

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาโดยครอบคลุมเนื้อหาดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.3 หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 1.4 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 2.2 เกณฑ์การประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
3. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
  - 3.1 ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
  - 3.2 หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
  - 3.3 กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
  - 3.4 การพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง
4. เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. สถานการณ์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

## การบันทึกทางการพยาบาล

### ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

คำว่า “การบันทึกทางการพยาบาล” ในหนังสือและงานวิจัยภาษาไทยตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “nursing record” แต่ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “เอกสารทางการพยาบาล” (nursing documentation) อาจกล่าวได้ว่าคำ 2 คำนี้มีความหมายเหมือนกัน (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551) สำหรับความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียน การรวบรวมข้อมูลใดๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล อันได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การถ่ายทอดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การวางแผนการพยาบาล พฤติกรรมของผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลาหนึ่งในแบบฟอร์มการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีระบบระเบียบ และสิ่งที่บันทึกควรมีข้อมูลที่แสดงถึงปัญหาผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ และตลอดจนผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยนั้นจะมีหลายกิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (นันทนา สุวรรณมาโจ, 2545)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติงานที่พยาบาลได้กระทำให้ผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้ด้วย การบันทึกเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดถือกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึก การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ได้แก่ การดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลและพยาบาลเป็นผู้บันทึก (สงวน นุตาดี, 2545)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนบรรยายข้อมูลของผู้ป่วยที่พักค้างคืนในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล พยาบาลจะบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกทางการ

พยาบาลตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลต่อเนื่องกันทุกวันและทุกเวรจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ใช้เป็นเครื่องมือติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย (ฉกัทร ฐานะพุดินาพ, 2550)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และบันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญ (ทิพวรรณ โฉมใส, 2550)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยและกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นผู้เขียนบันทึกรายงานตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยมีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล (วิภาวดี วโรรส, 2550)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล เพื่อแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอันได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (เขาวเรศ คุณแก้ว, 2551)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลใดๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของพยาบาล และใช้ในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การพยาบาล และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ (อาภรณ์ ทองทิพย์, 2551)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การเขียนแผนการพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพของข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่ายังเป็นปัญหาอยู่ แก้ไขแล้ว หรือไม่มีปัญหา การจดบันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการ และสถานภาพหรือการตอบสนองของผู้รับบริการหลังจากได้รับการดูแลจะถูกบันทึกไว้ในแบบฟอร์มเฉพาะ (ปริศนา นวลบุญเรือง และถาวร ล่อกา, 2552)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงการพยาบาลทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐาน เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับผู้ให้บริการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และเป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2552)

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง หลักฐานทางการแพทย์ที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการบันทึกข้อความ ลำดับเวลาและเหตุการณ์ แสดงถึงความรับผิดชอบ และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สามารถนำข้อมูลที่บ้านที่กามาวิเคราะห์ถึงสาเหตุและผลลัพธ์ของการดูแล (สมพร คำพรรณ , 2553)

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง ข้อความที่ใช้เป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับบุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ และความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล ซึ่งการเขียนบันทึกจะต้องมีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย เป็นปัจจุบันและจำเป็นต้องมีแบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพในการให้บริการสุขภาพ (วิจิตร กุสมภ์ และคณะ, 2554)

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้มีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วย (Bower, 1982)

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การบันทึกข้อมูลหรืออธิบายถึงการดูแล หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่บุคคล กลุ่มคน ครอบครัว หรือชุมชน ซึ่งต้องมีความถูกต้องและต่อเนื่อง การบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นระบบจะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการ และการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (Koshakri, 2010)

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งพยาบาลจะบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การรักษพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้

#### ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์

สภาการพยาบาล (2551) ได้มีการกำหนดข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ในหมวด 3 การประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ข้อ 21 ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งชั้นหนึ่งและชั้นสองจะต้องบันทึกการรับฝากครรภ์และการทำคลอดทุกรายในสมุดบันทึกการผดุงครรภ์ตามแบบของสภาการพยาบาลและต้องรักษาสมุดนั้นไว้เป็นหลักฐาน ซึ่ง วรณิต ปณียากรม, งามนิตย์ รัตนานุกูล และคณะ(2552) กล่าวว่าวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการ



บันทึกทางการแพทย์พยาบาลคือ การสื่อสารกับสมาชิกอื่นๆ ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับความก้าวหน้าและสภาพของผู้รับบริการ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังมีความสำคัญคือเป็นการกำหนดจุดเน้นของการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการหรือกลุ่มผู้รับบริการ ทำให้สามารถแยกแยะความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากสมาชิกอื่นๆ ในทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังใช้เพื่อกำหนดเกณฑ์ในการทบทวนการประเมินผลการดูแลหรือการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล กำหนดเกณฑ์สำหรับการจัดแยกกลุ่มผู้ป่วย และกำหนดหลักการที่เหมาะสมในการจ่ายเงินทดแทน (reimbursement) รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร การทบทวนทางค่านิยมและการปฏิบัติตามข้อกำหนด การรับรองสถาบัน และมาตรฐานทางวิชาชีพ นอกจากนี้ข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังใช้เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษา การวิจัย ดังนั้นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีดังนี้

1. ต่อวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลได้ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ข้อ 3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานไว้ว่า “บันทึกและรายงานการพยาบาลและผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้” (สภาการพยาบาล, 2552) ซึ่งพยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ นอกจากนี้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้เป็นเอกสารทางกฎหมายที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ใช้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้สำหรับการศึกษา ค้นคว้า และวิจัย เป็นหลักฐานในการปฏิบัติกิจกรรมในด้านการรักษาและการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ เป็นเอกสารประกอบการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสภาพและระดับสุขภาพอนามัยของผู้ใช้บริการหลังจากการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้การจัดการบริการรักษาพยาบาลต่อเนื่องและเป็นเครื่องมือการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการและประชาชน (กองการพยาบาล, 2539) อาจกล่าวได้ว่าบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหลักฐานที่ยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริง ช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญทางการแพทย์ (วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2554) เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และลดความผิดพลาด บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์, 2553) รวมถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการแพทย์ตามมาตรฐานวิชาชีพ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และเป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้อง ข้อมูลที่พยาบาลบันทึกไว้จะถูกนำมาใช้พิจารณาถึงสภาพของผู้ป่วยและสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Iyer & Camp, 1995) นอกจากนี้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังใช้ในการกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการแพทย์ ใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล และเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์

เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2553) รวมทั้งยังเป็นการสะท้อนคุณภาพเชิงผลลัพธ์การบริการผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สมจิต ประภากร, 2552) และยังเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตามนโยบายของสถาบัน (วรรณี คปนิยากร, งามนิตย์ รัตนานุกูล และคณะ, 2552)

2. ต่อพยาบาล บันทึกลงทางการแพทย์เป็นการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง (วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2554) แสดงถึงกระบวนการคิดของพยาบาลอย่างมีวิจารณญาณและมีการพัฒนาการคิดอย่างมีเหตุผลในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (ชบา คำปัญญา, พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, และ สุวรรณณา อนุสันติ, 2553) เป็นเครื่องมือรายงานความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นตัวกลางเชื่อมโยงข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้ทราบตรงกัน เพราะพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด รวมทั้งช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ บันทึกลงทางการแพทย์จะช่วยให้แพทย์ได้รับข้อมูลที่สำคัญเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้แม่นยำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องมากยิ่งขึ้น และช่วยลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากการขาดข้อมูลในการประเมินปัญหา อาจกล่าวได้ว่าบันทึกทางการแพทย์เป็นหลักฐานที่แสดงถึงบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน (วารุณี สุรนิวงศ์, 2553) บันทึกลงทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการพยาบาล ในทางกฎหมายมีการระบุว่า ถ้าพยาบาลไม่ได้ทำการบันทึกไว้ ถือว่า ไม่มีการปฏิบัติพยาบาล (ฉกัทร ณะพะพัฒินาท, 2550)

3. ต่อองค์กร บันทึกลงทางการแพทย์ที่ต้องตามมาตรฐาน เป็นการสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน และครอบคลุม ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจ นอกจากนี้ความสมบูรณ์ของข้อมูลผู้ป่วยยังใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ทำให้สามารถเรียกเก็บเงินมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจากสำนักงานประกันสังคมได้ครบถ้วนตามความเป็นจริง บันทึกลงทางการแพทย์เป็นหลักฐานทางกฎหมายในกรณีเกิดการฟ้องร้อง ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษา นำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ใช้เป็นเครื่องมือในการสอน ใช้เป็นข้อมูลในการค้นคว้าศึกษาต่างๆ รวมทั้งใช้ในการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยและเป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540; กองการพยาบาล, 2544)

4. **ต่อผู้ป่วย** เป็นหลักฐานที่แสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐาน ตรงตามหลักวิชาการ ได้รับการบริการพยาบาลตรงตามปัญหามากขึ้น และลดขั้นตอนการรับบริการ รวมทั้งเป็นหลักฐานที่จะช่วยยืนยันได้ว่าผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล ต่อพยาบาล ต่อองค์กร และต่อผู้ป่วย เป็นการบันทึกบทบาทอิสระของพยาบาล บทบาทร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเป็นหลักประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาล แสดงถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลสำคัญทางการพยาบาลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ และเป็นหลักฐานที่ยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง

#### หลักการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณค่าควรมีลักษณะดังนี้ คือข้อมูลที่บันทึกมีลักษณะที่บ่งบอกถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย บ่งบอกว่าพยาบาลได้มีการดูแลรวมทั้งให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยระหว่างอยู่รับการรักษาพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการให้บริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย หลักการบันทึกทางการพยาบาลมีดังนี้

1. มีการบันทึกในเวลาที่ต้องการ ทันเวลาโดยมีการเขียนแต่ละช่วงเวลาที่ชัดเจน บันทึกโดยใช้ภาษาที่ถูกต้องชัดเจน ใช้คำกะทัดรัดได้ใจความตามกระบวนการพยาบาล ใช้สัญลักษณ์คำย่อที่เป็นสากล แปลผลการบันทึกได้ถูกต้องแม่นยำ บันทึกข้อมูลและรายงานได้ถูกต้อง (correct) ครบถ้วน (complete) ชัดเจน (clear) กะทัดรัดได้ใจความ (concise) สามารถสื่อสารในทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำนึงถึงความสำคัญของการบันทึกด้านกฎหมายและสะท้อนถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลเสมอ (กองการพยาบาล, 2539; สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540; กองการพยาบาล, 2544; จริญญาณี ภูวสันติ, 2548; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; เรณู พุกบุญมี, 2553)

2. มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการ มีการใช้แบบฟอร์มที่ได้มาตรฐานหรือได้รับการออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพได้ครบถ้วน รวมทั้งมีการทบทวนเอกสารรายงานเพื่อ

ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และมีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย และสามารถเรียกใช้ได้สะดวก สิ่งที่สำคัญคือต้องมีการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานพยาบาล, 2551)

3. มีการบันทึกข้อมูลไม่ผิดพลาด มีการบันทึกครบถ้วนครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ อ่านแล้วเข้าใจง่าย ไม่มีการแปลความ คาดคะเน หรือปรากฏในรูปของสมมติฐาน และมีรายละเอียดพอเพียงที่จะสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549; Koshakri, 2010)

4. มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการ อาการแสดง ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสะท้อนภาวะของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ซึ่งจะเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการวินิจฉัยการพยาบาล และประกอบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย การบันทึกควรทำอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการดำเนินของโรคผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนการรักษาที่สำคัญเฉพาะ โรคและผลการรักษา (ธนัญญา โปธาราม, 2551; วรณี ดปนิยากร, งามนิตย์ รัตนานุกูล และคณะ, 2552)

5. มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม ควรบันทึกหลังจากปฏิบัติการพยาบาลทันที ไม่ควรบันทึกล่วงหน้าก่อนให้การพยาบาลเพราะเราไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าผลการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นอย่างไร ซึ่งอาจทำให้บันทึกไม่ตรงความเป็นจริง ไม่ควรบันทึกการพยาบาลแทนคนอื่นหรือให้คนอื่นบันทึกแทนเรา (Schilling et al, 2006 อ้างใน พรศิริ พันธสี, 2553)

