผลลัพธ์ หมายถึง ไม่มีข้อมูลตัวชี้วัดของการประเมินผล หรือไม่มีตัวชี้วัด
โคปรรลูเป้าหมาย

- ระดับ 1 มติกระบวนกร หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ร้อยละ 1-20
 มิติผลลัพธ์ หมายถึง มีข้อมูลตัวชี้วัดของการประเมินผล ที่บรรลุเป้าหมาย เป็นส่วนน้อย ร้อยละ 1-20
- ระดับ 2 มติกระบวนกร หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ร้อยละ 21-40
 มิติผลลัพธ์ หมายถึง มีรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินที่บรรลุ เป้าหมายที่ กำหนดเป็นบางส่วน ร้อยละ 21-40
- ระดับ 3 มติกระบวนกร หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ร้อยละ 41-60
 มิติผลลัพธ์ หมายถึง มีรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินที่บรรลุ เป้าหมายครึ่งหนึ่งของที่กำหนดไว้ ร้อยละ 41-60
- ระดับ 4 มติกระบวนกร หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ร้อยละ 61-80
 มิติผลลัพธ์ หมายถึง มีรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินที่บรรลุ เป้าหมายที่ กำหนดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61-80
- ระดับ 5 มติกระบวนกร หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ร้อยละ 81-100
 มิติผลลัพธ์ หมายถึง มีรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินที่บรรลุ เป้าหมายที่ กำหนดเกือบทั้งหมด ร้อยละ 81-100

มีแนวทางการให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบในมติกระบวนกรและมิติผลลัพธ์ ดังนี้

- ให้คะแนน 0 คะแนน มติกระบวนกร คือ ไม่มีแผน/แนวทางการดำเนินการตามข้อกำหนดของ มาตรฐานไม่มีหลักฐาน
 มิติผลลัพธ์ คือ ไม่มีข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินผลหรือไม่มี ตัวชี้วัดใดที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด
- ให้คะแนน 1 คะแนน มติกระบวนกร คือ มีข้อกำหนดแนวทางตามข้อกำหนดของมาตรฐานเป็น ส่วนน้อย
 มิติผลลัพธ์ คือ มีการรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินผลที่ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดเป็นบางส่วน

- ให้คะแนน 2 คะแนน มิติกระบวนการ คือ มีข้อกำหนดแนวทางที่เป็นระบบตามข้อกำหนดของมาตรฐานเป็นส่วนใหญ่
 มิติผลลัพธ์ คือ มีการรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินผลที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดเป็นส่วนน้อย
- ให้คะแนน 3 คะแนน มิติกระบวนการ คือ มีข้อกำหนดแนวทางที่เป็นระบบตามข้อกำหนดของมาตรฐานอย่างครบถ้วน
 มิติผลลัพธ์ คือ มีการรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินผลที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดประมาณครึ่งหนึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้
- ให้คะแนน 4 คะแนน มิติกระบวนการ คือ มีข้อกำหนดแนวทางที่เป็นระบบเพิ่มมากกว่าข้อกำหนดของมาตรฐาน
 มิติผลลัพธ์ คือ มีการรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินผลที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดเป็นส่วนใหญ่
- ให้คะแนน 5 คะแนน มิติกระบวนการ คือ มีข้อกำหนดแนวทางที่เป็นระบบมากกว่าข้อกำหนดของมาตรฐานและเป็นแนวทางที่พิสูจน์ได้ว่านำสู่ความเป็นเลิศ
 มิติผลลัพธ์ คือ มีการรายงานข้อมูล/ตัวชี้วัดตามมิติของการประเมินผลที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เกือบทั้งหมด

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์กรมหาชน] (2553) ได้กำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ซึ่งผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดรายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งเพื่อจะช่วยให้การประเมินคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลมีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยมีเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพ จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่

1. ข้อมูลผู้ป่วย (patient's profile) มีเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ดังนี้

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อและ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN=Hospital Number) เพศ อายุหรือวัน เดือน ปี ของผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วนในแผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียนหรือเอกสารแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย (กรณีไม่ทราบ วันที่เกิดให้บันทึกเฉพาะ ปีพ.ศ.ที่เกิดได้)
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีเป็นคนต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทย แต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” ส่วนชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง ในกรณีที่ผู้ป่วย

ไม่รู้สีกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือกรณีเสียชีวิตและไม่พบหลักฐานต้องระบุว่า “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 4 ข้อมูลการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ โดยระบุลักษณะการแพ้ กรณีไม่ทราบว่าแพ้ยา ให้ระบุว่า “ไม่ทราบประวัติการแพ้ยา” กรณีไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา ให้ระบุว่า “ไม่มีประวัติการแพ้ยา”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลชื่อ และนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บคก.) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/ไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ

เกณฑ์ข้อที่ 6 ระบุ วัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูลเวชระเบียนครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อและ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN=Hospital Number) ในทุกแผ่นข้อมูลที่มีการบันทึก ข้อมูลการรักษาในกรณีข้อมูลของเวชระเบียนอยู่ในรูปของแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ต้องมีข้อมูลชื่อ และนามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN=Hospital Number) ในทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ

หมายเหตุ

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีการบันทึกหมู่เลือด มีการระบุชื่อผู้กำกับระบุไว้ (ในกรณีบันทึกเพิ่มเติม)

หัก 1 คะแนน ในกรณีเป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่ได้ระบุชื่อผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ตามระบบการบริหารจัดการของหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาลนั้น

ในกรณีมีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับการแก้ไวนั้น ยกเว้นกรณีมีการบันทึกเวชระเบียน การให้บริการของหน่วยบริการหรือ โรงพยาบาล เช่น เลขประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission Number) เลขที่ x-ray เป็นต้น

2. ประวัติการเจ็บป่วย (history) มีเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการสำคัญ (chief complaint) ได้แก่อาการ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness) ในส่วนของ อาการแสดง

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness) ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปและฉุกเฉิน) หรือในส่วนการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใด มาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

- เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (past illness) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ประวัติการผ่าตัด และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยใน ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- เกณฑ์ข้อที่ 5 ประวัติประจำเดือนในผู้ป่วยหญิง ที่อยู่ในช่วงอายุ 11-16 ปี การฉีดวัคซีนในเด็กและ ประวัติการเจริญเติบโต/พัฒนาการ ประวัติทางสังคม (social history) กรณีไม่เกี่ยวข้องกับ ระบุ NA ในเกณฑ์ประเภทข้อนี้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการซักประวัติการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 7 ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวนความถี่ และ ระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

หมายเหตุ

เกณฑ์ข้อ 3,4,5,6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติ หรือไม่สามารถซักประวัติ ได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” และ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีการบันทึก ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness) ครบทั้ง 5W 2H (What, Where, When, Why, Who, How, How many)

3. การตรวจร่างกาย (physical examination) มีเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ดังนี้

- เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกวัน เวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือเวลาที่แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดยการดู หรือเคาะ ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัย ที่ สอดคล้องกับ ประวัติอาการสำคัญ (chief complaint) โดยสังเขป กรณีผลการตรวจ ปกติ อาจบันทึกโดยระบุ “WNL” (within normal limit)
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดยการคลำ หรือฟัง ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัย ที่ สอดคล้องกับประวัติอาการสำคัญ (chief complaint) โดยสังเขป กรณีผลการตรวจ ปกติ อาจบันทึกโดยระบุ “WNL” (within normal limit)
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกชีพจร การหายใจทุกราย ในกรณีที่มึประวัติไข้หวัดให้วัดอุณหภูมิร่วมด้วย
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึก ความดันโลหิตทุกราย ยกเว้น กรณีเด็กอายุ 0-3 ปี ให้พิจารณาตาม สภาพปัญหาของผู้ป่วย ถ้าไม่จำเป็นให้ระบุ NA ในเกณฑ์การประเมินข้อนี้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกน้ำหนักทุกราย มีการบันทึกส่วนสูง กรณีเด็กอายุ 0-3 ปี เพื่อติดตาม พัฒนาการ และบันทึกส่วนสูงในกรณีที่ผู้ป่วยที่ให้น้ำนมมีน้ำหนัก เพื่อคำนวณการให้น้ำ และประเมินภาวะโภชนาการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปข้อวินิจฉัยโรคขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับผลการซักประวัติ หรือผลการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีการวาดรูปที่แสดงความผิดปกติที่นำไปสู่การวินิจฉัย

4. การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย (treatment/investigation) มีเกณฑ์ประเมินคุณภาพดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่นๆ กรณีไม่มีการสั่งการเพื่อการวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจ ให้เป็น NA (การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกรายละเอียดการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลต้องมีบันทึกว่า “admit”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติหรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมาติดตามผล (follow up) ในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผลหรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย/รักษาที่ผ่านมา กรณีไม่มีการส่งพบแพทย์อื่นให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ทำการตรวจรักษา กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์เพื่อให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าท่านเป็นใคร กรณีที่มีการสั่งการรักษาทาง คอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่น จึงถือว่าได้คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อที่สามารถอ่านออกได้

หมายเหตุ

หักข้อละ 1 คะแนน กรณีดังต่อไปนี้

1) ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ

2) มีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ

5. การตรวจติดตาม (follow up) มีเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ดังนี้

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกข้อมูลการระบุโรค หรือเหตุผลในการนัดมาตรวจติดตาม
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกประวัติ (history) และการติดตามผลการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกสัญญาณชีพ ในส่วนที่เกี่ยวข้องหรือการตรวจร่างกายที่จำเป็นและเกี่ยวข้อง (ดูคำ เคาะ ฟัง)
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (evaluation) พร้อมสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่งตรวจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่น ๆ กรณีไม่มีการสั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย และไม่มีการตรวจ ให้ NA (การสั่งตรวจ อาจอยู่ในครั้งก่อนหน้าได้)
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการรักษาในครั้งนี้ (treatment)
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวัง เกี่ยวกับการรับประทานยา
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมาตรวจติดตาม (follow up) ครั้งต่อไป
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัส แพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ ต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจง ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบ กรณีมีการส่งการรักษาผ่าน ระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้น ต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำ ย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำ ย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ จึงถือว่าได้คะแนน

หมายเหตุ

หักข้อละ 1 คะแนนในกรณีดังต่อไปนี้

1. กรณีมีบันทึกการสั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ
2. กรณีมีผลการตรวจ แต่ไม่มีการบันทึก การสั่งตรวจวินิจฉัย

6. การบันทึกการผ่าตัด/หัตถการ (operative note) มีเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ดังนี้

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ถูกต้องครบถ้วน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบ จาก การทำผ่าตัด/หัตถการ (operative findings)
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีวิธีการทำผ่าตัด/หัตถการ (operative procedure)
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการทำผ่าตัด/หัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัด/หัตถการ (post operative diagnosis) ในกรณีที่มีการทำผ่าตัด/หัตถการ เพื่อการตรวจวินิจฉัย ต้องมีการติดตามผลพยาธิวิทยา (pathology) หรือระบุในบันทึกว่า “รอผล pathology ” หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ” รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุด การทำผ่าตัด/หัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/หัตถการ กรณีมีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/หัตถการท่านใด และบันทึกนั้นต้องมีระบบไม่สามารถทำย้อนหลัง หรือแก้ไข โดยผู้อื่นได้

หมายเหตุ

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีการวาดรูปแสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัด/หัตถการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย

7. บันทึกการรับทราบและยินยอม รับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed consent) มีเกณฑ์

การประเมินคุณภาพ ดังนี้

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการลงลายมือชื่อ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย หรือ ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบข้อมูล
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการลงลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ-สกุล ละความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็น การเจาะเลือดส่งตรวจ ที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่นการเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (counseling)
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องการทำการผ่าตัด/หัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูล เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นจากการทำผ่าตัด/หัตถการ โดยสังเขป
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อ ผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด /หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกระบุ วันเดือนปี ที่ให้และรับทราบข้อมูล
หมายเหตุ

ลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของผู้ใดและใช้นิ้วใด), ชื่อ-สกุล
ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา/หัตถการ ในกรณีอายุน้อยกว่า 20 ปี
(ยกเว้นในรายที่สมรส และมีอายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์) หรือในกรณีอยู่ในสภาพที่
สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ต้องระบุความสัมพันธ์ของผู้ลงลายมือชื่อให้ชัดเจนที่
สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

การกำหนดเกณฑ์การ ให้คะแนนคุณภาพในแต่ละเกณฑ์ ดังนี้

- 1) เมื่อมีการบันทึกข้อมูลผ่านเกณฑ์ จะได้คะแนน 1 คะแนน
- 2) กรณีการบันทึกข้อมูลไม่ผ่านเกณฑ์ จะได้คะแนน 0 คะแนน
- 3) ถ้าไม่จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลนั้น ให้ระบุ “NA”

4) Missing หมายถึง จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลในหัวเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ
หรือบางส่วนขาดหายไป ให้ระบุ “M” (missing)

สรุป เกณฑ์การประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีหลากหลายเกณฑ์ เช่น เกณฑ์
ของสภาการพยาบาล เกณฑ์ของสำนักงานการพยาบาล และเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) เป็นต้น ซึ่งการที่จะใช้เกณฑ์ใดในการ
ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จะขึ้นอยู่กับนโยบายของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนั้น
ซึ่งกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลได้ มีนโยบายที่จะเข้ารับการประเมินคุณภาพจากสำนักงานการ
พยาบาล ในปี 2556 และ จากสภาการพยาบาล ในปีงบประมาณ 2557 รวมทั้งมีการประเมินคุณภาพ
การบริการจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล เพื่อจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาล ดังนั้นใน
การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้สร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแบบประเมินคุณภาพบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลโดยการกำหนดรายการข้อมูลที่ต้องบันทึกในแบบบันทึกและทำการประเมิน
คุณภาพจากการทบทวน เกณฑ์ของ สภาการพยาบาล สำนักงานการพยาบาล และสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งจากงานวิจัย แต่จะเน้นการกำหนดตามเกณฑ์ของสำนักงานการพยาบาล และ
การกำหนดคะแนนการประเมินคุณภาพแต่ละรายการและเกณฑ์ตัดสินคุณภาพ โดยทีมพัฒนา
คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ร่วมกันพิจารณาตัดสิน ซึ่งทำให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้าง
ขึ้นสามารถใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพได้หลากหลายเกณฑ์และส่งผลบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล ใช้ในการสื่อสารระหว่างทีม
พยาบาลกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างเหมาะสม

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการนำแนวคิดที่เป็นระบบมาแก้ปัญหาและการพัฒนาคุณภาพขององค์กร โดยมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ด้วยความรอบคอบและเข้าใจสถานการณ์ ผู้บริหารจะต้องกำหนดนโยบายในการปรับปรุงคุณภาพรวมทั้งประกาศให้สมาชิกทุกคนรับทราบและให้ความร่วมมือ มีความตระหนักและมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพในทุกระดับ โดยมีการศึกษาวิเคราะห์ แก้ปัญหาตามหลักเหตุผลและหลักวิทยาศาสตร์ พยายามหาวิธีการที่เรียบง่าย แต่มีประสิทธิภาพที่สุด นำมาใช้ในการแก้ปัญหาและการพัฒนาผลงาน ซึ่งสมาชิกทุกคนที่ร่วมดำเนินการจะต้องมีความรู้ มีการฝึกอบรม และมีการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ทำการพัฒนาตามขั้นตอนที่กำหนดเพื่อให้องค์กรสามารถพัฒนาคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มีนักวิชาการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศได้กล่าวถึง การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) หรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 2 คำใช้แทนกันได้ ในความหมายเดียวกัน ซึ่งมีการซึ่งมีการให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ดังนี้

แมคแลชลินและคาลูซนีย์ (McLanghlin and Kaluzny, 1999) กล่าวไว้ว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นปรัชญาการบริหารที่มุ่งขจัดความสูญเสีและการป้องกันก่อนเกิดปัญหา มีดำเนินการในเชิงรุกโดยใช้เครื่องมือวงล้อ พีดซีเอ (P-D-C-A) และวิธีการทางสถิติ เพื่อควบคุมอธิบายและปรับปรุงคุณภาพในองค์กรอย่างเป็นขั้นตอน เป็นระบบและต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร รวมทั้งมุ่งที่ตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

สมชาติ โตรักษา (2541) กล่าวไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการปรับปรุงบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง โดยหาโอกาสทุกโอกาสที่เป็นไปได้ในการพัฒนางานให้ดีขึ้น การวิเคราะห์จะต้องค้นหาสาเหตุของระบบหรือสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดความผิดพลาดนั้น และพยายามแก้ไขโดยการวางกระบวนการหรือขั้นตอนในการปฏิบัติงาน มากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับผู้ทีกระทำผิด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานหลักๆ ดังนี้ ประกอบด้วยวงจร PDCA

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) กล่าวไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการผลิตหรือการให้บริการ (process) อยู่ในผลผลิตและผลลัพธ์ของบริการ

(outcome) ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในการการสนองความต้องการของลูกค้าได้ตามที่คาดหวัง หรือมากกว่าที่คาดหวัง ด้วยระดับต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล โดยคุณภาพเป็นคุณสมบัติที่เฉพาะเจาะจง และสามารถวัดได้ และคุณภาพจะอยู่ในทุกขั้นตอนกระบวนการ

กองการพยาบาล (2544) กล่าวไว้ว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการดำเนินการอย่างมีแบบแผน มีกิจกรรมที่เป็นขั้นตอนต่อเนื่องเป็นระบบ ในการวัดและประเมินคุณภาพบริการพยาบาลทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อใช้เป็นหลักประกันว่าหน่วยงานบริการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะมีการจัดบริการตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ มีการแก้ไขข้อบกพร่องและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาระดับคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพหรือตามเป้าหมายของหน่วยงาน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การวางระบบ การปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ การวัดและประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการแก้ปัญหาและข้อบกพร่องที่พบทันที องค์ประกอบดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันและความต่อเนื่อง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2546) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่กระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยไม่หยุดยั้ง โดยยึดแนวทางที่จะให้วันนี้ดีกว่าเมื่อวานนี้ และจะให้พรุ่งนี้ดีกว่าวันนี้

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2548) กล่าวไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นปรัชญาและระบบการบริหารซึ่งนโยบายมาจากการมีส่วนร่วมของ ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีการเรียนรู้ด้วยกันและร่วมมือกันในการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ลดความสูญเปล่าและความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็น เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติ และเครื่องมือกระบวนการกลุ่ม มาดำเนินการ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) กล่าวไว้ว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

สรุปได้ว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น อย่างมีแบบแผน มีขั้นตอน และต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพ มีการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ในการค้นหาปัญหาและหาสาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และการตรวจสอบแล้วนำมาแก้ไขใหม่ มีการวางแผนใหม่ ให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพของสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยไม่หยุดยั้ง จนกว่าจะได้สิ่งที่ดีที่สุด ตามความคาดหวังหรือมากกว่าที่คาดหวังไว้ของ

ลูกค้าหรือผู้รับบริการ ด้วยระดับต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย

เครื่องมือสำหรับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นหลักการหนึ่งที่น่ามาแก้ปัญหาในการทำงานให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยเน้นการพัฒนาคนให้มีความตระหนักในด้านคุณภาพแล้วมีการนำเครื่องมือมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพเพื่อช่วยให้เกิดความง่าย สะดวก รวดเร็วและมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งเครื่องมือนำมาใช้ ได้แก่

1. ผังงาน/แผนภูมิการไหลของงาน (flowchart) คือการใช้สัญลักษณ์มาตรฐานเพื่อสร้างภาพแสดงการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ จากสิ่งนำเข้า ไปสู่ผลลัพธ์ ตามลำดับ เหตุการณ์ ขั้นตอน กิจกรรมหรืองาน รูปแบบของผังงานที่ใช้เป็นประจำได้แก่ ผังงานสรุปกระบวนการหลัก ผังแสดงกระบวนการ โดยละเอียดใช้เพื่อบรรยายระบบที่ต้องการศึกษา หาข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหรือออกแบบใหม่ให้กระบวนการง่ายขึ้นและอธิบายกระบวนการที่เป็นมาตรฐานใหม่ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ คุณค่าของการทำผังงานอยู่ที่ความสามารถในการบรรยายการเคลื่อนที่ของทรัพยากรนำไปสู่ผลลัพธ์ ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในระบบที่ศึกษาควรมีส่วนร่วมในการจัดทำและพยายามทำความเข้าใจกับผังงานที่ทำขึ้น(อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543)

2. ผังงานสรุปกระบวนการหลัก (flow chart: top-down) คือภาพแสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะแบ่งออกเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนย่อย ไม่ได้แสดงรายละเอียดในกระบวนการทุกขั้นตอน ไม่ได้แสดงความซับซ้อน หรือขั้นตอนที่เปล่าประโยชน์ มีประโยชน์สำหรับกระบวนการในองค์กรขนาดใหญ่เนื่องจากสามารถทำได้เร็วและง่าย มีสัญลักษณ์เพียง 2 อย่าง คือกล่องสี่เหลี่ยมและลูกศร ใช้เมื่อ ทีมไม่ต้องการรายละเอียดของกระบวนการมากนัก และไม่จำเป็นต้องแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับงาน เหมาะสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาในช่วงต้นๆ ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดเวลาไม่ต้องลงรายละเอียดมากเกินไป (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543)

3. แผนภาพก้างปลา (fishbone diagram) คือภาพแสดงความสัมพันธ์ของผลหรือปัญหา โดยเขียนไว้ที่หัวปลา ใช้จัดระเบียบของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และกระตุ้นให้เกิดการสืบสวนสาเหตุที่เป็นต้นเหตุของปัญหา โดยเขียนไว้ที่ก้างปลา ใช้เมื่อต้องการค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้ของปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหาและเพื่อรวบรวมความคิดจากมุมมองที่หลากหลายเข้าด้วยกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

4. ตารางลงคะแนนตามเกณฑ์ถ่วงน้ำหนัก (criteria rating/prioritization matrix) คือ เครื่องมือสำหรับทีมที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือก โดยมีเกณฑ์ที่ชัดเจน และดีแฟ่ววิธีคิดของสมาชิกแต่ละคนออกอย่างเปิดเผย ทำให้สามารถรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มด้วยวิธีการทางคณิตศาสตร์ได้ โดยที่สมาชิกแต่ละคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ใช้เมื่อ 1) ทีมจำเป็นต้องเลือกทางเลือกจากบัญชีทางเลือกที่มีอยู่ และเหตุผลในการตัดสินใจเลือกนั้นมีความสำคัญ 2) ต้องการมั่นใจทีมตัดสินใจอย่างมีวัตถุประสงค์ 3) ต้องการให้สมาชิกของทีมสนับสนุนผลของการตัดสินใจนั้นและสื่อสารเหตุผลของการตัดสินใจให้ผู้อื่นทราบ (อนุวัฒน์ สุภชุติกุล, 2543)

5. กราฟ (graphs) คือ แผนภาพที่แสดงถึงตัวเลขผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งสามารถทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ โดยการพิจารณาด้วยตาเปล่า ส่วนกราฟมิใช่ตัวเลขแสดงผลของข้อมูล แต่เป็นเครื่องมือที่แสดงตัวแบบความแปรผันของข้อมูล เพื่อศึกษาถึงสาเหตุความผันแปรที่ผิดปกติ กราฟที่นิยมใช้กันแพร่หลาย และเป็นที่คุ้นเคยกันดี คือกราฟเส้น กราฟแท่ง กราฟวงกลม และกราฟเรดาร์ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

6. ตาราง เป็นปัญหา/ไม่เป็นปัญหา (is/is-not matrix) เป็นตารางสำหรับการจัดกลุ่มข้อมูลซึ่งจะนำไปสู่การตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา โดยดูว่า ปัญหานั้นมีลักษณะกระจายอย่างไร เกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร กับใคร และไม่เกิดที่ไหน เมื่อไร กับใคร ใช้ทุกครั้งเมื่อจะแก้ปัญหาหรือทำโครงการพัฒนาคุณภาพ โดยวิเคราะห์ช่วงแรกๆ ของการทำงานก่อนเก็บข้อมูล (อนุวัฒน์ สุภชุติกุล, 2543)

7. ตารางวิเคราะห์ทางเลือก (proposed option matrix) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ทีมนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาคุณภาพ สาเหตุรากเหง้า และทางเลือกที่เสนอ ช่วยให้ทีมค้นหาว่าควรพิจารณาทางเลือกอะไร และช่วยประเมินว่าควรนำทางเลือกใดไปปฏิบัติ ซึ่งลักษณะของตารางจะคล้ายกับ ตารางลงคะแนนตามเกณฑ์ถ่วงน้ำหนัก แต่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของทางเลือก ปัญหา และสาเหตุของปัญหามากกว่า ในขณะที่ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาเพียงประสิทธิผลของทางเลือก และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ใช้เมื่อทีมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและทางเลือกที่จะแก้ไขสาเหตุเหล่านั้นแล้ว เป็นการวิเคราะห์ก่อนที่จะนำไปทำแผนปฏิบัติการโดยละเอียด

สรุป ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส ทีดีซีเอ ตามแนวคิดของเดมมิง มีการใช้เครื่องมือคุณภาพหลากหลายชนิด โดยในการศึกษาคครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ผังงาน/แผนภูมิการไหลของงาน เพื่อบรรยายระบบงานที่ต้องการศึกษา ใช้แผนภาพก้างปลา ในการสืบค้นหาสาเหตุของปัญหา ใช้ตารางลงคะแนนตามเกณฑ์ถ่วงน้ำหนักและตารางวิเคราะห์ทางเลือก

ในการเลือกทางเลือกที่จะนำมาพัฒนาคุณภาพ ใช้กราฟและตารางที่เป็นปัญหา/ไม่เป็นปัญหาในการวิเคราะห์ผลการศึกษาคคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพภายในองค์กร ยิ่งขึ้นดังนั้นหลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องจึงต้องนำมาพิจารณาเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีนักวิชาการได้ให้หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไว้ต่างหาก ดังนี้

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล และคณะ (2544) ได้กล่าวถึงหลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไว้ดังนี้ 1) มีการตั้งเป้า หมายถึง การระบุเป้าหมายให้ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมและรับทราบทั่วกัน กำหนดความมุ่งมั่นแห่งความสำเร็จและกระตุ้นให้ทุกคนร่วมมือร่วมทั้งมีการมุ่งเน้นในส่วนย่อยของระบบให้เหมาะสม เพื่อบรรลุสู่เป้าหมายใหญ่ 2) การทำงานเป็นทีม โดย สมาชิกทีมต้องร่วมแรง ร่วมใจ ระดมสมอง ในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง จึงจะบรรลุตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้ 3) การเฝ้าดู มีการกำหนดเครื่องชี้วัดในทุกชั้นตอนของกระบวนการพัฒนา และใช้ประเมินอย่างคร่าวๆ ทุกชั้นตอน โดยการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงนั้น นำไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้นหรือไม่ 5) วางแผนและทดสอบการเปลี่ยนแปลง เลือกแนวทางปฏิบัติ ที่เป็นไปได้ง่ายและเกิดผลลัพธ์สูง โดยการวางแผนปฏิบัติงานกับผู้ที่เต็มใจ ไม่ทำซ้ำของคนอื่น โดยที่ไม่ได้คิดแปลง อย่าให้อุปสรรคทางเทคนิคมาขัดขวางการปฏิบัติงาน 6) กำหนดแนวทางปฏิบัติ (guideline) เป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นของผู้นำ โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค 2) วัฒนธรรมองค์กร ที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ จะต้องมึแบบแผนในการควบคุมและพัฒนาคุณภาพที่บุคลากรในองค์กรยึดเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติงานต่อๆ กันมา 3) การทำงานเป็นทีม การทำงานเป็นทีมจะประสบผลสำเร็จได้ผู้บริหารจะต้องสร้างค่านิยมในการทำงานเป็นทีม 4) การให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพ จะทำให้เกิดความรู้สึกตนเองมีความสำคัญต่อองค์กร และภาคภูมิใจในควมมีคุณค่าของตนเองมีแรงจูงใจในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย 5) การสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ปฏิบัติ ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่ได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา ทำให้มีแรงจูงใจการปฏิบัติงาน 6) มีการพัฒนาปรับปรุง

คุณภาพอยู่เสมอ จนกว่าจะบรรลุตามเป้าหมาย 7) เน้นลูกค้าเป็นหลัก ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการเป็นบุคคลสำคัญที่มีต่อความอยู่รอดขององค์กร

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (2553) ได้กล่าวถึงหลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ว่าเป็นปรัชญาการบริหารร่วมกับหลักการทางสถิติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะต้องมีความเข้าใจในแนวคิดในเรื่องต่อไปนี้ คือ

1. การบริหารการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีหลายวิธีแตกต่างกัน วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การออกคำสั่งให้ปฏิบัติตาม แต่วิธีนี้อาจพบกับการต่อต้านจากกลุ่มสมาชิกที่ไม่เห็นด้วย และที่ไม่เข้าใจ ทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่ราบรื่น ซึ่งวิธีที่จะช่วยให้การปรับปรุงคุณภาพมีความราบรื่นได้ มี 3 วิธี ดังนี้ 1) การใช้วิธีจูงใจ คือการจูงใจให้ทีมยอมรับการปรับปรุงคุณภาพในครั้งนี้ โดยชี้ให้เห็นสภาพของการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าเดิม เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง โดยผู้บริหารต้องมีข้อมูลที่พร้อมสมบูรณ์เชื่อถือได้ ในการนำไปชี้แจง 2) การให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง คือการมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการตามขั้นตอน การมีส่วนร่วมสามารถลดแรงต่อต้านการเปลี่ยนแปลงได้ 3) การใช้อำนาจ คือการอิงกับบุคคลผู้มีอำนาจ ซึ่งเป็นที่ยอมรับส่วนหนึ่งในทางการปฏิบัติงาน และการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องพิจารณาใน 2 ประเด็นนี้ด้วย คือ เนื้อหาของการเปลี่ยนแปลง และกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง (Osland,&Rubin, 1995)

