

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Development Study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส ฟีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ระหว่างเดือนมิถุนายน 2554 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน

ส่วนที่ 2 บันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี ตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส ฟีดีซีเอ (FOCUS-PDCA)

ส่วนที่ 3 คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน ตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ก่อนการพัฒนามีความแตกต่างจากภายหลังพัฒนา

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน**

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์ จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ เป็นทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ เพศหญิง 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.67 เพศชาย 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.33 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.8 ปี มีวุฒิการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1-5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50 และ 6-10 ปี ร้อยละ 41.67

โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 6.92 ปี และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ร้อยละ 58.33 ดังแสดงในตารางที่ 4-1

#### ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้บันทึกทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ (n=12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
หญิง	11	91.67
ชาย	1	8.33
<b>2. อายุ (ปี) (range = 24-45 ปี X = 31.80 ปี )</b>		
21-25 ปี	2	16.67
26-30 ปี	2	16.67
31-35 ปี	6	50.00
36-40 ปี	1	8.33
41-45 ปี	1	8.33
<b>3. ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ปี) (range = 2-15 ปี, X = 9.40 ปี)</b>		
ต่ำกว่า 1 ปี	0	0.00
1-5 ปี	6	50.00
6-10 ปี	5	41.67
มากกว่า 10 ปี	1	8.33
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	100
ปริญญาโท	0	0.00
<b>5. ประสบการณ์การอบรม/ประชุมเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์</b>		
เคย	7	58.33
ไม่เคย	5	41.67

## ส่วนที่ 2 บันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี ตามแนวคิด การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA)

1. ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Fine a process to improve) ผู้ศึกษาได้ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากนโยบายของกลุ่มการพยาบาลที่สนับสนุนนโยบายของโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ในปีงบประมาณ 2556 จึงมีแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งให้ทำการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในทุกหน่วยงาน โดยเน้นให้มีการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล เนื่องจากบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานของวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญที่สุด ในการตรวจสอบคุณภาพการบริการพยาบาลตามมาตรฐานย้อนหลังได้ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน เพื่อจะทำให้การบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการบันทึกที่เป็นระบบ บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล และมีข้อมูลที่สนับสนุนให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553)

2. สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (Organize team that knows the process) ผู้ศึกษาได้รับความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มการพยาบาลเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมเป็นทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอาวุโสที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 คน และ คณะกรรมการกลุ่มการพยาบาล จำนวน 3 คน รวมทั้งตัวผู้ศึกษา ซึ่งผู้ศึกษาได้ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อทีมพัฒนาคุณภาพ การเก็บข้อมูลและผลของข้อมูลจะเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ แต่ใช้วิธีการใส่รหัสแทน ไม่มีผลต่อการประเมินการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาจะนำมาสรุปในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ซึ่งได้รับการตอบรับด้วยความยินดีและได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมทำการศึกษาแล้วร่วมกันในการคัดเลือกหัวหน้าทีม เลขานุการ กำหนดบทบาทหน้าที่ และให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องพัฒนาและกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงทำบันทึกเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลี ในการขอแต่งตั้งทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ชื่อทีมว่า “ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล”

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (Clarify current knowledge of process) ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้ประชุมระดมสมอง ครั้งที่ 1 ในวันที่ 5 กรกฎาคม 2554 เวลา 09.30-12.30 น เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์กระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติอยู่ก่อนการพัฒนา ดังนี้

กระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เริ่มตั้งแต่ ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทีมพยาบาลได้เริ่มประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย คัดกรองระดับความรุนแรงของอาการ และรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการในครั้งนี้ เขียนลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กรณีที่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจะเพิ่มการบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยลงในใบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ จากนั้นหัวหน้าเวรทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยโรคเบื้องต้นและกำหนดปัญหาทางการแพทย์พยาบาล ส่งการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตการดูแลของพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินน้อย แล้วบันทึกปัญหาลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่กำหนดปัญหา แล้วจึงพิมพ์ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ลงในโปรแกรมบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก

กรณีผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินมากเกินขอบเขตการดูแลของพยาบาล จะตัดสินใจปรึกษาแพทย์โดยบันทึกเวลาที่รายงานแพทย์ และเวลาที่แพทย์มาตรวจประเมินลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และส่งการรักษาเบื้องต้นเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้ป่วยก่อนที่แพทย์จะมาถึง มอบหมายให้พยาบาลปฏิบัติการณ์นำไปปฏิบัติ แล้วบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่กำหนดกิจกรรมการพยาบาล กรณีที่ลงบันทึกไม่ทันจะส่งการรักษาทางวาก่อนแล้วจึงบันทึกภายหลัง หลังจากนั้นจึงบันทึกกิจกรรมการรักษารวมทั้งหัตถการที่ปฏิบัติลงในโปรแกรมบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก เมื่อแพทย์มาถึงรับรายงานอาการและการรักษาเบื้องต้นที่ให้กับผู้ป่วยจากหัวหน้าเวร รวมทั้งทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทำการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มเติม แล้วบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและการรักษา ลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนรายการบันทึกที่กำหนดให้แพทย์บันทึก จากนั้นได้มอบหมายให้พยาบาลปฏิบัติการณ์นำข้อมูลการรักษาของแพทย์จากแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไปปฏิบัติ เมื่อให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์เสร็จแล้ว จึงทำการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และใบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ส่วนพยาบาลหัวหน้าเวรได้นำบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพแผนการรักษาของแพทย์มาพิมพ์ลงในโปรแกรมบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก

ภายหลังได้ให้การรักษายาบาลเสร็จแล้ว พยาบาลปฏิบัติกรทำการประเมินผลการรักษาพยาบาล จากนั้นนำมารายงานให้หัวหน้าเวรและแพทย์เวรทราบเพื่อประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาพรวม เพื่อตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงาน โดยให้นอนโรงพยาบาล หรือรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือให้รับยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน แล้วจึงบันทึกผลการรักษาพยาบาลและสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล ใบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และพิมพ์ลงในโปรแกรมบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก

ผู้ศึกษาได้จัดทำผังการไหลของงาน (flowchart) กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยปัญหา 3) การปฏิบัติกรรักษาพยาบาล 4) การประเมินผล ดังภาพที่ 4-1

ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ร่วมกันทำการประเมินปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล จากผังการไหลของกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า การบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นแบบฟอร์มแรกสุดที่พยาบาลนำมาบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยไว้ และได้นำข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลไปทำการบันทึกลงในแบบฟอร์มอื่นๆ แต่พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน จากกระบวนการบันทึกของพยาบาล ได้แก่ กระบวนการบันทึกทางการพยาบาลยังขาดการบันทึกในขั้นตอนการวางแผนทางการพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการทำให้การปฏิบัติกรบริการทางการพยาบาลในการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาและการพยาบาลตามปัญหา มีแบบฟอร์มที่ต้องทำการบันทึกหลายชนิด

ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้ทบทวนความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยตามกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนการพัฒนา โดยนำแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ทางคลินิกในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2553 จำนวน 6 รายมาทบทวนคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลย้อนหลัง พบมีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ทุกฉบับ โดยพิจารณาตามขั้นตอนกระบวนการบันทึกก่อนการพัฒนา ดังนี้ 1) ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ได้บันทึกการดูแลที่ได้รับหรือไม่ได้รับก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ได้การบันทึกข้อมูลที่รายงานแพทย์ มีการบันทึกสัญญาณชีพ เป็นต้น จำนวน 4 ฉบับ 2) ขั้นตอนปัญหาและวินิจฉัย มีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ได้บันทึกปัญหาทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณทุกฉบับ 3) ขั้นตอนการพยาบาล/การรักษา มีการบันทึกการปฏิบัติกรพยาบาลที่ให้ไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ได้บันทึกการให้ข้อมูลหรือการให้คำแนะนำผู้ป่วย หลังจากได้ปฏิบัติแล้ว เป็นต้น จำนวน 4 ฉบับ 4) การประเมินผล ไม่มีการบันทึกผลการประเมิน

หลังจากให้การพยาบาลเสร็จแล้ว เช่น ได้มีการเช็ดตัวลดไข้ แต่ไม่มีการบันทึกผลของการวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย ภายหลังจากการพยาบาลเสร็จแล้ว จำนวน 5 ฉบับ

จากการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการบันทึก พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ทั้ง 4 ขั้นตอน จึงได้ร่วมกันระดมสมองเพื่อค้นหาสาเหตุในการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วนในข้อ 4. เพื่อจะได้นำมาปรับปรุงคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกลุ่มการพยาบาล จึงร่วมกันกำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย และเกณฑ์ประเมินคุณภาพในการวัดผลลัพธ์จากการประเมินคุณภาพเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังการพัฒนาตามเป้าหมาย ดังนี้

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ได้ศึกษาเนื้อหาสาระในการกำหนดตัวชี้วัด เป้าหมายของเกณฑ์ประเมินคุณภาพและเกณฑ์ตัดสินคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของสำนักงานการพยาบาล (2550) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ของสำนักงานการพยาบาล (2548) และเกณฑ์ตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) รวมทั้งการศึกษางานวิจัยของ วิชชรีภรณ์ รัตสาร (2543) และพัชรินทร์ ชุนซัง (2550) มาประกอบในการตัดสินใจ ได้ตัวชี้วัดที่จะนำไปวัดผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในครั้งนี้ คือ “คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล” ได้กำหนดเป้าหมายของเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ต้อง มากกว่า ร้อยละ 70 โดยมีการจัดกลุ่มระดับคุณภาพไว้ดังนี้ 1) ร้อยละ 91-100 หมายถึง ระดับดีมาก 2) ร้อยละ 81-90 หมายถึง ระดับดี 3) ร้อยละ 71-80 หมายถึง ระดับพอใช้ 4) น้อยกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 70 หมายถึง ต้องปรับปรุง (วิชชรีภรณ์ รัตสาร, 2543; พัชรินทร์ ชุนซัง, 2550) กำหนดเกณฑ์ในการตัดสินคุณภาพ โดยใช้หลัก 4 C ซึ่งกองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดไว้ และต่อมากองการพยาบาลไปปรับเปลี่ยนเป็นสำนักงานการพยาบาล (2550) ก็ได้นำหลัก 4 C มาใช้ในการตัดสินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเช่นกัน ประกอบด้วย

1 มีความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกทางการพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วย และเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือสอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของโรค และสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ได้แก่

1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก และถูกต้องตามแบบบันทึกทางการพยาบาลที่กำหนด และบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยตามที่สังเกตได้มากกว่าการแปลความหมาย

1.2 การรายงานปัญหาถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

1.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.4 บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องสอดคล้องกับข้อ 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 ครอบคลุมครบถ้วน และต่อเนื่องลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล ทุกช่อง ดังนี้

2.1 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

2.2 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแล รักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

2.3 การบันทึกทางการพยาบาล โดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

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

3.1 บันทึกด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย และใช้ตัวย่อสากล