สรุปได้ว่า หลักการบันทึกทางการพยาบาลจะต้องมีการบันทึกเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ ใช้สัญลักษณ์คำย่อที่เป็นสากล ควรบันทึกหลังจากปฏิบัติการพยาบาลทันที และการบันทึกควรสะท้อนถึงการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง มีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน หรือได้รับการออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการได้ครบถ้วน

### รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบด้วยกัน ซึ่งสุรีย์ ธรรมิกบวร (2540); เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ได้กล่าวถึงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลไว้ 4 รูปแบบ ต่อมา พรศิริ พันธสี (2553); Springhouse (2008) ได้มีการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มเติมโดยได้นำเสนออีก 3 รูปแบบ รวมทั้งหมดเป็น 7 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบการบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (narrative records) เป็นรูปแบบที่มีการบันทึกบอกเล่าเรื่องราวตามสิ่งที่สังเกตได้ มีการบรรยายตามลำดับก่อน-หลัง หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย รูปแบบนี้มีข้อดี คือ เป็นรูปแบบที่พยาบาลทุกคนคุ้นเคย เข้าใจได้ง่าย สะดวกในการปฏิบัติ วิธีการบันทึกใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ได้โดยง่าย ถ้ามีการบันทึกได้อย่างถูกต้องจะต้องประกอบไปด้วยปัญหา การดูแล และการตอบสนองของผู้ป่วย สามารถเขียนได้ง่ายและรวดเร็ว เมื่ออยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉินไม่ต้องคิดถึงกระบวนการบันทึก อย่างไรก็ตามรูปแบบการบันทึกแบบนี้มีข้อด้อย คือ ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา มีการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อยๆ ขาดการประเมินผล ขาดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ไม่มีการระบุปัญหาชัดเจน ขาดความต่อเนื่องในการดูแล และขาดความสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นการบอกเล่าโดยไม่มีกรอบแนวคิด หรือใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญ จึงส่งผลทำให้ไม่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถการวิเคราะห์ และการตัดสินใจของพยาบาล ข้อมูลที่บันทึกทำให้ยากที่จะทราบความก้าวหน้า สภาพปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ยากต่อการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลได้ ดังภาพที่ 1

2. รูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงาน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการบันทึกทางการพยาบาลคือ การบันทึกที่มีการระบุปัญหา บอกถึงการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และผลของการปฏิบัติ การบันทึกวิธีนี้ประกอบด้วย การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ. 2527 ที่โรงพยาบาลคาเวน (Craven Country Hospital) รัฐนอร์ท คาร์โรไลนา (North Carolina) โดยพัฒนาจากกระบวนการพยาบาล เพื่อให้สามารถบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการวางแผนการพยาบาล การบันทึกแบบนี้มีข้อดี คือ บอกวันเริ่มต้นและสิ้นสุดของปัญหา มีการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์การตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินการทำงานชัดเจน สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้มองเห็นความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลได้อย่างชัดเจน บ่งบอกถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้โดยง่าย และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนข้อด้อยของการบันทึกในรูปแบบนี้ คือ ทำให้ขาดขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล การติดตามผลการปฏิบัติเพื่อประเมินว่าปัญหานั้น ได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่ รวมทั้งยังไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ปัญหาไม่เปลี่ยน แต่ในการบันทึกแบบนี้มีแนวโน้มว่าจะเป็นที่นิยมมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลมีความตื่นตัว

ในการเขียนบันทึกรูปแบบนี้มากขึ้น (จารุวรรณ ต.สกุล และคารา ศัตรูลี, 2536 อ้างใน สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) ต่อมา สำนักการพยาบาล (2554); ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนคร เชียงใหม่ (2552) ได้กำหนดมาตรฐานการบันทึกและระบบการบันทึกรายงานการพยาบาลที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยกำหนดประเด็นการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลคือ การประเมินปัญหาและอาการ (assessment) บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความต้องการและปัญหาของผู้ใช้บริการ รวมทั้งความสามารถ และข้อจำกัดของผู้ให้บริการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) บันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาลตามผลการประเมินอาการและปัญหา การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) บันทึกแผนการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) บันทึกการให้บริการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ให้บริการ และการประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาล (evaluation) บันทึกเกี่ยวกับสรุปการเปลี่ยนแปลงของผู้ให้บริการ การย้ายหอผู้ป่วย การจำหน่าย การไม่สมัครใจรักษาพยาบาล ผลการพยาบาล และการประเมินความเข้าใจของผู้ใช้บริการต่อคำแนะนำหรือข้อมูลที่ได้รับ ดังภาพที่ 2

3. รูปแบบการบันทึกระบบชี้เฉพาะ (focus charting) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูล การปฏิบัติการและการประเมินผล (Data Action Response, Data Action Evaluation) รูปแบบนี้ได้มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นครั้งแรกโดยคณะกรรมการด้านการบันทึกของโรงพยาบาลไอเทล (Eitel Hospital) รัฐมินเนโซตา เป็นการบันทึกข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะของผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รูปแบบนี้มีชื่อเรียกว่า รูปแบบ DAR (Data Action Response) ต่อมาได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกเป็นรูปแบบ DAE (Data Action Evaluation) โดยโรงพยาบาลเซนต์โจเซฟ (St. Joseph's Hospital) ทั้งสองรูปแบบนี้มีความคล้ายคลึงกัน (อารี ชิวเกษมสุข, 2537 อ้างใน สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) ซึ่งระบบชี้เฉพาะมี 3 เรื่อง คือ สิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมขณะนั้น อาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและผลที่สำคัญของการรักษา (Lampe, 1985 อ้างใน สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) สำหรับจุดประสงค์ของระบบชี้เฉพาะเป็นการลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างชัดเจน ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ง่ายต่อการสืบค้น และทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ (Rosdahl, 1995 อ้างใน สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) โดยการบันทึกระบบชี้เฉพาะนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ข้อมูล (data) การปฏิบัติการ (action) และการตอบสนอง (response) ซึ่งสามารถใช้การบันทึกโดยระบบปัญหาหรือคอมพิวเตอร์ และยังเป็นระบบที่สามารถหาข้อมูลที่ต้องการได้ง่าย การบันทึกวิธีนี้จะสะดวก เพราะสามารถเขียนเป็นปัญหาและความต้องการในลักษณะง่ายๆ ได้ ดังภาพที่ 3

4. รูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented record) เป็นรูปแบบการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ริเริ่มใช้ระบบนี้คือ นายแพทย์วี๊ด (Lawrence Weed) โดยนำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาได้มีการนำมาปรับใช้ในวงการพยาบาล ระบบนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (data base) ประกอบด้วย Subjective data และ objective data 2) รายการปัญหา (problem list) ปัญหาต่าง ๆ ที่มีการวิเคราะห์แล้ว นำมาเขียนเป็นลำดับติดต่อกันไปทำให้สามารถตรวจสอบได้ว่า ปัญหาใดเร่งด่วน รอได้ หรือแก้ไขไปแล้ว 3) แผน (initial plan) เป็นการวางแผนแก้ไขปัญหาค่าบอกล่าของผู้ป่วยในรูปแบบของ SOAP คือ S (subjective data) เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากคำบอกล่าของผู้ป่วย O (objective data) เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจพบ A (assessment) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุว่า ปัญหายังคงอยู่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง และ P (plan) คือการบันทึกแผนการรักษาพยาบาล ต่อมา มีผู้ดัดแปลงเพิ่มเป็น SOAPIE คือ เพิ่ม I (intervention) เป็นการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย และ E (evaluation) เป็นการบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกในระบบนี้มีข้อดีคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน ทำให้เกิดการประสานงานในการทำงาน ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่าย และรวดเร็ว ส่วนข้อด้อยของการบันทึกในรูปแบบนี้ คือ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์เต็มที่ รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบเป็นส่วนๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และ วิพร เสนารักษ์ (2540); สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) ได้กล่าวถึงรูปแบบบันทึกนี้ว่า เป็นระบบการบันทึกประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ปัญหาของผู้รับบริการ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ในการบันทึกระบบนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถทราบข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีประโยชน์ในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวเดียวกันและมีคุณภาพ นอกจากนี้สปริงเฮาส์ (Springhouse, 2008) กล่าวเพิ่มเติมว่าในการบันทึกสามารถบันทึกทั้งในเอกสารและบันทึกในคอมพิวเตอร์ ซึ่งมี 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 คือ PIE System และรูปแบบที่ 2 SOAP format

5. รูปแบบการบันทึก ซีบีอี (CBE = Charging by Exception) เป็นรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติเพื่อให้บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของการบันทึก การบันทึกชนิดนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่กันไป (อาจบันทึกในรูปแบบข้อมูลที่ให้เลือกหรือแบบ check list) เช่น แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วย ต่อเนื่องทุกวัน แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน เป็นต้น

6. รูปแบบการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computerized electronic charting) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการลงบันทึกในคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล (International Classification for Nursing Practice = ICNP) และยังสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่น ๆ ทำให้มีการทำงานประสานกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ ช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดคือ การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคนแม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้ป่วยเสมอ เพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ถ้าไม่มีระบบความปลอดภัยหรือระบบป้องกันการเข้าถึงข้อมูลอย่างเพียงพอซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านกฎหมาย ซึ่งสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และ วิพร เสนวรักษ์ (2540); สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และ สุภาภรณ์ อุคมลักษณ์ (2543) ได้กล่าวถึงรูปแบบระบบการบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ (computer assisted records) ว่าในปัจจุบันในหน่วยงานสุขภาพได้มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในระบบข้อมูลต่างๆ มากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาวิธีการลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานในรูปแบบต่างๆ ทำให้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

7. รูปแบบการบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway, care map charting) เป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี (case management) ซึ่งเป็นการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลและสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ซึ่งรูปแบบนี้มีข้อดี คือ 1) บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็วโดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์เนื่องจากมีแนวทางรักษามาตรฐาน (standard order) อยู่แล้ว 2) ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจนในทีมสุขภาพจึงเป็นการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด 3) เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม 4) ทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระบบมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และ 5) สามารถใช้ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการบริการ รูปแบบนี้มีข้อจำกัดคือไม่เหมาะสมสำหรับบันทึกในผู้ป่วยที่เป็นหลายโรคเนื่องจากแผนการดูแลรักษาจัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค และไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเพราะไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายและกลับบ้านตามที่กำหนดได้ ดังภาพที่ 4

วัน เดือน ปี / เวลา	บันทึกความก้าวหน้า
20 ม.ค.52 9.00 น.	หลังผ่าตัด Appendectomy วันที่สอง ปวดแผลเล็กน้อย แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม (บันทึกแต่ข้อมูลผู้ป่วย ขาดการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล)
10.00 น.	อาเจียนเป็นน้ำสีเหลืองใส 200 cc. ดูแลให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่น ช่วยทำความสะอาด ปาก ฟัน แนะนำให้ออนพัก T = 37.5 C P = 82/min R = 26/min BP = 110/60 mmHg. (ขาดการบันทึกการประเมินผลการพยาบาล)
11.30 น.	มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่รับประทานอาหาร liquid diet กลัวอาเจียน บ่นเหนื่อย เพลียมาก รายงานแพทย์ มี order ให้ยา motilium 1 tab และให้ 5%D/N/2 V drip 120 cc/hr..... (ขาดการบันทึกประเมินผลการพยาบาล)
	ขนาด/RN

**ภาพที่ 1** ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลแบบเล่าเรื่องราว

ที่มา : กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (หน้า 71)

โดย พรศิริ พันธสี, 2553, กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษรจำกัด.

