

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง ช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 ผู้ศึกษาได้ประเมินสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ จัดประชุมกลุ่มระดมสมอง มีการปรับปรุงพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ และจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน นำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยในให้ทุกคนเขียนบันทึกทางการแพทย์ตามคู่มือที่ได้จัดทำขึ้น โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่นิเทศ ติดตาม เสริมความรู้ และสร้างความเข้าใจเป็นเวลา 1 เดือน มีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ตามเกณฑ์ตรวจประเมินคุณภาพบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางและคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

ส่วนที่ 3 คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูนภายหลังการพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความแตกต่างอย่างไร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

จากการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 12 คน โดยใช้แบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 91.67 ทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 58.33 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งงานปัจจุบัน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน ข้อมูลการอบรมเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ($n = 12$)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	12	100.00
ชาย	0	0.00
อายุ (ปี) (range = 28-48 ปี $\bar{X} = 36.90$ ปี)		
20-30	1	8.33
31-40	9	75.00
41-50	2	16.67
ตำแหน่งงานปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ	11	91.67
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ	1	8.33
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่าปริญญาตรี	12	100.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน (ปี) (range = 2-15 ปี, \bar{X} = 9.40 ปี)		
1-5	4	33.33
6-10	2	16.67
11-15	6	50.00
ข้อมูลการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล		
ไม่เคย	7	58.33
เคย	5	41.67
จำนวน 1 ครั้ง	3	60.00
จำนวน 2 ครั้ง	1	20.00
จำนวน 3 ครั้ง	1	20.00

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Find a process to improve)

ผู้ศึกษาดำเนินการค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ด้วยการนำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการเยี่ยมชมสำรวจและประเมินคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และจากการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถานพยาบาล รวมทั้งจากการสุ่มตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งจากการสุ่มตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการพัฒนา ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 จากเวชระเบียนจำนวน 40 ฉบับ ใช้หลักการ 10 เพิ่มต่อสาขา ครอบคลุม 4 สาขา คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม โดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) คะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในภาพรวมได้คะแนนร้อยละ 68.33 ระดับคุณภาพ 3 (กลุ่มการพยาบาล, 2554) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการพัฒนา (n=40)

เกณฑ์ ข้อที่	เกณฑ์การประเมิน	จำนวนบันทึกที่ ผ่านเกณฑ์ (ฉบับ)	คิดเป็น ร้อยละ
1	มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามแบบฟอร์มที่ หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่าง น้อยต้องประกอบด้วยอาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและ ปัจจุบัน และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)	35	87.50
2	มีการบันทึกการให้ยา สารน้ำ การให้เลือด ฟอร์มปรอท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการ รักษา	31	77.50
3	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในส่วนของประวัติทางการแพทย์พยาบาล และข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ที่สอดคล้องกับ สภาพปัญหาของผู้ป่วย	26	65.00
4	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของแผนการพยาบาลและ กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	25	62.50
5	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของประเมินผลหลังการให้ การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาล	18	45.00
6	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วย นอนรักษาในโรงพยาบาล	26	65.00
7	มีการลงนามและวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของ แพทย์	26	65.00
8	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และ ลงลายมือชื่อผู้บันทึก	24	60.00
9	การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจ ครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care	35	87.50

ผลการประเมินโดยรวมของการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 40 ฉบับ
มีเกณฑ์ประเมินฉบับละ 9 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 360 คะแนน จำนวนบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ รวมทั้งหมด 246 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 68.33 ระดับคุณภาพ 3

รายละเอียดผลการประเมินมีดังนี้ การวินิจฉัยทางการแพทย์ได้คะแนนร้อยละ 65.00 การวางแผนการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 62.50 การประเมินผลหลังการให้การพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 45.00 การบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องครบถ้วนได้คะแนนร้อยละ 65.00 การลงนามวัน เดือน ปี และเวลาที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์ได้คะแนนร้อยละ 65.00 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก ได้คะแนนร้อยละ 60.00 พบปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์คือการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย มีการบันทึกเฉพาะปัญหาทางด้านร่างกาย เขียนซ้ำปัญหาเดิมจากเวรก่อน ขาดการประเมินผลหลังการให้การพยาบาล การลงนามรับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์ด้วยลายมือหวัดทำให้ไม่สามารถอ่านได้โดยง่าย จากการพูดคุย สอบถามจากพยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยใน พบว่าแบบบันทึกทางการแพทย์ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ ไม่สะดวกต่อการบันทึก คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ที่มีอยู่ไม่สอดคล้องกับแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในปัจจุบัน และพยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติว่าการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นเรื่องยาก ใช้เวลาในการเขียนนาน ทำให้มีความกังวลไม่มั่นใจว่าจะเขียนได้ถูกต้องหรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (Organize team that knows the process)

คณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลได้มีการมอบหมายทีมผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน ตามคำสั่งโรงพยาบาลบ้านโอง ที่ 012/2554 ลงวันที่ 1 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ประกอบด้วย 1) ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ จำนวน 3 คน ได้แก่ (1) ผู้ศึกษา (2) รองหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (3) ผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศทางการแพทย์ มีหน้าที่วิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ และดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ตามแผน 2) ทีมบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน มีหน้าที่ ดำเนินการบันทึกทางการแพทย์ตามคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน และ 3) ทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ จำนวน 3 คน ได้แก่ (1) หัวหน้างานผู้ป่วยใน (2) หัวหน้างานผู้คลอดและผู้ป่วยผ่าตัด (3) รองหัวหน้างานผู้ป่วยใน มีหน้าที่ ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งรองหัวหน้างานผู้ป่วยในเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนระดับจังหวัด และหัวหน้างานผู้ป่วยในมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงาน ในการดำเนินการประชุมได้รับงบประมาณสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล

ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในได้มีการประชุมร่วมกัน ในวันที่ 7 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 เวลา 15.00 – 16.00 น. มีสมาชิกร่วมประชุมจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้ศึกษา ทีมบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 6 คน และทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 2 คน โดยผู้ศึกษา เป็นผู้ดำเนินการประชุมเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล ด้วยการประชุมกลุ่มระดมสมองวิเคราะห์กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล ให้สมาชิกเขียนความคิดเห็นในบัตรคำ บัตรละ 1 ความคิด นำบัตรคำมาจัดกลุ่มและเรียงลำดับขั้นตอนการบันทึกทางการพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลไปเขียนเป็นแผนภูมิการไหลของงานซึ่งเป็นผังงานที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการทำงาน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะแบ่งออกเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนย่อย การเขียนแผนภูมิการไหลของงานทำได้สะดวก ง่ายและรวดเร็ว ทำให้สมาชิกมองเห็นภาพรวมของกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมด พบว่า กระบวนการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์ข้อมูล 3) การดำเนินการบันทึก และ 4) การประเมินผล ดังภาพที่ 6

เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยในไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ครบทั้งหมด ดังนั้นเพื่อให้ทีมงานรู้เกี่ยวกับกระบวนการ ผู้ศึกษาได้สรุปผลการประชุมชี้แจงให้กับสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบทั่วกัน



ภาพที่ 6 แผนภูมิการไหลของกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (Clarify current knowledge of the process)

ผู้ศึกษาสร้างแนวคำถามปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน สำหรับสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่จัดอยู่ในทีมบันทึกทางการพยาบาล คำถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ มีดังนี้ ข้อที่ 1 ท่านมีปัญหาในการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร? และท่านมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร? ข้อที่ 2 ท่านมีปัญหาในการบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร และท่านมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างไร ข้อที่ 3 ท่านมีปัญหาในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร? ท่านมีปัญหาในการ

บันทึกแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร? และท่านมีข้อเสนอแนะในการบันทึกแผนการพยาบาลอย่างไร? ข้อที่ 4 ท่านมีปัญหาในการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่อย่างไร? และท่านมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างไร และข้อที่ 5 ท่านมีปัญหาในการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลหรือไม่อย่างไร? และท่านมีข้อเสนอแนะในการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลอย่างไร?

ผู้ศึกษานำแนวคำถามไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 5 ท่าน เพื่อหาความสอดคล้องของเนื้อหา ส่วนภาษา และความชัดเจนของแนวคำถาม ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพัฒนาปรับปรุงแบบสอบถาม

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 3 คน ร่วมทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลก่อนปรับปรุง พบว่า กระบวนการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 4 ขั้นตอน ไม่ได้คุณภาพตามเป้าหมาย ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ได้คะแนนอยู่ในช่วง ร้อยละ 45.00-65.00 คะแนน ดังตารางที่ 3

ผู้ศึกษาคำเนินการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่จัดอยู่ในทีมบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 12 คน เกี่ยวกับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน โดยใช้แบบสอบถามคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ นำผลมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 ไม่มีปัญหาในการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่มีปัญหาในการบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ใช้เวลาในการเขียนนาน สาเหตุจากผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีปัญหาซับซ้อนบางครั้งทำให้ไม่มีความมั่นใจในการบันทึก รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาลที่เรียนมา ไม่ตรงกับแบบที่โรงพยาบาลเขียน และไม่มีแนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ส่วนปัญหาในการบันทึกการวางแผนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 มีการบันทึกวางแผนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย บันทึกการวางแผนการพยาบาลได้เพียงปัญหาเดียวทำให้ไม่ครอบคลุมการดูแลทั้งหมด ใช้เวลาในการบันทึกนาน มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลซ้ำเหมือนกับเวรก่อนหน้า ทำให้แผนการพยาบาลไม่ต่อเนื่องและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการให้การพยาบาลหรือเมื่อปัญหาที่ยังคงมีอยู่ทำให้มีการบันทึกได้ไม่ชัดเจน ไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้มีปัญหาในการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลคือ มีการประเมินผลไม่ตรงกับกิจกรรมพยาบาล บันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง สืบบันทึกการประเมินผลการพยาบาลเนื่องจากลงเวรไปก่อน บางครั้งปัญหาของผู้ป่วยหมดไปแต่ไม่ได้บันทึก



นอกจากนี้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนร้อยละ 41.67 ไม่ได้จัดเรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ไม่สามารถบอกได้ว่าปัญหาใดสำคัญที่สุด รวมทั้งมีปัญหาในการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลคือ บางครั้งไม่ได้บันทึก/ลืมนบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องภาระงานและเวลา แม้มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลบางครั้งยังมีการบันทึกไม่ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะดังนี้

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ควรมีการซักประวัติให้ครบถ้วน ชัดเจน ครอบคลุม มีแบบฟอร์มกรอกครบทุกระบบ ควรใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึก และมีตัวอย่าง มีแบบฟอร์ม รวมทั้งมีแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตามโรคของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ ควรมีคู่มือ/แนวทางการเขียนการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะคู่มือเกี่ยวกับการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในโรคที่สำคัญ/พบบ่อย ที่เป็นปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น ควรมีแบบฟอร์มเกี่ยวกับการบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ควรเพิ่มความตระหนักในการบันทึกทางการแพทย์ให้ตรงกับปัญหาผู้ป่วย ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ในเรื่องโรคต่างๆ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการบันทึก

การวางแผนการพยาบาล ควรมีแบบฟอร์มแผนการพยาบาลที่ละเอียดครบถ้วนถูกต้องตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ อ่านเข้าใจง่าย ครอบคลุม รวมทั้งควรมีตัวอย่าง/แนวทางการบันทึกแผนการพยาบาลจะทำให้บันทึกได้ครอบคลุมและรวดเร็ว ควรใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึก