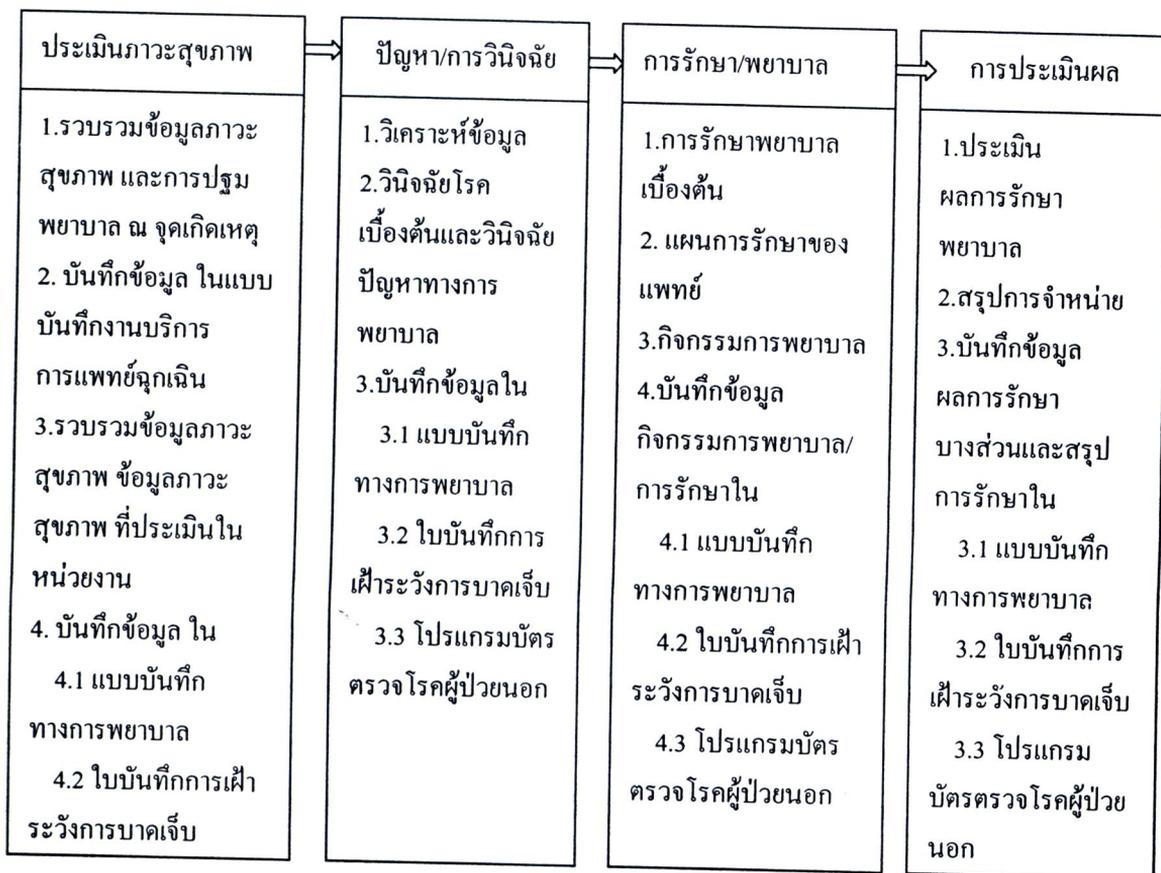
3.2 ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนข้อความ ต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับ

4. ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกที่มีความอ่านง่าย กระชับ สั้น ได้

ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ใช้บริการ อ่านแล้วเข้าใจและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของกระบวนการพยาบาล

ภาพที่ 4-1

ผังการไหลของ กระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี ก่อนการพัฒนา



4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (Understand causes of process variation) ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้ประชุมครั้งที่ 2 ในวันที่ 12 กรกฎาคม 2554 เวลา 09.30-12.30 น. จากสถานการณ์ที่ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ค้นพบในข้อ 3 จึงนำมาสร้างแนวคำถามปัญหาเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี ในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อนำไปสอบถามพยาบาลซึ่งเป็นทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุและเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข (รายละเอียดของคำถามอยู่ในภาคผนวก ก)

ผู้ศึกษาได้นำแนวคำถามปัญหาเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี ในสถานการณ์ปัจจุบัน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของสำนวนภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษานำแนวคำถามปัญหาเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน ไปสอบถามทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยสรุปปัญหาและข้อเสนอแนะตามแนวคำถาม ดังนี้

4.1 ปัญหาที่พบในการบันทึกประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่ได้กำหนดรายการบันทึกบางรายการ เช่น ขาดรายการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ขาดรายการบันทึกระดับความเจ็บปวด ขาดรายการบันทึกผลการตรวจร่างกาย เป็นต้น จึงทำให้ไม่ได้บันทึก 2) ไม่มีคู่มือแนะนำการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทำให้มีการบันทึกตามความเข้าใจของพยาบาลแต่ละคน 3) มีเอกสารที่ต้องบันทึกหลายชนิด ทำให้มีข้อมูลที่ต้องบันทึกจำนวนมาก จึงบันทึกไม่ครบถ้วน 4) ไม่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสาร 5) ผู้บันทึกรีบเร่งในการเขียนเนื่องจากมีภาระงานมาก จึงรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วน 6) ไม่มีความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย และมีข้อเสนอแนะในการบันทึกประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ ดังนี้ 1) ปรับปรุงแบบบันทึกให้มีรายการบันทึกให้ครบถ้วน 2) จัดทำคู่มือแนะนำการบันทึก 3) ลดจำนวนเอกสารที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 4) ทำการตรวจสอบการบันทึกให้ครบถ้วน 5) เพิ่มอัตราค่าล้างพยาบาลให้เพียงพอ 6) ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องโรคที่พบบ่อยในหน่วยงานแก่ให้ผู้บันทึก

4.2 ปัญหาที่พบในการบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาในรายการบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจแต่แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่ได้กำหนดรายการบันทึกปัญหาด้านจิตใจ จึงไม่ได้บันทึก เป็นต้น 2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่มีช่องว่างให้บันทึก 3) ไม่มีคู่มือแนะนำการบันทึก 4) รีบเร่งในการปฏิบัติงานเนื่องจากมีภาระงานมาก จึงลืมนบันทึก 5) ไม่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสาร 6) การวินิจฉัยทางการแพทย์ขาดความสมบูรณ์และมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้ 1) ปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและกำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในแบบบันทึกให้ครบถ้วน ให้เป็นแบบเลือกตอบ (checklist) 2) จัดทำคู่มือแนะนำการบันทึก 3) เพิ่มอัตราค่าล้างพยาบาลให้เพียงพอ 4) ทำการตรวจสอบการบันทึกให้ครบถ้วน 5) มีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง การบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

4.3 ปัญหาที่พบในการบันทึกการวางแผนการพยาบาล ได้แก่ 1) ไม่ได้กำหนดรายการบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) ไม่มีคู่มือแนะนำการบันทึก 3) การวางแผนการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา 4) ไม่จำเป็นต้องบันทึก เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยมีระยะสั้น และมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการวางแผนการพยาบาล ดังนี้ 1) ปรับปรุงแบบบันทึกให้มีรายการบันทึกให้ครบถ้วน 2) จัดทำคู่มือแนะนำการบันทึก 3) มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่อง การบันทึกการวางแผนการพยาบาล

4.4 ปัญหาที่พบในการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลไม่มีช่องว่างให้บันทึก 2) กำหนดรายการในแบบบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน 3) ไม่มีคู่มือแนะนำการบันทึก 3) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้เป็นผู้บันทึกเอง 4) ไม่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารภายหลังการบันทึกเรียบร้อยแล้ว 5) การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล และมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ 1) ปรับปรุงแบบบันทึกให้มีรายการบันทึกให้ครบถ้วน 2) จัดทำคู่มือแนะนำการบันทึก 3) ทำการตรวจสอบการบันทึกให้ครบถ้วน 4) เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอ 5) ทำการตรวจสอบการบันทึกให้ครบถ้วน 6) มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล

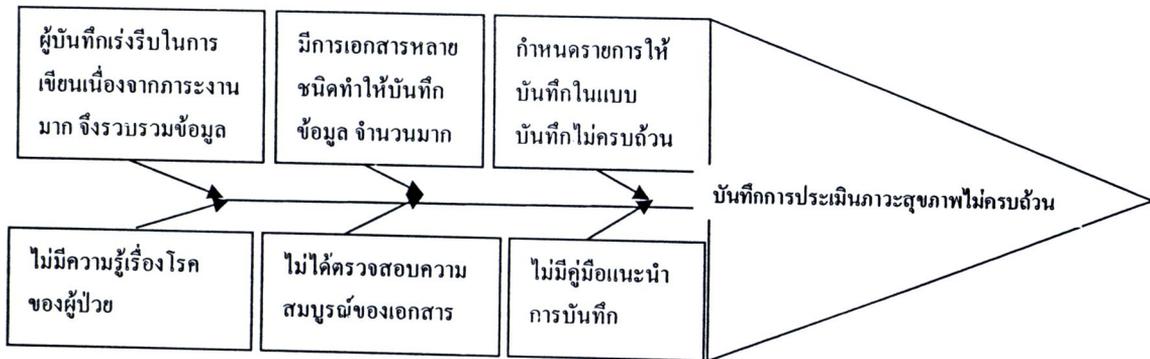
4.5 ปัญหาที่พบในการบันทึกการประเมินผลทางการพยาบาล ได้แก่ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลไม่มีช่องว่างในการบันทึก 2) ไม่ได้กำหนดรายการในแบบบันทึกทางการพยาบาล 3) ไม่มีคู่มือแนะนำการบันทึก 4) รีบเร่งในการปฏิบัติงานเนื่องจากมีภาระงานมาก จึงลืมนบันทึก 5) ไม่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสารและมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการประเมินผลทางการพยาบาล ดังนี้ 1) ปรับปรุงแบบบันทึกให้มีรายการบันทึกให้ครบถ้วน 2) จัดทำคู่มือแนะนำการบันทึก 3) ทำการตรวจสอบการบันทึกให้ครบถ้วน 4) เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอ 5) ทำการตรวจสอบการบันทึกให้ครบถ้วน

ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้ประชุม ครั้งที่ 3 วันที่ 28 กรกฎาคม 2554 เวลา 13.00- 16.00 น. ค้นหาสาเหตุปัญหาการบันทึกในแต่ละขั้นตอนไม่ครบถ้วน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพไม่ครบถ้วน 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน 3) การวางแผนการพยาบาลไม่ครบถ้วน 4) การปฏิบัติการพยาบาลไม่ครบถ้วน และ 5) การประเมินผลทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน โดยการระดมสมอง และใช้เทคนิคผังแสดงเหตุและผล หรือผังก้างปลา (cause and effect diagram/fish bone diagrams) และนำข้อมูลจากแนวคำถามทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลมาใช้ประกอบในการระดมสมอง ดังภาพที่ 4-2 ถึง 4-6

สรุปสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วนในแต่ละขั้นตอน พบสาเหตุที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 8 สาเหตุ ดังนี้ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนา กำหนดรูปแบบไม่เหมาะสมกับข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องบันทึก 2) มีเอกสารที่ต้องบันทึกหลากหลายทำให้มีข้อมูลต้องบันทึกจำนวนมาก จึงบันทึกไม่ครบถ้วน 3) ไม่มีคู่มือแนะนำการบันทึกทางการพยาบาล 4) การบันทึกทางการพยาบาลขาดความสมบูรณ์ทุกขั้นตอนของการบันทึก 5) ผู้บันทึกและผู้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นคนละคน 6) ผู้บันทึกมีภาระงานมาก เนื่องจากผู้รับบริการในเวลาเดียวกันหลายคนจึงลืมนบันทึกและไม่มีเวลายบันทึก 7) ไม่ได้ประเมินคุณภาพ บันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล 8) ไม่ได้ทำการตรวจสอบหลังจากได้ทำการบันทึกเสร็จแล้ว