วัน เดือน ปี / เวลา	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมพยาบาล	การประเมินผล
20 ม.ค.52 8.00-16.00 น.	มีภาวะขาดน้ำ เนื่องจาก ท้องเสียมาก - ถ่ายเป็นน้ำ วันละ 4-5 ครั้ง แต่ละครั้ง จำนวนมาก - มีไข้ 38.7 C - ริมฝีปากแห้ง - ปัสสาวะน้อย สีเหลืองเข้ม	- ประเมินอาการขาดน้ำ - ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง - ดูแลให้ได้รับยา Paracetamol 2 tab prn ตามแผนการรักษา - กระตุ้นให้ดื่มน้ำ ORS อย่างน้อยวันละ 2000 cc. - ดูแลให้ได้รับ 5%D/N/2 V drip 120 cc/hr - สังเกตจำนวนลักษณะของอุจจาระ ดูแลให้ได้รับยา Immodium 2 cap prn ตามแผนการรักษา - บันทึกสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย	T = 37.8 – 38 C P = 74/min BP = 100/64 mmHg ถ่ายอุจจาระมีเนื้อปนมากขึ้น วันละ 2-3 ครั้ง จำนวนเล็กน้อย ปัสสาวะวันละ 4 ครั้ง สีเหลือง อ่อน ดื่มน้ำ ORS ได้ 1500 cc. ไม่มีอาการและอาการแสดง ของภาวะขาดน้ำ .....ขนาด/RN

**ภาพที่ 2** ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ที่มา : กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (หน้า 74)

โดย พรศิริ พันธสี, 2553, กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษรจำกัด.

วัน เดือน ปี / เวลา	ปัญหา	บันทึกความก้าวหน้า
20 ม.ค.52 9.00 น.	ปัสสาวะ ลำบาก แสบ ขัด (Dysuria)	(ข้อมูล) ผู้ป่วยบ่นว่า ปัสสาวะลำบาก แสบขัดมาก ปัสสาวะบ่อย กระปริด กระปรอย ปัสสาวะออกครั้งละน้อย (การพยาบาล) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้ปวยดื่มน้ำอย่างน้อย 2000 ซีซี ต่อวัน และให้ลุกขึ้นมาปัสสาวะข้างเตียงหรือเดิน ไปเข้าห้องน้ำ ทุก 2 ชม. (การประเมินผล) ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ 1500 ซีซี อาการปัสสาวะลำบาก และแสบขัดลดลง ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ๆ ละ 200-300 ซีซี สีเหลืองใส .....ขนาด / RN

**ภาพที่ 3** ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ที่มา : กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (หน้า 72)

โดย พรศิริ พันธสี, 2553, กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษรจำกัด.

**แผนการดูแลโรค.....**

Aspect of care	Pre op Day 1	OR Day	Post op Day 1	Post op Day 2
Assessment				
Lab				
Nursing care				
Medication				
Diet				
activity				
teaching				

**ภาพที่ 4** ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย

ที่มา : กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (หน้า 75) โดย พรศิริ พันธสี, 2553, กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษรจำกัด.

สรุปได้ว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ สามารถบันทึกทั้งในเอกสารและบันทึกในคอมพิวเตอร์ ในปัจจุบันรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่นิยมใช้กันมากคือรูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลทุกคนรู้จักและเข้าใจถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นอย่างดี ทำให้ง่ายและสะดวกต่อการศึกษา รวมทั้งสอดคล้องกับการทำงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว และสะท้อน

ให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้นส่งผลให้สามารถเพิ่มคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลได้

ดังนั้นเพื่อให้คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโฮ่งเพิ่มขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้ปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลในส่วนแบบบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่อง ด้วยการใช้รูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งการบันทึกในรูปแบบนี้ประกอบด้วย การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

### คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล



#### ความหมายของคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลเป็นข้อความที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาล (nursing activity) ทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐาน เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับผู้ใช้บริการ/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ รวมทั้งเป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยทั้ง โดยตรงและโดยอ้อม ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกตามข้อเท็จจริง ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นระบบ และเป็นปัจจุบัน ผลลัพธ์ของการบันทึกที่ดีคือเป็นหลักฐานที่ดีทางกฎหมาย แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล, 2551)

คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และครอบคลุมบทบาท 4 มิติ โดยสืบค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียหรือเกิดอันตรายกับผู้ป่วย และเมื่อพยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้ว มีการบันทึกให้ครอบคลุมประเด็นดังกล่าว เพื่อแสดงว่าพยาบาลได้ใช้องค์ความรู้ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (อาภรณ์ ทองทิพย์, 2551)

คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกที่ดี เขียนให้อ่านง่าย ข้อความสั้น กระชับแต่ได้ใจความ ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง เรียงลำดับตามความสำคัญ เนื้อหามีความถูกต้อง ชัดเจน เฉพาะเจาะจง มีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้บันทึกลงไป ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องควรตัดทิ้ง ไม่ใช้คำย่อถ้าใช้ต้องเป็นคำย่อสากล ห้ามใช้เครื่องหมายละในความ “.....”

เขียนชื่อผู้บันทึกและตำแหน่ง บันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลคือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาที่พบ สังเคราะห์แผนการพยาบาล บันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย และบันทึกการสรุปเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย (เรณู พุกบุญมี, 2552)

คุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง สาระที่แสดงถึงคุณภาพของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล มีการระบุถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นองค์รวม ผู้ป่วยรับรู้ถึงการกระทำและผลของการกระทำโดยพยาบาล แสดงถึงคุณภาพของการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องตามแนวคิดของวิธีปฏิบัติต่างๆ ซึ่งแสดงผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ปรากฏรวมทั้งแสดงถึงคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาล โดยสาระของการบันทึกแสดงระดับของความรู้ และความสามารถของผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้คุณภาพของบันทึกต้องมีข้อความ ภาษาและรูปแบบของกรบันทึกทางการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2553)

คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกตามข้อเท็จจริง (factual) ตามสภาพที่เห็น ได้ยิน รู้สึก ได้กลิ่น สามารถวัดหรือสังเกตได้ (objective data) บันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพูดออกมา (subjective data) ต้องสะท้อนข้อมูลหรือการวัดที่ถูกต้อง ชัดเจน (accurate) มีความสมบูรณ์ (complete) เป็นปัจจุบัน (current) และบันทึกอย่างเป็นระบบระเบียบเป็นลำดับ (organized) (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2553 ; วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2554)

สรุปได้ว่า คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ความสมบูรณ์ของการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจากการเขียนข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยครบทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่เป็นระบบ ซึ่งมีสาระใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุมการดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม

#### เกณฑ์การประเมินการคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ ใช้สื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานที่แสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

สภาการพยาบาล (2552) ได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อใช้ในการประเมินรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในหมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน ข้อกำหนดที่ 5.1 ไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพในทุกหน่วยบริการมีระบบบันทึก และรายงานที่มีคุณภาพตามระบบที่องค์กรพยาบาลประกาศใช้ระบบการบันทึกและ

รายงาน สามารถใช้ในการสื่อสารภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป้าหมาย แผนการดูแล สะท้อนคุณภาพ ผลการปฏิบัติงาน สะท้อนภาระงาน การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ แสวงศาสตร์และศิลป์ของการพยาบาลและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติ เป็นหลักฐานทางกฎหมายและเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ โดย 1) มีแบบฟอร์มบันทึกที่มีมาตรฐาน โดยแบบฟอร์มบันทึกได้ผ่านกระบวนการพัฒนาที่เชื่อถือได้และได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาล แบบฟอร์มสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวมของผู้ใช้บริการ รวมทั้งมีการกำหนดแนวทางบันทึกการพยาบาลให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย 2) บันทึกทางการพยาบาลมีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน 3) มีหลักฐานการใช้ประโยชน์จากการบันทึกการพยาบาล เช่น เน้นการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินผล การทบทวนกรณีผู้ป่วย การศึกษาและการวิจัย และ 4) บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ สามารถสื่อถึงการดูแลที่มีความต่อเนื่อง เพียงพอต่อการเป็นหลักฐานทางกฎหมาย มีความชัดเจน อ่านออก บันทึกการพยาบาลตรงตามเวลาที่ปฏิบัติจริง ระบุผู้บันทึกชัดเจน และถูกต้องตามหลักการ

นอกจากนี้ สภากาพยาบาลยังได้ระบุข้อกำหนดที่ 5.2 การพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลและการรายงานไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพในทุกหน่วยบริการพยาบาล มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลและการรายงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลและการรายงานบรรลุวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล โดยประเมิน และวิเคราะห์การใช้ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของระบบการบันทึก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีการปรับปรุงระบบการบันทึก การสื่อสารการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจ ระบบบันทึกการพยาบาลที่ตรงกัน และสามารถบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามประเมินผลการบันทึกเป็นระยะ

กองการพยาบาล (2544) ได้กล่าวถึงการประเมินการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลว่า สามารถตรวจได้จากเอกสารการบันทึก ซึ่งจะต้องมีความถูกต้อง ความสอดคล้องเหมาะสมของการปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และได้มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลใช้หลัก 4 C ได้แก่ ความถูกต้อง (correct) ความครบถ้วน (complete) ความชัดเจน (clear) และได้ใจความ (concise) มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ ข้อความกะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ข้อมูลตรงตามความจริง ไม่ใช่ความรู้สึกของผู้บันทึกลงไป ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องคัดออกไป เนื้อหา มีความถูกต้องชัดเจน และเจาะจง ไม่ใช่คำย่อ ถ้าใช้คำย่อต้องเป็นที่ยอมรับสากล เขียนให้อ่านง่าย ใช้ปากกาบันทึกทั้งหมด ตัวสะกดถูกต้อง บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาลไปแล้ว และเรียงลำดับความสำคัญ ถ้าเขียนไม่จบบรรทัดให้ขีดเส้นตรงให้สุดบรรทัด เพื่อกันเติมข้อความที่ไม่พึงประสงค์ ลักษณะ

ของการบันทึกควรบันทึกต่อเนื่องโดยบันทึกเมื่อผู้ป่วยรับใหม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีกิจกรรมการรักษาพยาบาล ย้ายเข้าหรือย้ายออกจากตึก จำหน่าย ไม่สมัครอยู่ หนีกลับ หรือถึงแก่กรรม ห้ามใช้เครื่องหมายละใจความ (“.....”) พยาบาลที่บันทึกให้เซ็นชื่อกำกับ พร้อมตำแหน่งในการปฏิบัติงานทุกครั้ง (กองการพยาบาล, 2544; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

ต่อมา กองการพยาบาลได้เปลี่ยนชื่อมาเป็นสำนักการพยาบาล (2554) ได้มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินเพิ่มเติมโดยกำหนดแนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอกเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ดำเนินการภายใต้กรอบของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) มีเกณฑ์ 7 หมวด 36 ประเด็นพิจารณา ในหมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการให้บริการพยาบาล ประเด็นพิจารณาข้อ 6.2.1 การยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมและกระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล ได้มีการกำหนดเกณฑ์ คือ มีการประเมินสภาพ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ วินิจฉัย วางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยครอบคลุมองค์รวมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และประเด็นพิจารณาข้อ 6.2.7 การบันทึกการพยาบาล ได้มีการกำหนดเกณฑ์ไว้คือ มีการบันทึกการพยาบาล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลเฉพาะภาวะการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ มีการนำข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาล ไปใช้ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและพัฒนาเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลมีความถูกต้องตามมาตรฐานและเป็นหลักฐานตามกฎหมายได้

โดยสรุป กองการพยาบาล (2544) มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4 C ซึ่งมีความแตกต่างกับสำนักการพยาบาล (2554) ที่ใช้เกณฑ์การยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมและกระบวนการพยาบาล แต่มีความสอดคล้องกันคือบันทึกทางการพยาบาลต้องมีความถูกต้องตามมาตรฐานและยึดหลักการพยาบาลในการปฏิบัติงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) มีส่วนผลักดันให้ระบบพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้มีกิจกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเป็นกิจกรรมหลักสำคัญที่ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น โดยจะเป็นเสมือนกระจกสะท้อนเพื่อหาจุดบกพร่องเพื่อนำไปดำเนินการแก้ไขให้ดีขึ้น ได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไว้ 9 เกณฑ์คือ เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการแรกรับของพยาบาลครบถ้วนตามแบบฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วยอาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย) เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการให้ยา สารน้ำ การให้เลือด ฟอร์มปรอท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของกรณีวินิจฉัยทางการพยาบาล

และข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทางการแพทย์ ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกทางการแพทย์ ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงนามและวันเดือนปี และเวลาที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์ เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกทางการแพทย์ด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และลายมือชื่อผู้บันทึก และเกณฑ์ข้อที่ 9 การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care

นอกจากนี้ได้มีการกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมคือ กรณีที่มีการบันทึกทางการแพทย์โดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับไว้

กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อให้คะแนน 1 กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อให้คะแนน 0 กรณีที่ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วนให้กากบาทในช่อง Missing

ต่อมา สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554) ได้กำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณที่สนับสนุนให้แก่หน่วยบริการเป็นการเพิ่มเติมตามระดับคุณภาพและได้กำหนดเกณฑ์ที่ 3 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนเป็นเครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standard and Good governance) โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

**อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน**

$$= \frac{\text{ผลรวมความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ}}$$

ตัวตั้ง = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนทุกฉบับที่ได้จาก  
 สุ่มตรวจ

ตัวหาร = ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนตามหัวข้อที่ตรวจของแต่ละแฟ้ม  
 รวมกันทุกแฟ้ม

หลังจากคำนวณค่าคะแนนเป็นร้อยละแล้วนำมาเทียบเป็นคะแนนระดับคุณภาพที่ให้แก  
หน่วยบริการ ดังตารางที่ 1 และหน่วยบริการจะได้รับงบประมาณในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่าง  
กันตามคะแนนระดับคุณภาพที่ได้

#### ตารางที่ 1

##### การให้คะแนนของเกณฑ์อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน

อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้
≥ 85	5
75-84	4
65-74	3
55-64	2
45-54	1
<45	0

ที่มา : เอกสารประกอบการดำเนินการ งบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน  
โรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2554 ฉบับที่ 3 (หน้า 20) โดยสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554.

