

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนได้ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการทำให้เกิดคุณภาพบริการ เนื่องจากมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ในการปฏิบัติงานของพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2540) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ (สาลี เฉลิมวรรณพงษ์, 2544) นอกจากนี้กิจกรรมทุกอย่างที่พยาบาลปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อใช้สื่อสารกับทีมพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งเป็นหลักฐานสำคัญในกรณีที่ต้องการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลย้อนหลัง (Iyer & Camp, 1995) ด้วย

บันทึกทางการพยาบาลคือเอกสารสำคัญที่แสดงถึงการที่พยาบาลได้มีการวางแผนการดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2542) บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพควรสะท้อนให้เห็นการทำงานตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งสามารถอธิบายให้เห็นความสอดคล้องระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541; Iyer & Camp, 1995) นอกจากนี้ควรมีการบันทึกเป็นไปตามหลัก 4C ซึ่งประกอบด้วย ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกของพยาบาลที่มีความถูกต้องตรงตามความจริง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องและสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วย ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่องลงในแบบฟอร์ม ความชัดเจน (Clear) หมายถึงการบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษรตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย และการบันทึกให้ได้ใจความ (Concise) หมายถึง การบันทึกที่กะทัดรัดสั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตาม

สภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าของ การให้ การพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539)

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลในประเทศไทยพบปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล โดยพยาบาลยังคงมีการเขียนไม่เหมือนกันในแต่ละเวร ไม่มีการบันทึกในช่องการประเมินผล มีการประเมินปัญหาเฉพาะด้านร่างกาย ไม่ครอบคลุมปัญหาในด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ไม่บันทึกตามเหตุการณ์จริง (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) การบันทึกไม่สมบูรณ์ครบถ้วน บันทึก ไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และขาดความต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2548; นิภา แสงกิตติไพบูลย์, 2554) ซึ่งปัจจุบัน โรงพยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาความไม่สมบูรณ์ของ การบันทึกทางการพยาบาลและผลกระทบ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและองค์กร จึงได้มีการตรวจสอบข้อมูลในการบันทึกทางการพยาบาลเป็นประจำ เพื่อให้แน่ใจว่าพยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วนเป็น ไปตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบบันทึก เป็นการทบทวนและการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้ (Tugwell & Dok, 1985) ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่วิธีการตรวจสอบตามโครงสร้างที่เป็นทางการ (formal structure approach) วิธีการตรวจสอบจากการบูรณาการของกระบวนการ (process comprehensiveness approach) วิธีการตรวจสอบจากการเทียบกับองค์ความรู้ (Knowledge base approach) และวิธีการตรวจสอบจากความถูกต้อง (accuracy approach) วิธีการตรวจสอบที่งานวิจัยส่วนใหญ่เลือกใช้คือ วิธีการตรวจสอบตามโครงสร้างที่เป็นทางการ ซึ่งเป็นวิธีการดั้งเดิมและมุ่งเน้นที่จะตรวจสอบว่าเนื้อหาในบันทึกทางการพยาบาลมีความสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กฎหมายหรือระเบียบต่าง ๆ หรือไม่ เช่น มีการบันทึกชื่อผู้บันทึก เวลาที่ให้ การพยาบาล มีการบันทึกกิจกรรมการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการวางแผนการพยาบาล การประเมินผล เป็นต้น (Ehrenberg, Ehnfors, & Smedby, 2001) และควรมีส่วนประกอบที่สำคัญในการตรวจสอบ 6 อย่าง ได้แก่ เกณฑ์บ่งชี้การปฏิบัติที่ถูกต้อง (explicit criteria for good practice) หลักฐานที่ใช้ในการตรวจสอบ (objective measurement of performance) การสุ่มเลือกตัวอย่างหรือการใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก (cases selected randomly or using agreed criteria) การเปรียบเทียบกับผลลัพธ์กับผู้อื่น (comparison of results among peers) การระบุการกระทำที่ถูกต้อง (identification of corrective action) และการรายงานขั้นตอนและผลลัพธ์จากการตรวจสอบ (documentation of review procedure and results) (Shaw 1989, 1992, as cited in Cooper & Benjamin, 2004)

ในประเทศไทยหลายองค์กรได้มีการวางแผนงานในการตรวจสอบบันทึก ทางการพยาบาลไว้ อาทิเช่น สำนักการพยาบาลได้จัดทำแบบตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในปี พ.ศ. 2540 และกำหนดให้มีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลจากแบบฟอร์มทั้งหมด 8 แบบฟอร์มดังนี้ 1) ใบประเมิน