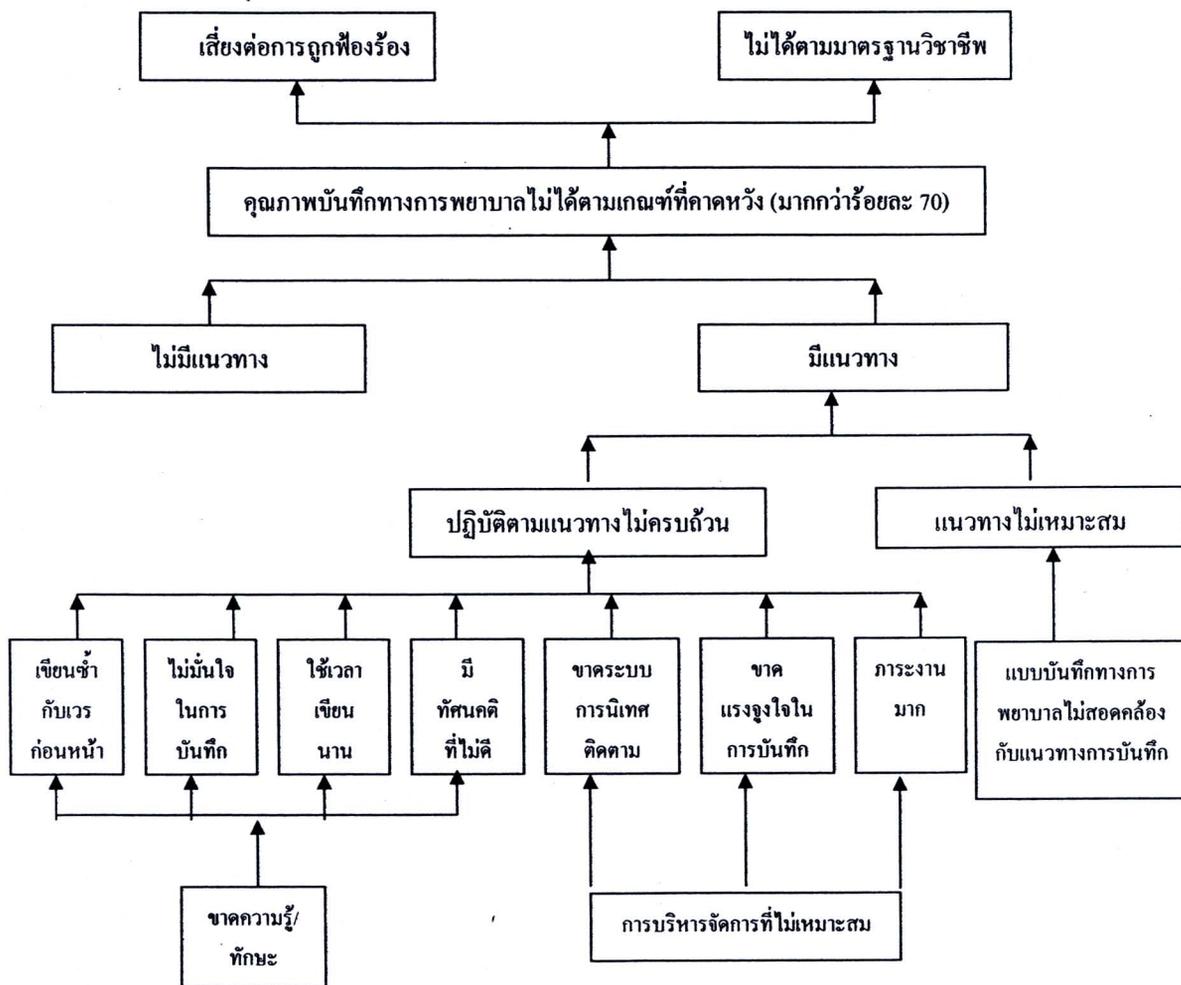
การปฏิบัติทางการแพทย์ ควรบันทึกทุกครั้งหลังให้การพยาบาล ควรมีแบบฟอร์มการบันทึกที่ถูกต้อง ตรงตามมาตรฐาน ทุกคนยอมรับ และควรมีแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการปฏิบัติทางการแพทย์เป็นแนวทางเดียวกันและตรงตามมาตรฐาน

การประเมินผล ควรมีการประเมินผลตามกิจกรรมพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย และควรบันทึกการประเมินผลในบรรทัดเดียวกัน รวมทั้งควรมีการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการบันทึก

ขั้นตอนที่ 4 ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (Understand causes of process variation)

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ จำนวน 3 คน ทีมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 10 คน ได้ร่วมกันประชุมตามแผนที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการประชุมกลุ่มระดมสมอง และจัดระบบคิดในวันที่ 11 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยการวิเคราะห์หาสาเหตุความแปรปรวนของกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ เปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมร่วมกันระดมสมองค้นหา

สาเหตุที่เป็นไปได้ โดยสมาชิกแต่ละคนเขียนความคิดเห็นในบัตรละ 1 ความคิด แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ของสาเหตุโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเหตุและผล ซึ่งทำให้สมาชิกเข้าใจลำดับขั้นของการเกิดปัญหาและเห็นภาพรวมของสาเหตุทั้งหมด หลังจากนั้นได้มีความเห็นร่วม (consensus) จัดลำดับความสำคัญสาเหตุของปัญหาโดยการประมาณ โอกาสความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา ดังนี้คือ 1) แบบบันทึกทางการแพทย์ ไม่สอดคล้องกับแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ 2) บุคลากรขาดความรู้/ทักษะในการบันทึกทางการแพทย์ ส่งผลทำให้เขียนช้ากับเวรก่อน ไม่มั่นใจในการบันทึก ใช้เวลาเขียนนาน นอกจากนี้ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์ และ 3) การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ขาดระบบการนิเทศติดตาม ขาดแรงจูงใจในการบันทึก รวมทั้งมีภาระงานมาก ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แสดงการวิเคราะห์เหตุและผลของกระบวนการบันทึกทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 5 เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ (Select the process improvement)

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 3 คน ได้มีความเห็นร่วมนำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากสภาการพยาบาล และจากกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งนำผลการวิเคราะห์สาเหตุความแปรปรวนของกระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มากำหนดทางเลือกในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยคำนึงถึงความง่ายต่อการปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายน้อย และมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จสูงด้วยการปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ง่ายและสะดวกต่อการบันทึก จัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในให้สอดคล้องกับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และทำแผนการประชุมพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยในสามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้คุณภาพตามเป้าหมาย ดังตารางที่ 4 โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคือคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากกว่าร้อยละ 70

ตารางที่ 4

แผนการประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ประเด็น	เกณฑ์ชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
พยาบาลวิชาชีพ ขาดความรู้/ ทักษะในการ บันทึกทางการแพทย์ พยาบาล	พยาบาล วิชาชีพใน งานผู้ป่วย ในสามารถ บันทึก ทางการแพทย์ พยาบาล ได้คุณภาพ ตาม เป้าหมาย	1. ประชุมพยาบาล วิชาชีพ งานผู้ป่วยใน 2. ร่วมกันกำหนด เป้าหมายของการ พัฒนาคุณภาพ บันทึกทางการแพทย์ พยาบาล 3. ประชุมชี้แจงแนว ทางการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล ตามคู่มือที่ ปรับปรุงแล้ว	1 วัน โดย แบ่งเป็น 2 รุ่น ๆ ละ ครึ่งวัน	500 บาท	ผู้ศึกษา ร่วมกับ หัวหน้างาน ผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 6 วางแผนการปรับปรุง (Plan the improvement)

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 3 คน ร่วมกันปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน และวางแผนประชุมร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน ดังนี้