สรุปได้ว่า การทำให้บันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพได้นั้นจะต้องมีการนิเทศติดตาม  
ประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพ  
บันทึกทางการแพทย์นั้นมีหลายหน่วยงานได้กำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์  
พยาบาลไว้ เช่น สภาการพยาบาล กองการพยาบาลหรือสำนักการพยาบาล และสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บันทึกทางการแพทย์ มีความถูกต้อง  
ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ มีความต่อเนื่อง ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและใช้กระบวนการ  
พยาบาลในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสะท้อนให้เห็นความก้าวหน้าของการพยาบาลและคุณภาพของ  
การดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553)  
เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่ได้มีการพัฒนาให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การให้บริการและการ  
จัดสรรทรัพยากร ให้แก่หน่วยบริการ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับระบบการจ่าย

ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์แก่หน่วยบริการและพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และที่สำคัญที่สุดคือเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง

### การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

#### ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มีผู้ให้ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement) ไว้หลากหลายดังนี้

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึงการพัฒนา/ปรับปรุงระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ การค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา การวางระบบงาน/ระบบประกันคุณภาพ/ระบบบริหารความเสี่ยง การติดตามผลงาน รวมทั้งการปรับปรุงให้ดีขึ้นเพื่อสู่ความเป็นเลิศ ประกอบด้วย การคิดและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูล วางแผนและดำเนินการ มีการประเมินผล วัตถุประสงค์ วางแผนการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ (สิทธิศักดิ์ พงษ์ปิติกุล, 2544; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544; จารุวรรณ ฤทธิธรรม, 2548)

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึงกระบวนการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ มีความรู้ความสามารถ ทักษะที่ดี และมีทักษะในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนมีความคิดสร้างสรรค์ โดยเฉพาะคนที่ทำงานจะต้องมีความสุขและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้วย รวมทั้งผู้บริหารควรต้องคำนึงถึงคุณภาพให้เกิดขึ้นไม่ใช่งานที่ทำครั้งเดียวเสร็จ มีการส่งเสริม พัฒนาปรับปรุงอย่างค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดไป โดยการใช้แนวคิดของเดมมิ่งเพื่อการปรับปรุงซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับการปรับปรุงกระบวนการจัดการองค์กร ประกอบด้วย การวางแผน (plan) ลงมือกระทำ (do) ตรวจสอบ (check) ปรับปรุงแก้ไข และลงมือกระทำใหม่ (action) (ณรงค์ ฌ ลำพูน และ เพ็ชรี รูปวิเชียร, 2546)

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่พนักงานทุกคนมาพบปะกันด้วยความสมัครใจ อาศัยกระบวนการระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนะการแก้ไขปัญหาต่อฝ่ายบริหาร ซึ่งการทำให้คุณภาพงานสัมฤทธิ์ผลนั้นมีหลายรูปแบบ ปรัชญาของการปรับปรุงคุณภาพ

งานก็คือ การตระหนักถึงคุณภาพผ่านทาง การบริหาร โดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วม (participation management) ไม่เพียงแต่สามารถชี้ให้เห็นถึงปัญหาเท่านั้น แต่ยังสามารถช่วยให้ฝ่ายบริหาร แก้ปัญหาเหล่านั้นด้วย (ชาญชัย อาจินสมาจาร, 2548)

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ระบบการบริหารจัดการซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและ ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติและเครื่องมือ กระบวนการกลุ่ม เพื่อลดความสูญเปล่า ลดความซ้ำซ้อน โดยมีเป้าหมายคือ การตอบสนองและ สร้างความประทับใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยใช้เครื่องมือคือ วงล้อ พี ดี ซี เอ (PDCA) (อนูวัฒน์ สุภชุติกุล, 2545; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2547; McLanghlin & Kaluzny, 1999) ,

สรุปได้ว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ให้ ได้ผลงานที่ดีที่สุด เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยการร่วมคิด ร่วมทำ อาศัยกระบวนการระดมสมอง ประกอบด้วย การคิดวิเคราะห์ห้อย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ โดยการวางแผน การลงมือกระทำ การตรวจสอบ การปรับปรุงแก้ไขและลงมือกระทำใหม่ โดยใช้ เครื่องมือ ที่เรียกว่า วงล้อ พี ดี ซี เอ (PDCA)

### หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

อนูวัฒน์ สุภชุติกุล และ จิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543); สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (2544) ได้กล่าวถึงหลักการในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไว้ดังนี้

1. ลูกค้าสำคัญที่สุด (customer focus) เพราะลูกค้าหรือผู้รับผลงานเป็นเป้าหมายหรือ เหตุผลที่ต้องมีหน่วยงานของเรา เป้าหมายของการให้บริการทางการแพทย์ให้ เป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพนั้นยังไม่เพียงพอ ความมุ่งมั่นที่จะเข้าใจความจำเป็นและความต้องการของผู้รับ บริการและความพยายามที่จะสนองความต้องการเหล่านั้นเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างบริการที่มี คุณภาพ ดังนั้นหน้าที่ของเราคือการค้นหาและตอบสนองความต้องการของลูกค้าและผู้รับผลงาน

2. จุดความฝันร่วมกัน (common vision) เป็นการรวมพลังเพื่อการสร้างสรรค์ สมาชิกทุก คนในองค์กรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และทราบเหตุผลของการปรับปรุงคุณภาพ อย่างต่อเนื่องในองค์กร โดยการกำหนดวิสัยทัศน์ (vision) พันธกิจ (mission) และแผนยุทธศาสตร์ ขององค์กร เพื่อให้สมาชิกทุกคนยึดเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่นอกกลุ่มนอกทางในการดำเนิน การ กิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพองค์กร ให้ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ทีมงานสัมพันธ์ (teamwork & empowerment) ทุกคนต่างพึ่งพิงกันในการทำงาน คุณภาพไม่ได้เกิดจากผลงานของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากการประสาน ความพยายามของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติจะต้องได้รับการสนับสนุนและได้รับโอกาสจากผู้บริหาร รวมทั้งต้องได้รับความรู้ทักษะและมีเครื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอ

4. มุ่งเน้นกระบวนการ (process focus) เป็นการมองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากระบบงานที่ไม่รัดกุม การปรับปรุงคุณภาพต้องอาศัยกระบวนการในการผลิตหรือการให้บริการ ดังนั้นคุณภาพของผลที่ได้รับ ขึ้นอยู่กับกระบวนการผลิตในแต่ละขั้นตอนมากกว่าผลงานของผู้ปฏิบัติเฉพาะคน (individual provider) การคิดที่ให้ความสำคัญแก่ระบบนี้ ช่วยให้มีสมาธิปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการให้บริการส่วนต่างๆ ทำให้สามารถจัดการการปรับเปลี่ยนในองค์กรอย่างได้ผลมากกว่า และเป็นการสร้างระบบเพื่อป้องกันคุ้มครองให้ผู้ปฏิบัติทำงานได้ดีที่สุด

5. สานด้วยอริยสัจสี่ (problem solving process) เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ หรืออริยสัจสี่มาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความรัดกุม ง่ายในการปฏิบัติ เป็นการสร้างระบบเพื่อปกป้องคุ้มครองให้ผู้ปฏิบัติทำงานได้ดีที่สุด

6. คีที่ผู้นำ (leadership support) ผู้นำมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นการนำโดยใช้อุบายร่วมกัน ผู้นำทุกระดับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมและสั่งการมาเป็น “โค้ช” ผู้นำเป็นผู้มีอิทธิพลอย่างมากในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร การวางวิสัยทัศน์ และการกำหนดทิศทางในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จะทำให้มีโอกาสเกิดความสำเร็จสูง

7. มีการทำดีไม่หยุดยั้ง (continuous improvement) เป็นการมองหาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่พอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ โดยใช้วงจร พี ดี ซี เอ (PDCA)

สมชาย พิพัฒนรัตนกุล (2551) กล่าวว่า หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเกิดจากการนำวงจร พี ดี ซี เอ (PDCA) มาใช้ ซึ่งวงจร พี ดี ซี เอ เป็นพื้นฐานของกิจกรรมมีองค์ประกอบคือ การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (do) การตรวจสอบผลลัพธ์ (check) และหลังจากนั้นจึงนำมาสร้างเป็นมาตรการ (action) เรียกว่า “PDCA เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามแผน” และได้นำเสนออีกวงจรหนึ่งซึ่งใช้หลักการของ “การทำให้มองเห็น” ประกอบอยู่ในวงจร PDCA เดียวกัน ซึ่งเรียกว่า “PDCA สำหรับการแก้ไขปัญหา” เมื่อใช้วงจรทั้งสองนี้พร้อมกันจะเรียกว่า “วงจร PDCA แบบสองห่วง” ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการแก้ไขปัญหามีดังต่อไปนี้ ก่อนอื่นเริ่มต้นด้วยการค้นพบปัญหา (problem-finding) จากนั้นทำให้เกิดการมองเห็นปัญหา (display) การจัดปัญหา (clear) และรับรู้ถึงการแก้ไขปัญหา (acknowledge) “PDCA สำหรับการแก้ไขปัญหา” มีลักษณะเด่นอยู่ 2 ประการคือ ประการแรก PDCA สำหรับการแก้ไขปัญหามุ่งเน้นที่ปัญหา และหมุนเวียนอยู่ในวงจร โดยยึดการวางแผนเป็นหลัก ลักษณะเด่นประการที่สอง คือ การทำให้มองเห็น

สิ่งที่ผิดปกติและเป็นปัญหา และยังให้ความสำคัญกับขั้นตอนที่เรียกว่าชี้แจงให้บุคคลทั่วไป รับประทานอีกด้วย ทำนองเดียวกับ วีรพจน์ ลือประสิทธิ์กุล (2554); สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) ที่กล่าวว่า หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงกระบวนการและวิธีการปฏิบัติงานทั้งระบบผ่านวงจรแห่งการเรียนรู้ PDCA อย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมทั้งองค์กร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ วงจรนี้พัฒนาขึ้นโดย ชิวดาร์ท ต่อมา เดมมิ่งได้นำมาปรับปรุง อธิบายให้เห็นเป็นรูปธรรมและนำมาเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย โดยที่เดมมิ่งเรียกวงจรนี้ว่า Shewhart Cycle หรือ PDSA cycle ส่วนในประเทศญี่ปุ่นรู้จักกันในนาม Deming cycle และคนทั่วไปนิยมเรียกว่า PDCA Cycle หรือ วงจรเดมมิ่ง (Sokovic, Pavletic & Pipan, 2010)

สรุปได้ว่า หลักการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการค้นหาโอกาสพัฒนาและตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ โดยที่ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ มีการทำงานเป็นทีมและใช้เครื่องมือที่เรียกว่า วงจร พี ดี ซี เอ (PDCA Cycle) มาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและวิธีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบให้ครบวงจร หมุนไปเรื่อยๆ จะส่งผลทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

### กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มีผู้กล่าวถึงกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไว้หลากหลาย ดังนี้

อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ (2542) กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ก็คือ กระบวนการแก้ปัญหาซึ่งกระบวนการนี้อาจรู้จักกันในนาม อริยสัจสี่ กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการวิจัย กระบวนการทางการแพทย์ นั่นคือ การระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตั้งสมมติฐาน ทดสอบสมมติฐาน และนำผลการทดสอบไปใช้ ซึ่งขั้นตอนการทำการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ แบ่งกิจกรรมออกเป็น 9 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนมีคำถามเฉพาะดังนี้

1) หาโอกาสพัฒนา (seek opportunities for improvement) เรื่องอะไรที่สมควรได้รับการหยิบยกมาปรับปรุง และใครมีส่วนร่วม? ขั้นตอนนี้จะได้มาซึ่งโครงการพัฒนาคุณภาพซึ่งยึดความต้องการของลูกค้าเป็นหลัก มีภารกิจ โครงการที่ชัดเจนและมีองค์ประกอบของสมาชิกทีมที่เหมาะสม

2) ทำความเข้าใจระบบ (define the system) กระบวนการทำงานของระบบเป็นอย่างไร? ขั้นตอนนี้จะได้อธิบายของระบบหรือแผนภูมิกระบวนการทำงาน ทำให้ทีมมีโอกาสทำความเข้าใจกับกระบวนการทำงาน เข้าใจข้อจำกัดของทีม และเกิดความตื่นตัวที่จะปรับปรุง กระบวนการให้ดีขึ้น นอกจากนี้แผนภูมิกระบวนการที่ได้มาสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาเครื่องขัด และวิเคราะห์หาสาเหตุได้

3) ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน (assess current situation) ผลการทำงานของระบบในปัจจุบันเป็นอย่างไร? ขั้นตอนนี้จะได้กราฟต่อเนื่อง (run chart) หรือ กราฟควบคุม (control chart) ของเครื่องขัดแต่ละตัวในวัตถุประสงค์ของโครงการ กิจกรรมขั้นตอนนี้ทำให้ทีมได้รับรู้ระดับของปัญหา และเป็นโอกาสที่จะดำเนินการแก้ไข ทีมจะใช้ข้อมูลที่วัดได้ไว้เป็นพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพัฒนา

4) วิเคราะห์สาเหตุ (analyze causes) อะไรคือสาเหตุที่แท้จริงของความด้อยคุณภาพหรือความไม่แน่นอนในระบบ? ขั้นตอนนี้จะได้สาเหตุของความด้อยคุณภาพตามลำดับความสำคัญ ซึ่งทีมจะนำไปคิดหาวิธีแก้ปัญหาในขั้นต่อไป การเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าการปรับปรุงนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างน่าพอใจหรือไม่ หากไม่พอใจเราต้องกลับมาวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เพื่อคัดเลือกสาเหตุไปแก้ไขใหม่

5) วิเคราะห์ทางเลือก (analyze alternatives) อะไรคือทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับปรุงคุณภาพ? ขั้นตอนนี้จะทำให้ทีมได้ทางเลือกในการปรับปรุงที่เหมาะสมที่สุด ทีมมีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการเสนอแนะวิธีการทำงานแบบใหม่ๆ จะช่วยให้เห็นแนวทางที่แตกต่างไปจากเดิม รวมทั้งนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้กับกลุ่มคน/หน่วยงานต่างๆ ได้

6) ทดลองทางเลือก (try out improvement alternatives) จะเตรียมการอย่างไรเพื่อดำเนินการทดลองโดยรายวัน? ขั้นตอนนี้จะได้แผนการทดสอบและการทดสอบทางเลือก เป็นการนำความคิดไปสู่ความเป็นจริง ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทีมงานทำให้ทีมงานได้เรียนรู้จากขั้นตอนนี้อย่างมาก

7) ศึกษาผล (study the results) เราได้เรียนรู้อะไรจากการทดลอง? ขั้นตอนนี้จะได้ผลจากการเรียนรู้ของทีม ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานใหม่ หรือต้องกลับไปวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา

8) ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน (standardize improvement) จะขยายผลการปรับปรุงอย่างไร จะทำให้ยั่งยืนได้อย่างไร? ขั้นตอนนี้จะได้มาตรฐานสำหรับระบบงานใหม่ การจะทำให้เกิดการยั่งยืนต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ หรือคู่มือ

9) วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (plan continuous improvement) ในเรื่องนี้จะยังมีอะไรให้ปรับปรุงได้อีก? ขั้นตอนนี้จะ ได้รายงาน โครงการและข้อเสนอแนะ หรือการนำเอาโอกาสพัฒนาอันดับต่อไปมาดำเนินการ

กองการพยาบาล (2544) ได้มีการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล พ.ศ. 2540 รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของนวัตกรรม เทคโนโลยี และนโยบายการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล ได้มีการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ

- 1) การมอบหมายผู้รับผิดชอบ
- 2) การกำหนดขอบเขตของบริการพยาบาล
- 3) การระบุประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลและกำหนดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติ
- 4) การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล
- 5) การกำหนดเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้
- 6) การเก็บรวบรวมและการจัดการข้อมูล
- 7) การวิเคราะห์และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล
- 8) การแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
- 9) การเฝ้าระวังและการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลต่อเนื่อง
- 10) การรายงานผลการประกันคุณภาพ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) ได้กำหนดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนของการตรวจสอบให้มีความเหมาะสมและสะดวกต่อการนำไปใช้ได้แก่

1) การออกแบบระบบ (plan) มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีกระบวนการทำงานที่เหมาะสม มีการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและคุณภาพ รวมทั้งมีนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนที่ทุกคนรับรู้

2) การทำตามระบบ (do) มีการเตรียมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความสามารถเหมาะกับงานที่รับผิดชอบ มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานตามระบบที่ได้ออกแบบไว้ มีการปฏิบัติตามระบบ รวมทั้งมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ

3) การศึกษา/ทบทวน/ตรวจสอบระบบ (study/check) ใช้การประเมินทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการเปรียบเทียบกับความมุ่งหมายของหน่วยงาน ความต้องการของผู้รับผลงาน มาตรฐานวิชาชีพ และข้อกำหนดอื่นๆ รวมทั้งมีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

4) การแก้ไข/ป้องกัน/ปรับปรุงระบบ (act) เป็นการนำผลการทบทวน/ตรวจสอบมาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการปรับปรุงไปที่รากเหง้าของปัญหา มีการเชื่อมโยงการแก้ไขปัญหาเฉพาะรายกับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหาในระยะยาว รวมทั้งความพยายามในการปรับปรุงเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและหน่วยงาน

ณรงค์ ฅ ลำพูน และ เพ็ชรี รูปีเชตร (2546) ได้กล่าวถึงหลักการบริหารจัดการคุณภาพโดยรวม เป็นระบบการบริหารจัดการที่เกิดจากจิตสำนึกของบุคลากร ในองค์กรที่มุ่งมั่นที่จะผลิตสินค้าและเสนอบริการแก่ลูกค้าหรือผู้มาใช้บริการ ให้ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดและผลงานหรือสินค้า/บริการนั้นได้มาตรฐาน ครบถ้วน ถูกต้อง และได้นำเสนอกระบวนการปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องดังต่อไปนี้ คือ

- 1) การวิเคราะห์แยกแยะปัญหาและสาเหตุได้อย่างมีเหตุผลหรือเป็นระบบ
- 2) การมองปัญหาและคิดหาสาเหตุได้อย่างรอบคอบ
- 3) การรู้จักใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงโดยอาศัยเครื่องมือทางสถิติ
- 4) การรู้จักเลือกวิธีการทำงานอย่างฉลาด การแก้ไขปัญหาที่สำคัญหรือปัญหาที่ง่ายก่อน
- 5) การรู้จักวางแผนการทำงานร่วมกันเป็นทีม

ชาญชัย อาจินสมาจาร (2548) นำเสนอกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

- 1) การระบุปัญหา
- 2) การเลือกปัญหา
- 3) การแก้ปัญหา

วิทยา สุหฤทธดำรง และ รัชฎร ขจรรุ่งศิลป์ (2550) กล่าวว่า กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จะต้องมีการเชื่อมโยงการแก้ปัญหาเข้ากับเป้าหมาย โดยอาศัยการบริหารนโยบาย ถือเป็นแก่นหัวใจของการบริหารจัดการ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

- 1) การวางแผน (plan)
- 2) การลงมือปฏิบัติ (do)
- 3) การตรวจสอบ (act)
- 4) การปรับปรุงแก้ไข (adjust)

บูรณะศักดิ์ หมาดหมาย (2551) กล่าวว่ากระบวนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามแบบ PDCA เป็นการปรับปรุงงานเพื่อเพิ่มผลผลิตภาพ การปรับปรุงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งและหลีกเลี่ยงได้ยาก ซึ่งการปรับปรุงงานย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางครั้งอาจมีการต่อต้านบ้างในระยะแรก อย่างไรก็ตามการปรับปรุงงานจะทำให้เกิดคุณภาพใหม่ในองค์กรซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้บริหารคิดหาแนวทางที่ทำให้การปรับปรุงงานสามารถตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ด้วยการทำให้มีการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้กระบวนการ plan-do-check-act คือ

- 1) การดูปัญหา
- 2) วางแผนหาวิธีแก้ปัญห
- 3) ทดลอง
- 4) ตรวจสอบแก้ปัญห

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) กล่าวถึงกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องว่า มีชื่อที่หลากหลาย เช่น PDSA (plan-do-study-act), AMC (aim-measure-change) หรือ ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน, อริยสัจสี่ (ทุกข์หรือปัญหา-สมุทัยหรือสาเหตุ-นิโรธ หรือความหมดไปแห่งปัญหา-มรรค หรือวิธีการดับปัญหา), DMAIC (define-measure-analyze-improve-control) และ RBM (result-based management) ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นผลลัพธ์ กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เน้นการสร้างความรู้ตามสถานการณ์ปัญหาหรือความต้องการ สามารถสรุปรวมได้เป็น 3C-PDSA หรือ 3 P อาจกล่าวได้ว่าการประสานแนวคิดการพัฒนาที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ประสานพลังสร้างสรรค์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับจุดพร วิสัยทัศน์คือองค์กร และ เกียรติศักดิ์ ม่วงมิตร (2553) ที่กล่าวไว้ว่ากระบวนการปรับปรุงคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่ว่าจะในการทำงาน หรือในวิถีชีวิตประจำวัน มีคำว่าคุณภาพแฝงอยู่ในทุกกิจกรรม ทฤษฎี Deming Cycle หรือ PDCA (Swansburg, 1996; Deming, 2000; Cohen & Cesta, 2001; Tomey, 2004) สามารถใช้ได้กับทุกเรื่อง ตั้งแต่พบปัญหาเราก็ต้องนำมาวางแผนแก้ไข ปฏิบัติตามที่เราได้กำหนดไว้ มีการตรวจสอบแล้วแก้ไขใหม่ วางแผนใหม่ หมุนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้สิ่งที่ดีที่สุด

แนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจร FOCUS-PDCA ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้ประยุกต์ใช้วงจร พี ดี ซี เอ ของ Dr. W Edwards Deming ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายทั้งในวงการอุตสาหกรรมและด้านบริการสุขภาพ วงจร FOCUS-PDCA เป็นกระบวนการที่ง่าย มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน ครอบคลุมกระบวนการพัฒนา และเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในองค์กรสุขภาพ โดยเฉพาะในการให้บริการด้านสาธารณสุข เพราะองค์กรสุขภาพมีความพร้อมใน

เรื่องขององค์ความรู้และมีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งตรงตามที่ปรัชญาเดมมิ่งได้กล่าวไว้ (McLaughlin & Kaluzny, 1999) FOCUS-PDCA ประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

- 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Find a process to improve)
- 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (Organize team that knows the process)
- 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (Clarify current knowledge of the process)
- 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (Understand causes of process variation)
- 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ (Select the process improvement)
- 6) วางแผนการปรับปรุง (Plan the improvement)
- 7) ทำการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสนับสนุนการปรับปรุง (Do the data collection, analysis, and improvement effort)
- 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check the result)
- 9) ดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act to hold the gain and continue improvement)

สรุปได้ว่า กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการออกแบบหรือการปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือการสร้างระบบงานที่ดีเพื่อป้องกันปัญหา เป็นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของการทำงาน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้นำของการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การแยกบทบาทที่ชัดเจนระหว่างผู้นำกับทีมงานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม นั่นคือผู้นำเป็นผู้กำหนดทิศทางและประเด็นในการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ทีมงานเป็นผู้กำหนดวิธีการหรือรายละเอียดในการเปลี่ยนแปลง การปรับปรุงกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดนั้นจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง เป็นแนวคิดที่หาโอกาสพัฒนา เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร รวมทั้งเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่มีขั้นตอนรายละเอียดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีหลักการที่ดี ทำให้เป็นรูปแบบที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในระบบสุขภาพ เหมาะสมที่จะนำมาปรับใช้ในการปรับปรุงกระบวนการงาน มีความครอบคลุมในการพัฒนามากกว่าการใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพที่เรียกว่าวงจรเดมมิ่ง (PDCA Cycle)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

### การพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง

ดร.วิลเลียม เฮดเวอร์ค เดมมิ่ง อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมคุณภาพเชิงสถิติได้ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการควบคุมคุณภาพให้กับประเทศญี่ปุ่นอย่างกว้างขวางและประเทศญี่ปุ่นได้กลายเป็นต้นแบบของการบริหารจัดการที่เน้นคุณภาพซึ่งกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อการตอบสนองความต้องการของลูกค้า ตามความคาดหวัง หรือ มากกว่าความคาดหวัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร ซึ่งผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นและใช้เครื่องมือคุณภาพช่วยในการปรับปรุงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นเรื่อยๆ ทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การใช้แนวคิดของเดมมิ่งจะทำให้มีการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่วงจร PDCA มีการหมุนครบรอบก็จะส่งผลให้มีพลังในการพัฒนาหมุนวงจรในรอบต่อไป ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนดังนี้ ดังภาพที่ 5

#### 1. ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Find a process to improve)

ในการค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุงนี้ ควรค้นหากระบวนการที่เกิดจากผลกระทบของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ทำให้ประโยชน์แก่สมาชิก การวิเคราะห์ระบบงาน วิเคราะห์โรค/หัตถการ ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน หรือ ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม เป็นต้น กระบวนการที่เลือกควรเป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความต้องการในการพัฒนาและมีผลลัพธ์ที่ดี

#### 2. สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (Organize team that knows the process)

โดยการมอบหมายผู้รับผิดชอบและกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการ ให้ชัดเจน เพื่อทำความเข้าใจกับลักษณะของระบบหรือกระบวนการทำงานที่ต้องการปรับปรุงอย่างลึกซึ้ง ทำให้ทีมงานรู้และเข้าใจข้อจำกัดของทีม รวมทั้งมีความตื่นตัวที่จะปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น ขั้นตอนนี้จะได้กระบวนการทำงานที่เป็นปัญหาซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและพัฒนาตัวชี้วัดต่อไป



3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (Clarify current knowledge of the process)

ทำความเข้าใจลักษณะของระบบหรือกระบวนการทำงานในปัจจุบัน โดยใช้วงจร PDCA เพื่อจัดทำแผนภูมิกระบวนการทำงาน อาจเขียนเป็นขั้นตอนการทำงานอย่างง่ายโดยการนำข้อมูลที่ได้รับมาเขียนลำดับขั้นตอนการทำงาน ซึ่งข้อมูลจากการเขียนในลักษณะนี้อาจนำไปเขียนแผนภูมิการไหลของงาน (flow chart) ที่เป็นรูปแบบมากขึ้นภายหลังได้ ซึ่งเป็นวิธีการเขียนที่ใช้ทั่วไป ไม่ต้องใช้เวลามากช่วยให้เห็นภาพรวมของกระบวนการทำงานได้ทั้งหมด ค้นหากระบวนการที่ง่ายต่อการปรับปรุง และค้นหาวิธีการที่เป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด ซึ่งในการจัดทำแผนภูมิการไหลของงาน ควรตั้งเป้าหมายของการพัฒนาให้ชัดเจน ประยุกต์ใช้ความรู้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่เหมาะสมมีความเป็นไปได้ในการพัฒนา มีการบริหารจัดการที่ดี เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีผลลัพธ์ที่ดีต้นทุนต่ำ

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (Understand causes of process variation)

ทีมงานทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการโดยใช้วงจร PDCA เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้กระบวนการไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ซึ่งในการวิเคราะห์หาสาเหตุของความแปรปรวนควรวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าเป็นสำคัญ โดยทำความเข้าใจในกระบวนการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ในการวิเคราะห์สาเหตุอาจใช้แผนภูมิพาเรโต (pareto diagram) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้แสดงให้เห็นว่าสาเหตุแต่ละข้อมีความสำคัญไม่เท่ากัน อาจใช้แผนภูมิแสดงเหตุและผล (cause-and-effect diagram) อาจจะอยู่ในรูปของแผนภูมิด้านไม้ (tree diagram) หรือแผนภูมิก้างปลา (fishbone diagram) การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโดยใช้ แผนภูมิเหตุและผล จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผลเจาะลึกถึงสาเหตุรากเหง้าของปัญหาได้ง่ายและเป็นระบบ ทีมจะต้องมีแผนภูมิการไหลของงาน และเครื่องมือที่สำคัญคือการระดมสมอง (brainstorming) และจัดระบบคิด ซึ่งใช้เกือบทุกขั้นตอนของ FOCUS-PDCA ในการดำเนินการค้นหาสาเหตุที่ดีคือการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมด เปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมร่วมกันระดมสมองค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้ และจัดระบบคิดเพื่อใช้ตรวจสอบและเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอาจใช้ความเห็นร่วม (consensus) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุของปัญหาหรืออาจใช้แผนภูมิพาเรโต หรือการลงคะแนนพหุ (multivoting) เป็นต้น

#### 5. เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ (Select the process improvement)

เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ โดยการวิเคราะห์ทางเลือกเพื่อนำสาเหตุที่วิเคราะห์ได้มากำหนดทางเลือกในการปรับปรุงที่เหมาะสมที่สุด ในการเลือกวิธีการปรับปรุงอาจใช้ความเห็นร่วมการระดมสมอง การลงคะแนนพหุ และแผนภูมิพาเรโตก็ได้ และที่สำคัญจะต้องเป็นปัญหาที่เข้าใจกันทั้งหมด มีข้อมูลที่ดี รวมทั้งกระบวนการที่เลือกเป็นรากเหง้าปัญหาที่แท้จริงสามารถปรับปรุงได้ในทางปฏิบัติ และมีความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จสูง

#### 6. วางแผนการปรับปรุง (Plan the improvement)

ในการวางแผนการปรับปรุง โดยอาศัยทีมงานร่วมกันวางแผนการปรับปรุง กำหนดขอบเขตของการปรับปรุง กำหนดผู้รับผิดชอบ วิธีการ สถานที่ ระยะเวลา และตัวชี้วัด ซึ่งในขั้นตอนนี้มีความสำคัญมาก ทีมพัฒนาคุณภาพจะต้องรู้และมีความเข้าใจในกระบวนการที่ปรับปรุงเป็นอย่างดี ในการวางแผนการปรับปรุงควรคำนึงถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสมาชิกทีม ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง วิธีการจัดการสิ่งที่ไม่คาดหวังที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีติดตามการเปลี่ยนแปลง

7. ทำการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสนับสนุนการปรับปรุง (Do the data collection, analysis, and improvement effort)

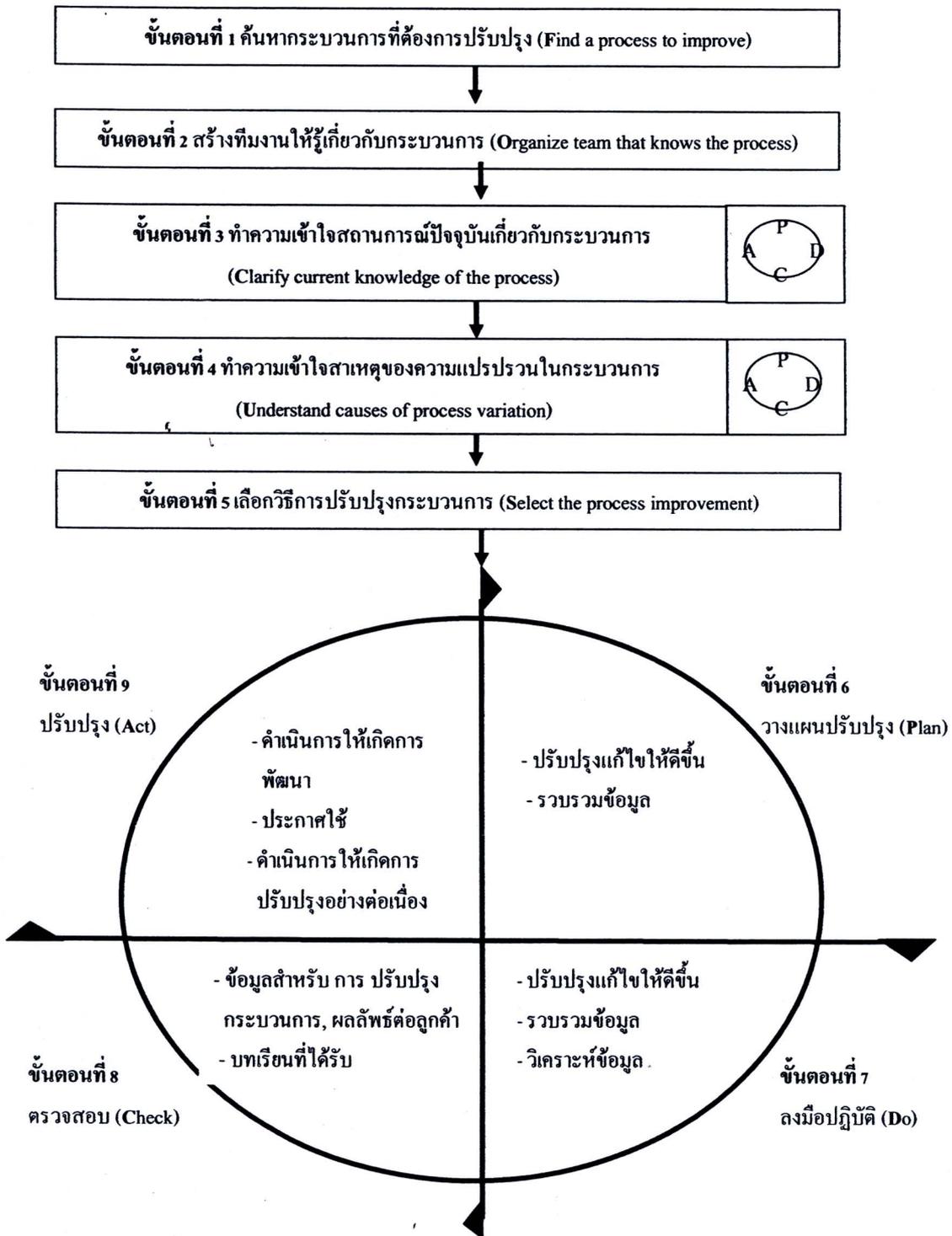
การดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสนับสนุนการปรับปรุงเป็นการลงมือปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน วิธีการ และขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ สมาชิกในกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญ และความจำเป็นของแผนที่ตั้งไว้ รู้เหตุผลของการปรับปรุงเป็นอย่างดี มีการติดตามให้คำปรึกษาทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงกระบวนการและการเก็บรวบรวมข้อมูลผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานขั้นต่อไป

#### 8. ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check the result)

ตรวจสอบผลการปฏิบัติโดยการตรวจสอบผลการปรับปรุงงานว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่ มีปัญหาในการปฏิบัติที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนหรือไม่ โดยการเก็บข้อมูลเพื่อยืนยันว่าสาเหตุของปัญหาลดลงหรือถูกกำจัดไปหมดแล้ว ข้อมูลนี้ควรเป็นข้อมูลที่อยู่ในแบบบันทึกเดียวกับเมื่อก่อนการทดสอบ นอกจากนี้ยังเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงตามแผน รวบรวมข้อมูลที่สำคัญ รวมทั้งตรวจสอบผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

9. ดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act to hold the gain and continue improvement)

ในการดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องนั้นกรณีที่ผลเกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ให้นำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาปรับใช้ให้เป็นมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติต่อไป หากผลเกิดขึ้นเป็นไม่ไปตามแผนวิเคราะห์หาปัญหาโดยทบทวนแผนภูมิการไหลของงาน นโยบายกระบวนการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง ความสมบูรณ์ของข้อมูลตลอดจนบทเรียนที่ได้จากการพัฒนา และเข้าวงล้อพัฒนาคุณภาพของ PDCA ต่อไป



ภาพที่ 5 แสดงกระบวนการพัฒนา FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิ่ง

ที่มา : Continuous Quality Improvement in Health Care (p 28) by McLaughlin & Kaluzny, 1999, Maryland: An aspen publication.

## เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้ไปตลอดเวลาทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจตนเองและสิ่งที่ตนกระทำมากขึ้น เครื่องมือที่ใช้จึงมีทั้งเครื่องมือที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะ และเครื่องมือที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้ เครื่องมือเหล่านี้มีที่ใช้และเป้าหมายต่างกัน การจะเลือกใช้เครื่องมืออะไรขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของปัญหา ขั้นตอนการทำงาน และประสบการณ์ของผู้ใช้ ซึ่งการแบ่งประเภทของเครื่องมือในการพัฒนาอาจแบ่งได้หลายแบบ เช่น แบ่งเป็น Basic QC Tools, 7 Management & Planning (MP) Tools หรืออาจแบ่งเป็นเครื่องมือเกี่ยวกับการทำงานของทีม, เครื่องมือเกี่ยวกับการทำความเข้าใจกับปัญหาหรือตัวระบบ, เครื่องมือเกี่ยวกับการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นต้น (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2543; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ เช่น การระดมสมอง (brainstorming), ความเห็นร่วม (consensus), แผนภูมิการไหลของงาน (flow chart), แผนภูมิต้นไม้ (tree diagram), และแผนภูมิแท่ง (histogram) รายละเอียดดังนี้

### การระดมสมอง

การระดมสมองเป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา หรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลารวดเร็ว เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และเกิดการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด การระดมสมองมุ่งเน้นที่จำนวนความคิด ไม่ใช่คุณภาพ การระดมสมองที่ดีจะเปิดโอกาสให้สมาชิกใช้ความคิดสร้างสรรค์ให้ได้มากที่สุด เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน และได้แนวทางใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา สามารถใช้ในทุกขั้นตอนที่ต้องการความคิดที่หลากหลายและความคิดสร้างสรรค์ โดยการ 1) เตรียมการ มีการกำหนดประเด็น กำหนดเวลา วิธีการ กำหนดผู้รับผิดชอบ ทบทวนกฎกติกาการถ่ายทอดในการระดมสมอง และการจัดเตรียมอุปกรณ์ 2) ระดมความคิด โดยการให้สมาชิกสร้างความคิดและเสนอความคิด 3) ทำความกระจ่าง โดยการให้สมาชิกพิจารณาบัตรความคิดไปพร้อมๆ กัน ถ้าไม่เข้าใจให้เจ้าของความคิดอธิบายสั้นๆ ไม่มีการอภิปรายหรือวิจารณ์ความเห็น และ 4) ประเมิน โดยการตรวจสอบความซ้ำซ้อน หรือความเห็นที่ไม่ตรงกับประเด็นที่กำหนดไว้ ประเด็นสำคัญในการระดมสมองคือ ต้องเน้นให้ได้ปริมาณมากที่สุดและมีการต่อยอดความคิดเห็นของผู้อื่น

## ความเห็นร่วม

ความเห็นร่วมเป็นการหาทางเลือกหรือจุดยืนที่สมาชิกทุกคนเห็นด้วย ขอมรับด้วยความสบายใจ และให้การสนับสนุนที่จะดำเนินการ โดยมีเป้าหมายของทีมคือการตัดสินใจซึ่งสะท้อนความคิดเห็นของสมาชิกทุกคนได้ดีที่สุด ทำให้เกิดสถานการณ์ ชนะ/ชนะ เป็นสิ่งที่มีคุณค่ามากกว่าการลงคะแนนเสียงทั่วไปเนื่องจากไม่ทำให้เกิดผู้แพ้ วิธีการนี้ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากสมาชิกในทีมมาก จะใช้เมื่อประเด็นที่จะตัดสินใจนั้นมีความสำคัญและมีความซับซ้อนสูงและมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการดำเนินงานโดยการ 1) เตรียมการ มีการกำหนดประเด็น กำหนดเวลา กำหนดผู้ดำเนินการประชุม ชี้แจงกฎ กติกา และความหวังต่อสมาชิก 2) สมาชิกนำเสนอจุดยืนของตน มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน กำหนดจุดยืนของแต่ละคน นำเสนอจุดยืน และเรียนรู้ความคิดของเพื่อนสมาชิก 3) แยกแยะความเห็น ใช้เหตุผลพิจารณาในสิ่งที่ต่างกันอย่างรวดเร็ว และ 4) สรุปความเห็นร่วมและนำข้อสรุปไปปฏิบัติ

## แผนภูมิการไหลของงาน

แผนภูมิการไหลของงานเป็นการใช้สัญลักษณ์มาตรฐานเพื่อสร้างภาพแสดงการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ จากสิ่งนำเข้า (input) ไปสู่ผลลัพธ์ (output) ตามลำดับ เหตุการณ์ ขั้นตอน กิจกรรม หรืองาน รูปแบบของแผนภูมิการไหลของงานที่ใช้เป็นประจำได้แก่ ผังงานสรุปกระบวนการหลัก (top-down flow chart), ผังงานแสดงกระบวนการโดยละเอียด (process flow chart), ผังงานแสดงผู้รับผิดชอบ (deployment flow chart) และ ผังงานแสดงการเคลื่อนที่ (lay out flow chart)

ผังงานสรุปกระบวนการหลัก เป็นภาพแสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะแบ่งออกเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนย่อย ไม่ได้แสดงรายละเอียดในกระบวนการทุกขั้นตอน ไม่ได้แสดงความซับซ้อน เป็นกระบวนการที่สามารถทำได้เร็วและง่าย จะใช้เมื่อทีมไม่ต้องการรายละเอียดของกระบวนการมากนัก เหมาะสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาในช่วงต้นๆ ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดเวลา ไม่ต้องลงรายละเอียดมากเกินไป โดยการ 1) เตรียมข้อกำหนดเบื้องต้น 2) สังเกตการปฏิบัติงานจริง 3) เขียนขั้นตอนในการทำงาน 4) เขียนแผนภูมิการไหลของงาน ต้องมีการรวบรวมงานที่เกี่ยวข้องเข้าเป็นขั้นตอนหลักและเขียนขั้นตอนหลักในกรอบสี่เหลี่ยมเรียงลำดับจากซ้ายไปขวา เขียนขั้นตอนย่อยของแต่ละขั้นตอนหลักต่อลงมาทางด้านล่างของขั้นตอนหลักแต่ละขั้น ใส่หมายเลขลำดับเพื่อให้ง่ายต่อการอ้างอิง

## แผนภูมิต้นไม้

เป็นเครื่องมือที่แสดงรายละเอียดของงานที่จะต้องทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในระดับต่างๆ เป็นเครื่องมือที่แสดงความสัมพันธ์เชิงตรรกะชนิดเส้นตรง โดยการนำประเด็นสำคัญมาวิเคราะห์ รายละเอียดถึงขั้นที่จะดำเนินการได้ แผนภูมิต้นไม้จะสร้างจุดสนใจที่เป็นระบบสำหรับทีมเพื่อให้มั่นใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างได้รับการพิจารณาและมีความสัมพันธ์เชิงตรรกะที่ยอมรับได้ ทีมจะใช้เครื่องมือนี้เพื่อสร้างกิจกรรมที่จะทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน หรือวางแผนการปรับปรุงต่อเนื่อง โดยการ 1) กำหนดปัญหา/เป้าหมายของแผนภูมิต้นไม้ จะเริ่มจากปัญหาหรือเป้าหมายในภาพรวมแล้วค่อยๆ จำแนกอย่างเป็นระบบไปสู่วิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมาย 2) กำหนดทีมผู้รับผิดชอบ 3) กำหนดแขนงหลัก คือการตอบคำถามว่า “จะต้องทำอะไรเพื่อที่จะแก้ปัญหาหรือบรรลุเป้าหมายได้” โดยอาศัยวิธีการที่เป็นไปได้คือ ใช้แผนภูมิกลุ่มความคิดที่เขียนไว้แล้วนำมาเขียนเป็นแขนงหลักของแผนภูมิต้นไม้ หรือจากแผนภูมิความสัมพันธ์ของเหตุและผล หรือเริ่มต้นระดมสมองใหม่ทั้งหมด 4) เขียนแผนภูมิและสร้างแขนงย่อย และ 5) ทบทวนแผนภูมิที่ทำเสร็จแล้ว โดยทีมและผู้ที่จะต้องมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติและสามารถมีการเปลี่ยนแปลงได้

## แผนภูมิแท่ง

แผนภูมิแท่งเป็นแผนภูมิที่ประกอบด้วยแกนสองแกนคือแกนนอนและแกนตั้ง และรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าที่มีความกว้างของแต่ละรูปเท่ากัน ส่วนความยาวจะแปรตามขนาดของข้อมูล เรียก รูปสี่เหลี่ยมแต่ละรูปนี้ว่า แท่ง (bar) การนำเสนอข้อมูลอาจจัดให้แท่งแต่ละแท่งอยู่ในแนวตั้ง หรือแนวนอนก็ได้ โดยวางเรียงให้ชิดกันหรือห่างกันเล็กน้อยเท่าๆ กันก็ได้ พร้อมทั้งเขียนรายละเอียดของแต่ละแท่งกำกับไว้ นอกจากนี้ เพื่อความสวยงาม อาจจะใช้วิธีแรเงาหรือระบายสี เพื่อให้ดูสวยงามและสะดวกในการศึกษาเปรียบเทียบ ข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการใช้แผนภูมิแท่งในการนำเสนอข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลที่จำแนกตามคุณภาพ ตามกาลเวลา และตามภูมิศาสตร์ เป็นต้น แผนภูมิแท่งจำแนกได้หลายประเภท ได้แก่ แผนภูมิแท่งเชิงเดี่ยว แผนภูมิแท่งเชิงซ้อน แผนภูมิแท่งส่วนประกอบ แผนภูมิแท่งบวก-ลบ แผนภูมิแท่งซ้อนกัน แผนภูมิแท่งปิระมิด ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงแผนภูมิแท่งเชิงเดี่ยวและแผนภูมิแท่งเชิงซ้อนเท่านั้น

1. แผนภูมิแท่งเชิงเดี่ยว หมายถึง แผนภูมิแท่งที่ใช้สำหรับข้อมูลชุดเดียวและแสดงลักษณะของข้อมูลที่สนใจ เพียงลักษณะเดียว เช่น ข้อมูลที่จำแนกตามคุณภาพ ความดี จำนวนเงิน จำนวนภาษีมูลค่าการส่งออก เป็นต้น

2. แผนภูมิแท่งเชิงซ้อน หมายถึง แผนภูมิแท่งที่แสดงการเปรียบเทียบของข้อมูลสองชุดขึ้นไปหรือเปรียบเทียบลักษณะของข้อมูลที่เราสนใจตั้งแต่สองลักษณะขึ้นไป บนแกนเดียวกัน เช่น เปรียบเทียบข้อมูลที่จำแนกตามคุณภาพ เปรียบเทียบรายรับรายจ่าย เปรียบเทียบจำนวนนักเรียนชายกับจำนวนนักเรียนหญิง เป็นต้น

ในการใช้แผนภูมิแท่งจะใช้เมื่อต้องการตรวจสอบความผิดปกติ โดยดูการกระจายของกระบวนการทำงาน ใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบข้อมูลกับเกณฑ์ที่กำหนดหรือค่าสูงสุด-ต่ำสุด ใช้เมื่อต้องการตรวจสอบสมรรถนะของกระบวนการทำงาน (Process Capability) ใช้เมื่อต้องการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (Root Cause) ใช้เมื่อต้องการติดตามการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการในระยะยาว และใช้เมื่อมีข้อมูลจำนวนมากๆ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

จารุวรรณ ฤทธิธรรม (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพของโรงพยาบาลนิกมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร โดยการใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของเดมมิง กลุ่มประชากรคือ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 14 คน ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ จำนวน 48 ฉบับ พบว่าภายหลังจากการทดลองนำแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้รับบริการที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนิกมน้ำอูน รอบที่ 1 บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการในช่วงแรกคิดเป็นร้อยละ 71.42 และใช้เวลาในการบันทึกน้อยกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 85.71 หลังมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพ ได้นำแบบสอบถามไปใช้ในรอบที่ 2 พบว่าบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.71 และใช้เวลาในการบันทึกน้อยกว่า 30 นาทีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับ ประคอง อินสอน (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 6 คน เดิมได้มีการใช้แบบบันทึกแบบบรรยาย พบปัญหาคือ คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดของสำนักงานพยาบาลคือ ต่ำกว่าร้อยละ 70 การบันทึกขาดความสมบูรณ์ ขาดข้อมูลด้านจิตสังคม ใช้คำย่อไม่เป็นสากล จึงได้มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้กระบวนการกลุ่มระดมสมอง มีการฝึกเขียนบันทึกตามรูปแบบใหม่โดยให้มีการบันทึกตาม