ประวัติและสมรรถนะ 2) แบบฟอร์มปรอท 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล 4) คาร์เด็กซ์ 5) แบบบันทึก การให้ยา 6) แบบบันทึกจำนวนน้ำเข้า- ออกจากร่างกาย 7) แบบบันทึกสัญญาณชีพ 8) แบบบันทึก สัญญาณทางระบบประสาทและสมองและประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกตามหลัก 4C รวมทั้ง ขอความร่วมมือให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำการตรวจสอบบันทึกทางการ พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ส่วนสำนักงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้มีการประกาศในปี พ.ศ. 2553 ระบุให้โรงพยาบาล ที่ต้องการขอการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต้องมีการตรวจสอบความ สมบูรณ์ถูกต้องของเวชระเบียนผู้ป่วย โดยบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในเอกสารที่ต้องมีการ ตรวจสอบ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนทางการตรวจสอบบันทึก ทางการพยาบาล แต่จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในการ ดำเนินการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในประเทศ แต่ในต่างประเทศ เรดเฟริน, นอร์แมน, โทมอลิน, และ โอลิเวอร์ (Redfern, Norman, Tomalin, & Oliver, 1993) ได้ทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาล ทำการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลพบว่ามีปัญหา เกิดขึ้นหลายอย่างในขั้นตอนการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ในด้านโครงสร้างของ เครื่องมือ การตรวจสอบรายการในคู่มือไม่ได้ถูกจัดกลุ่มตามแหล่งที่มาของข้อมูล ในด้านการเข้าถึง ข้อมูล ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความต้องการตลอดระยะเวลาการศึกษา ด้านการแปลความหมายของ รายการและการตอบสนองต่อข้อตกลง ระหว่างผู้ประเมินในการแปลความหมายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการบรรลุความน่าเชื่อถือและบางรายการ ต้องมีการอภิปรายอย่างละเอียดก่อนที่จะตกลงกัน ทำให้การประเมินคะแนนไม่ตรงกัน เป็นการรบกวนเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่หรือ ผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม โดยไม่รบกวนการให้การพยาบาลและการใช้เวลานานในการให้คำแนะนำ ในการใช้คู่มือแก่ผู้ประเมินในการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น ที่ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ และมี ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลด้วยการปรับปรุงแบบตรวจสอบ เพิ่มการอบรมผู้ตรวจสอบและการอภิปรายปัญหาระหว่างผู้ตรวจสอบ

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข ที่มีขนาด 665 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในเขตภาคเหนือเป็นหลัก โดยมุ่งเน้นให้การรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟูป้องกันโรคอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ดูแลด้วยความใส่ใจ เอื้ออาทรและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของโรงพยาบาลคือ เป็น โรงพยาบาลศูนย์ที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ (ฝ่ายยุทธศาสตร์และข้อมูล, 2555) พยาบาลเป็น บุคลากรสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่สุดใน โรงพยาบาล ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงและติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการ รักษาพยาบาลที่มีคุณภาพมากที่สุด ทุกกิจกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติจะถูกบันทึกไว้ในบันทึกทางการ

พยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมพยาบาลและทีมผู้รักษา รวมทั้งเป็น
หลักฐานทางกฎหมายหากเกิดกรณีฟ้องร้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ได้เริ่มให้ความสำคัญ
กับการบันทึกทางการพยาบาลเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินคุณภาพการพยาบาลและเป็น
หลักฐานสำคัญในการทำให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปี 2547 กลุ่มภารกิจ
ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประกันคุณภาพ ทางการพยาบาล
ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจำนวน 12 คน เพื่อทำหน้าที่ในการ
กำหนดแนวทางในการประเมินและตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล โดยอาศัยแนวทางการเขียน
บันทึกทางการพยาบาลของสำนักการพยาบาล พ.ศ. 2544 เป็นกรอบในการพัฒนาแบบประเมิน
คุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และได้มีการพัฒนาแบบตรวจสอบคุณภาพดังกล่าวเสร็จแล้ว
ในพ.ศ. 2547 กลุ่มการพยาบาลจึงได้มอบหมายให้แต่ละหอผู้ป่วยนำแบบตรวจสอบนี้ไปใช้ในการ
ประเมินการบันทึกทางการพยาบาล โดยคณะกรรมการประกันคุณภาพได้มีการชี้แจงรายละเอียดของ
แบบตรวจสอบดังกล่าวและให้คำปรึกษาในระหว่างดำเนินการ แต่เมื่อนำไปใช้จริงพบว่ามีปัญหาจาก
การที่ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลตีความหมายของข้อความในแบบตรวจสอบต่างกัน ให้
คะแนนไม่ตรงกัน ทำให้ ผลการประเมินที่ได้ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ สะท้อนให้เห็นถึงผู้ตรวจสอบบันทึก
ทางการพยาบาลไม่ได้มาตรฐาน และผลจากการประเมินการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลที่ได้
ไม่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้ (กลุ่มการพยาบาล, 2548) ประกอบกับ
ในช่วง พ.ศ. 2548-2552 มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาลสองครั้งทำให้ต้องมีการ
เปลี่ยนแปลงคณะกรรมการประกันคุณภาพตามไปด้วย (กลุ่มการพยาบาล, 2550) ปัญหาที่เกิดใน
ขั้นตอนของการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลจึงยังไม่ได้มีการแก้ไขอย่างจริงจัง

ในปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลนครพิงค์มีการเปลี่ยนแปลงคณะผู้บริหาร โรงพยาบาลใหม่
คณะผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลชุดใหม่เริ่มปฏิบัติงาน ได้มีการทบทวนการดำเนินการในการประเมิน
คุณภาพการพยาบาลที่ผ่านมาและเห็นว่าควรมีการดำเนินการแก้ปัญหาการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล
อย่างจริงจัง คณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลจึงได้มีการประชุมวางแผนพัฒนาคุณภาพการ
ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลและได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่าการตรวจสอบบันทึกการพยาบาลให้ใช้
แบบประเมินเดียวกันทั้งโรงพยาบาล และดำเนินการตรวจสอบบันทึกทางการระดับกลุ่มภารกิจ
ด้านการพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง แต่ในระดับหอผู้ป่วย ทำการตรวจสอบบันทึกตามแผนปฏิบัติการของ
หอผู้ป่วย และรวบรวมสรุปผลการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลภายในทุก 6 เดือน
แต่ในหอผู้ป่วยหนักซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี และอุปกรณ์พิเศษ

ในการดูแลรักษาโรคและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล จึงกำหนดให้ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก ให้ขยายความในแต่ละข้อให้สอดคล้องกับลักษณะกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลทำได้ง่ายและมีความถูกต้องมากขึ้นและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 8 คน ทำหน้าที่ดังกล่าวและนำสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักทั้ง 8 หอผู้ป่วย ทำการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามิใช่ในหอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงเวลานั้นและให้ใช้ในหอผู้ป่วยหนักต่อไป โดยให้ทำการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน (กลุ่มการพยาบาล, 2552) ในปี 2553 ได้พัฒนาแบบบันทึกพยาบาลและทดลองใช้ในหอผู้ป่วยนำร่องจำนวน 10 หอผู้ป่วย และทำการประเมินคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในปี 2554 พบว่าการบันทึกในส่วนของการระบุตำแหน่งของร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการทำหัตถการ ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ทำให้คณะกรรมการประเมินการบันทึกทางการพยาบาลมีการปรับเพิ่ม การประเมิน จากเดิม มีข้อการประเมิน 57 ข้อ เพิ่มอีก 1 ข้อการประเมินเป็น 58 ข้อและประกาศใช้ แบบบันทึกที่พัฒนาและแบบตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเหมือนกันทั่วองค์การในกลุ่มการพยาบาล (กลุ่มการพยาบาล, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยไม่พบรูปแบบหรือขั้นตอนการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลไว้อย่างชัดเจน แต่พบมีแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) เป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ ในการปรับปรุงระบบงาน (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2543) อย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร รวมทั้งมุ่งที่ตอบสนองความต้องการ และสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (McLaughlin & Kaluzny, 1999)

แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นแนวคิดหนึ่งที่น่ามาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน โดยเน้นกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ ดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด เดมมิ่ง (W. Edwards Deming) เป็นบุคคลหนึ่งที่ได้นำเสนอแนวคิดในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยนำเสนอขั้นตอนในการปรับปรุงคุณภาพ โดยใช้วงจร PDCA (plan-do-check-act) มีการดำเนินการอย่างมีขั้นตอนมีวงจรหมุนเวียนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) วางแผน (plan) เป็นขั้นตอนการค้นหาโอกาสในการพัฒนา การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ระดับของปัญหา วิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา 2) ปฏิบัติ (do) เป็นขั้นตอนการนำทางเลือกไปทดลองปฏิบัติหรือนำแผน ที่วางไว้ไปปฏิบัติ โดยกำหนดงบประมาณ ทรัพยากร บุคลากร การดำเนินการต่างๆ รวมทั้งการประเมินผล 3) ประเมินผล (check) ตรวจสอบและประเมินผลการทดลองทางเลือก ผลการ

ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ผล 4) ปรับปรุงแก้ไข (act) นำผลการทดลองหรือการปฏิบัติงานมาปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การกำหนด เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานและค้นหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป ซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริง สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมในการค้นหา เลือกลงแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงานและมีการตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการ PDCA มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนางาน พบว่าสามารถทำให้เกิดการพัฒนาที่ดี เช่น การศึกษาของ จิรสุตา กาญจนสถิตกุล (2552) ที่ศึกษา การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติ เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก หอผู้ป่วยเมตตา 3 โรงพยาบาลอุดรราชธานี โดยใช้กระบวนการ PDCA ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุและญาติมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบและพยาบาลเห็นด้วยต่อการใช้รูปแบบ ญาติมีความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพดีขึ้น ก่อนกลับบ้าน และการศึกษาของ เพ็ญประภา ปัญโย (2552) ที่ศึกษาการพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการ PDCA ผลการศึกษา เมื่อประเมินผลการดำเนินการพบว่าด้าน ผู้ใช้บริการผู้สูงอายุ มีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เพิ่มมากขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับมาก ด้านผู้รับบริการมีความเห็นด้วยและพอใจมากที่สุดในการพัฒนาและการนำไปใช้ รวมทั้ง การศึกษาของ พวงพันธุ์ อินทะพันธุ์ (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วย อายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการ PDCA ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ที่ได้รับจากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ 1) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลแรกรับและข้อมูล 11 แบบแผนสุขภาพ แบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าและแบบบันทึก การวางแผนการจำหน่าย และสรุปการจำหน่าย 2) แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและ 3) คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้น

ผู้ศึกษาในฐานะ ผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก จึงมีความสนใจ ที่จะทำการศึกษาร่วมกับคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล ชุดปัจจุบัน เพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยอาศัยแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามวงจร PDCA ของเดมมิ่ง มาเป็นกรอบแนวทางในการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการ PDCA มีจุดเด่นในการพัฒนางานในด้านการมีส่วนร่วมในการระดมสมองร่วมกันของทีมงาน ทั้งทางด้านการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนและการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน ทำให้เกิดความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการพัฒนางานอย่างมีคุณภาพ การศึกษานี้จะช่วยปรับปรุงการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอ

ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ อย่างมีขั้นตอนและได้ผลการประเมินที่ถูกต้องมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ เพิ่มขึ้นและสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ของโรงพยาบาลนครพิงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

1. กระบวนการพัฒนาตามวงจรเดมมิงส่งผลให้ การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีคุณภาพดีขึ้นหรือไม่
2. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับปรุงการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีอะไรบ้าง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (development study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2555 ถึงเดือน เมษายน 2557 ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 8 คน และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ ก่อนการพัฒนาจำนวน 80 ฉบับ และหลังพัฒนาจำนวน 10 ฉบับ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 90 ฉบับ

นิยามศัพท์

การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การทบทวนและประเมินคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์และมาตรฐานที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลกำหนดขึ้นตามหลักการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกองการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การปรับปรุงการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ให้เป็นไปอย่างมีขั้นตอนและได้ผลการประเมินที่ถูกต้องเชื่อถือโดยอาศัยกรอบการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดวงจร PDCA ของเดมมิง (Deming cycle) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) และการดำเนินการตามความเหมาะสม (act) (Deming, 1986)

หอผู้ป่วยหนัก หมายถึง หน่วยงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีและอุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษาโรคและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจำนวน 8 หอผู้ป่วย ประกอบด้วย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วยกึ่งหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักเด็ก หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด