

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นสำคัญดังนี้

1. ขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหนัก
2. มาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยหนัก
3. แนวคิดเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 3.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 3.2 ประโยชน์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 3.3 หลักการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 3.4 กระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 3.5 ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ
4. แนวคิดการตรวจสอบบันทึก
  - 4.1 ความหมายของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 4.2 วิธีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 4.3 เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 4.4 อุปสรรคในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  - 4.5 ส่วนประกอบที่จำเป็นในการตรวจสอบ
5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
  - 5.1 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
  - 5.2 การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยการใช้พีดีซีเอ
  - 5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
6. สถานการณ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล นครพิงค์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## ขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามของชีวิตโดยเน้นการรักษาแบบประคับประคองทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553)

วิจิตรา กุสุมภ์ (2553) ได้กล่าวถึงขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหนักไว้ดังนี้

1. ใฝ่ระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย และประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติงานให้มีทักษะ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. รับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาอย่างกะทันหัน ญาติหรือครอบครัวจึงเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวลอย่างรุนแรง เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม พิกار ทูพพลภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัว และเผชิญปัญหาได้

3. ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิต และพัฒนาการของบุคคลซึ่ง เวสลีย์ และ แมคฮิว (Wesley & McHugh, 1992) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล (Nightingale's theory) โดยได้เน้นเกี่ยวกับทฤษฎีของสิ่งแวดล้อม (environment theory) ไว้ดังนี้

1) สิ่งแวดล้อม ทั้งภายใน-ภายนอก มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของ ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย

2) สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคน การพยาบาลและภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นมโนคติหลักของทฤษฎีการพยาบาล (metaparadigm)

3) การสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เป็นบ่อเกิดโรคร้ายแรง และการเจ็บป่วยของบุคคลได้

4) สิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นทั้งสิ่งที่ป้องกันโรค สิ่งที่ทำให้เกิดโรค ตลอดจนถึงแก่ชีวิต ได้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล

5) สิ่งแวดล้อมภายนอกที่ทำให้สุขภาพดี ได้แก่ การระบายอากาศดีแสงสว่างเพียงพอ อุณหภูมิและความอบอุ่นพอเหมาะ การระบายสิ่งคัดหลั่งและของเสียได้ดี และการควบคุมเสียงได้ดี

6) สิ่งแวดล้อมด้านจิตใจและสังคมที่ควรคำนึงถึง คือการปราศจากความเครียดที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้ป่วย

สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประกอบด้วยอุปกรณ์เครื่องมือจำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องบันทึกการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) การต่อท่อระบายต่าง ๆ ออกจากร่างกาย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย เสี่ยงรบกวนจากการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ แสงสว่าง ตลอดกลางวันและกลางคืน ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดภาวะเครียด (stressor) ทำให้มีผลกระทบต่อ ทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ และสูญเสียความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ตลอดจนกระทบต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุม และจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมเพื่อเป็นการดูแล ประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วย

### มาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยหนัก

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลมุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศ และได้กำหนดขอบเขตมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 11 มาตรฐาน ในที่นี้จะกล่าวถึงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องดังนี้ (ชัยรัตน์ จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และ สารา วงษ์เจริญ, 2551)

#### มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหา ความต้องการ และการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินปัญหาและความต้องการ รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของการดูแลในระยะวิกฤตและต่อเนื่อง

##### แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินปัญหาความต้องการและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในประเด็นดังนี้
  - 1.1 อาการทั่วไป เช่น การรู้สึกดี ลักษณะการหายใจ สภาพผิวหนังอาการบวม ชีด เป็นต้น
  - 1.2 สัญญาณชีพ การแลกเปลี่ยนแก๊ส ระบบไหลเวียน สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง (ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือมีปัญหาในระบบประสาทและสมอง)
  - 1.3 อาการผิดปกติที่อาจคุกคามชีวิต หรือบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาอันตรายต่าง ๆ และการใช้เครื่องมือพิเศษ
  - 1.4 ความสอดคล้องการทำงานของเครื่องมือพิเศษกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะใช้เครื่องมือพิเศษ
  - 1.5 อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงทุกราย
  - 1.6 อาการรบกวนผู้ป่วย เช่น อาการปวด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ

2. ประเมินอาการทั่วไป สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง และตรวจร่างกาย โดยเน้นที่อวัยวะซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที จนพ้นระยะวิกฤตตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยหนัก เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการประเมินความก้าวหน้าของปัญหาและความต้องการ
3. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งความสอดคล้องการทำงานเครื่องมือพิเศษ และอาการรบกวนอย่างต่อเนื่อง
4. บันทึกข้อมูลการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน

## มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่ ประเมินได้ เพื่อตัดสินใจ ระบุปัญหาและความต้องการ การพยาบาลหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง

### แนวทางปฏิบัติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เร่งด่วนและไม่เร่งด่วนอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการการเฝ้าระวังและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตวิญญาณ การเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน ในกรณีที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตถ้าไม่ได้รับการแก้ไขหรือป้องกันหรือกำลังเกิดปัญหาหรือเกิดขึ้นแล้ว
3. ปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น
4. จำแนกความรุนแรงและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อการจัดการแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
5. บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ

## มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งในระยะวิกฤตและต่อเนื่อง

## แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ครอบคลุมและสอดคล้อง กับลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยะวิกฤตอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเกี่ยวกับปัญหาวิกฤตที่ก่อกวนชีวิต การทำงานของอวัยวะที่สำคัญ การลดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงจนคุกคามชีวิตผู้ป่วยเป็นลำดับต่อมา
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วย
3. ปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. สื่อสารแผนการพยาบาลให้ทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจอย่างทั่วถึง
5. บันทึกแผนการพยาบาลครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน

## มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งระยะวิกฤตและต่อเนื่อง

### แนวทางปฏิบัติ

1. ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการในระยะวิกฤตและต่อเนื่องตามแผนในประเด็นดังนี้
  - 1.1 จัดการปัญหาภาวะวิกฤต หรือฉุกเฉินตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ แนวทางการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ
  - 1.2 ฝ้าระวังอาการ / อาการแสดงของผู้ป่วยภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ
  - 1.3 จัดการการใช้เครื่องมือพิเศษที่จำเป็นในการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ตามแผนการรักษาของแพทย์
  - 1.4 ประเมินความถูกต้องและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ ยา สารน้ำ เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด อาหารและน้ำ การแก้ไขและรักษาความสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรดต่าง
  - 1.5 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเพียงพอของการหายใจ การทำงานของหัวใจ การไหลเวียนโลหิต และการรักษาสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ ภาวะกรดต่าง และการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย



1.6 ฝึกระวังการทำงานของเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ให้สามารถทำงานและปรับระดับประคอง  
อวัยวะสำคัญของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

1.7 จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในด้านอาหาร น้ำ  
การขับถ่าย การออกกกำลังกายอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

2. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล  
ดังนี้

2.1 ดูแลความสะอาดร่างกายและสุขอนามัยทั่วไป

2.2 ช่วยเหลือและควบคุมให้มีการขับถ่ายอย่างเหมาะสม

2.3 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจใน  
ผู้ป่วยที่มีปัญหา ได้แก่ การบรรเทาความปวด ความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อจากการถูกจำกัดกิจกรรม  
ความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ

2.4 จัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อลดปัจจัยรบกวน  
หรือสิ่งเร้าที่อาจเป็นสาเหตุของความไม่สบาย หรือรบกวนประสาทสัมผัสหรือการรับรู้ของผู้ป่วย  
เช่น การควบคุมแสง เสียง อุณหภูมิให้เหมาะสม หรือการจัดบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย เป็นต้น

2.5 ประเมินแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาในกรณีมีอาการ  
ไม่สบาย หรืออาการรบกวนไม่ทุเลาลง

3. ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แผนการรักษาได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วน  
ในเวลาที่กำหนด

4. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

4.1 ตรวจสอบและพิจารณาคำตั้งการรักษาอย่างรอบคอบ และปฏิบัติการพยาบาลตามแนว  
ทางการรักษานั้นให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยตามขอบเขตของวิชาชีพ

4.2 ติดตามรวบรวมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยอื่นเพื่อประโยชน์  
ในการปรับแผนการพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน

4.3 สื่อสารข้อมูลที่ได้จากกรณีประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยด้วยวาจา และเอกสาร  
เป็นลายลักษณ์อักษร และผลการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วน เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผน  
การรักษาพยาบาลแก่ทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. จัดการเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามแผน โดย

5.1 ควบคุมสถานการณ์ และการดูแลในภาวะวิกฤตให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

5.2 ร่วมรับส่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและนำประชุมปรึกษาหารือก่อนและหลังปฏิบัติงาน  
ทุกช่วงเวลาปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ปัญหา การพยาบาล  
แนวทางการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล

5.3 ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน ระหว่างการปฏิบัติงาน และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและปรับปรุงแผนการพยาบาล

5.4 ประชุมปรึกษาร่วมกับแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล

5.5 ควบคุม กำกับ จัดหา และตรวจสอบ เกี่ยวกับ ความเพียงพอและความพร้อมใช้งาน ของอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เวชภัณฑ์ในรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน เครื่องมือที่จำเป็นอื่นๆ ทุกช่วงเวลา ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการทำงานและการบำรุงรักษาเครื่องมือพิเศษ คุณภาพของเครื่องมือปราศจาก เชื้อตามแนวทางที่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกำหนด

5.6 จัดสถานที่สำหรับครอบครัวหรือผู้เยี่ยม เพื่อผ่อนคลายหรือระบายความรู้สึกหรือ ความเครียดต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

5.7 ประสานงานเพื่อการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องไปยังหอผู้ป่วย ตามแนวทางการส่งต่อ ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกำหนด

## 6. จัดการการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ดังนี้

6.1 ทบทวนความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย และการเตรียมตัวเมื่อผู้ป่วยถึงวาระสุดท้าย

6.2 ประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรค และการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

6.3 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย

6.4 ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนเผชิญกับความตาย ถ้าจำเป็นส่ง ปรึกษาพยาบาลผู้ให้การศึกษา

6.5 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ระบายความรู้สึก และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

6.6 ปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายอย่างครบถ้วน

6.7 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฟังธรรมบรรยาย บทสวด คำสอนตามความเชื่อศาสนาที่นับถือ

6.8 อำนวยความสะดวกหากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการประกอบพิธีทางศาสนา หรือ อนุญาตให้บุคคลในครอบครัวเฝ้าดูแลในวาระสุดท้าย

6.9 ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสียชีวิต

6.10 อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ในการติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง

## 7. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด

## มาตรฐานที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อติดตามความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเป็นระยะๆ

### แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล จากปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลทันทีและต่อเนื่องตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ โรคหรือกลุ่มอาการ ข้อมูลจากการประเมินในแต่ละระยะ
2. วิเคราะห์ผลสำเร็จหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่ก้าวหน้าขณะรับการรักษาพยาบาล และปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับผลการปฏิบัติการพยาบาล
3. ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบหมายแก่สมาชิกทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ตลอดช่วงเวลาปฏิบัติงาน
4. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและก่อนจำหน่ายทุกราย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ดูแลร่วมประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
6. บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

## มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหวิชาชีพ

### แนวการปฏิบัติ

1. บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่องและสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายครอบคลุมเกี่ยวกับ
  - 1.1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับและการประเมินได้อย่างต่อเนื่อง
  - 1.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาและความต้องการการพยาบาลที่ครอบคลุม ปัญหาและความต้องการด้านร่างกายและจิตวิญญาณ
  - 1.3 แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตวิญญาณ
  - 1.4 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว



1.5 การตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1.6 ความสามารถของผู้ป่วย ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ

2. ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก และรายงานทางการพยาบาลในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน

3. ทบทวนรายงานเอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ในการบันทึก การดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน และตรวจสอบทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ หรือ อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

4. ใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน หรือได้รับการออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย

5. ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เป็นข้อกำหนดให้พยาบาล นำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการในการปฏิบัติงานของพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) นอกจากนี้ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการปฏิบัติที่ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับ ทีมพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยหนักจะต้องให้ความสำคัญและ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติข้างต้น

### แนวคิดเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล

#### ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

กองการพยาบาล (2539) ให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลว่าเป็นวิถีทางที่ใช้ ติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพ โดยแสดงให้เห็นว่าอะไรที่ทำไปแล้วและสังเกตเห็นอะไร เกี่ยวกับตัวผู้ให้บริการการบันทึกเป็นการชี้แจงโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

สุริย์ ธรรมิกบวร (2540) ให้ความหมายว่า คือ การเขียน การรวบรวมข้อมูลใด ๆ ที่แสดงถึงการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ในด้านการดูแล รักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูร่างกาย

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ให้ความหมายว่า การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมของบุคคล การบันทึก การพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ต้องทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล และยึดถือกระบวนการพยาบาล เป็นหลัก สามารถสะท้อนให้เห็นกระบวนการการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาของผู้รับบริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

พอตเตอร์ และ เพอร์รี่ (Potter & Perry, 1985) ให้ความหมายว่า คือ การเขียนหรือพิมพ์ข้อมูลทางการพยาบาลลงในแบบบันทึกที่เป็นหลักฐานที่เชื่อถือได้ การบันทึกที่มีประสิทธิภาพจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลจากทีมสุขภาพ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการเขียนข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยครอบคลุมในด้านการดูแลรักษา ป้องกันโรคส่งเสริมและฟื้นฟูร่างกาย

#### **ประโยชน์ของบันทึกทางการพยาบาล**

กองการพยาบาล (2539) กล่าวถึงประโยชน์ของบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

1. เป็นเอกสารทางกฎหมายที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้า วิจัยต่างๆ
2. ใช้เป็นหลักฐานในการปฏิบัติกิจกรรมในด้านการรักษา การพยาบาล ของทีมสุขภาพ
3. เป็นเอกสารประกอบการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
4. เป็นเครื่องมือในการประเมินสภาพ ระดับสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยหลังจากปฏิบัติการพยาบาล
5. ช่วยให้การบริการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง
6. เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการบริการการพยาบาล

สุริย์ ธรรมิกบวร (2540) กล่าวถึงประโยชน์ของบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

1. ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ
2. ป้องกันการที่ผู้ป่วยได้รับการกระทำซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิมโดยไม่จำเป็น เช่น การซักประวัติ การสอนแนะนำในเรื่องต่างๆ หลีกเลี่ยงทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่พอใจ
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องมากขึ้น ลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการขาดข้อมูลในการประเมินปัญหา

4. ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่สมบูรณ์ ต่อเนื่อง ถูกต้อง
5. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
6. เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าและทำวิจัย
7. เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร

### หลักการบันทึกทางการแพทย์

กองการพยาบาล (2539) และ สุริย์ ธรรมิกบวร (2540) กล่าวถึงหลักของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกันดังนี้

1. ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตามความเป็นจริงของผู้ป่วยและเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการอาการแสดงของโรคและสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก ใช้ภาษาสื่อสารชัดเจนลงชื่อผู้บันทึกพร้อมตำแหน่งในกรณีเป็นนักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนได้แต่อยู่ภายใต้ การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลประจำการเช่นกำกับทุกครั้ง

2. ความครบถ้วน (Complete) หมายถึงการบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนครอบคลุมและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่องดังนี้

- 2.1 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหรือสภาวะการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

- 2.2 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ

- 2.3 เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

3. ความชัดเจน (Clear) หมายถึงบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจนอ่านง่ายดังนี้ บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความต้องขีดฆ่าให้เห็นข้อความเดิมแล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

4. ใ้ใจความ (Concise) หมายถึงการบันทึกที่มีความกะทัดรัด สั้น ใ้ใจความตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่ายและต่อเนื่อง บ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องตัดทิ้ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) ได้กำหนดรายละเอียดการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลการบันทึกองค์ประกอบทางการพยาบาลโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุม มี 5 ประการ 1) การดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม

(Caring) 2) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Giving) 3) ความพร้อมช่วยเหลือ สนับสนุน (Supporting) 4) การสอนให้คำแนะนำ (Teaching) 5) การติดตามตามแผนที่วางไว้ (Monitoring) การเขียนบันทึกทางการแพทย์ มีการแบ่งเนื้อหาในการประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการแพทย์ (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) ผลลัพธ์ทางการแพทย์ (nursing outcome) ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ของผู้ป่วย เช่น การปวดแผล วิตกกังวล โอกาสติดเชื้อ โอกาสตกเลือด ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญที่มา ประวัติ ความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค

2. กิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัด สัญญาณชีพ การบริหารยา การสังเกตอาการ การจัดทำ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การสังเกต มดลูก การบรรเทาอาการปวด หายใจไม่สะดวก ไอ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อน ความสะอาดของร่างกาย

3. การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังการให้การพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนด และอย่างต่อเนื่องตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ความ เป็นไปได้ของเป้าหมายและความเหมาะสมของแผนการพยาบาลตลอดเวลา โดยระบุเวลาที่ชัดเจน

4. การประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น ผลการตรวจวินิจฉัยไม่มีความผิดปกติ อาการแสดงของผู้ป่วย คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่องส่งต่อสถานที่ส่งต่อ การนัดมาตรวจซ้ำ การได้รับยากลับบ้าน การสอบถามความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ สถานะผู้ป่วย ก่อนการจำหน่าย ประเภทการจำหน่าย วัน เดือน ปี เวลาที่จำหน่าย การนัดตรวจติดตาม ชื่อแพทย์ ผู้รับผิดชอบ

5. กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายที่สอดคล้อง กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและ ข้อ การฝึกหายใจ การไอ การฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือการฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปฏิบัติ ตนหลัง คลอด การเลี้ยงดู ให้นมบุตร เป็นต้น

6. มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์

7. ลายมือชื่อพยาบาลที่สามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้

8. การบันทึกโดยนักศึกษาพยาบาลต้องมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กำหนดให้ สภากาพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการ สร้างมาตรฐานวิชาชีพอย่างเหมาะสม มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ใน มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุม การดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์ได้

สรุป มีหลายหน่วยงานได้กำหนดหลักการบันทึกทางการพยาบาลไว้หลากหลาย แต่จะเห็นได้ว่า แต่ละหน่วยงานจะมุ่งเน้นให้พยาบาลมีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลอย่างถูกต้องตามจริง มีความชัดเจน กะทัดรัดและมีความต่อเนื่อง

### **กระบวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาล**

สุริย์ ธรรมิกบรร (2540) ได้เสนอแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. **ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล** การรวบรวมข้อมูลที่ดี ย่อมช่วยให้การบันทึกทำได้ดี ซึ่งมี แนวทางในการดำเนินการในขั้นตอนนี้ดังนี้

1.1 ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เกี่ยวกับการเกิด โรค การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบซึ่งความรู้นี้จะเป็แนวทาง ให้สามารถค้นหาข้อมูลได้ตรง ครบถ้วน เพราะรู้ว่าจะต้องสังเกตอะไรบ้าง ประเมินปัญหาในเรื่องใด ติดตามอาการอะไรเพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีทักษะ ในการสังเกตที่ดีเพื่อช่วยให้สามารถค้นหาข้อมูลที่หน้าสนใจอื่น ๆ ได้

1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบมีแนวคิดหรือทฤษฎี ทางพยาบาลกำกับเพื่อเป็น แนวทางในการหาข้อมูล

1.3 มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพและง่ายต่อการบันทึกเพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติ

2. **ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล** เมื่อได้ข้อมูลต่างๆ มาพร้อมแล้ว ให้พิจารณาว่าจะบันทึก อย่างไรจึงจะสั้น กะทัดรัด ได้ข้อมูลเพียงพอ ครบถ้วน และสะดวกต่อการปฏิบัติถือเป็นขั้นตอนสำคัญ ที่ต้องศึกษา และฝึกฝนให้เกิดทักษะ โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์สิ่งที่จะบันทึก ดังนี้