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนปรับปรุงมีเนื้อหาสาระมี 5 ช่อง ได้แก่ ช่องที่ 1 บันทึกวัน/เดือน/ปี/เวลา ช่องที่ 2 บันทึกอาการ/อาการแสดง/ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ช่องที่ 3 บันทึกกิจกรรมพยาบาล ช่องที่ 4 บันทึกเวลา ช่องที่ 5 บันทึกประเมินผล/ผู้บันทึก และส่วนของท้ายกระดาษมี 6 รายการคือ ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี เลขที่ภายนอก เลขที่ภายใน หอผู้ป่วย... และแพทย์ผู้รักษา (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งมีรายละเอียดของการบันทึกไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลรวมทั้งไม่สอดคล้องกับเนื้อหาในคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้ปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครั้งที่ 1 คือ ในช่องที่ 3 เพิ่มคำว่าเกณฑ์การประเมิน (ภาคผนวก ช) นำไปสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นครั้งที่ 2 เพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการบันทึก มีรายละเอียดดังนี้ คือช่องที่ 1 บันทึกวัน/เดือน/ปี/เวลา ช่องที่ 2 บันทึกวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน/วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมิน ช่องที่ 3 บันทึกกิจกรรมพยาบาล ช่องที่ 4 บันทึกเวลา ช่องที่ 5 บันทึกประเมินผล/ผู้บันทึก/ตำแหน่ง ช่องที่ 6 บันทึกวันสิ้นสุดปัญหา/ผู้บันทึก/ตำแหน่ง ส่วนท้ายกระดาษ มี 6 รายการ คงไว้เหมือนเดิม (ภาคผนวก ช)

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โดยยึดตามกระบวนการพยาบาลและกรอบแนวคิดแบบแผนประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's function health pattern) ซึ่งเป็นแบบแผนพฤติกรรมทั้งด้านกาย จิต สังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลทั้งคนประกอบด้วย 11 แบบแผน คือ แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนความเครียดและความทนต่อความเครียด แบบแผนความเชื่อและค่านิยม ซึ่งกรอบแนวคิดนี้เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินข้อมูลที่ใช้ได้ทั่วไป มีรายการการวินิจฉัยการพยาบาลจัดไว้เป็นหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ มีจุดเด่นคือ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เข้าใจง่าย และสามารถ

นำไปสู่การพยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติของผู้รับบริการ สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้เดิมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางด้านคลินิก จึงเป็นที่นิยมและแพร่หลายมากที่สุดในการนำมาใช้จัดหมวดหมู่ของการวินิจฉัยทางการพยาบาล (วิพร เสนารักษ์, 2552) รวมทั้งมีการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนประเมินภาวะสุขภาพในการประเมินข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยการพยาบาลในกระบวนการพยาบาลที่นำไปสู่คุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (สุภา สุทัศนจินดา, 2532; Panutat, 1993; Chuapraislip, 1993 อ้างใน วิพร เสนารักษ์, 2552) นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับภารกิจของงานผู้ป่วยในที่มีภารกิจหลักในการให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทที่พักรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการให้บริการแบบองค์รวม คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยในที่จัดทำขึ้นนี้ยังมีความสอดคล้องกับแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงขึ้น รายละเอียดของคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยในประกอบด้วย ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน ข้อตกลงเบื้องต้น วิธีบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาล แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล การบันทึกท้ายกระดาษ และแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล มีการประชุมในวันที่ 19 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ได้ร่วมกันพิจารณาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามการพัฒนาปรับปรุงครั้งที่ 2 และร่วมกันพิจารณาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน ผลการพิจารณาทีมงานเห็นชอบตามที่ได้มีการปรับปรุง ผู้ศึกษาได้นำแบบบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน ไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพัฒนาปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นครั้งที่ 3 โดยมีมีการปรับเพิ่มเติมคือเพิ่มช่อง เวลา หน้าช่งกิจกรรมการพยาบาล และปรับในส่วนของท้ายกระดาษ จากคำว่า “หอผู้ป่วย” เป็น “หอผู้ป่วยใน” เนื่องจากมีหอผู้ป่วยเดียว ไม่จำเป็นต้องให้เดิม ดังภาพที่ 8 และปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ เช่น มีการปรับวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล จาก “เพื่อเป็นข้อมูลด้านการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล” เป็น “เพื่อเป็นข้อมูลด้านการศึกษาวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล” ปรับจาก “เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ” เป็น “เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ” มีการแทรกแบบตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยในเพิ่มเติมในคู่มือ และเพิ่มตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น

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

ผู้ศึกษา ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทีมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งหมดจำนวน 18 คน ได้มีการประชุมร่วมกันในวันที่ 17 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 เวลา 08.30-15.30 น. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน รายละเอียดการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งทำความเข้าใจในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน ชี้แจงเกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพการบันทึก เป้าหมายในการพัฒนา และขอความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน หลังจากนั้นทีมบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดำเนินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ได้ปรับปรุงขึ้นระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 โดยแต่ละวันผู้ศึกษาจะสุ่มเฉพาะระเบียบของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนที่ได้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบ และนิเทศติดตามความก้าวหน้าของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยสุ่มวันละ 1-2 ฉบับ มาพิจารณาด้วยกัน พูดคุย ทำความเข้าใจ กับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติที่อยู่ในทีมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จนครบ 12 คน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ในประเด็นการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ การใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน และเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในระหว่างนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบฟอร์มประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปตรวจสอบความเที่ยงของการประเมิน โดยการสุ่มตรวจสอบเฉพาะระเบียบผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลและแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 5 ฉบับ ให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน คือ รองหัวหน้างานผู้ป่วยในซึ่งอยู่ในทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติที่อยู่ในทีมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นผู้ประเมิน โดยการประเมินเฉพาะระเบียบชุดเดียวกัน เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของการประเมินได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0.89 ซึ่งยอมรับได้เนื่องจากค่าความเที่ยงของการให้คะแนนที่ยอมรับได้ไม่ควรต่ำกว่า 0.5 (Striener & Norman, 1995, อ้างใน ประกาย จิโรจน์กุล, 2548)

ขั้นตอนที่ 8 ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check the result)

ทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดำเนินการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยการตรวจสอบระเบียบของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลและแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 จำนวน 40 ฉบับ ผู้ศึกษาได้นิเทศ ติดตาม ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 90.83 ระดับคุณภาพ 5

ดังตารางที่ 5 ผู้ศึกษานำผลคะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน มาเปรียบเทียบกับก่อนและภายหลังการพัฒนา

ตารางที่ 5

ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการพัฒนา (n=40)