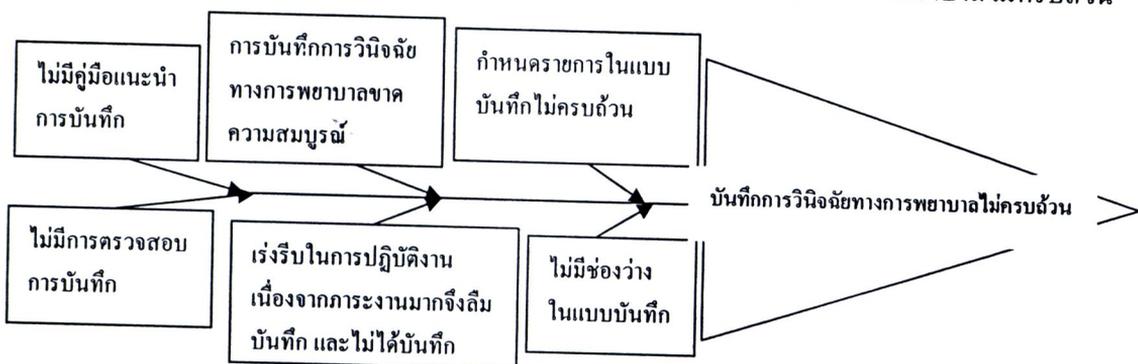
ภาพที่ 4-2

ผังก้างปลาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและปัญหาบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพไม่ครบถ้วน



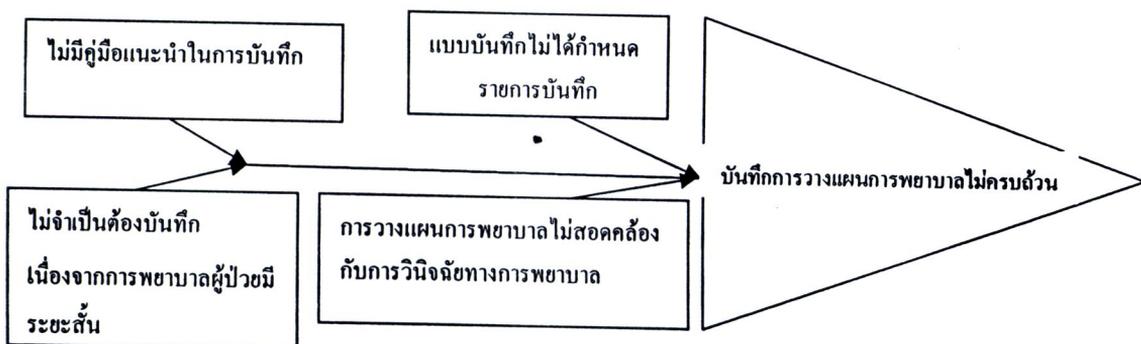
ภาพที่ 4-3

ผังก้างปลาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและปัญหาบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน



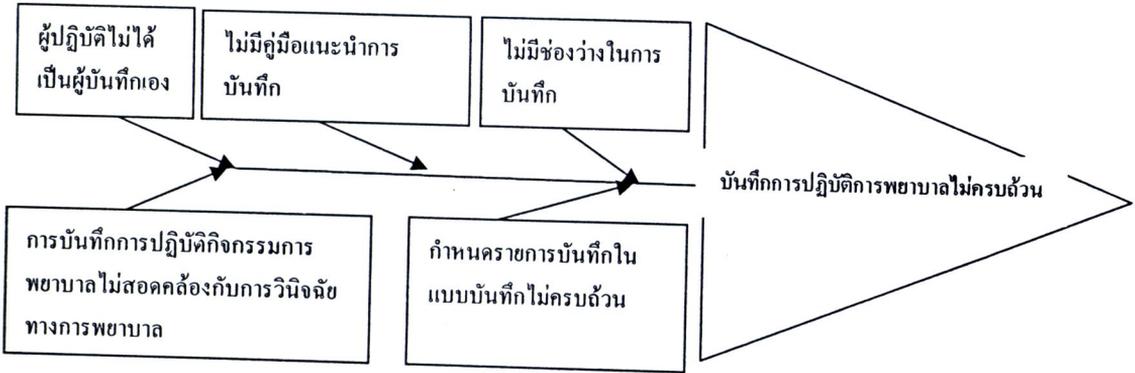
ภาพที่ 4-4

ผังก้างปลาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและปัญหาบันทึกการวางแผนการพยาบาลไม่ครบถ้วน



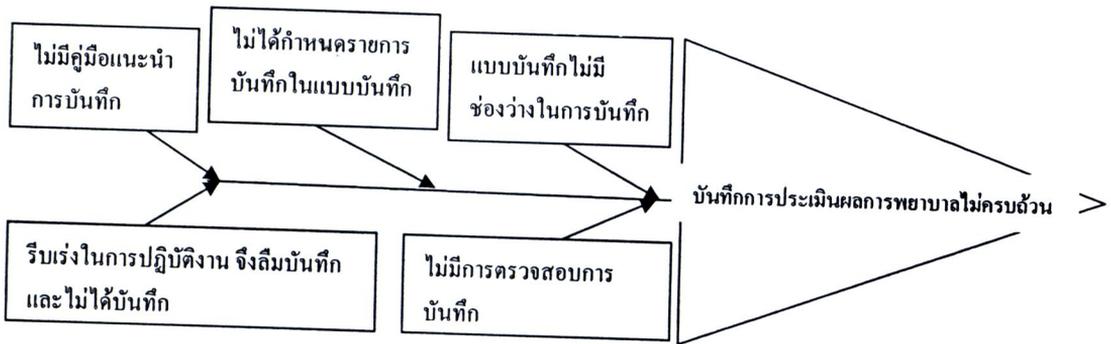
ภาพที่ 4-5

ผังก้างปลาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและปัญหาบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลไม่ครบถ้วน



ภาพที่ 4-6

ผังก้างปลาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและปัญหาบันทึกประเมินผลการพยาบาลไม่ครบถ้วน



5. เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ (Select the process improve) ทีมพัฒนาคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลระดมสมองในการกำหนดทางเลือกในการพัฒนาคุณภาพเพื่อกำจัด สาเหตุให้หมดไป สาเหตุที่พบจำนวน 8 สาเหตุ นำมากำหนดทางเลือกได้ 6 ทางเลือก ได้แก่ 1)การ ปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาล 2) การสร้างคู่มือบันทึกทางการพยาบาล 3) การสร้างแบบ ประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 4) การสร้างคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 5) การเพิ่มอัตรากำลังของพยาบาล 6) การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ตาม กระบวนการพยาบาล 7)การประชุมวิชาการ เรื่อง โรคที่พบบ่อยในหน่วยงานและการดูแลผู้ป่วย แล้วทำการเลือกโดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกวิธีใช้วิธีออกเสียงข้างมาก (multivoting) พบว่า ทางเลือกที่มีการออกเสียงมากที่สุด และมีคะแนนเท่ากัน คือ 1) การปรับปรุงแบบบันทึกทางการ พยาบาล 2) การสร้างคู่มือบันทึกทางการพยาบาล 3) การสร้างแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการ

พยาบาล 4) การสร้างคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 5) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ส่วนการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลนั้น มีผู้ ออกเสียงเล็กน้อยเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติได้โดยการพัฒนารั้งนี้ ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึก ทางทางการแพทย์พยาบาล เห็นว่าควรนำปัญหาและทางเลือกรุ่นเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและผู้บริหาร โรงพยาบาลในการวางแผนเพิ่มอัตรากำลังของหน่วยงาน และในส่วนการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง โรคที่พบบ่อยในหน่วยงานและการดูแลผู้ป่วยนั้น สามารถนำไปดำเนินการในการประชุม วิชาการของหน่วยงานซึ่งได้กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการทุกเช้าวันอังคารและพฤหัสบดี

6. วางแผนการปรับปรุง (Plan) ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประชุมครั้งที่ 4 วันที่ 5 สิงหาคม 2554 เวลา 13.00-16.30 น. ร่วมกันการวางแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพบันทึก ทางทางการแพทย์พยาบาล ตามทางเลือกในข้อที่ 5 โดยกำหนดกิจกรรมในแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) ทำการจัดตั้งทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลและทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการ ดำเนินการร่วมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) ปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ สร้างคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ 3) การ สร้างแบบประเมินคุณภาพและคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยพิจารณาจากเกณฑ์ คุณภาพ เป้าหมายและตัวชี้วัดที่ร่วมกับกำหนดไว้ 4) วางแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการที่ได้พัฒนาขึ้น และการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล สำหรับทีมผู้บันทึกและทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้ผู้อบรม มีความรู้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามสาเหตุปัญหาที่พบ แล้วสามารถทำการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลอย่างมีคุณภาพตามเป้าหมาย โดยแบ่งเป็น 2 รุ่นๆ ละ ครั้งวัน การอบรมประกอบด้วย กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการบันทึกตามและแนวทางการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล การฝึกทักษะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการฝึก ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ งบประมาณในการดำเนินการ 500 บาท

7. นำไปปฏิบัติ (Do) ทีมพัฒนาร่วมกันนำแผนปฏิบัติการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล ไปปฏิบัติ ดังนี้

7.1 ผู้ศึกษาได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลปฏิบัติการในหน่วยงานอุบัติเหตุและ รุกฉิน จำนวน 12 คน และคณะกรรมการประเมินคุณภาพเวชระเบียน โรงพยาบาลลี จำนวน 5 คน ในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงดำเนินการขออนุมัติแต่งตั้ง 1) ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ปรับปรุง ขึ้นมาใหม่ พร้อมกับนำเสนอปัญหาและข้อคิดเห็นในการบันทึกเพื่อนำมาปรับปรุงแบบบันทึกและ

คู่มือบันทึกให้มีความเหมาะสมกับการใช้บันทึก 2) ทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีบทบาทหน้าที่ในการใช้แบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไปประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พร้อมกับนำเสนอปัญหาและข้อคิดเห็นในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงแบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

7.2 ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ประชุม ครั้งที่ 5 วันที่ 9 สิงหาคม 2554 เวลา 13.00-16.30 น. เพื่อปรับปรุงแบบบันทึกและสร้างคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งทำการปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นลำดับแรก โดยทบทวนมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ มาตรฐานสภาการพยาบาล ของสภาการพยาบาล (2548) มาตรฐานการบริการทางการแพทย์พยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสำนักการพยาบาล (2550) และแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) งานวิจัยของวัชรินทร์ รัตตสาร (2543) พัชรินทร์ ชุนชัง (2550) และสงวน นุตาคี (2545) เพื่อกำหนดรูปแบบของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทั้งข้อดีและข้อด้อยในแต่ละรูปแบบ จากตำราเอกสารต่างๆ และงานวิจัยของ พัชรินทร์ ชุนชัง (2550) และสงวน นุตาคี (2545) แล้วกำหนดรูปแบบของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และสาเหตุของปัญหาที่พบ ดังนั้นจึงระดมสมองในการพิจารณารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบต่างๆ และข้อดี ข้อด้อยของแบบบันทึกแต่ละแบบ โดยร่วมกันใช้วิธีออกเสียงข้างมาก (multi voting) เลือกรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เนื่องจาก มีข้อดีมากกว่าข้อด้อย คือ มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลในการบันทึกอย่างเป็นระบบ และชัดเจน มีการวางแผนการพยาบาลทำให้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในแนวทางเดียวกัน มีความต่อเนื่อง มีการประเมินผลการการพยาบาลชัดเจน ทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สะท้อนให้เห็นความรู้ความสามารถของพยาบาลในเรื่องการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจ ส่วนข้อด้อย ที่พบ เช่น การเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลใช้เวลานาน ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความเห็นว่าสามารถพัฒนาได้ โดยการจัดทำคู่มือแนะนำการบันทึกให้ชัดเจน ลักษณะการบันทึกเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง โดยกำหนดรายการข้อมูลให้เลือกตอบ โดยการเลือกตอบ (checkbox) และเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดและได้กำหนดเนื้อหาสาระส่วนใหญ่ได้กำหนดมาจากมาตรฐานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสำนักการพยาบาล (2550) มาตรฐานของสภาการพยาบาล (2548) และมีเนื้อหาบางส่วนได้กำหนดตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) เพื่อให้ครอบคลุมกับการประเมินคุณภาพที่โรงพยาบาลและ