กระบวนการพยาบาล พบว่ามีความสะดวกในการเขียนบันทึก มีแบบฟอร์มที่ชัดเจน ทำให้มองเห็น ปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล ผลการศึกษายังพบอีก ว่าการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการกำหนดให้มีหลักการบันทึกทางการพยาบาล ไว้เป็น แนวทางมีผลทำให้ใช้เวลาในการบันทึกลดลง

นอกจากนี้ รัตนา ยวงคำมา (2548) ศึกษาสภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล ประจำการหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากพยาบาลประจำการ จำนวน 10 คน เพิ่มประวัติผู้ป่วย 20 ราย โดยวิธีการสังเกตการบันทึกทางการพยาบาลและวิเคราะห์ไปบันทึก ทางการพยาบาล พบว่าในการนำนโยบายการบันทึกไปใช้โดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนร่วมและจาก การนิเทศที่ไม่เป็นระบบ ทำให้คุณภาพการบันทึกไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนว ทางการบันทึกทางการพยาบาล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการ กำหนดแนวทางในการบันทึกตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล มีการปรับแบบฟอร์มการเขียน บันทึกทำให้สามารถนำไปใช้ได้โดยสะดวกและมีการกำหนดการตรวจสอบความครบถ้วนของ ข้อมูล ผลการประเมินความครบถ้วนอยู่ในช่วง ร้อยละ 50-60 นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วม ของทีมงาน เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ คือ มีความครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน และได้ ใจความ ในทำนองเดียวกับ เขาวเรศ คุณแก้ว (2551) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลคึก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น จากพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ในคึกผู้ป่วย ในจำนวน 11 คน กิจกรรมการพัฒนาโดยการสร้างเครื่องมือในการพัฒนาประกอบด้วย คู่มือบันทึก ทางการพยาบาล แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึก และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบันทึก ทางการพยาบาล มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมองร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและเสนอ แนวทางการปรับปรุงแก้ไขบันทึกทางการพยาบาล มีการตรวจสอบ นิเทศ ติดตาม การบันทึก ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินการเฉพาะการบันทึกทางการพยาบาล 3 รายการ คือ 1) บันทึกผู้ป่วยรับใหม่ 2) การบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่อง และ 3) การบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย การศึกษามี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ โดยการศึกษาสภาพปัญหาจากการตรวจสอบคุณภาพ การบันทึก เวชระเบียน ทบทวนผลการศึกษาวิจัยภายในหน่วยงาน ผลการตรวจประเมินจากผู้เยี่ยม สสำรวจองค์กรภายนอก 2) ขั้นดำเนินการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่กลุ่มเป้าหมาย จัด กิจกรรมระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและเสนอแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่ เหมาะสม และ 3) ขั้นประเมินผล โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลก่อน และหลังการประชุม มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 40 ฉบับ ใช้เกณฑ์ ประเมินตามหลัก 4 C ของกองการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก

การสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้คะแนนความรู้เฉลี่ย 18.90 คะแนน อยู่ในระดับดี และ 27.27 อยู่ในระดับดีมาก ตามลำดับ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนและภายหลังการพัฒนา ได้ร้อยละ 80.62 ระดับพอใช้ และ ร้อยละ 93.77 ระดับดีมาก ตามลำดับ

ส่วนการศึกษาของ พนิดา เขตอริยกุล (2549) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา คุณภาพบันทึกทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะหัวหน้างานควรเพิ่มบทบาทส่งเสริมคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ให้มากขึ้น มีการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาแบบบันทึกให้ชัดเจนเหมาะสม สะดวกต่อการบันทึกและ สอดคล้องกับการใช้กระบวนการพยาบาล

จากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า สาเหตุของปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่ได้คุณภาพ ส่วนใหญ่มาจากการขาดความรู้ ขาดทักษะในการบันทึก ตามกระบวนการพยาบาล กระบวนการบันทึกขาดรูปแบบเชิงวิชาชีพชัดเจน รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ไม่เหมาะสมกับการนำไปใช้ รวมทั้งมีการนิเทศไม่เป็นระบบ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือให้ผู้บริหารทางการแพทย์กำหนดนโยบายสนับสนุนเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์อย่างเป็นรูปธรรม กำหนดให้มีระบบการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์ มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ ในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง ร่วมกันแก้ไข พัฒนา ปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมกับการใช้งาน สะดวก ง่ายต่อการบันทึก และสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล

#### สถานการณ์บันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง

โรงพยาบาลบ้านไธสง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับตติยภูมิ 2.1 มีพยาบาลวิชาชีพพร้อมทั้งหมด จำนวน 50 คน ให้บริการแบบผสมผสานแก่ประชาชนในอำเภอบ้านไธสงและประชาชนในเขตรอบคอกับอำเภอใกล้เคียง เมื่อพ.ศ. 2540 โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเษก ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลครั้งที่ 1 วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2546 ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 2 (re-accreditation) เดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 ปัจจุบันอยู่ในระดับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลขั้นที่ 2 และเตรียมพร้อมรอรับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 3

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านไธสง เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีนโยบายให้ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน และมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย มีการยึดถือระเบียบ วินัย และจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กลุ่มการพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านบริหาร บริการ และวิชาการตลอดจนมีการพัฒนางานและบุคลากรให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบริหารงาน โดยคณะกรรมการบริหารองค์การพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการเลือกตั้งเข้ามาเป็นคณะกรรมการ มีการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การพยาบาลและประชุมพยาบาลวิชาชีพ ทุก 2 เดือน การบริหารงานภายในกลุ่มการพยาบาลเป็นการบริหารงานแบบการมีส่วนร่วม กลุ่มการพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 40 คน มีหน่วยงานการพยาบาลในความรับผิดชอบดังนี้ งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญีพยาบาล งานจ่ายกลางและงานซักฟอก ซึ่งในแต่ละหน่วยงานการพยาบาลจะมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้างานและขึ้นตรงต่อหัวหน้าพยาบาล มีการบริหารจัดการภายใต้ปรัชญา นโยบาย และกฎระเบียบของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนางานรวมทั้งสร้างผลงานนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย ได้มีการจัดมหกรรม “นำเสนอการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรมทางการพยาบาล (CQI and Innovation)” ครั้งที่ 1 วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2553 และครั้งที่ 2 วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2554

งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง มีหน้าที่หลักให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทที่รับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 30 เตียง โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยห้องพิเศษ จำนวน 6 ห้อง และผู้ป่วยห้องสามัญ จำนวน 24 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน และมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 คน มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2544-2546 คณะกรรมการบริหารองค์การพยาบาลได้มีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ 4 C ของกองการพยาบาล (2544) ผลการประเมินเป็นร้อยละ 63.00, 55.00 และ 65.00 ตามลำดับ พบปัญหาคือ มีการบันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาสำคัญของผู้ป่วย บันทึกไม่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่เชื่อมโยงและต่อเนื่อง และแบบฟอร์มการบันทึกไม่เอื้อต่อการบันทึก ในปีงบประมาณ 2548 ได้มีดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยรับใหม่ มีการดำเนินการ โครงการ Audit น้อยในหน่วยงานเพื่อกระตุ้น สร้างการมีส่วนร่วมและสร้างความตระหนักในการบันทึกทางการพยาบาลให้มีความสมบูรณ์ มีกิจกรรมการฟื้นฟูความรู้ในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล สนับสนุนพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการประชุมวิชาการเรื่อง การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการ

ปฏิบัติงานและการใช้กระบวนการพยาบาล ณ โรงพยาบาลป่าซาง ในวันที่ 7 เดือนกันยายน พ.ศ. 2548 หลังดำเนินการพัฒนามีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ 4 C ด้วยการประเมินตนเอง และประเมินโดยคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง ผลการประเมินตนเองได้ร้อยละ 65.38, 65.39 และ 67.32 ตามลำดับ ผลการประเมินโดยคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลได้ร้อยละ 60.00, 66.07 และ 61.73 ตามลำดับ ผลการประเมินยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ มากกว่าร้อยละ 70 ปัญหาที่พบเพิ่มเติมคือ เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไม่ชัดเจน คณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลร่วมกับทีมงานผู้ป่วยในได้มีการทบทวนเกณฑ์การประเมิน และจัดทำเกณฑ์การประเมินใหม่โดยใช้การประเมินตามกระบวนการพยาบาล ส่งเสริมสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานและสนับสนุนให้มีการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยโดยใช้ C3THER

ในปีงบประมาณ 2550 มีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมประชุมเรื่องการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ที่โรงพยาบาลแม่ทา ในวันที่ 29 เดือนมกราคม พ.ศ. 2550 และ วันที่ 31 เดือนมกราคม พ.ศ. 2550 คณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลได้ประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง ผลการประเมินได้คะแนนร้อยละ 63.50, 68.50 และ 71.00 ตามลำดับ (กลุ่มการพยาบาล, 2550) ในปีงบประมาณ 2551 คณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลได้ประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ผลการประเมินได้คะแนนร้อยละ 75.58 ซึ่งยังคงใช้แบบฟอร์มเดิมไม่มีการพัฒนาเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามถึงแม้ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้เกินเป้าหมาย แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญคือการประเมินภาวะสุขภาพและการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมทางด้านจิตใจ มีการบันทึกเฉพาะสิ่งที่ทำเป็นกิจวัตรและเหมือนกันในผู้รับบริการทุกคน (กลุ่มการพยาบาล, 2551)

ในปีงบประมาณ 2552-2553 ทีมประเมินคุณภาพเวชระเบียนจังหวัดได้มีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 1 เชียงใหม่ (2552) ประกอบด้วย 9 เกณฑ์การประเมิน คือ 1) การบันทึกอาการแรกรับ 2) การบันทึกการให้ยา 3) การวินิจฉัยการพยาบาล 4) การวางแผนการพยาบาล 5) การประเมินผลหลังการให้การพยาบาล 6) บันทึกมีความต่อเนื่อง 7) การลงนาม วัน เดือน ปี และเวลา 8) ลายมือสามารถอ่านได้ง่าย และ 9) การวางแผนการจำหน่าย ด้วยการประเมินแบบบันทึก 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกผู้ป่วยรับใหม่ 2) แบบบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่อง และ 3) แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ในการประเมินทำให้ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในภาพรวมได้คะแนนร้อยละ 64.81 และ 69.63 ตามลำดับ พบว่าแบบบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่องมีการบันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ บันทึกทางการพยาบาล

ไม่ได้บ่งบอกถึงการดูแลต่อเนื่อง ลายมือเขียนอ่านยากและไม่ชัดเจน ขาดการประเมินผลที่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ยังไม่สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าแบบบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่องที่ปรับปรุงใหม่มีรายละเอียดของการบันทึกไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลรวมทั้งไม่สอดคล้องกับเนื้อหาในคู่มือบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการพยาบาลได้ไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลส่งผลให้การประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่อง ได้คะแนนร้อยละ 54.16 และ 61.00 ตามลำดับ (กลุ่มการพยาบาล, 2553) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้

จากการเยี่ยมชมสำรวจและประเมินคุณภาพ โรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2552 กลุ่มการพยาบาลได้รับข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มความสำคัญในการส่งเสริมให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงควรส่งเสริมให้มีการบันทึกทางการพยาบาลที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ใช้ประโยชน์ในการสื่อสาร มีการดูแลต่อเนื่อง และมีการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2552) นอกจากนี้จากการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา คือ ควรพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกิจกรรมพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณครบทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2553) ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงได้นำข้อเสนอแนะเหล่านี้ไปพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ผู้ให้บริการได้รับบริการที่ดีที่สุด (วิจิตร ฤกษ์มณี และคณะ, 2554)

#### กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง ประกอบด้วย 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกรูปแบบปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) ทำการเก็บข้อมูล วิเคราะห์และสนับสนุนการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) ดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

โดยมีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามเกณฑ์ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวช  
ระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(2553)