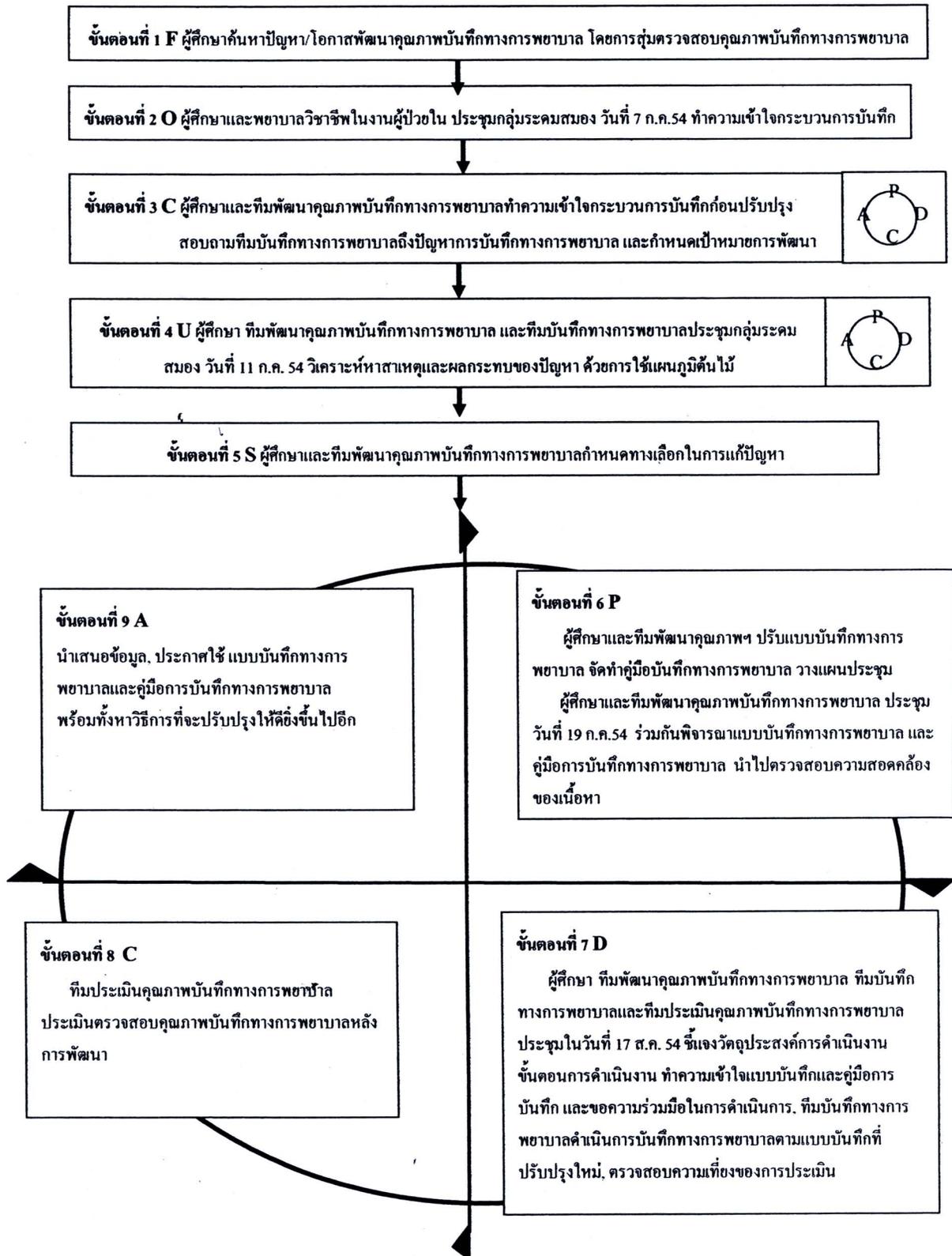
เกณฑ์ ข้อที่	เกณฑ์การประเมิน	จำนวนบันทึกที่ ผ่านเกณฑ์ (ฉบับ)	คิดเป็น ร้อยละ
1	มีการบันทึกอาการแรกรับของพยาบาลครบถ้วนตามแบบฟอร์มที่ หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่าง น้อยต้องประกอบด้วยอาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและ ปัจจุบัน และตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)	38	95.00
2	มีการบันทึกการให้ยา สารน้ำ การให้เลือด ฟอรัมโปรท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการ รักษา	38	95.00
3	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในส่วนของกรณีวินิจฉัยทางการแพทย์ และข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์ ที่สอดคล้องกับ สภาพปัญหาของผู้ป่วย	39	97.50
4	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของวางแผนการพยาบาลและ กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์	39	97.50
5	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของประเมินผลหลังการให้ การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาล	35	87.50
6	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วย นอนรักษาในโรงพยาบาล	39	97.50
7	มีการลงนามและวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของ แพทย์	38	95.00
8	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และ ลงลายมือชื่อผู้บันทึก	24	60.00
9	การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจ ครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care	37	92.50

ผลการประเมินโดยรวมของการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 40 ฉบับ
มีเกณฑ์ประเมินฉบับละ 9 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 360 คะแนน จำนวนบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ 327 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.83 ระดับคุณภาพ 5

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

ผู้ศึกษาสอบถามความคิดเห็นของทีมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่าแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ปรับปรุงใหม่มีความสะดวกในการบันทึก รายละเอียดหัวข้อในการบันทึกมีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลมากขึ้น การมีคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทำให้ง่าย มีความสะดวก และมีความมั่นใจในการบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้น เนื่องจากมีตัวอย่างเป็นแนวทางในการบันทึก ส่งผลทำให้การประเมินผลการให้การพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้นเช่นกัน ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลเพื่อประกาศใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโสมต่อไป

สรุปกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง ดังภาพที่ 9 ผลการศึกษาที่ได้คือ ได้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ และได้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโสม จังหวัดลำพูน รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการพัฒนาเป็นรูปแบบที่บันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล เนื้อหาสาระประกอบด้วย 7 ช่อง คือ ช่องที่ 1 บันทึกวัน/เดือน/ปี/เวลา ช่องที่ 2 บันทึกวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน/วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมิน ช่องที่ 3 บันทึกเวลา ช่องที่ 4 บันทึกกิจกรรมพยาบาล ช่องที่ 5 บันทึกเวลา ช่องที่ 6 บันทึกประเมินผล/ผู้บันทึก/ตำแหน่ง ช่องที่ 7 บันทึกวันสิ้นสุดปัญหา/ผู้บันทึก/ตำแหน่ง ส่วนท้ายกระดาษมีการบันทึก 6 รายการ คือ ชื่อ-สกุล อายุ...ปี เลขที่ภายนอก เลขที่ภายใน หอผู้ป่วยใน แพทย์ผู้รักษา ดังภาพที่ 8 ส่วนคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน ผู้ศึกษาได้จัดทำโดยยึดตามกระบวนการพยาบาลและกรอบแนวคิดแบบแผนประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน รายละเอียดของคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในประกอบด้วย ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน ข้อตกลงเบื้องต้น วิธีบันทึกแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การบันทึกท้ายกระดาษ และแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ภาคผนวก ซ)



ภาพที่ 9 สรุปกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA)

ส่วนที่ 3 คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูนภายหลังการพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความแตกต่างอย่างไร

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในก่อนการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 68.33 ระดับคุณภาพ 3 ภายหลังจากพัฒนาเพิ่มขึ้นได้คะแนนร้อยละ 90.83 ระดับคุณภาพ 5 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้คะแนนเพิ่มขึ้นทุกรายข้อและผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 8 ภายหลังจากพัฒนาได้คะแนนเท่าเดิมและยังไม่ผ่านเกณฑ์ สรุปได้ว่าคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในมีความแตกต่างก่อนและภายหลังจากพัฒนา โดยภายหลังจากพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.50 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ตารางเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและภายหลังจากพัฒนา

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	จำนวนบันทึก	จำนวนบันทึก	จำนวนบันทึก
		ที่ผ่านเกณฑ์ ก่อนการ พัฒนา (ร้อยละ)	ที่ผ่านเกณฑ์ ภายหลังการ พัฒนา (ร้อยละ)	ที่ผ่านเกณฑ์ ภายหลังการ พัฒนา เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)
1	มีการบันทึกอาการแรกรับของพยาบาลครบถ้วนตามแบบฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วยอาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)	35 (87.50)	38 (95.00)	3 (7.50)
2	มีการบันทึกการให้ยา สารน้ำ การให้เลือด ฟอร์มปรอท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา	31 (77.50)	38 (95.00)	7 (17.50)
3	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในส่วนของกรณีวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล และข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย	26 (65.00)	39 (97.50)	13 (32.50)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	จำนวนบันทึก	จำนวนบันทึก	จำนวนบันทึก
		ที่ผ่านเกณฑ์ ก่อนการ พัฒนา (ร้อยละ)	ที่ผ่านเกณฑ์ ภายหลังการ พัฒนา (ร้อยละ)	ที่ผ่านเกณฑ์ ภายหลังการ พัฒนา เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)
4	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์	25 (62.50)	39 (97.50)	14 (35.00)
5	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล	18 (45.00)	35 (87.50)	17 (42.50)
6	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล	26 (65.00)	39 (97.50)	13 (32.50)
7	มีการลงนามและวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์	26 (65.00)	38 (95.00)	12 (30.00)
8	มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และลงลายมือชื่อผู้บันทึก	24 (60.00)	24 (60.00)	0 (0)
9	การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care	35 (87.50)	37 (92.50)	2 (5.00)
		246 (68.33)	327 (90.83)	81 (22.50)



การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษา อภิปรายผลตามคำถามของการศึกษา ดังนี้

1. บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังการพัฒนา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในรูปแบบเดิมเป็นรูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีเนื้อหาสาระประกอบด้วย ช่งบันทึกวัน/เดือน/ปี/เวลา บันทึกอาการ/การแสดง/ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล บันทึกกิจกรรมการพยาบาล บันทึกเวลา บันทึกประเมินผล/ผู้บันทึก ซึ่งจากแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบเดิม พบว่า ไม่มีหัวข้อการบันทึกเกณฑ์การประเมิน และไม่มีช่องระบุวันสิ้นสุดปัญหาทางการแพทย์พยาบาล ส่งผลให้ขาดการบันทึกการประเมินผลหลังการให้การพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ฅภัทธ ฐนะพุดินาท (2550) ที่พบปัญหาด้าน โครงสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคือ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่มีหัวข้อการวางแผนการพยาบาล ไม่มีหัวข้อการติดตามประเมินผล ไม่มีช่องวันที่สิ้นสุดปัญหาทางการแพทย์พยาบาล และไม่มีหัวข้อเกณฑ์การประเมินผล ส่งผลให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลขาดคุณภาพ ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้ดำเนินการปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครั้งที่ 1 นำไปสอบถามพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติในงานผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน นำข้อเสนอแนะมาดำเนินการปรับปรุงครั้งที่ 2 ดังนั้นเพื่อให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพ จึงต้องมีการปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เอื้อต่อการบันทึกโดย ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดความพึงพอใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากการศึกษาของ วิภาวดี วโรธ (2550) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล พบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการเลือกรูปแบบการบันทึกให้เหมาะสมกับหน่วยงาน มีผลทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ รัตนา ยวงคำมา (2548) พบว่า บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการบันทึก ผู้ศึกษานำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ปรับปรุงครั้งที่ 2 ไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน รวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังพัฒนายังคงใช้รูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลเหมือนเดิม แต่มีการปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยการเพิ่มเนื้อหาในการบันทึกให้มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลมากขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยในมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก มีความต่อเนื่อง และครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุวรรณมาโจ (2545); สงวน นฤชาติ (2545); จริญญาณี ภูวสันติ (2548); ประคอง อินสอน (2548); พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551); อาภรณ์ ทองทิพย์ (2551) พบว่า การปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงาน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทำให้มีการบันทึกได้รวดเร็ว ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง ทำนองเดียวกับการศึกษาของ สายสมร พลเชื้อและคณะ (2552) พบว่าการปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกต่างๆ ให้เหมาะสมและเน้นถึงความสามารถของการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยลดความซ้ำซ้อนของการเขียน ทำให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประสิทธิภาพเช่นกัน

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการพัฒนา พบว่ามีข้อดีคือ ข้อความที่บันทึกแสดงถึงกิจกรรมตามกระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน บอกวันเริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาของผู้ป่วย และบอกถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วย ส่งผลทำให้คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในภายหลังการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) กล่าวว่า ข้อดีของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล ข้อความที่บันทึกแสดงถึงกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย รวมทั้งตอบสนองต่อการดูแลรักษาและผลลัพธ์ของการพยาบาล บอกวันเริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน มีความต่อเนื่อง มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลชัดเจน ทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมทันเวลา นอกจากนี้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังพัฒนายังมีความสอดคล้องกับคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน และมีความสอดคล้องกับแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (2553) ส่งผลทำให้คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในมีคุณภาพและมีคุณค่ามากขึ้น รวมทั้งเป็นหลักฐานยืนยันถึงการให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน อันจะนำไปสู่ความมั่นใจในคุณภาพของผู้รับบริการต่อไป ซึ่งในการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถพัฒนาได้หลายรูปแบบ สิ่งสำคัญคือต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ดังคำกล่าวของสุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ที่กล่าวว่า การจะเลือกรูปแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน สิ่งที่ต้องคำนึงคือ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ป่วยและโอกาสที่จะพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น การเปลี่ยนแปลงใดๆ ย่อมต้องอาศัยความเข้าใจ

ที่ตรงกัน การเห็นด้วย และความพอใจที่จะเปลี่ยนแปลง ดังนั้นไม่ควรจะรีบร้อนในการเปลี่ยนแปลง อาจใช้การปรับเปลี่ยนไปที่ละจุด เพื่อศึกษาความพร้อมและความเป็นไปได้

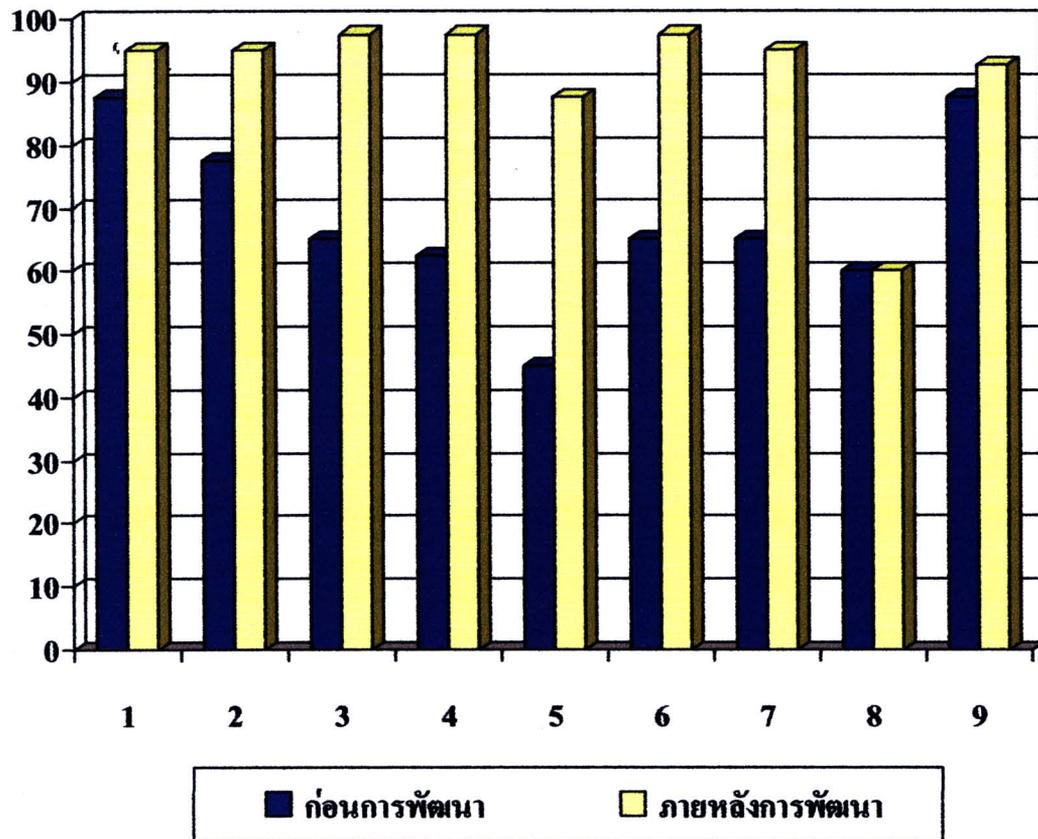
สรุปได้ว่า บันทึกทางการแพทย์ภายหลังการพัฒนามีรูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง ง่าย และสะดวกต่อการบันทึก พยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยในสามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ควบคู่กับการใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน ทำให้มีการบันทึกทางการแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความตามกระบวนการพยาบาล อาจเป็นเพราะได้มีการพัฒนาตามกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส ที ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง และเมื่อมีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ พบว่า คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.50 ทั้งนี้เพราะผู้บริหารทางการแพทย์ได้สร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยมีการมอบหมายทีมผู้รับผิดชอบดำเนินการปรับปรุงคุณภาพบันทึกทางการแพทย์อย่างชัดเจน คือ ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ทีมบันทึกทางการแพทย์ และทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งแต่ละทีมได้รับมอบอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินงาน ทำให้มีอิสระในการตัดสินใจ สอดคล้องกับ Kanter, 1993; Spreitzer, 1995; Weisman et al.,1993 (อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2551) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการสร้างทีมงานไว้ว่า เมื่อทีมการพยาบาลมีความรู้ความสามารถที่พึ่งตนเองได้และสามารถพึ่งพาช่วยเหลือกันและกัน ในระหว่างสมาชิกทีม รวมทั้งได้รับอำนาจและความมีอิสระในการทำงาน ทำให้ทีมการพยาบาลมีกำลังใจในการร่วมกันวางแผนการทำงาน ร่วมกันคิดวิธีแก้ไขปัญหาและร่วมกันตัดสินใจอย่างอิสระภายใต้ขอบเขตงานของวิชาชีพการพยาบาล ทำให้สมาชิกทีมการพยาบาลมีความพึงพอใจในงาน อุทิศตนให้กับงาน และพยายามปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด อย่างไรก็ตามแบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมา นี้มีอาจมีความเหมาะสมกับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง แต่ถ้าจะนำแบบบันทึกนี้ไปใช้กับสถานบริการอื่นอาจต้องมีการพัฒนาเพื่อให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานนั้นๆ ตามสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนายุทธวิธีการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (Danaidutsadeekul, 2009) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานต่อไป

2. คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความแตกต่างก่อนการพัฒนา

จากการเก็บวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ก่อนพัฒนา จำนวน 40 ฉบับ ดำเนินการในเดือน มิถุนายน พ.ศ.2554 และเก็บวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ภายหลังการ

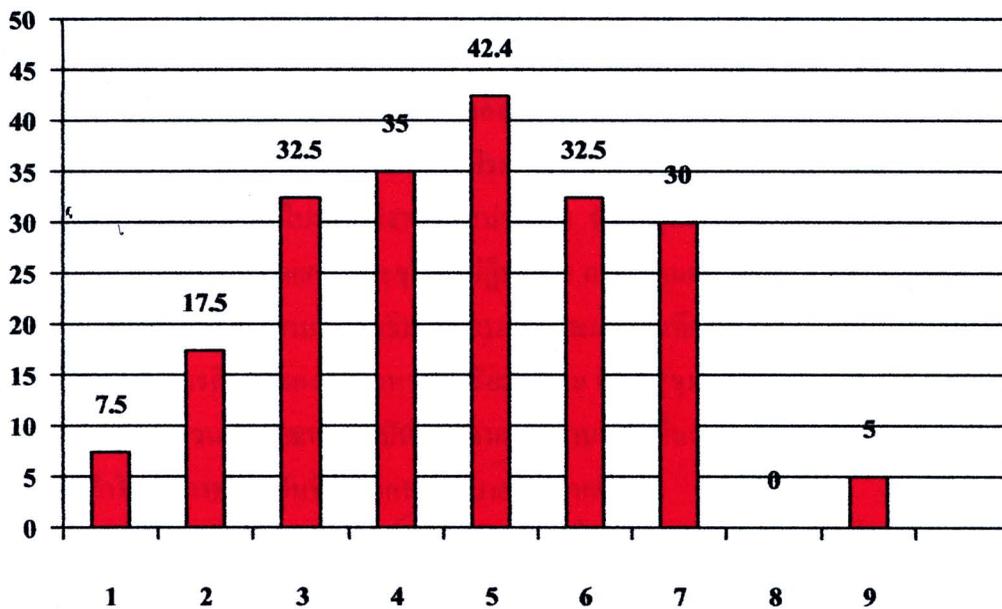
พัฒนาจำนวน 40 ฉบับ ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2554 ผู้ศึกษานำผลการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยในมาวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนร้อยละก่อนและภายหลังการพัฒนาดังนี้