2. การคิดเชิงระบบ การมององค์กรว่าเป็นระบบที่ซับซ้อน มีระบบย่อยหลายๆ ระบบรวมกันเป็นระบบใหญ่ การมององค์กรอย่างเป็นระบบจะช่วยให้เห็นภาพกว้าง ช่วยให้ได้ข้อมูลอย่างทั่วถึงเป็นผลในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและถูกต้อง โดยผู้นำที่มีแนวคิดเชิงระบบจะแก้ปัญหขององค์กรที่เป็นปัญหาหลัก ได้อย่างตรงประเด็นและชัดเจน โดยการกำหนด ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กรให้ชัดเจน

3. การทำทีมประสิทธิภาพ หมายถึง การที่คนทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้สำเร็จร่วมกันอย่างชัดเจน ปัจจุบันกระบวนการทำงานเป็นทีมเชิงบูรณาการ การทำงานเป็นทีมให้มีประสิทธิภาพ จะต้องอาศัยอาศัยกระบวนการกลุ่มหลายๆกลุ่มมาผสมผสาน ไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่เหมาะสมที่สุด ผู้นำต้องรู้จักการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยต้องคำนึงถึงเนื้อหาที่ดำเนินการและกระบวนการที่จะผลักดันให้การดำเนินการนั้นเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

4) การใช้เครื่องมือและวิธีการทางสถิติเพื่อการควบคุม และการใช้วงล้อเดมมิง (statistical process control tool & PDCA cycle) การใช้เครื่องมือและวิธีการทางสถิติในการควบคุมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับกระบวนการและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเครื่องมือและวิธีการทางสถิติที่นิยมใช้ในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่าง

ต่อเนื่อง ประกอบด้วย แผนภูมิ (flowchart) แผนผังก้างปลา (fish-bone diagram หรือ cause and effect diagram) แผนผังควบคุม (control chart) และสำหรับเครื่องมือหรือกลไกในการใช้บริหาร เพื่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้เสนอหลักการบริหารคุณภาพ โดยใช้ วงล้อ PDCA cycle (Deming, 1982) ซึ่งประกอบด้วย 1) การวางแผน (plan) แผนจะกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการ แก้ปัญหาหรือปรับปรุงคุณภาพ ต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากสมาชิกทุกคน โดยมีขั้นตอนการ วางแผนดังนี้ การกำหนดปัญหาที่ต้องการปรับปรุง การเก็บรวบรวมข้อมูลสาเหตุของปัญหา แล้วมี การอธิบายปัญหากำหนดทางเลือก และวิเคราะห์ปัญหา หลังจากนั้นเลือกวิธีการแก้ปัญหาหรือ ปรับปรุงการดำเนินงาน 2) การปฏิบัติตามแผน (do) เป็นการนำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผน ปฏิบัติ โดยมีการกำกับและติดตาม 3) การตรวจสอบและการประเมิน (check) เป็นการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล กำหนดแนวทางการประเมินและจัดทำเครื่องมือในการประเมิน มีการ จัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมายของข้อมูล รวมทั้งมีการตรวจสอบ/ปรับปรุง คุณภาพการประเมิน

สรุป ได้ว่าหลักในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่นักวิชาการหลายได้กล่าวมาแล้ว นั้น แสดงให้เห็นว่า ผู้นำ จะต้องมีความสามารถสูงและมุ่งมั่นในการพัฒนา ใช้กระบวนการคิดเชิง ระบบมาทำการวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงาน โดยมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ มีการ วางแผนการใช้กระบวนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนในองค์กรบรรลุตามเป้าหมาย โดยเน้นการทำงานเป็นทีม เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน สร้างแรงจูงใจในการ ทำงานและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจและมุ่งมั่น สร้างวัฒนธรรมองค์กรเป็น แบบแผนให้ทุกคนปฏิบัติ กำหนดเป้าหมาย เครื่องชี้วัดหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จให้ชัดเจน กำหนดกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาอย่างชัดเจน มีการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และสามารถปรับเปลี่ยนได้เมื่อเกิดปัญหา อุปสรรค ดำเนินการตามกระบวนการที่นำมาใช้ อย่าง เกร่งกรี้ด แล้วรวบรวมผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ กรณีที่เป็นไปตามเป้าหมาย กำหนดให้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติ กรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายนำไปดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องต่อไป ใน การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวทางการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า FOCUS-PDCA ตาม แนวคิดของเดมมิง ซึ่งเป็นนิยมใช้ในองค์กรสุขภาพ โดยมีหลักการคล้ายคลึงกับการปรับปรุง คุณภาพอย่างต่อเนื่อง



การพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS- PDCA)

ปัจจุบันมีรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพอยู่หลายรูปแบบที่นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แต่ที่นิยมนำมาใช้ในองค์กรสุขภาพ คือ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจร FOCUS-PDCA ซึ่งเป็นแนวคิดโดยแพทย์ที่มีชื่อเสียง 3 ท่าน ได้ประยุกต์ใช้วงจรเดมมิง ของ Dr. W Edwards Deming ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายทั้งในวงการอุตสาหกรรมและด้านบริการสุขภาพ วงจร FOCUS-PDCA เป็นวิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อนและเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในองค์กรสุขภาพ อีกทั้งกระบวนการของเดมมิงก็มักจะใช้ประโยชน์ได้โดยเฉพาะในการบริการสุขภาพ เพราะองค์กรสุขภาพมีความพร้อมในเรื่องของความรู้และมีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งตรงตามที่ปรัชญาเดมมิงได้กล่าวไว้ (McLaughlin,1999) FOCUS-PDCA ซึ่งจะขอกล่าวรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Find a process to improve) ในการค้นหากระบวนการเพื่อทำการปรับปรุงนี้ ควรหากระบวนการที่เกิดจากผลกระทบของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เล็กและไม่ซับซ้อน การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงอาจค้นหาโดยการทบทวนการทำงานในแต่ละไตรมาส มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน รายงานอุบัติการณ์และอุบัติเหตุ การดำเนินงานหรือข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ข้อเสนอแนะจากบุคลากรหรือผู้เยี่ยมชมสำรวจและแบบสอบถามความคิดเห็นจากบุคคลที่ 3 หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการให้บริการ กระบวนการที่เลือกควรเป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความต้องการในการพัฒนา และมีผลลัพธ์ที่ดี

2. สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (Organize team that knows the process) โดยกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมงาน ไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

2.1 ผู้นำทีม มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ 1) กำหนดตารางการประชุม 2) อำนวยความสะดวกแก่สมาชิกทีม (ตามบทบาทสมาชิกทีม) 3) ทำหน้าที่สื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมและการจัดการต่างๆ 4) กำหนดการนัดหมายเวลาประชุม 5) เป็นผู้นำทีมในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ เช่น การระดมสมอง การสร้างข้อตกลงร่วมกัน เป็นต้น

2.2 ผู้ประสานงาน มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ 1) ช่วยเหลือสมาชิกทีมให้เข้าใจเกี่ยวกับการวัดผล การใช้สถิติ 2) ช่วยเหลือและอบรมสมาชิกทีมในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ 3) ช่วยเหลือผู้นำทีมแก้ปัญหาพร้อมกับสมาชิกทีม 4) ช่วยเหลือทีมงานสรุปผลงานที่ได้รับการพัฒนา

2.3 เลขานุการ มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ 1) ควบคุมเวลาการประชุม 2) รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

2.4 ผู้ควบคุมเวลาคือสมาชิกทีมที่ได้รับมอบหมายจากทีมให้ทำหน้าที่กำหนดเวลาการปฏิบัติงาน เพื่อให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามเวลาส่งผลให้การดำเนินงานเสร็จสิ้นตามระยะเวลาที่กำหนด

2.5 สมาชิกทีม มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ 1) เข้าร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอ 2) ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ 3) รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย

เมื่อกำหนดบทบาทดังกล่าวแล้ว ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลมาทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องพัฒนาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนา

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (Clarify current knowledge of the process) การทำความเข้าใจลักษณะของระบบหรือกระบวนการทำงานในปัจจุบัน โดยใช้วงจร PDCA เพื่อจัดทำแผนภูมิกระบวนการทำงาน อาจเขียนเป็นขั้นตอนการทำงานอย่างง่าย หรือ Flowchart ซึ่งเป็นวิธีการเขียนที่ใช้ทั่วไป ไม่ต้องใช้เวลามากช่วยให้เห็นภาพรวมของกระบวนการทำงานได้ทั้งหมด ค้นหากระบวนการที่ง่ายต่อการปรับปรุง และค้นหาวิธีการที่เป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด ซึ่งในการจัดทำ Flowchart ของการทำงานควรตั้งเป้าหมายของการพัฒนาให้ชัดเจน ประยุกต์ใช้ความรู้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่เหมาะสมมีความเป็นไปได้ในการพัฒนา มีการบริหารจัดการที่ดี เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องมีผลลัพธ์ที่ดีต้นทุนต่ำ

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (Understand causes of process variation) ทีมทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการที่ทำให้กระบวนการด้อยคุณภาพ โดยใช้วงจร PDCA เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้กระบวนการไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ซึ่งในการวิเคราะห์สาเหตุของความด้อยคุณภาพควรวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าเป็นสำคัญ โดยทำความเข้าใจในกระบวนการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ในการวิเคราะห์หาปัญหาอาจใช้แผนภูมิ Pareto ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้แสดงให้เห็นว่าสาเหตุแต่ละข้อมีความสำคัญไม่เท่ากัน ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอาจใช้แผนภูมิแสดงเหตุและผลหรือแผนภูมิก้างปลา (cause-and-effect diagram) หรือ “fishbone diagram” การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้ cause-and-effect diagram จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เจาะลึกถึงสาเหตุรากเหง้าของปัญหาได้ง่ายและเป็นระบบ ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้ cause-and-effect diagram ทีมจะต้องมี flowchart ของกระบวนการทำงานเรียบร้อยแล้ว และเครื่องมือที่สำคัญคือการระดมสมองและจัดระบบความคิด (brainstorming) ซึ่งใช้เกือบทุกขั้นตอนของ FOCUS-PDCA cycle ในการค้นหาสาเหตุที่ดีคือการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดเปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมร่วมกันระดมสมองค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้ และจัดระบบความคิดเพื่อใช้ตรวจสอบและเพิ่มเติม

ให้สมบูรณ์ ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอาจใช้ multivoting ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุของปัญหาหรืออาจใช้ pareto diagram

5. เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ (Select the process improvement) ในการวิเคราะห์ทางเลือกเพื่อนำสาเหตุที่วิเคราะห์ได้มากำหนดทางเลือกในการปรับปรุงที่เหมาะสมที่สุด ในการเลือกกระบวนการในการปรับปรุงอาจใช้ brainstorming, multivoting และpareto analysis ก็ได้ และที่สำคัญจะต้องเป็นปัญหาที่เข้าใจกันทั้งหมด และเป็นข้อมูลที่ดี และกระบวนการที่เลือกเป็นรากเหง้าปัญหาที่แท้จริง และสามารถปรับปรุงได้ในทางปฏิบัติ และมีความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จสูง

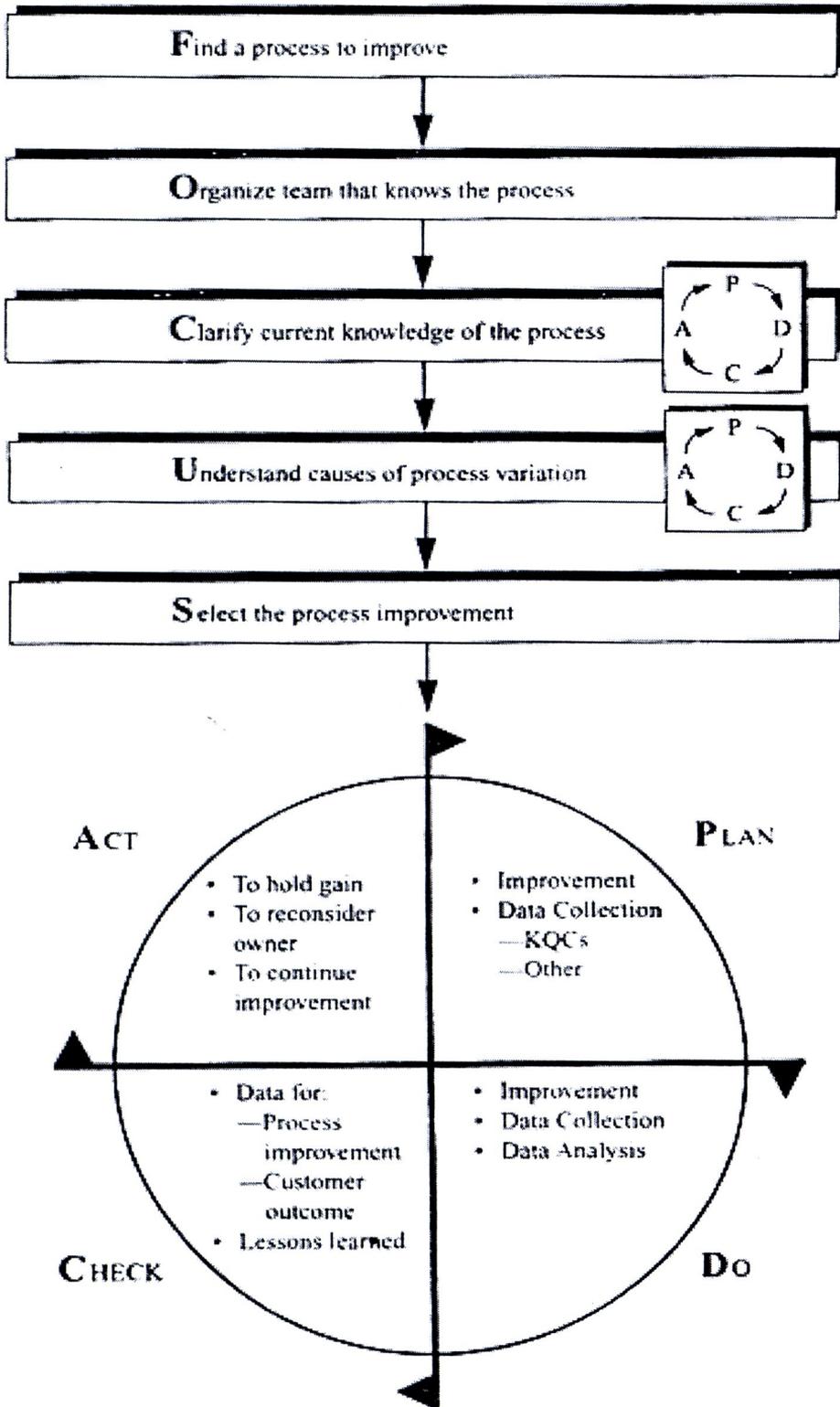
6. วางแผนการปรับปรุง (Plan the improvement) การวางแผนดำเนินการปรับปรุง โดยทีมร่วมกันวางแผนพัฒนา กำหนดขอบเขตของการพัฒนา โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ เลือกข้อมูลวิธีการ สถานที่ ระยะเวลา ในการปรับปรุง ซึ่งในขั้นตอนนี้มีความสำคัญมาก ทีมพัฒนาจะต้องมีความเข้าใจกระบวนการปรับปรุงเป็นอย่างดี ในการวางแผนการปรับปรุงควรคำนึงถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสมาชิกทีม ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง วิธีการจัดการสิ่งที่ไม่คาดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีติดตามการเปลี่ยนแปลง

7. นำไปปฏิบัติ (Do the data collection, analysis, and improvement effort) การดำเนินการปรับปรุงตามแผนการที่กำหนดไว้ เป็นการลงมือปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน วิธีการ และขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ สมาชิกในกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญ และความจำเป็นของแผนที่ตั้งไว้ รู้เหตุผลของการปรับปรุงเป็นอย่างดี มีการติดตามให้คำปรึกษาทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงกระบวนการและการเก็บรวบรวมข้อมูลผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานขั้นต่อไป

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ (Check the result) การตรวจสอบผลการปรับปรุงโดยตรวจสอบผลการปฏิบัติงานว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่ มีปัญหาในการดำเนินงานที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน การปฏิบัติงานตามแผนผลเป็นไปได้ 2 ทาง คือผลการปรับปรุงเป็นไปตามที่คาดหวังซึ่งการปรับปรุงที่เป็นไปตามที่คาดหวังเกี่ยวกับความต้องการของลูกค้า และความคาดหวังของทีมและเป็นวิธีการที่ทำให้การทำงานได้ดีกว่าเดิม หากตรวจสอบแล้วผลการปรับปรุงไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทีมกลับมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาต่อไป

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act to hold the gain and continue improvement) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กรณีที่ผลเกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ให้นำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาใช้ให้เป็นมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติต่อไป

หากผลเกิดขึ้นเป็นไม่ไปตามแผนวิเคราะห์หาปัญหาโดยทบทวน flowchart นโยบายกระบวนการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง ความสมบูรณ์ของข้อมูลตลอดจนบทเรียนที่ได้จากการพัฒนา และเข้าวงล้อพัฒนาคุณภาพของ PDCA ต่อไป



แผนภาพที่ 2-1 แสดงกระบวนการพัฒนา FOCUS-PDCA (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการพัฒนามีหลากหลาย ซึ่งพบได้ทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาซึ่งไม่ใช่การบันทึกทางการพยาบาลโดยตรง แต่เห็นภาพการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปใช้ในงานวิจัยอื่นๆ ได้แก่

งานวิจัยภายในประเทศไทยที่ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น

ศรัณญา นิमितกุล (2543) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของกลุ่มควบคุมคุณภาพต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตรัง ได้นำวงจร PDCA เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน พบว่า มีการเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ของพยาบาลที่เข้ารับการอบรมความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อดีกว่า ก่อนการอบรม และยังทำให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยทุกคนตระหนักถึงความสำคัญ ของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

อรุณี มรกตพิทยารักษ์ (2550) ได้ศึกษา เรื่อง การสร้างแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดของเดมมิง คือวงจร PDCA เพื่อสร้างแบบประเมินสมรรถนะ 3 แบบ ได้แก่แบบทดสอบความรู้ แบบสังเกตพฤติกรรมและแบบวัดสมรรถนะระดับสเกล ผลการศึกษา ได้แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 เรื่อง ตามแบบทดสอบทั้ง 3 แบบ และมีข้อเสนอแนะให้สามารถนำแบบประเมินการพยาบาลเฉพาะทางไปใช้ในการประเมินสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทาง ใช้ในการปฐมนิเทศหรือประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี และผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการนิเทศ ติดตามผลงานและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบุคลากรต่อไป

บุรินทร์ทิพย์ ชัยสวัสดิ์ (2550) ได้ศึกษาปรับปรุงกระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก โดยใช้กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของกระบวนการก่อนตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่จุดก่อนตรวจวิเคราะห์ โดยใช้กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 9 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Total Quality Transformation การสร้างทีมพัฒนาคุณภาพมาระดมสมองในการวิเคราะห์ระบบงาน เพื่อค้นหากระบวนการและสาเหตุที่เป็นปัญหา มากำหนดทางเลือกในการปรับปรุงแล้วเลือกวิธีการมาวางแผนในการปรับปรุงคุณภาพ ดำเนินการปรับปรุง

คุณภาพตามแผน แล้วศึกษาผลการปฏิบัติ กรณีที่เป็นไปตามเป้าหมายนำมาเขียนเป็นมาตรฐานกรณีไม่เป็นไปตามแผนนำมาดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการปรับปรุงจำนวน 2 รอบกิจกรรม พบว่า การปรับปรุงก่อนตรวจวิเคราะห์ ครั้งที่ 1 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคือขั้นตอนการพิมพ์สติกเกอร์ โดยมีรายละเอียดของสิ่งส่งตรวจอย่างชัดเจน ทั้งชนิดหรือประเภท และจำนวนที่ใช้ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ และหลังการปรับปรุงครั้งที่ 2 มีการเพิ่มขึ้นขั้นตอนในการตรวจสอบความถูกต้องหลังจากส่งรายการตรวจเข้าคอมพิวเตอร์ และผลการตรวจสอบคุณภาพของกระบวนการก่อนตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ก่อนปรับปรุง จำนวนครั้งของการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ได้มาตรฐาน มีจำนวน 236 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 10 หลังการปรับปรุง ครั้งที่ 1 จำนวนครั้งของการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่ได้มาตรฐาน มีจำนวน 179 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 8.14 และหลังการปรับปรุงครั้งที่ 2 จำนวนครั้งของการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ได้มาตรฐาน มีจำนวน 108 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 4.19 ซึ่งพบว่า จำนวนครั้งของการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ได้มาตรฐานก่อนปรับปรุงครั้งที่ 1 และหลังการปรับปรุงครั้งที่ 2 ลดลงตามลำดับ