องค์กรพยาบาลจะขอรับการประเมินคุณภาพจากสถาบันต่างๆ แล้วนำมากำหนดเป็นรายการเนื้อหาที่ต้องบันทึกจำนวน 45 รายการ โดยแบ่งการบันทึกเป็น 5 ขั้นตอน อันประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลทางการพยาบาลแต่ละส่วนจะมีรายการข้อมูลเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ต่อกันไป หลังจากนั้นบรรจุลงในกระดาษขนาด A4 จำนวน 3 หน้ากระดาษ

7.3 ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ร่วมกันดำเนินการสร้างคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยกำหนด โครงสร้างและองค์ประกอบของเนื้อหาในคู่มือบันทึก ประกอบด้วย ปก คำนำ วัตถุประสงค์ การไหลของแบบบันทึก คุณภาพการบันทึก รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ การอธิบายวิธีบันทึก ตามรายการข้อมูลที่ให้บันทึกในแบบบันทึก จนครบทุกรายการ

7.4 ผู้ศึกษานำแบบบันทึกและคู่มือบันทึกที่ดำเนินการปรับปรุงเสร็จแล้วไปทดลองใช้ในหน่วยงาน จำนวน 20 ฉบับ โดยมีการอธิบายชี้แจงวิธีการบันทึกให้กับผู้ที่ทดลองใช้ เพื่อประเมินผลการใช้แบบบันทึกและคู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากผู้บันทึก นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

7.4.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่ แนะนำให้ปรับรายการบันทึกให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน เช่น การบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง ซึ่งได้ปฏิบัติการบันทึกตั้งแต่แรกรับที่จุดคัดกรอง ควรกำหนดเป็นรายการแรกๆ ส่วนรายการบันทึก ส่วนใหญ่เห็นว่ามียารายการบันทึกครบถ้วนตามเนื้อหาที่จำเป็นตามเกณฑ์สำนักการพยาบาล การกำหนดช่องว่างให้บันทึกในแต่ละรายการเพียงพอ ซึ่งได้มีการปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะของทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล

7.4.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีปัญหาในการบันทึก ล่าช้า คิดนาน เนื่องจากไม่คุ้นเคย ไม่มีตัวอย่าง มีเวลาในการวิเคราะห์ปัญหาจำกัด จึงทำให้บันทึกได้ไม่ครบถ้วน

7.4.3 การวางแผนการพยาบาล ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีปัญหา ในเรื่อง การตั้งเกณฑ์ในการประเมินผลทางการพยาบาล ว่าควรจะต้องตั้งเกณฑ์อย่างไรจึงเหมาะสม เนื่องจากผู้บันทึกบางคนเคยปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วย จะตั้งเกณฑ์ประเมินในแผนการพยาบาลระยะยาว แต่การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะสั้นให้พ้นภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน จึงจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ดังนั้น ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงปรับคู่มือการบันทึกกำหนดเกณฑ์การประเมินผลทางการพยาบาลผู้ป่วย เป็นไปตามบริบทของหน่วยงาน คือ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิต ในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน

7.4.4 การปฏิบัติการพยาบาล ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาล พบปัญหาการบันทึกล่าช้า เนื่องจาก แต่ละปัญหามีกิจกรรมให้การรักษา การพยาบาลมาก และเป็นลักษณะการเขียนบรรยาย ไม่มีข้อมูลให้เลือกตอบ ซึ่งในขั้นตอนนี้ ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลรับทราบข้อมูล ได้ชี้แจงให้เห็นข้อดีของการบันทึกแบบบรรยาย ว่าเรื่องที่สามารถใช้ทักษะในการตัดสินใจของพยาบาล ได้ทันที ในการบันทึกได้ทันที ไม่ต้องค้นหา ซึ่งในระยะแรกยังไม่คุ้นเคยอาจเกิดความล่าช้าบ้าง จึงไม่ได้ปรับปรุงแบบบันทึกในขั้นตอนนี้

7.4.5 การประเมินผลทางการพยาบาล ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาล พบปัญหาจะต้องประเมินผลภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมและบันทึกผลทุกรายการหรือไม่ ซึ่งกรณีปฏิบัติจะทำให้การบันทึกล่าช้ามาก จึงได้นำปัญหาคลับมาพิจารณาในทีมพัฒนาคุณภาพ กำหนดให้ประเมินผลและบันทึกผลการประเมินตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ซึ่งในแต่ละเกณฑ์อาจจะให้การพยาบาลหลายๆ กิจกรรม ก็ได้

7.5 หลังจากได้ปรับปรุงรูปแบบแบบบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือบันทึกทางการพยาบาล ตามความคิดเห็นของทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลเรียบร้อยแล้ว นำแบบบันทึกและคู่มือบันทึกทางการพยาบาลไปขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ข้อเสนอแนะในเรื่อง รายการและขั้นตอนต่างๆ ในแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล คู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือบันทึกทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกัน ควรปรับปรุงให้สอดคล้องกัน จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นได้นำแบบบันทึกและคู่มือบันทึกทางการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของสำนวนภาษา แล้วนำมาแก้ไขแบบบันทึกและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป

7.6 นำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ ไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงการบันทึกระหว่างผู้ปฏิบัติ ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ก่อนนำไปใช้จริง โดยผู้ศึกษาได้อธิบายขั้นตอนและวิธีการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล ตามคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลให้ผู้ปฏิบัติทั้ง 2 คน แล้วจึงให้ผู้ปฏิบัติ 2 คน ใช้แบบบันทึกชุดเดียวกัน บันทึกผู้ป่วยคนเดียวกัน ในเวลาเดียวกัน จำนวน 5 คู่ แล้วผู้ศึกษาจึงนำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้ปฏิบัติทั้ง 2 คนได้บันทึก มาทำการตรวจสอบความเที่ยงของการบันทึก

7.7 ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ประชุมระดมสมองครั้งที่ 6 วันที่ 6 กันยายน 2554 เวลา 13.00-16.30น. เพื่อสร้างแบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยศึกษาเนื้อหาสาระใน มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของสำนักงานพยาบาล (2550) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ปรับปรุงขึ้น จากงานวิจัยของ วัชรศิริณ

ร้ตรสาร (2543) และพัชรินทร์ ชุนซัง (2550) และแบบประเมินคุณภาพเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ที่ใช้ประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินในปัจจุบัน เป็นข้อมูลประกอบในการสร้างแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

7.7.1 กำหนดโครงสร้าง และองค์ประกอบโดยยึดขั้นตอนการประเมินตามกระบวนการพยาบาล คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน จำนวน 25 รายการ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการแปลข้อมูลโดยการวิเคราะห์ กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน จำนวน 11 รายการ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดแผนการพยาบาล เพื่อป้องกัน แก้ไขหรือทำให้ปัญหาบรรเทาความรุนแรง ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน 10 รายการ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน 17 รายการ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนการตัดสินใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน 18 รายการ

ในการกำหนดเนื้อหาสาระบางรายการที่ไม่มีในมาตรฐานสำนักการพยาบาล แต่มีความจำเป็นต้องใช้ในการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และต้องใช้ข้อมูลไปประกอบการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงนำมาระบุรายการในแบบการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วย เช่น การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น เวลาที่ต้องรายงานแพทย์ และเวลาที่แพทย์มาตรวจรักษาผู้ป่วย การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่และการประเมินภาวะซึมเศร้า

7.7.2 กำหนดเกณฑ์การตัดสินใจคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามหลัก 4C (correct, compete, clear, concise) ดังนี้

7.7.2.1 มีความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วย และเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือสอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของโรค และสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ได้แก่

1) บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก และถูกต้องตามแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่กำหนด และบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยตามที่สังเกตได้มากกว่าการแปลความหมาย

2) การรายงานปัญหาถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

3) บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง

และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

4) บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้ผู้ป่วยได้

ถูกต้องสอดคล้องกับข้อ 1.3

5) บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้

กระทำโดยพยาบาลหรือทีมสุขภาพได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับข้อ 1.4

6) ระยะเวลาความถี่ ในการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับระดับความ

รุนแรงของอาการผู้ป่วย หรือสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

7) บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมาย

วรรคตอนต่างๆ ได้ถูกต้อง

7.7.2.2 มีความครบถ้วน (complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์

ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่องลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล ทุกช่อง ดังนี้

1) ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือภาวะความ

เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

2) ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการสนองความต้องการของ

ผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแล รักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

3) การบันทึกทางการพยาบาล โดยยึดปัญหาและความต้องการ

ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

7.7.2.3 มีความชัดเจน (clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน

อ่านง่าย ดังนี้

1) บันทึกด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย

และใช้ตัวย่อสากล

2) ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนข้อความ ต้องขีดฆ่าให้เห็น

ข้อความเดิม แล้ววงชื่อกำกับ

7.7.2.4 ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกที่มีความอ่านง่าย กระชับรัด

สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ใช้บริการ อ่านแล้วเข้าใจและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของกระบวนการพยาบาล

7.7.3 กำหนดน้ำหนักคะแนน ดังนี้

7.7.3.1 กรณีรายการข้อมูลมีความสำคัญ มีความยากในการประเมิน ต้องใช้ทักษะในการแปลข้อมูลและวิเคราะห์ ระดับมาก-มากที่สุด

7.7.3.2 ให้ 0.5 คะแนน กรณีรายการข้อมูลมีความสำคัญ มีความยากในการประเมิน ต้องใช้ทักษะในการแปลข้อมูลและวิเคราะห์ ระดับปานกลาง

7.7.3.3 ให้ NA หมายถึง จำเป็นต้องมีรายการบันทึกเรื่องนั้นๆ แต่ไม่จำเป็นต้องตรวจสอบ กรณีรายการข้อมูลมีความสำคัญ มีความยากในการประเมิน ต้องใช้ทักษะในการแปลข้อมูลและวิเคราะห์ ระดับน้อย หรือไม่มีความจำเป็น

7.7.4 กำหนดคะแนนประเมินคุณภาพ แต่ละรายการประเมินคุณภาพซึ่งได้ใช้หลัก 4C ดังนี้

7.7.4.1 ให้ 1 คะแนน กรณีบันทึกได้ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพที่ในแต่ละรายการที่กำหนดให้บันทึก

7.7.4.2 ให้ 0 คะแนน กรณีบันทึกไม่ได้ตามเกณฑ์เกณฑ์ประเมินคุณภาพที่ในแต่ละรายการที่กำหนดให้บันทึก

7.7.4.3 ให้ NA กรณีรายการบันทึกเรื่องนั้นๆ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลในการตรวจสอบ

7.7.5 เกณฑ์ตัดสินระดับคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ร่วมกันตั้งเป้าหมายให้ไว้ มากกว่า ร้อยละ 70 จึงกำหนดการจัดกลุ่มระดับคุณภาพ ดังนี้