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีความแตกต่างก่อนและภายหลังการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 68.33 ระดับคุณภาพ 3 ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 90.83 ระดับคุณภาพ 5 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ามีการเพิ่มขึ้นทุกข้อ ยกเว้นในข้อที่ 8 การบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้ โดยง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก ระดับคะแนนเท่ากันทั้งก่อนและภายหลังการพัฒนา ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ เปรียบเทียบก่อนและภายหลังการพัฒนา

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 22.50 ข้อที่เพิ่มมากที่สุดคือ เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกในส่วนของ การประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 42.50 และรองลงมาคือ เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 35.00 ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ เพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนา

อาจกล่าวได้ว่า ผลของการใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของเดมมิง ทำให้มีการระบุปัญหาได้ชัดเจน มีการมอบหมายทีมผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน สร้างการมีส่วนร่วมของทีมงาน มีการนิเทศ ติดตาม ปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยใน ภายหลังมีการทดลองใช้ 1 เดือน ส่งผลให้คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคะแนนโดยรวมเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ถูกต้อง ครบคลุม และมีความสมบูรณ์มากขึ้น อาจเป็นเพราะว่าแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความครอบคลุมตามเกณฑ์การใช้กระบวนการพยาบาล คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความชัดเจนและมีแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เห็นเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวเรศ คุณแก้ว (2551) ที่ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตึกผู้ป่วยในให้มีคุณภาพตามหลัก 4 C

มีดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือการเตรียมการ ดำเนินการ และประเมินผล มีการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมงาน ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย จัดกิจกรรมระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เสนอแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสม และสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการพัฒนา รวมทั้งมีการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก พบว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 80.62 อยู่ในระดับพอใช้ จากการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพมีการทดลองใช้ 1 เดือน พบว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการพัฒนามีคะแนนโดยรวมร้อยละ 93.77 อยู่ในระดับดีมาก ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ สงวน นูตาคี (2545); จริญญาณี ภูวสันติ (2548); วิภาวดี วโรรส, (2550); อาภรณ์ ทองทิพย์ (2551); เกษราภรณ์ บรรณวงศิลปี (2553) พบว่าการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย การปรับแบบบันทึกทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติงานในหน่วยงาน จัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การระดมสมอง และมีการนิเทศติดตาม สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพ สามารถเพิ่มคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในภาพรวมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพชร สุริยะพรหม และ สุชุมล ด้อยแก้ว (2553) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า กระบวนการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นระบบ เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ทำให้คุณภาพของบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าในเกณฑ์ข้อที่ 8 การบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 60.00 เท่ากันทั้งก่อนและภายหลังการพัฒนา ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้อาจเนื่องมาจากพยาบาลมีภาระงานมากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากทำให้มีเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลลดลง ทำให้ต้องเร่งรีบในการบันทึก ส่งผลให้มีการเขียนด้วยลายมือที่หวัด ทำให้อ่านออกยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้แก่ ภาระงาน ความยุ่งยาก ความเร่งด่วน มีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากเกินไป จำนวนผู้ป่วย อัตรากำลังที่เป็นอยู่ และเวลาที่ปฏิบัติงานในแต่ละเวร

จากการศึกษาและผลงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต้องมีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับหลักการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล มีการปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลให้สะดวก ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกำหนดแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานผ่านรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม ตลอดจนมี

การนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ได้ใจความ ส่งผลทำให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ มีคุณค่าต่อวิชาชีพการพยาบาล ต่อพยาบาล ต่อองค์กร และต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับ ชาญชัย อาจินสมาจาร (2548) กล่าวว่า ปรัชญาของการพัฒนาคุณภาพงานก็คือ การตระหนักถึงคุณภาพโดยผ่านทางกรบริหาร โดยที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม (participation management) นั้น ไม่เพียงแต่สามารถชี้ให้เห็นถึงปัญหาเท่านั้น ยังสามารถช่วยให้ผู้บริหารแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ด้วย

โดยสรุปบทเรียนที่ได้จากการศึกษา การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง ทำให้เกิดความสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความตั้งใจ จริงใจในการดำเนินการ โดยการร่วมกันค้นหาปัญหา มีการจัดทำโครงการประชุมเพื่อเสริมความรู้และทักษะการบันทึกทางการพยาบาลให้กับกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา อุทิศเวลาสำหรับการดำเนินการกิจกรรม รวมทั้งใส่ใจในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ หน่วยงานมีวัฒนธรรมองค์กรที่ดี ยึดถือระเบียบวินัยและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีม เปิดโอกาสให้บุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมเสนอข้อมูลและข้อคิดเห็นต่อผู้บริหาร ในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ทำให้บุคลากรพยาบาลรู้สึกว่าคุณเองมีความสำคัญต่อองค์กร รู้สึกภาคภูมิใจในควมมีคุณค่าของตนเอง มีแรงจูงใจในการทำงานอย่างเต็มความรู้ ความสามารถ และมีความพึงพอใจที่เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จของหน่วยงาน สอดคล้องกับ บุญใจ ศรีสดิษฐ์นรากร (2551) กล่าวว่า ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ ความมุ่งมั่นของผู้นำ มีการทำงานเป็นทีมโดยการให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม มีเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชาทำให้มีแรงจูงใจในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ในทำนองเดียวกับ ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2551) กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพโดยรวมมาจากการที่บุคลากรมีส่วนร่วมในวงจรคุณภาพทำให้สามารถสนับสนุนต่อการเพิ่มผลผลิตของงาน เนื่องจากการมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรสามารถรวมเอาความรู้ของตนไว้ด้วยกัน และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