จารุวรรณ ฤทธิธรรม (2552) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพโรงพยาบาลนิคมน้ำอูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดของเดมมิ่งคือวงจร PDCA พบว่า แบบประเมินภาวะสุขภาพที่พัฒนาโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นแบบรายการให้เลือก และเติมข้อความ ในช่องที่กำหนด และคุณภาพของแบบประเมินในระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งคะแนน ด้านโครงสร้างของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ในการเอื้ออำนวยความสะดวก อยู่ในระดับสูง ด้านความง่ายของการบันทึก ในระยะที่ 2 อยู่ในระดับสูง พยาบาลทุกคนใช้เวลาน้อยในการบันทึก และทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น

งานวิจัยในต่างประเทศ

โจเลน อาร์ ดรอกาเลส และมารีออน เค สแลค (JoLaine R. Draugalis and Marion K. Slack, 1999) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาหลักสูตรการปฏิรูปการสอนวิชาวิธีปฏิบัติของการวิจัยเภสัชศาสตร์ให้สอดคล้องของวิชาเฉพาะและวิชาอื่นๆ โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า FOCUS - PDCA สำหรับนักศึกษาใหม่ ซึ่งไม่มีวิชาบังคับก่อนหน้า เพื่อให้ นักศึกษาได้เป็นผู้เป็นผู้ที่เรียนด้วยตนเอง ลดการเรียนในชั้น ซึ่งนักศึกษาเป็นเพียงผู้ฟังเท่านั้น เพิ่ม การปฏิบัติการและการอภิปรายให้มากขึ้นและมีการใช้อินเตอร์เน็ตในการสั่งงานและเสนองาน ผล

ของการศึกษานักศึกษาชอบรูปแบบการเรียนการสอนแบบที่พัฒนาขึ้นและในรายวิชานี้จะเพิ่มแบบฝึกหัด การอภิปรายผลและข้อมูลต่างๆ ในเว็บเพจ

แซนด์ กราเซีย โจนส์และเฟย์ ฮอลโลแมน (Sande Gracia Jones, Faye Holloman, 2000) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า FOCUS-PDCA ในการลดโอกาสที่ทำให้คือยา, การจัดอาหารที่สอดคล้องกับการบริหารจัดการจัดชุดยาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลในรัฐฟลอริดา ให้เหมาะสมมากขึ้น เพื่อลดการจัดชุดยาที่ผิดหรือไม่สมบูรณ์ ผลของการศึกษาพบว่า ควรมีการทำบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับชุดยาที่ไม่ต้องจัดกับอาหารที่เหมาะสมเป็นพิเศษเพื่อประสิทธิผลของยา การตระหนักรู้ในความสำคัญของการให้ยาของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล พบว่ายังต้องมีการศึกษาในการบริหารจัดการยาเพิ่มเติม และพบว่าผู้ป่วยเอดส์มีความยินดีกับผลของการศึกษารั้งนี้มาก

ผลจากการวิจัยที่มีการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้พบมากทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งในประเทศไทยได้นำกระบวนการมีทั้งการใช้เฉพาะวงจร PDCA และวงจร FOCUS-PDCA หรือกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 9 ขั้นตอน ซึ่งทั้ง 2 แบบมีความคล้ายคลึงกัน โดยนำมาใช้ในการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การสร้างแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพ และกระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก ส่วนในต่างประเทศ ได้นำมาใช้ในการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนของนักศึกษาวิชาเภสัชกรรม กระบวนการ บริหารจัดการอาหารและยาให้เหมาะ สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้ยาออกฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการคือยา ซึ่งพบว่าได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ สำหรับการพัฒนากระบวนการบันทึกทางการแพทย์ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยในครั้งนี้ยังไม่พบว่า มีผู้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

งานวิจัยภายในประเทศ

สายสมร พลเชื้อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ และวนิดา หาญคนากุล (2542) ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี พบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นรายด้านและโดยรวมดีกว่า การบันทึกตามรูปแบบเดิม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นรายด้านและโดยรวมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคู่มือการบันทึกซึ่งได้อธิบายการใช้แบบฟอร์มต่างๆ ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการเขียนมากขึ้น

จิตรศิริ ชันเงิน (2542) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลวัดทางตรงและทางอ้อม คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเขียนทางการแพทย์พยาบาลวัดทางตรงและทางอ้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลวัดทางตรงและทางอ้อมต่อทศนคติการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลวัดทางอ้อม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ ได้ร้อยละ 23.71 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกมากที่สุดหรือน้อยคือ ภาระงาน ความจำกัดของเวลา ความรู้ความสามารถในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ และปัจจัยอื่นที่สนับสนุน เช่น การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญในการเขียนบันทึก บรรยากาศในการทำงานที่ดี ทำให้สามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ตามที่ตั้งใจไว้ได้

วัชรวิภรณ์ รัตสาร (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการศึกษาได้ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการทดลอง 2) การดำเนินการทดลอง 3) การประเมินผลซึ่งประเมินจากคุณภาพการบันทึกและความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ในพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 11 คน พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 84.4 เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของกระบวนการบันทึก การบันทึกข้อมูลทั่วไป การบันทึกการประเมินอาการ การบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ และการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล อยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.6, 82.6, 84.4, และ 89.8 ตามลำดับ การบันทึกการประเมินผลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.2 การบันทึกการรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับ และการบันทึกสรุปการจำ หน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 76.9 และ 79.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้านความถูกต้อง ความชัดเจน และความต่อเนื่องอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.5, 88.8 และ 86 ตามลำดับ ส่วนความครบถ้วนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 75.8 ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโครงสร้างของแบบบันทึกมีความเหมาะสมในเรื่องความครบถ้วนของเนื้อหา การจัดเรียงเนื้อหาตามลำดับก่อน-หลัง ร้อยละ 100 เท่ากัน ขนาดของแบบบันทึกเหมาะสมและเนื้อหาว่างไว้ให้บันทึกเหมาะสม ร้อยละ 81.8 เท่ากัน ส่วนขนาด

ตัวอักษรมีความเห็นว่าเหมาะสมร้อยละ 45.5 ไม่เหมาะสมร้อยละ 54.5 และพบว่า ความครบถ้วนของเนื้อหา และการจัดเรียงเนื้อหาตามลำดับก่อน-หลังทำ ให้ง่ายต่อการบันทึกร้อยละ 90.9 และ 100 ตามลำดับ สิ่งที่ทำให้สะดวกต่อการบันทึกคือ คู่มือการบันทึก ร้อยละ 90.9 และมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนสนับสนุนการบันทึกเช่น อัตราค่าจ้างที่เพียงพอ ระบบงาน และประสิทธิภาพของบุคลากร

สงวน นุตาดี (2545) ได้ศึกษาเพื่อทำการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการระดมสมอง ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด จำนวน 7 คน พบว่า แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการที่พัฒนาขึ้น ทำให้พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพิ่มความมั่นใจ และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด โดยระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อรายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในเรื่องความสะดวก ความเหมาะสม การสื่อสารในทีม และการแก้ปัญหาผู้ป่วยตามความต้องการอยู่ในระดับ ดี ส่วนระดับความคิดเห็นในเรื่องโครงสร้าง พบว่าเนื้อหา ความต่อเนื่องของปัญหาและการดูแลแบบบันทึกมีข้อรายการให้เลือกและช่องให้เพิ่มข้อความตามความต้องการ และสามารถบันทึกปัญหาผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

นันทนา สุวรรณมาโจ (2545) ได้ศึกษาการสร้างมาตรฐานบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัย และจัดทำเป็น โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้กับกลุ่มที่จะร่วมกันสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการศึกษาได้มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 3 มาตรฐาน คือ การบันทึกคาร์เด็กซ์ ประกอบด้วย 2 มาตรฐานย่อย มี 12 ข้อรายการ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย 5 มาตรฐานย่อย มี 35 ข้อรายการ และบันทึกการให้ยา ประกอบด้วย 1 มาตรฐานย่อย มี 9 ข้อรายการ เมื่อนำมาตรฐานไปใช้มีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการประชุมชี้แจงบุคลากรในหอผู้ป่วยใน เกี่ยวกับการใช้มาตรฐานบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ควรจัดทำตัวอย่างการบันทึกตามมาตรฐานการบันทึกลงในคู่มือการบันทึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานการบันทึก และใช้คู่มือการบันทึกที่จัดทำขึ้นประกอบการนิเทศด้วย ควรมีการสร้างมาตรฐานเพิ่มขึ้นทุกเรื่องของการบันทึก

อารี ชิวเกษมสุข, ธนิตา เขียรธำรงสุข (2549) ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลระหว่าง การใช้รูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้าง ร่วมกับแผนผังความคิดแบบเชิงบรรยาย ของนักศึกษา ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการคิดวิจารณ์แบบสอบถามการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และแบบบันทึกเวลาตามกระบวนการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มนักศึกษาใช้รูปแบบบันทึกที่มีโครงสร้างร่วมกับแผนผังความคิดมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและมีการรับรู้แบบบันทึกเชิงบวก มากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบบันทึกเชิงบรรยาย แต่การใช้เวลาในการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จัญญณี ภูวสันติ (2548) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและห้องคลอด การพัฒนาทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โดยใช้ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลประจำการเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุม และมีคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพดีกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญ ผลการศึกษา จะเห็นว่า แนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการระดมความคิดในครั้งนี้ สามารถเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น

ณภัทร ธนะพุดินาท (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โดยเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบบันทึกเดิมกับแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกเดิมกับแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น ผลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ในด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึกและด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล ส่วนด้านการใช้เวลาในการบันทึก พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะในการวิจัยควรมีการศึกษาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล รายบุคคล เพื่อพัฒนาบุคลากร และใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อไป