7.7.5.1 ร้อยละ 91-100 หมายถึง ระดับดีมาก

7.7.5.2 ร้อยละ 81-90 หมายถึง ระดับดี

7.7.5.3 ร้อยละ 71-80 หมายถึง ระดับพอใช้

7.7.5.4 น้อยกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 70 หมายถึง ต้องปรับปรุง

7.8 เมื่อสร้างแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเสร็จแล้ว จึงดำเนินการสร้างคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ร่วมกันกำหนดสาระสำคัญของคู่มือ ประกอบด้วย คำชี้แจงการใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วัตถุประสงค์การประเมินคุณภาพ เกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพ เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพ เกณฑ์การตัดสินใจระดับคุณภาพ ขั้นตอน โครงสร้างและองค์ประกอบของเนื้อหาในคู่มือประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย ปก คำนำ สารบัญ คำชี้แจงการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วัตถุประสงค์ เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพ เกณฑ์ตัดสินระดับคุณภาพ ขั้นตอน

การประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล การอธิบายวิธีการประเมิน จนกระทั่งการดำเนินการแล้วเสร็จ

7.9 นำแบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล ไปทดลองใช้ประเมินคุณภาพ แบบบัณฑิตทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นและได้บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว พบปัญหาดังนี้

7.9.1 การให้คะแนนในรายการที่ต้องบันทึกข้อมูลหลายอย่างได้แก่ 1) การบันทึกผลของสัญญาณชีพ จะต้องบันทึกผลของความดันโลหิต ชีพจร การหายใจและอุณหภูมิ กรณีไม่บันทึกอุณหภูมิ จะถือว่าบันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน หรือไม่ 2) การกำหนดคำจำกัดความเกี่ยวกับ ความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความกว้างไปทำให้แปลความหมายไปได้หลายอย่าง 3) คะแนนรวมในแต่ละชั้นตอนไม่เท่ากัน แตกต่างกันมาก จึงรวบรวมข้อมูลนำมาทบทวนร่วมกับทีมพัฒนาเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้

7.9.2 จากนั้นนำแบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล ไปขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ข้อเสนอแนะเช่น จำนวนภาษาไม่ชัดเจน ข้อรายการไม่สอดคล้องกับในคู่มือประเมินคุณภาพ ซึ่งพบว่าข้อรายการที่ประเมินคุณภาพกับแบบบัณฑิตทางการพยาบาลฯ ไม่สอดคล้องกัน ทำให้ผู้ประเมินทำการประเมินยาก กรณีที่ยังไม่คุ้นเคยกับแบบบัณฑิตทางการพยาบาล จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำ แบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำข้อมูลมาหาค่า CVI ได้ = 0.92 ซึ่งยอมรับได้ รวมทั้งได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงตามเนื้อหาและจำนวนภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้

7.10 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแนวทางการบัณฑิตทางการพยาบาล แก่ทีมผู้บัณฑิตทางการพยาบาลและทีมประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล จำนวน 2 รุ่นๆ ละ ครั้งวันก่อนการนำแบบบัณฑิตและคู่มือบัณฑิตทางการพยาบาล ไปใช้จริง รุ่นที่ 1 ดำเนินการประชุม ในวันที่ 14 ธันวาคม 2554 เวลา 13.00-17.30 น. รุ่นที่ 2 ดำเนินการประชุมในวันที่ 15 ธันวาคม 2554 เวลา 13.00-17.30 น. โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงรายละเอียดตามเนื้อหาสาระของแบบบัณฑิตและคู่มือบัณฑิตทางการพยาบาล ได้แก่ รายการที่บันทึกตามแบบบัณฑิต วิธีการบันทึก และการใช้คู่มือประกอบการบัณฑิตทางการพยาบาล รวมทั้งแบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล หลังจากนั้นให้ทีมผู้บัณฑิตได้ฝึกการใช้แบบบัณฑิตและคู่มือบัณฑิตในการบันทึกในขณะปฏิบัติงาน คนละ 2 ฉบับ จนเกิดทักษะ สำหรับทีมประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล ได้ฝึกทำการประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลเพื่อหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินคุณภาพบัณฑิต โดย

ให้ทุกคนใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ที่ให้ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้บันทึกโดยใช้ฉบับเดียวกัน ทำการประเมินคุณภาพตามแบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้น จำนวนคนละ 3 ฉบับ แล้วนำข้อมูลมาหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน

7.11 ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้เริ่มลงมือปฏิบัติการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่คัดกรองระดับอาการเป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินมาก ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีภายใน 10 นาที และผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 30 นาที โดยใช้คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแนวทางประกอบการบันทึก ตั้งแต่วันที่ 16-31 ธันวาคม 2554 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อให้ครอบคลุมพยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และได้ทำการบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด จำนวน 370 ฉบับ ระหว่างการดำเนินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ทำกรณีศึกษาติดตามกระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน มาทำการสอบถามทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล

สรุป ผลการพัฒนาจากการทบทวน ดำเนินการเอกสารและงานวิจัยต่างๆ รวมทั้ง มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ค้นพบผลจากการปรับปรุงทำให้ได้เครื่องมือซึ่งประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) คู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 3) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ 4) คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีคุณภาพต่อไป

8. ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) ทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้ดำเนินการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตั้งแต่วันที่ 4-6 มกราคม 2555 โดยทำการสุ่มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ได้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่คัดกรองระดับอาการเป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินมาก ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีภายใน 10 นาที และผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 30 นาทีใช้ก่อนการพัฒนา ในระหว่างวันที่ 1-15 ธันวาคม 2554 จำนวน 30 ฉบับ จากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมดที่ได้บันทึกในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 372 ฉบับ โดยการเขียน H.N. ลงในกระดาษ แล้วนำมาคัดลอกทำการสุ่มโดยการการจับฉลากครั้งละ 1 ใบ จนครบ 30 ฉบับ และทำการสุ่มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างใหม่ และนำมาใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 16-31 ธันวาคม 2554 จำนวน 30 ฉบับจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมดที่ได้บันทึกในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 370 ฉบับ ดำเนินการสุ่มตามวิธีเดียวกัน หลังจากได้ข้อมูล H.N. ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ก่อนการพัฒนาและภาพหลังการพัฒนาแล้ว จึงนำไปให้เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนทำการค้นหาบันทึกทางการแพทย์มาแล้วให้นำมาประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ตามแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น โดยนำคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์มาประกอบเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพ ระหว่างการปฏิบัติการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ การผู้ศึกษาได้ทำการนิเทศ ติดตามการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของทีมผู้ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพ

ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ลี ก่อนการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 30 ฉบับ โดยแต่ละฉบับมีคะแนนเต็ม ลบด้วย ข้อที่ NA เท่ากับ 72-73 คะแนน คะแนนที่ได้ต่ำสุด 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 21 และคะแนนสูงสุด 36 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 46 แสดงว่าบันทึกทางการแพทย์ก่อนการพัฒนาคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงทุกฉบับ และผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ลี ภายหลังการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 30 ฉบับ โดยแต่ละฉบับมีคะแนนเต็ม ลบด้วย ข้อที่ NA เท่ากับ 72-73 คะแนน คะแนนที่ได้ต่ำสุด 54 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73 และคะแนนที่ได้สูงสุด 73 คะแนน และ คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ได้ตรวจสอบการปฏิบัติการบันทึกทางการแพทย์ของทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ โดยใช้แนวคำถามปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์ในสถานการณ์ปัจจุบัน และกระบวนการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ จากทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ พบปัญหาระหว่างการปฏิบัติการบันทึกทางการแพทย์ ในขั้นตอนการวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการบันทึกทางการแพทย์ และการประเมินผลทางการแพทย์ ต้องใช้เวลาในการคิดนานในโรคที่พบน้อยไม่ได้มีการบันทึกทางการแพทย์มาก่อน เนื่องจากเป็นการบันทึกแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง ทำให้ใช้เวลาคิดรวบรวมข้อมูลและเขียนลงในแบบบันทึกนานกว่าปกติ หรือ บางครั้งพบผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยก่อน แล้วจึงมาทบทวนการบันทึกในภายหลัง ทำให้ลืมนบันทึกได้ไม่ครบถ้วน

ส่วนการตรวจสอบการปฏิบัติการของทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ โดยการสอบถามปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ แต่ไม่พบปัญหาหรือข้อจำกัดในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทีมผู้ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์เป็นคณะกรรมการเวชระเบียนของโรงพยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการประเมินคุณภาพเวชระเบียนมาแล้ว

9. การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act to hold the gain and continue improvement) จากการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส ฟิตีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzyny, 1999) แล้วได้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายซึ่งได้กำหนดคุณภาพบันทึกทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 70 ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ที่ร่วมกันสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ บันทึกทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 21-46 แต่ภายหลังการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์ มีคะแนนคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 73-100 ซึ่งคะแนนคุณภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ 52-54 : แสดงว่าบันทึกทางการแพทย์ ภายหลังจากพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนาทุกฉบับ

ผลจากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ทำให้ได้ 1) แบบบันทึกทางการแพทย์ 2) รูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล 3) คู่มือบันทึกทางการแพทย์ และ 4) คู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ส่วนปัญหาที่พบการปฏิบัติการบันทึกที่ล่าช้า อาจเป็นผลมาจากความไม่คุ้นเคยในการบันทึกทางการแพทย์แบบใหม่ และจะใช้เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบของบันทึกทางการแพทย์ต่อไป และทีมพัฒนามีความคิดเห็นตรงกัน ควรนำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการประกาศใช้แบบบันทึกและคู่มือบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นในหน่วยงาน และเพื่อให้มีการบันทึกทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนี้ ตามกระบวนการพยาบาล ยังคงมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ จึงวางแผนดำเนินการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์และคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการสุ่มประเมินคุณภาพสัปดาห์ละ 5 ฉบับ โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการ แล้วนำผลไปวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องต่อไป



ส่วนที่ 3 คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน ตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ก่อนการพัฒนามีความแตกต่างจากภายหลังพัฒนา

จากการศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการประเมินคุณภาพตามแบบประเมินคุณภาพที่สร้างขึ้น ในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจนและได้ใจความ โดยศึกษาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบันทึก จากการใช้แบบบันทึก ก่อนการพัฒนาและภายหลังการพัฒนาอย่างละ 30 ฉบับ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 4-2

คะแนนเต็ม ช่วงคะแนน และร้อยละของการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน ก่อนการพัฒนา โดยภาพรวมและจำแนกตามขั้นตอนการบันทึก ( $n = 30$ )

ขั้นตอนการบันทึก	คะแนนคุณภาพ		
	(คะแนนเต็มรวม 30 ฉบับ) (คะแนนเต็ม 1 ฉบับ)	คะแนนที่ได้ ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)	คิดเป็นร้อยละ ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)
1.การประเมิน	600	308	51
ภาวะสุขภาพ	20	(6-15)	(30-75)
2.การวินิจฉัย	330	92	28
ทางการแพทย์พยาบาล	11	(0-4)	(0-36)
3.การวางแผน	300	25	8
การพยาบาล	10	(0-2)	(0-20)
4.การปฏิบัติ	479	100	21
การพยาบาล	16	(0-9)	(0-56)
5.การประเมินผล	468	157	34
ทางการแพทย์พยาบาล	16	(2-10)	(13-63)
ภาพรวม	2,177	681	31
	73	(15-33)	(21- 46)

NA หมายถึง มีรายการบันทึกนี้ แต่ไม่สามารถประเมินได้

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนการพัฒนา จำนวน 30 ฉบับ ในภาพรวม มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 2,177 คะแนน ผลการประเมินคุณภาพ พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 681 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 31 โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 15 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 21-46 ซึ่งแต่ละฉบับได้คะแนนประเมินคุณภาพต่ำกว่าที่เกณฑ์กำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ 70 ในกรณีมีการระบุ NA ไว้ คะแนนเต็มจะถูกหักออกจากคะแนนเต็มในรายการประเมินนั้น

เมื่อจำแนกตามขั้นตอนการบันทึก ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 600 คะแนน ผลการประเมินคุณภาพ พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 308 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 51 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 37-75 ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการแพทย์ มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 330 คะแนน พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 92 คะแนน โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 0-36 ขั้นตอนการวางแผนทางการแพทย์ มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 300 คะแนน พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 25 คะแนน โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 2 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 0-20 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 479 คะแนน พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 100 โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 0-56 ขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 468 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 2 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 13-63 ซึ่งแต่ละขั้นตอนของทุกฉบับต้องมีการปรับปรุง

## ตารางที่ 4-3

คะแนนเต็ม ช่วงคะแนน และร้อยละของการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจ จังหวัดลำพูน ภายหลังจากพัฒนา โดยภาพรวมและจำแนกตาม  
ขั้นตอนการบันทึก (n= 30)

ขั้นตอน การบันทึก	คะแนนคุณภาพ		
	(คะแนนเต็ม รวม 30 ฉบับ) (คะแนนเต็ม 1 ฉบับ)	ที่ได้ ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)	คิดเป็นร้อยละ ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)
1.การประเมิน ภาวะสุขภาพ	600	554 (15-20)	92 (75- 100)
2.การวินิจฉัย ทางการแพทย์	330	283 (7-11)	86 (64-100)
3.การวางแผน การพยาบาล	300	267 (7-10)	89 (70-100)
4.การปฏิบัติ การพยาบาล	479	416 (6-16)	87 (38-100)
5.การประเมินผล ทางการแพทย์	468	427 (10-16)	91 (63-100)
ภาพรวม	2,177	1,947 (54-73)	89 (73- 100)

NA หมายถึง มีรายการบันทึกนี้ แต่ไม่สามารถประเมินได้

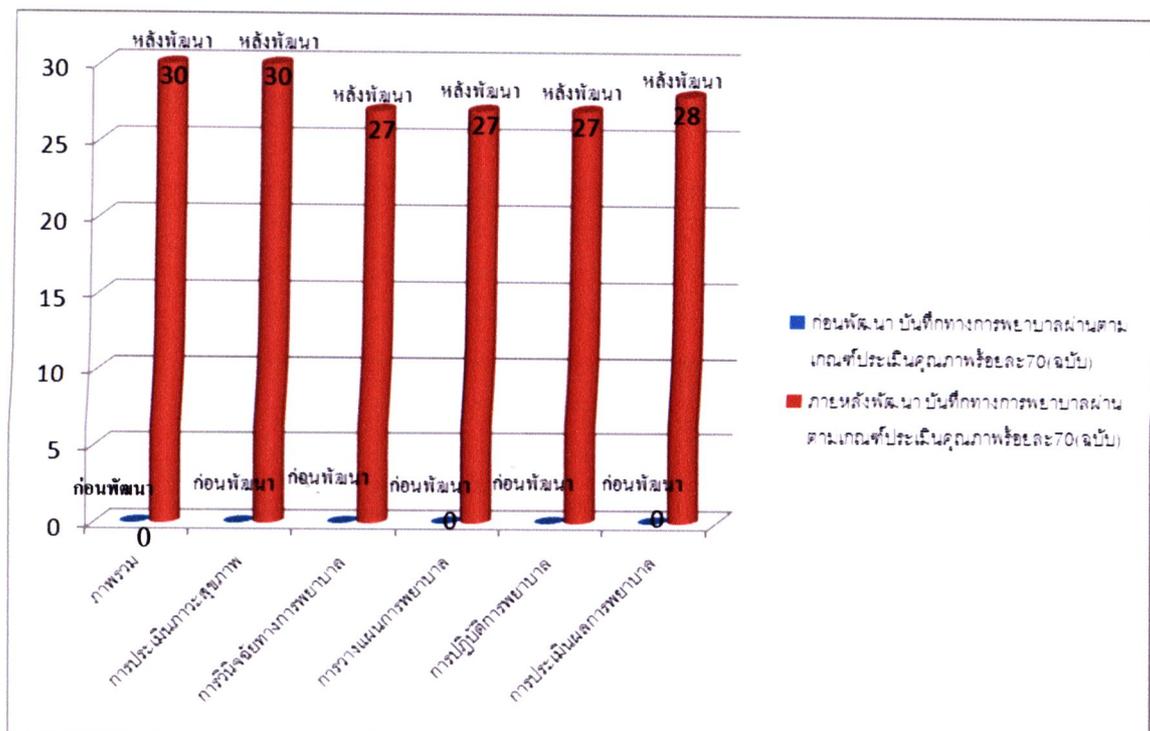
คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจ จังหวัดลำพูน ภายหลังจากพัฒนา จำนวน 30 ฉบับ ในภาพรวม มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 2,177 คะแนน ผลการประเมินคุณภาพ พบว่าได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 1,947 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 89 โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 54 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 73 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73-100 ในกรณีที่มีการระบุ NA ไว้ คะแนนเต็มจะถูกหักออกจากคะแนนเต็มในรายการประเมินนั้น

เมื่อจำแนกตามขั้นตอนการบันทึก ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 600 คะแนน ผลการประเมินคุณภาพ พบว่าได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 554 คะแนน คิดเป็น

ร้อยละ 92 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 15 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 75-100 ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการแพทย์ มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 330 คะแนน พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 86 คะแนน โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 7 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 11 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64-100 ขั้นตอนการวางแผนทางการแพทย์ มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 300 คะแนน พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 267 คะแนน โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 7 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 70-100 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 479 คะแนน พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 416 คะแนน โดยได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 38-100 ขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 468 คะแนน พบว่า ได้คะแนนคุณภาพ เท่ากับ 427 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 10 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 63-100

#### ภาพที่ 4-7

แผนภูมิ การเปรียบเทียบจำนวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน ที่ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลทำการบันทึกได้ผ่านตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ มากกว่า ร้อยละ 70 (ตามเป้าหมายของการพัฒนา) ในภาพรวม และจำแนกตามขั้นตอนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและภายหลังการพัฒนา (n=30)



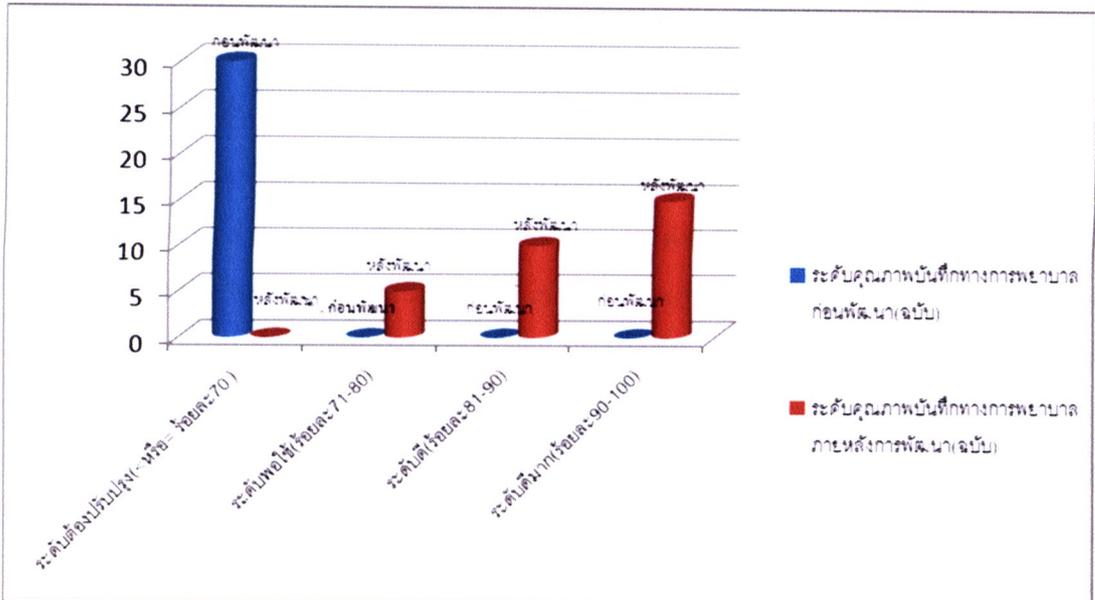
จำนวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลทำการบันทึก ได้ผ่านตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ มากกว่า ร้อยละ 70 (ตามเป้าหมายของการพัฒนา) ในภาพรวม ก่อนการพัฒนา พบว่า มีบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพผ่านตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ จำนวน 0 ฉบับ และภายหลังการพัฒนา พบว่า มีบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพผ่านตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ จำนวน 30 ฉบับ แสดงว่า ภายหลังการพัฒนามบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีคุณภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100

จำนวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลทำการบันทึก ได้ผ่านตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ มากกว่า ร้อยละ 70 (ตามเป้าหมายของการพัฒนา) จำแนกในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการประเมินผลทางการแพทย์พยาบาล

ก่อนการพัฒนา พบว่า มีบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพผ่านตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ จำนวน 0 ฉบับ ทั้ง 5 ขั้นตอน และภายหลังการพัฒนา พบว่า มีบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพผ่านตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ทั้ง 5 ขั้นตอน จำนวน 30, 27, 27, 27, 28 ฉบับตามลำดับ แสดงว่า ภายหลังการพัฒนานบันทึกทางการพยาบาล มีคุณภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100, 90, 90, 90, 98

#### ภาพที่ 4-8

แผนภูมิ การเปรียบเทียบจำนวนบันทึกทางการพยาบาล จำแนกตามระดับคุณภาพ คือ ระดับต้องปรับปรุง ระดับพอใช้ ระดับดี และระดับดีมาก ก่อนและภายหลังการพัฒนา (n=30)



จำนวนบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนา พบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับต้องปรับปรุง จำนวน 30 ฉบับ และจำนวนบันทึกทางการพยาบาล ภายหลังการพัฒนา พบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับต้องปรับปรุง จำนวน 0 ฉบับ มีคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 5 ฉบับ มีคุณภาพอยู่ในระดับดีจำนวน 10 ฉบับ และมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 15 ฉบับ

## การอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน ตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และคำถามในการศึกษาในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ภายหลังจากพัฒนาตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 2) คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความแตกต่างจากก่อนการพัฒนา

1. บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ภายหลังจากพัฒนาตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการนำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส-พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง ซึ่งมีขั้นตอนในการค้นหากระบวนการในการพัฒนา การสร้างทีมให้มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องพัฒนาซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีม โดยมีการระดมสมองทำให้ทีมมีความเข้าใจกระบวนการที่เป็นปัญหาการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ครบถ้วน สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ สุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า การระดมสมองเป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้ในการรวบรวมความคิดเห็น ปัญหาหรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว เป็นวิธีที่กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และเกิดการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดและ เป้าหมายที่จะทำให้การพัฒนาบรรลุผล คือ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพภายหลังจากพัฒนา มากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งส่งผลดีทำให้ทีมมีความมุ่งมั่นที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้ความร่วมมือในวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา เพื่อนำมากำหนดวิธีการและร่วมกันเลือกวิธีการในการแก้ปัญหาได้ตรงกับประเด็น คือการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้อยู่ แต่ยังมีปัญหาในการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน จึงร่วมกันเลือกรูปแบบบันทึกบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีความเหมาะสมกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนทำให้ได้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีรูปแบบโดยใช้กระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับ บุรินทร์ทิพย์ ชัยสวัสดิ์ (2550) ที่ได้ศึกษากระบวนการปฏิบัติงานที่เป็นปัญหามาทำการพัฒนาคุณภาพ โดยทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันตั้งตัวชี้วัดและเป้าหมาย คือจำนวนครั้งของการปฏิบัติงานที่ไม่ได้มาตรฐานลดลงร้อยละ 5 ของจำนวนการปฏิบัติทั้งหมด ทำให้ทีมมีความมุ่งมั่นในมาทำการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ร่วมกันเลือกวิธีการที่เหมาะสม ทำการพัฒนาคุณภาพ

ส่งผลทำให้ได้กระบวนการปฏิบัติงานภายหลังการพัฒนามีคุณภาพได้มาตรฐานดีกว่าก่อนการพัฒนา

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีหลากหลายชนิด ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อด้อย ซึ่งทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้นำข้อดีข้อด้อยในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแต่ละแบบ มาร่วมกันพิจารณา เลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีผู้นิยมนำรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้นมาใช้ในการบันทึกซึ่งได้ร่วมกันเลือกรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีข้อดีมากกว่าข้อด้อยซึ่งสอดคล้องกับ สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540), สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2546) และพรศิริ พันธสี (2554) กล่าวไว้คล้ายคลึงกันว่า ข้อดีของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ มีการบอกวัน เวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาชัดเจน การวินิจฉัยปัญหาจะสะท้อนถึงความรู้ของพยาบาลในการวิเคราะห์และตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินผลทางการแพทย์พยาบาลชัดเจน สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งข้อดีมีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนข้อด้อยของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลคือ ไม่เหมาะสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการบันทึกจะซ้ำกัน ทุกเวรทุกวัน การบันทึกต้องใช้ความรู้และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมากต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึก การเขียนการวินิจฉัยทำให้ใช้เวลานาน จนเกิดความท้อถอยได้ และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบในการคิดวิเคราะห์ ปัญหาของผู้ป่วยและเขียนการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา จึงเป็นอุปสรรคสำหรับพยาบาลผู้บันทึกที่ขาดความรู้ ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ส่วนในข้อด้อยด้านทักษะของทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลและมีการใช้เวลาในการเขียนนานนั้น ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสร้างรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกได้ทันเวลาและได้ข้อมูลครบถ้วน ซึ่งคล้ายคลึงกับ สงวน นุตาคี (2545) ซึ่งพบว่ารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการบันทึกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้พยาบาลเพิ่มความเชื่อมั่นให้พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานมากขึ้น

ในการกำหนดโครงสร้างของการบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ตามกระบวนการพยาบาล อันประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลทางการแพทย์พยาบาล ทำกำหนดเนื้อหารายการบันทึกให้ครบถ้วนตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน โดยการระดมสมองทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์

พยาบาล ทำการทบทวนจากวรรณกรรมต่างๆ เช่น มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของสำนักการพยาบาล (2550) เกณฑ์ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) และจากงานวิจัยต่างๆ จนทำให้ได้เนื้อหาที่กำหนดรายการบันทึก จำนวน 45 รายการ ซึ่งจะพบว่า แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ยังมีเนื้อหาที่ไม่ครบถ้วนตามรายการที่กำหนด (ตามตารางในภาคผนวก ข) ดังเช่น การตรวจร่างกายผู้ป่วย ประวัติการใช้สารเสพติด การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งไม่มีช่องว่างในการบันทึก จึงได้นำเนื้อหารายการบันทึก จำนวน 45 รายการมาจัดหมวดหมู่ บรรจุลงในขั้นตอนการบันทึกตามรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่กำหนดร่วมกันขึ้น จำนวน 3 หน้ากระดาษ A4 ทำให้ได้แบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่มาใช้ในหน่วยงาน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้จริง และเป็นที่ยอมรับของพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ อย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรินทร์ ชุนชัง (2550) ที่ได้สร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีรูปแบบตามกระบวนการพยาบาล และกำหนดเนื้อหาในการบันทึกให้ครบถ้วนตามเกณฑ์กองการพยาบาล (2539) ส่งผลให้ ได้บันทึกทางการพยาบาลมีความเหมาะสมทั้งรูปแบบและเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก ส่งผลให้คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 85.7 สามารถนำแบบบันทึกไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีการสร้างคู่มือที่มีรายการครบถ้วนตามแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยได้อธิบายขั้นตอนและวิธีการบันทึกไว้อย่างชัดเจนทุกรายการพร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้น สอดคล้องกับสายสมร พลเชื้อ, สิริพันธ์ เวชสิทธิ์ และวนิดา หาญคุณานุกุล (2542) ซึ่งกล่าวว่า คู่มือบันทึกทางการพยาบาลซึ่งได้อธิบายแบบฟอร์มต่างๆ ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการเขียนมากขึ้น ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ นันทนา สุวรรณมาโจ (2545) ที่ได้สร้างมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อเป็นคู่มือหรือแนวทางให้พยาบาลในตึกผู้ป่วยในมาใช้ในการบันทึก ส่งผลให้ผู้บันทึกเกิดความเข้าใจตรงกัน และมีความพึงพอใจในการบันทึก รวมทั้งยังสอดคล้องกับทีมผู้บันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ทุกคนมีความคิดเห็นที่ตรงกัน ในการสร้างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลมาใช้ประกอบเป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล ในการบันทึกทางการพยาบาล นอกจากจะมีแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบและรายการบันทึกที่ครบถ้วน ชัดเจนเป็นระบบ และมีคู่มือซึ่งได้อธิบายขั้นตอนวิธีการในการบันทึกตามแบบบันทึกทางการพยาบาลแล้ว ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญที่สุด จะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึก มีความตระหนัก การต้องมีความรู้และความเข้าใจในการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนยังพบปัญหาการมีภาระงานมาก การใช้เอกสารที่ต้องบันทึกข้อมูลจำนวนมาก การขาดความรู้ในการ

บันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในขั้นตอนการวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลทางการแพทย์ ดังนั้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ความรู้ เกี่ยวกับการบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และเน้นในเนื้อหาการบันทึกในขั้นตอนที่เป็นปัญหา จะทำให้ผู้บันทึกมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์ และสามารถทำการบันทึกได้ตามวิธีการที่กำหนดไว้ ทำให้ผลการบันทึกมีคุณภาพดียิ่งขึ้นและยังคงมีการบันทึกที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวดี วโรธ (2550) ได้พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย หลังจากทำการประเมินผลแล้วพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้หลังการประชุมดีกว่าก่อนการประชุม อย่างมีนัยสำคัญ และคะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์หลังการประชุมอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าก่อนการประชุม และสอดคล้องกับจิตรศิริ ชันเงิน (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์มากหรือน้อย คือภาระงาน ความจำกัดของเวลา ความรู้ความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์

นอกจากนี้ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ได้สร้างแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์โดยมีเนื้อหาสาระในรายการประเมินสอดคล้องกับเนื้อหาสาระในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้ในการประเมินระดับคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมิน 5 ขั้นตอน ตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน จำนวน 25 รายการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการแปลข้อมูลโดยการวิเคราะห์ กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน จำนวน 11 รายการ ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดแผนการพยาบาล เพื่อป้องกัน แก้ไขหรือทำให้ปัญหาบรรเทาความรุนแรง ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน 10 รายการ ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน 17 รายการ และขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนการตัดสินใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมิน 18 รายการ โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินใจคุณภาพตามหลัก 4 C ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจนและได้ใจความ ซึ่งสอดคล้องกับสภาการพยาบาล (2548) และสำนักการพยาบาล (2550) กล่าวว่า การ

ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ต้องมีการตรวจสอบให้ครอบคลุมความถูกต้อง เชื่อถือได้ ความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหาการบันทึก และข้อความที่บันทึกต้องมีความชัดเจนและได้ใจความ สามารถสื่อความหมายแก่ทีมต่างๆ ได้ รวมทั้งได้มีการสร้างคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ซึ่งได้อธิบายขั้นตอนในการประเมิน วิธีการประเมินคุณภาพตามรายการประเมิน ในแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์เพื่อนำมาใช้ประกอบในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น สอดคล้องกับงานศึกษาวิจัยของวัชชริภรณ์ รัตสาร (2543); พัชรินทร์ ชุนชัง (2550) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบันทึก ได้ทำการสร้างแบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์และคู่มือตรวจสอบที่สอดคล้องกับมาตรฐานกองการพยาบาล มาทำการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ผลการตรวจสอบพบว่า บันทึกทางการแพทย์มีระดับคุณภาพ อยู่ในเกณฑ์ ดี เกิดผลดีต่อหน่วยงานและโรงพยาบาล ทำให้ได้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่สามารถใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ คู่มือบันทึกทางการแพทย์ซึ่งใช้ประกอบเป็นในการบันทึก แบบประเมินและคู่มือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ซึ่งนำมาใช้ในการตรวจสอบคุณภาพทางการแพทย์ ส่งผลให้บันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสำคัญและมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการของโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการ โดยตรง และเพื่อการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้มีความก้าวหน้าและยั่งยืนยิ่งขึ้น

2. คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดีจังหวัดลำพูน ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความแตกต่างจากก่อนการพัฒนา

จากการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในภาพรวม ก่อนการพัฒนา ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์จำนวน 30 ฉบับ ได้คะแนนภาพรวมอยู่ในช่วงร้อยละ 21-46 (ดังตาราง4-2) แสดงว่า ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ก่อนการพัฒนา บันทึกทางการแพทย์ทุกฉบับที่ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ได้บันทึกไว้ต่ำกว่าเกณฑ์ประเมินคุณภาพที่กำหนดเป้าหมายไว้ มากกว่าร้อยละ 70 ทุกฉบับ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมไม่เหมาะสำหรับการบันทึกให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ไม่ได้กำหนดช่องว่างให้บันทึก กำหนดรายการบันทึกไม่ครบถ้วน สอดคล้องกับ เกษราภรณ์ บรรณวงศ์ศิลป์ ค้นพบปัญหาแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แบบเดิมไม่เอื้อต่อการบันทึก มีข้อมูลไม่ครบถ้วน บันทึกซ้ำซ้อน โดยเฉพาะขาดการบันทึกที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินคุณภาพ จึงได้ทำการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์โดยการพัฒนาคุณภาพแบบบันทึกทางการแพทย์ ขึ้นมาใหม่ให้มีรูปแบบและเนื้อหาครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนจากวรรณกรรมต่างๆ ซึ่งการ

ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ที่ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ได้บันทึก ภายหลังจากพัฒนาจำนวน 30 ฉบับ ได้คะแนนภาพรวมอยู่ในช่วงร้อยละ 73-100 (ดังตาราง 4-3) ซึ่งผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์สูงกว่าเกณฑ์การประเมินคุณภาพที่กำหนด มากกว่าร้อยละ 70 ทุกฉบับ แสดงว่าบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 100