อารรณ์ ทองทิพย์ (2550) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ ประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกและคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาล ผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน ทำการสนทนากลุ่ม และสอบถาม ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึก ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ด้านความถูกต้อง ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความถูกต้องของการบันทึก พบว่า ได้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ในงานผู้ป่วยใน ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วัตถุประสงค์ของรูปแบบบันทึก นโยบายและการควบคุมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การประเมินสมรรถนะการบันทึกและการฝึกอบรม แนวทางการบันทึกและแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบบันทึกหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

พัชรินทร์ ชุนซัง (2550) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในกลุ่มพยาบาลผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การสร้างยุทธศาสตร์ 3) การทดลองใช้ยุทธศาสตร์ และ 4) การปรับปรุงและเผยแพร่ยุทธศาสตร์ ได้ค้นหาปัญหาจากงานวิจัยต่างๆ ตำรา เอกสาร และทำการระดมสมองผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล สร้างเครื่องมือ และนำไปทดลองใช้ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้บันทึกและผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า แบบบันทึกที่พัฒนาเป็นแบบมีโครงสร้าง มีข้อความรายการให้เลือกและเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด 26 ส่วน มีระยะเวลาของการบันทึกดำเนินไปตามกระบวนการพยาบาล แบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนา มีความเหมาะสมของรูปแบบ โครงสร้างและเนื้อหาของแบบบันทึกอยู่ในระดับดีมาก สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ คือคุณภาพซึ่งพิจารณาจาก ความถูกต้อง ความชัดเจน ความต่อเนื่องและความครบถ้วน อยู่ในระดับดี และประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับดีมาก

วิภาวดี วโรรส (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด และงานวิสัญญี จำนวน 61 คน โดยมีการศึกษา 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ศึกษาสภาพปัญหาจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่าย และรายงานของเวรตรวจการพยาบาล 2) ขั้นตอนดำเนินการ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการการ

ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย จัดกิจกรรมระดมสมอง ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสม 3) ชั้นประเมินผล โดยการวัดประเมินผลความรู้เกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ และกระบวนการพยาบาลทั้งก่อนและหลังการประชุม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์และกระบวนการพยาบาลของกลุ่มเป้าหมายหลังการประชุมอยู่ในระดับดีกว่าก่อนการประชุม คุณภาพก่อนและหลังการประชุม คะแนนคุณภาพอยู่ในระดับดีกว่าก่อนการประชุม รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่กลุ่มเป้าหมายเลือก คือรูปแบบชี้เฉพาะ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

เขาวเรศ คุณแก้ว (2551) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ บันทึกรับผู้ป่วยใหม่ บันทึกแผนการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง การบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ในตึกผู้ป่วยใน โดยการศึกษา มี 3 ขั้นตอนคือ 1) ชั้นเตรียมการ ทำการศึกษาสภาพปัญหาจากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ทบทวนผลการศึกษาวิจัยภายในหน่วยงาน ผลการตรวจประเมินคุณภาพจากผู้เยี่ยมชมสำรวจจากองค์การภายนอก 2) ชั้นดำเนินการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย จัดกิจกรรมระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและข้อเสนอแนะ ทางการบันทึกที่เหมาะสม 3) ชั้นประเมินผล โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการประชุม พบว่า การบันทึกทางการแพทย์มีการปรับปรุงแบบบันทึก ประกอบด้วย บันทึกประเมินผู้ป่วยรับใหม่ บันทึกปัญหาทางการแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลบันทึกประเมินผลทางการแพทย์ บันทึกจำหน่ายผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 18.90 อยู่ในระดับดี หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดับความรู้สูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ เฉลี่ยร้อยละ 27.27 คะแนน อยู่ในระดับดีมาก คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 80.62 ระดับคุณภาพ พอใช้ หลังการพัฒนา ร้อยละ 93.77 ระดับ ดี จากการศึกษาเห็นว่า แนวทางการพัฒนา โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วม ในการพัฒนา ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ ในการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพต่อไป

นัทธมน พันธุ์แก้ว (2553) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้คลอด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร โดยการดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การสร้างยุทธศาสตร์ 3) การทดลองใช้ยุทธศาสตร์ และ 4) การปรับปรุงและเผยแพร่ยุทธศาสตร์ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด ในการศึกษาได้ค้นหาปัญหาจากงานวิจัยต่างๆ ตำรา เอกสาร และทำการระดมสมองผู้บันทึกทางการแพทย์ สร้างเครื่องมือ และนำไปทดลองใช้ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้บันทึกและผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า

แบบบันทึกที่สร้างขึ้นเป็นแบบโครงสร้าง ทั้งหมด 5 แบบฟอร์ม โดยแบบฟอร์มที่ 1 มีข้อรายการให้เลือกและเติมข้อความในช่องที่กำหนด 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลท้ายกระดาษ การรวบรวมข้อมูลแรกรับการประเมินอาการแรกเริ่ม การดูแลผู้คลอดแรกเริ่ม ชื่อพยาบาลและตำแหน่งผู้บันทึกส่วนแบบฟอร์มที่ 2-5 แต่ละแบบฟอร์มมีข้อรายการให้เลือกและเติมข้อความในช่องที่กำหนด 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลท้ายกระดาษ การวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล ชื่อพยาบาลและตำแหน่งผู้บันทึก ซึ่งแต่ละแบบฟอร์มต้องบันทึกให้ครบทั้ง 5 ส่วน โดยระยะเวลาของการบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งรูปแบบบันทึกที่พัฒนามีความเหมาะสมของรูปแบบโครงสร้างและเนื้อหาของแบบบันทึกอยู่ในระดับมากที่สุด สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ คือ คุณภาพบันทึกอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งคุณภาพบันทึกนั้นพิจารณาจากความถูกต้อง ความชัดเจน ความต่อเนื่อง และครบถ้วน ส่วนประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับดีมากที่สุด

เกษราภรณ์ บรรณวงศศิลป์ (2553) ได้ศึกษาปัญหาแบบฟอร์มการบันทึกแบบเดิมไม่เอื้อต่อการบันทึก มีข้อมูลไม่ครบถ้วน บันทึกซ้ำซ้อน โดยเฉพาะขาดการบันทึกที่สอดคล้องตามเกณฑ์ของสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ซึ่งมีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล 3 รายการ คือแบบบันทึกผู้ป่วยรับใหม่ แบบบันทึกการดูแลต่อเนื่อง และแบบบันทึกการจำหน่าย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการศึกษา ค้นคว้าตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินสภาพการณ์เดิมและปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล 2) ขั้นดำเนินการปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับเกณฑ์ สปสข และสำนักการพยาบาล 3) ขั้นประเมินผลขั้นประเมินผล โดยสุ่มตรวจเพิ่มข้อมูลผู้ป่วย ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้ปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 3 รายการโดยคะแนนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยรวม ก่อนการพัฒนาร้อยละ 78.77 อยู่ในระดับพอใช้ เพิ่มเป็นร้อยละ 93.48 อยู่ในระดับดีมาก

อลิ เรซา โมฮาจเจด อากซ์ดาม และคณะ (Ali Reza Mohajjel Aghdam, et al., 2009) ได้ทำการศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน ในตึกศัลยกรรมของโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยแพทย์ ทาบรีซ ในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยนี้ โดยการใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลทำการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 4 รายการ ประกอบด้วย แบบบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการให้ยา แบบบันทึกผลสัญญาณชีพ และแบบบันทึกผล In take – output ผลการศึกษาพบว่า บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพร้อยละ 70.6 ระดับคุณภาพ ปานกลาง และร้อยละ 92.4 มีระดับคุณภาพดี นอกจากนี้พบว่าพยาบาลหญิงจะบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพดีกว่าพยาบาลชาย มีการบันทึกทางการพยาบาลดีกว่าบันทึกการให้ยา และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นที่ยอมรับ



ได้แต่อย่างไรก็ตามบันทึกทางการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประชาชนจึงจำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพต่อไป

โกยา ซารานโต้ และอัลลา-มารี คินนูเนน(Kaija Saranto & Ulla-Mari, 2010) ได้ประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลเคอะนอร์ท คาร์แลงก์ เซนทรัล ซึ่งเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลชั้นนำของฟินแลนด์ ด้วยวิธีทางสถิติและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Statistic Methods & Content Analyser) โดยพยาบาลได้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทางประสาท 67 คนและผู้ป่วยทางการผ่าตัด 422 คน ด้วยแบบประเมินผลแห่งชาติ ผลการประเมินพบว่าแบบประเมินผลแห่งชาตินี้เหมาะสมแต่ข้อมูลด้านบันทึกความก้าวหน้ายังไม่เพียงพอและการจัดหมวดหมู่ที่แตกต่างถูกใช้อย่างไม่ถูกต้องจึงจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมต่อไป

ผลจากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยส่วนใหญ่งานวิจัยในประเทศ จะพบว่ามีการใช้กระบวนการตามทฤษฎีระบบ โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ การดำเนินการ และการประเมินผล รวมทั้งการใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การสร้างยุทธศาสตร์ การทดลองใช้ยุทธศาสตร์ การปรับปรุงและเผยแพร่ยุทธศาสตร์ สำหรับงานวิจัยของต่างประเทศ ที่ได้ศึกษา ได้มีการใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และ การใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติมาใช้ในการพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เป็นเรื่องที่ทำหายและมีความเป็นไปได้สูงในการนำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ ในการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายอย่างสูง จึงได้ดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิง มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

สถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลดี

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลดี เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกเพศทุกวัย รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่สนับสนุนการรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ แบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ตลอด 24 ชั่วโมง

การบริการในแต่ละวันมีผู้มารับบริการในหน่วยงานเฉลี่ยจำนวน 130 ราย/วัน แยกเป็นผู้รับบริการในเวรเช้า เฉลี่ยจำนวน 60 ราย เวรบ่าย เฉลี่ยจำนวน 60 รายและเวรคืนเฉลี่ยจำนวน 10 ราย โดยมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด จำนวน 21 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 14

คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน ซึ่งได้จัดอัตรากำลังในการให้บริการ เวรเช้า มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ให้บริการตั้งแต่เวลา 8.00 นาฬิกา ถึง 16.00 นาฬิกา เวรบ่ายมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ให้บริการตั้งแต่เวลา 16.00 นาฬิกา ถึง 24.00 นาฬิกา เวรคึก มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 4 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ให้บริการตั้งแต่เวลา 24.00 นาฬิกา ถึง 8.00 นาฬิกา

หน่วยงานมีการมอบหมายงานให้รับผิดชอบโดยใช้ระบบการมอบหมายงานตามแบบทีม (team assignment) ซึ่งมีการมอบหมายให้พยาบาลที่มีอาวุโสที่สุดในเวรและเป็นพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป เป็นหัวหน้าทีม 1 คน และสมาชิกทีม 2 คน โดยพยาบาลหัวหน้าทีมเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน รวบรวมข้อมูลในการคัดกรองความเร่งด่วนเพื่อจัดลำดับการบริการรักษาพยาบาลก่อนหรือหลังรวบรวมข้อมูลอาการและอาการแสดงของปัญหาหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยทำการตรวจร่างกาย ชักประวัติ และการสังเกตอาการแสดง ทำการวินิจฉัยปัญหาเพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับทีมในแต่ละเวรตามขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล จะรายงานแพทย์เวรเพื่อทำการรักษากรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงซับซ้อนเกินขอบเขตหน้าที่ของทีมพยาบาล และประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายนั้น ทำการประเมินผลหลังจากดำเนินการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง ทำการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หลังการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแต่ละขั้นตอนไปด้วย ลงในแบบบันทึกบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอกตาม โปรแกรมในคอมพิวเตอร์ และทำการบันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการระดับฉุกเฉินมากและฉุกเฉิน รวมทั้งทำการบันทึกตามแบบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการปรึกษารื้อกันในระหว่างทีมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบางรายที่ต้องมีทีมสุขภาพร่วมทำการรักษาพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการประสานงาน ดังเช่นขอคำปรึกษาและสื่อสารในเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

สำหรับพยาบาลที่เป็นสมาชิกของทีม 2 คนจะปฏิบัติงานรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยตามแผนการรักษาพยาบาลของหัวหน้าทีมและแพทย์ ในการจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ช่วยชักประวัติ ตรวจร่างกาย และสังเกตอาการ รวบรวมข้อมูลให้หัวหน้าเวรในการวินิจฉัยปัญหา ตลอดจนปฏิบัติให้การักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของหัวหน้าทีมและแพทย์เวรประเมินผลอาการของผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติการรักษาพยาบาล รวมทั้งช่วยทำการบันทึกข้อมูล

แต่ละชั้นตอนลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในส่วนที่ได้ปฏิบัติและการประเมินผลหลังการรักษาพยาบาลลงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยรายที่มีอาการฉุกเฉินมากและฉุกเฉิน พร้อมทั้งรายงานข้อมูลต่างๆให้หัวหน้าทีมทำการบันทึกตามขั้นตอนของการปฏิบัติการรักษาพยาบาล ให้บันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ รวมทั้งจะมีพยาบาลสมาชิกทีม 1 คนใน 2 คนนี้ จะได้รับการมอบหมายจาก หัวหน้าทีมในการเป็นหัวหน้าทีมกู้ชีพระดับสูงของโรงพยาบาลในการออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีมีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้องขอความช่วยเหลือมาที่โรงพยาบาล ทำการรักษาพยาบาลเบื้องต้นภายใต้การควบคุมของแพทย์เวรของโรงพยาบาลและหัวหน้าทีมมีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยให้หัวหน้าทีมรับทราบ

สำหรับเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ปฏิบัติงานในการร่วมทีมในการออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีมีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้องขอความช่วยเหลือมาที่โรงพยาบาล และทำการบันทึกข้อมูลการบริการผู้ป่วยลงในแบบบันทึกการปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งรายงานข้อมูลการปฏิบัติการให้หัวหน้าทีมทราบและทำการรายงานให้กับศูนย์สั่งการ 1669 เพื่อการขอเลขที่ในการออกปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยแต่ละครั้ง และกรณีไม่ได้ปฏิบัติงานนอกสถานที่จะเป็นทีมร่วมในการปฏิบัติงานตามแผนการรักษาพยาบาลของหัวหน้าทีมในการจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ช่วยซักประวัติ ตรวจร่างกาย และสังเกตอาการ รวบรวมข้อมูลให้หัวหน้าเวรในการวินิจฉัยปัญหา ตลอดจนปฏิบัติให้การักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของหัวหน้าทีมและแพทย์เวร ประเมินผลอาการของผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติการรักษาพยาบาล แล้วจึงรายงานข้อมูลต่างๆให้หัวหน้าทีมทำการบันทึกตามแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติการรักษาพยาบาล ในส่วนของพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติงานในกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ง่ายๆ และช่วยกิจกรรมต่างๆไป เรื่องอุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนกิจกรรมการรักษาพยาบาลของหน่วยงาน และรายงานข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลนั้นให้หัวหน้าเวรทำการบันทึก สำหรับแต่ละบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในแต่ละเวรจะมีการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันทุกเวร

ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้าเวรเป็นดำเนินการบันทึกรวมทั้งควบคุมกำกับการทำงานทั้งหมด จะพบว่าในบางเวลาผู้บันทึกไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากต้องปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่อง และมีผู้มารับบริการพร้อมกันหลายราย บางครั้งจะช่วยกันบันทึกทั้งหัวหน้าเวรและผู้ที่ปฏิบัติ และไม่ได้มีการบันทึกในทันทีที่ให้การรักษาพยาบาล ทำให้ไม่ได้บันทึกข้อมูลที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการอย่างครบถ้วน และไม่ได้บันทึกการประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งการที่ต้องบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวนหลายแบบฟอร์ม ผล

การบันทึกจึงไม่สมบูรณ์ ดังนั้นการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้มีการบันทึกที่ดี มีคุณภาพ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาล

แบบฟอร์มที่ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลได้แก่ แบบฟอร์มทั้ง 4 แบบดังกล่าวข้างต้น โดยมีแนวทางในการใช้แบบฟอร์ม ดังนี้ 1) บัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD card) ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการในหน่วยงาน ซึ่งการบันทึกข้อมูลในบัตรตรวจโรค คือ พนักงนห้องทะเบียน เป็นผู้บันทึกข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ นามสกุล เพศ วันเดือนปีเกิด สถานภาพ อาชีพ สิทธิการรักษา ที่อยู่ เลขประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital Number=H.N.) เลขประจำตัวประชาชน สิทธิบัตร เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วย หรือชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สามารถใช้ติดต่อผู้ป่วยได้ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าเวร จะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่บันทึก ได้แก่ อาการสำคัญ ระยะเวลาที่เป็น อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในแบบฟอร์มนี้ 2) ใบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย โดยพยาบาลปฏิบัติการที่ได้ประเมินผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกในข้อมูลทุกรายการ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสถานที่เกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ อาการและสาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค การรักษาและการทำหัตถการ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย ผลการรักษาและการจำหน่าย ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วย กรณีที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุต่างๆทุกราย รวบรวมข้อมูลแล้วรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือน ในแบบฟอร์มนี้ 3) แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มาโรงพยาบาลด้วยหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ต้องบันทึก ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยข้อมูลทั่วไปและการบาดเจ็บ สถานที่เกิดเหตุ ทีมผู้ออกปฏิบัติงาน เวลาและระยะทางที่ออกปฏิบัติงาน การประเมินคัดกรองอาการของผู้ป่วย การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ การตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาล และผลการรักษาที่โรงพยาบาล ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกราย เป็นหลักฐานสำคัญทางการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อการรายงานและรวบรวมข้อมูลให้กับศูนย์สั่งการระดับจังหวัดและระดับประเทศ พยาบาลปฏิบัติการหรือเวชกิจฉุกเฉินที่เป็นทีมกู้ชีพของโรงพยาบาลเป็นผู้บันทึก 4) แบบบันทึกทางการพยาบาล (nurse note) เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินร่วมกันกำหนด ขึ้นมาเพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล โดยกำหนดให้บันทึกในผู้ป่วยที่คัดกรองความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับฉุกเฉิน (urgency) และฉุกเฉินมาก (emergency) ตามเกณฑ์การคัดกรองของกองการพยาบาล (2542) โดยกำหนดข้อมูลให้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ การประเมินสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และเลขประจำตัวโรงพยาบาล (H.N.) ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ

อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต การตรวจร่างกายแรกรับ ผลการตรวจสัญญาณชีพ การคัดกรองความรุนแรงของระดับอาการผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา การรายงานแพทย์ ปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล/การรักษา อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาลปฏิบัติการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกร่วมกัน พบว่า ในการบันทึกมีข้อมูลผู้ป่วยมีแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกหลากหลายแบบ ข้อมูลส่วนใหญ่เน้นการบันทึกด้านการรักษายังขาดการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ส่งผลให้มีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ขาดหลักฐานที่ใช้ในการสื่อสารทำให้มีการปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ไม่ต่อเนื่อง

ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่พบจากการทบทวนบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ทางคลินิก จำนวนเดือนละ 1-3 ฉบับ พบว่ามีการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ได้แก่ การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมปัญหาด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บันทึกผลการตรวจร่างกายไม่ครบถ้วน การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่ได้ระบุการวางแผนการพยาบาล บันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่ครบถ้วน ตามที่ได้ปฏิบัติจริง และ ไม่ได้ประเมินผลการรักษาพยาบาล และการบันทึกยังขาดการสะท้อนให้เห็นความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล รวมทั้งยังพบว่าไม่มีคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และคู่มือตามมาตรฐานของสำนักการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นผลให้บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ค่อยคุณภาพ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษานี้เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลิ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ได้แก่ 1) การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) การสร้างทีมงานให้มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มการพยาบาล ประกาศใช้แบบบันทึกและคู่มือบันทึกทางการพยาบาลในการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ป่วย ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในผู้ป่วยรายที่ได้คัดกรองระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับวิกฤติ

(resuscitation) ฉุกเฉินมาก (emergency) ฉุกเฉิน (urgency) และทำการประเมินคุณภาพบันทึก
ทางการแพทย์โดยใช้แบบประเมินคุณภาพและคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์
เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ประเมินบันทึกทางการแพทย์
ของสำนักงานพยาบาล มากกว่าร้อยละ 70