ภายหลังจากพัฒนามบันทึกทางการแพทย์จำนวน 30 ฉบับ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบันทึก มีระดับคุณภาพ อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 71-80) จำนวน 5 ฉบับ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 81-90) จำนวน 10 ฉบับและอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 91-100) จำนวน 15 ฉบับ (ดังภาพที่ 4-8) ทั้งนี้เนื่องมาจากการใช้กระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า FOCUS-PDCA ทำให้สามารถเลือกแนวทางหรือกระบวนการมาทำการพัฒนาคุณภาพได้ถูกต้อง โดยที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด ค้นหา และสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีการปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมในการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และมีการสร้างคู่มือบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งมีรายละเอียดในการบันทึกทางการแพทย์ทุกรายการอย่างชัดเจน ตลอดจนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทดลองปฏิบัติในระหว่างการปรับปรุงเครื่องมือรวมทั้งก่อนการปฏิบัติจริงได้ประชุมเพื่อชี้แจงการใช้แบบบันทึกและคู่มือบันทึกทางการแพทย์ ตลอดจนได้รับการนิเทศติดตามผลจากทีมพัฒนาคุณภาพเพื่อแก้ไขปัญหา จึงทำให้ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจจนสามารถทำการบันทึกได้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้บันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพในภาพรวมผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และผลของการประเมินคุณภาพของการบันทึกแต่ละขั้นตอนนี้ พบว่า คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในแต่ละขั้นตอนนี้ผ่านเกณฑ์ประเมินผลเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาทั้งหมด จำนวน 27-30 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90-100 (ดังภาพที่ 4-7) ซึ่งแสดงถึงทีมผู้บันทึกทางการแพทย์นั้นมีความรู้ความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ประสิทธิผลการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวดีขึ้นด้วย และสอดคล้องกับ เยาวเรศ คุณแก้ว (2551) ได้ศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น พบว่า บันทึกทางการแพทย์ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 80.62 จากการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนา โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ และทดลองใช้ 1 เดือน พบว่าคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ มีคะแนนโดยภาพรวมเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 93.77 และสอดคล้องกับ อารณ์ ทองทิพย์ ซึ่งได้พัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์และประสิทธิภาพของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยการระดมสมองทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ ทำให้ได้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล ที่ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์ภายหลังจากพัฒนามีคุณภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนา

จากการพิจารณาการบันทึกในแต่ละรายการที่กำหนดในขั้นตอนต่างๆ ทั้ง 5 ขั้นตอนแล้ว ส่วนใหญ่ได้บันทึกตามรายการที่กำหนดครบถ้วน แต่มีบางรายการมีการบันทึกยังไม่ครบถ้วนหรือยังไม่มีการบันทึกต่างๆ ที่แบบบันทึกได้กำหนด รายการและช่องว่างให้บันทึกไว้แล้ว โดยพิจารณารายละเอียดของแต่ละรายการในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล โดยใช้หลัก ATLS (Advance Trauma Life Support) เพื่อค้นหาภาวะคุกคามของชีวิต พบว่า ภายหลังจากพัฒนาทีมผู้บันทึกทางการแพทย์บาลส่วนใหญ่มีการบันทึกในแต่ละรายการบันทึกของขั้นตอนนี้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา พบมีรายการบันทึกที่มีคุณภาพการบันทึกดีเท่ากันทั้งก่อนและภายหลังจากพัฒนา คือ รายการ 1) บันทึกชื่อ นามสกุล HN เพศและอายุ 2) วัน เดือน ปี เวลาที่มาโรงพยาบาล 3) อาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการ แสดงว่า รูปแบบของแบบบันทึกที่กำหนดรายการและช่องว่างให้มีการบันทึกข้อมูลอย่างเพียงพอ นั้น ทำให้สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจะส่งผลไปสู่ขั้นตอนการแปลข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยทางการแพทย์บาลให้ครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับสายสมร พลเชื้อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์, และวนิดา หาญคนากุล (2542) ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์บาล ต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์บาลของพยาบาลประจำการ พบว่าประสิทธิภาพการบันทึกทางการแพทย์บาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นรายด้านและโดยรวมดีกว่า การบันทึกตามรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์บาลตามรูปแบบเดิม และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นรายด้านและ โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจาก วัชรภรณ์ รัตสาร (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ของพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า คุณภาพการบันทึกในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับ อยู่ในเกณฑ์พอใช้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีรายการบันทึกทางการแพทย์บาลก่อนการพัฒนามีคุณภาพบันทึกมากกว่าภายหลังจากพยาบาลคือการบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินมากกว่าซึ่งไม่สามารถชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้ครบถ้วน ซึ่งจะต้องนำรายการบันทึกดังกล่าวไปทำการทบทวนซ้ำเพื่อค้นหาเหตุที่แท้จริงในการนำมาแก้ไขให้ปัญหานั้นหมดไปโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์บาล เป็นขั้นตอนการแปลข้อมูลที่รวบรวมไว้กำหนดเป็นการวินิจฉัยทางการแพทย์บาล ซึ่งพบว่า การบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์บาลก่อนการพัฒนา กำหนดได้กำหนดรายการปัญหาของผู้ป่วยให้เลือกตอบ โดยการทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการปัญหาที่ผู้บันทึกทางการแพทย์บาลเลือก โดยไม่ได้กำหนดข้อมูลสนับสนุนที่มาของปัญหา

ซึ่งทำให้ไม่ทราบสาเหตุของปัญหาผู้ป่วย และการแก้ปัญหของผู้ป่วยเน้นไปทางการรักษา มากกว่าการพยาบาล ซึ่งไม่สะท้อนถึงการใช้ทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาล ไม่มีผลงานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ที่พยาบาลจะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา แต่ในการพัฒนาครั้งนี้ได้กำหนดรูปแบบการวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามหลักของNANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) โดยจัดทำคู่มือและตัวอย่างประกอบการบันทึก รวมทั้งมีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลมีความรู้และฝึกปฏิบัติการบันทึก จึงทำให้ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลมีการบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาลมีคุณภาพภายหลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 86 และก่อนการพัฒนา มีคุณภาพร้อยละ 28 จึงส่งผลให้คุณภาพการบันทึก ในขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาลภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 58 (ดังตารางที่ 4-2 และ ตารางที่ 4-3) สอดคล้องกับสายสมร พลเชื้อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์, และวนิดา หาญคนากุล (2542) ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ต่อประสิทธิภาพ และการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลประจำการ พบว่า คู่มือการบันทึกซึ่งได้อธิบายแบบฟอร์มต่างๆ ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการเขียนมากขึ้น โดยในแต่ละรายการ ผู้บันทึกทางการพยาบาลสามารถบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่กำหนดได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ได้ถูกต้อง ชัดเจน และได้ใจความทุกฉบับ แต่ยังไม่ครบถ้วน เนื่องจากส่วนใหญ่ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลจะบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาลในด้านร่างกาย มากกว่า การวินิจฉัยทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่สามารถ กำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาลทางด้านร่างกายได้ดีกว่าทางด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ ชุนชัง (2550) ได้ศึกษา รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าคุณภาพการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านจิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจหลังการพัฒนาอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 63.8 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการรักษาพยาบาลในช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 1-3 ชั่วโมง พยาบาลจึงเห็นความสำคัญในการประเมินและการแก้ปัญหาด้านร่างกาย มากกว่าด้าน จิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรสิริภรณ์ รัตตรา (2543) ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน สิ่งที่สำคัญที่สุด คือการที่สามารถแก้ไขหรือให้ความช่วยเหลือภาวะวิกฤติให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะที่คุกคามชีวิต ซึ่งปัญหาที่สำคัญยิ่งคือปัญหาทางด้านร่างกาย ซึ่งต้องรีบแก้ไขก่อนทันทีที่จะค้นหาประเด็นปัญหาด้าน จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล เป็นขั้นตอนในการจัดลำดับปัญหาหรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือก่อน-หลัง รวมทั้งกำหนดจุดมุ่งหมาย เกณฑ์ประเมินผลทางการพยาบาล และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย พบว่า ส่วนใหญ่

ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์สามารถบันทึกในแต่ละรายการภายหลังการพัฒนามีคุณภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนา ทุกรายการ (ดังตารางที่ 4-และตารางที่ 4-3) ซึ่งพบว่าแบบบันทึกก่อนการพัฒนาไม่ได้กำหนดรายการและช่องว่างให้บันทึกวางแผนการพยาบาล แต่ในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ได้กำหนดรายการให้บันทึกและมีคู่มือการบันทึกมาประกอบเป็นแนวทาง รวมทั้งมีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์มีความรู้และฝึกปฏิบัติการบันทึกจึงส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์ภายหลังการพัฒนามีคุณภาพดีกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับสายสมร พลเชื้อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์, และวนิดา หาญคนากุล (2542) ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ ต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลประจำการ พบว่า คู่มือการบันทึกซึ่งได้อธิบายแบบฟอร์มต่างๆ ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการเขียนมากขึ้น โดยในแต่ละรายการผู้บันทึกทางการแพทย์สามารถบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่กำหนดได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ได้ถูกต้อง ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลและบันทึกกิจกรรมการพยาบาล กำหนดรายการบันทึกในขั้นตอนนี้ จำนวน 17 รายการ ผลการศึกษาพบว่า รายการทั้งหมดที่กำหนดให้บันทึกภายหลังการพัฒนา มีคุณภาพดีมากกว่าก่อนการพัฒนา (ดังตารางที่ 4-2) ซึ่งพบว่าหลังการพัฒนา รายการที่บันทึกได้คุณภาพตามเกณฑ์ได้ดีมาก ได้แก่ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงการรักษา และกิจกรรมที่แสดงถึงการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา ส่วนรายการที่บันทึกได้คุณภาพตามเกณฑ์น้อย ได้แก่ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในการคำแนะนำ ชี้นำ หรือการสอน ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจ และรายการประเมินผลการเฝ้าติดตาม (monitoring) ให้ครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพัชรินทร์ ชุนซัง (2550) ที่พบว่าทีมผู้บันทึกทางการแพทย์สามารถบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นการตอบสนองปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจได้น้อย และสามารถบันทึกกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาทางกายซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงถึงการแก้ปัญหาที่พบและกิจกรรมที่แสดงถึงการลดปัญหาที่เกิดขึ้นได้คุณภาพอยู่ในระดับดี

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลทางการแพทย์พยาบาล เป็นขั้นตอนการเปรียบเทียบข้อมูลที่ประเมินได้กับเกณฑ์ประเมินผลทางการแพทย์พยาบาล กำหนดรายการบันทึกในขั้นตอนนี้ จำนวน 18 รายการ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาส่วนใหญ่ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์สามารถบันทึกตามรายการที่กำหนดในขั้นตอนการประเมินผลทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพดีมากกว่าก่อนการพัฒนา (ตารางที่ 4-7) ซึ่งก่อนการพัฒนาบางรายการไม่ได้มีกำหนดให้บันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์ แต่ในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นกำหนดรายการให้บันทึกและมีคู่มือการบันทึกมาประกอบเป็นแนวทาง รวมทั้งมีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์

มีความรู้และฝึกปฏิบัติการบันทึก จึงส่งผลให้การบันทึกหลังการพัฒนามีคุณภาพดีกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับสายสมร พลเชื้อ, สิริพันธ์ เวชสิทธิ์, และวนิดา หาญคณากุล (2542) พบว่า คู่มือการบันทึกซึ่งได้อธิบายแบบฟอร์มต่างๆ ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการเขียนมากขึ้น โดยในแต่ละรายการผู้บันทึกทางการพยาบาลสามารถบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่กำหนดได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ได้ถูกต้อง ชัดเจน