2.1 ข้อมูลนั้นเป็นจริงแน่นอนหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือไม่ชัดเจนห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้ความหมาย ให้บันทึกตามที่ได้เห็น เช่น ถ้าพยาบาลเดินไปพบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงคนเดียวในห้องพิเศษ เราจะไม่นับบันทึกว่า ผู้ป่วยตกเตียง แม้จะมีสภาพแวดล้อมพอให้คาดการณ์ได้ว่า ผู้ป่วยจะตกเตียงก็ตาม ให้บันทึกตามสิ่งที่ตาเรามองเห็นคือ พบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงในลักษณะท่าทางใด มีสภาพแวดล้อมเป็นอย่างไรในขณะนั้นก็เพียงพอ ทั้งนี้ เพราะการเขียนบันทึกทางการพยาบาลนั้น ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2.2 ข้อมูลที่ได้นั้น เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะใด เช่น เป็นปัญหาที่พยาบาลค้นพบ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็นเป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว เป็นต้น ซึ่งข้อความในลักษณะนั้นสามารถลงบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้มานั้น ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในแง่ที่จะเอื้อให้เกิดประโยชน์ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลก็ไม่จำเป็นที่จะบันทึกทั้งหมด

2.3 การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใด ให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น เป็นช่วงเวลา หรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวร เช่น ถ้าวิเคราะห์ได้ ว่าการบันทึกข้อมูลจะเป็นประโยชน์ขณะให้การดูแลกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว อยู่ในภาวะวิกฤต หรือป่วยหนัก ถ้าในลักษณะนี้ควรพิจารณาเขียนเป็นช่วงเวลาหรือทันทีที่ได้ข้อมูล เพื่อให้ได้รายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เต็มที่ ถ้าข้อมูลที่รวบรวมได้ไม่มีความรีบด่วนและไม่จำเป็นก็สามารถสรุปได้ในแต่ละเวร

2.4 การนำเสนอข้อมูล เพื่อการบันทึกทางการพยาบาลนั้น ควรจะวิเคราะห์ถึงวิธีการนำเสนอว่ารูปแบบใดจึงจะชัดเจน เหมาะสม สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ผู้บันทึกจะต้องมีการพัฒนาตลอดไป

2.5 สิ่งที่จะบันทึกมีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ สามารถบันทึกลงในแผ่นรายงานได้หรือไม่ เป็นต้น

3. **ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล** โดยควรต้องบันทึกเนื้อหาอย่างถูกต้องด้วยลายมือที่อ่านง่าย ชัดเจน เพราะถ้าบันทึกอ่านยากทำให้ผู้อื่นแปลความหมายผิดพลาดได้

4. **ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการบันทึก** เป็นขั้นตอนที่ประเมินว่าได้บันทึกปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองจากผู้ป่วย และสิ่งที่สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

สรุป หลักการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการบันทึก และการประเมินผลการบันทึก

## ลักษณะการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ

การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เป็นการบันทึกที่มีความถูกต้องตรงตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยยึดกระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐาน บันทึกมีความครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่อง บันทึกด้วยตัวอักษรหรือตัวเลขชัดเจน อ่านง่าย ได้ใจความตรงประเด็น ซึ่งเป็น ข้อมูลที่ได้จากแพทย์หรือพยาบาลที่ตรวจพบจากการสังเกตการณ์ตรวจร่างกายและผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติบอก (กองการพยาบาล, 2542)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันดิผลาชีวะ (2524) ได้สรุปว่า บันทึกทางการแพทย์ที่มี คุณภาพ มีลักษณะดังนี้

1. เป็นข้อมูลที่ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
2. ข้อมูลมีความชัดเจน ถูกต้องและ เข้าใจง่าย
3. ข้อมูลไม่มีการแปลความ การคาดคะเน หรือปรากฏอยู่ในรูปของสมมุติฐาน
4. ข้อมูลต้องมีรายละเอียดเพียงพอที่จะสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนด กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย

ไอเยอร์ และ แคมป์ (Iyer & Camp, 1995) กล่าวถึง การบันทึกที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้

1. การบันทึกที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บ่งบอกถึงการพยาบาลที่ให้และอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล แสดงถึงพยาบาลได้ให้การดูแลความปลอดภัยให้แก่ ผู้ป่วยระหว่างระหว่างการรักษา
2. การบันทึกบอกลักษณะของสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในเวรต่อเวร และใช้เป็นเครื่องมือสื่อสาร ในทีมสุขภาพ
3. การบันทึกที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้ การพยาบาล
4. แบบฟอร์มในการใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ไม่ทำให้พยาบาลต้องทำการบันทึก ที่ซ้ำซ้อน
5. ควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลหรือมาตรฐานการพยาบาลใช้ประกอบด้วย
6. บันทึกทุกกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงบันทึกย่อย ที่บ่งบอกถึงข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัด และสังเกตอาการ
7. ระบบการบันทึกต้องง่ายต่อการค้นหาข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ

สรุป ลักษณะการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เป็นการบันทึกที่มีความถูกต้องตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล และมีการเทียบเคียงกับมาตรฐานการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของกสนปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึก

### แนวคิดการตรวจสอบบันทึก

#### ความหมายของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

การตรวจสอบหมายถึง ระบบการวิเคราะห์ความสำคัญของคุณภาพของการดูแลทางการแพทย์ รวมทั้งขั้นตอนที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยและการรักษา การใช้ทรัพยากรและผลที่เกิดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Department of Health, 1989)

การตรวจสอบหมายถึง การทบทวนและการประเมินอย่างเป็นระบบด้าน คุณภาพของการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับเกณฑ์การรวบรวม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ (Karkkainen & Eriksson, 2003)

การตรวจสอบบันทึกหมายถึง การทบทวนและการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้ (Tugwell & Dok, 1985)

สรุป การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ เป็นการทบทวนและประเมินบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้

#### วิธีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

เอเรนเบิร์ก และคณะ (Ehrenberg et al., 2001) ได้กล่าวถึง วิธีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ดำเนินการโดยใช้วิธีและวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันได้ 4 วิธี ได้แก่วิธีการตรวจสอบตามโครงสร้าง ที่เป็นทางการ (formal structure approach) วิธีการตรวจสอบจากการบูรณาการของกระบวนการ (process comprehensiveness approach) วิธีการตรวจสอบจาก การเทียบกับองค์ความรู้ (Knowledge base approach) และวิธีการตรวจสอบจากความถูกต้อง (accuracy approach)

วิธีการตรวจสอบตาม โครงสร้างที่เป็นทางการ เป็นวิธีการดั้งเดิมและมุ่งเน้นที่จะตรวจสอบว่าเนื้อหาในบันทึกทางการแพทย์มีความสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กฎหมายหรือระเบียบต่างๆหรือไม่ เช่น มีการบันทึก ชื่อผู้บันทึกเวลาที่ให้การพยาบาลมีการบันทึกกิจกรรมการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย

การวางแผนการพยาบาล การประเมินผล เป็นต้น การตรวจสอบชนิดนี้ ไม่มีข้อมูลที่จะถูกตรวจสอบ และขาดการตัดสินใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของข้อมูลที่แตกต่างกันในการบันทึกทางการพยาบาล

วิธีการตรวจสอบจากการบูรณาการของกระบวนการ เป็นวิธีการตรวจสอบต่อจากตรวจสอบ ตามโครงสร้างที่เป็นทางการ เน้นที่การเชื่อมโยงหรือความครอบคลุมของข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน ที่แตกต่างกันของกระบวนการพยาบาล วิธีการนี้นำมาใช้เพื่อระบุถึงปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหา เดียวกันหรือต้องการบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ ที่แสดงถึงภาพรวมความคืบหน้าในการดูแล แต่ไม่ได้ ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนหรือเกี่ยวกับความรู้ที่มีอยู่

วิธีการตรวจสอบจากการเทียบเคียงองค์ความรู้ เป็นวิธีการตรวจสอบที่สูงขึ้น เป้าหมายของ การตรวจสอบของบันทึกทางการพยาบาลเพื่อประเมินความเกี่ยวข้องตามความเป็นจริงของเนื้อหา การบันทึก เป็นการตรวจสอบในขอบเขตของแนวทางคลินิกหลักฐานเชิงประจักษ์ แผนการดูแล เกณฑ์ การดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มพิเศษหรือการให้การพยาบาลเฉพาะทาง จุดเน้นในวิธีการตรวจสอบ เกี่ยวกับปัญหาพิเศษหรือความต้องการเช่นความเจ็บปวดหรือความรู้ของผู้ป่วย เป็นต้น

วิธีการตรวจสอบจากความถูกต้อง เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างการบันทึก ทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การดูแลที่เกิดขึ้นจริง สามารถศึกษาได้สองทางคือ ความถูกต้อง สักส่วนของการสังเกตการบันทึกที่มีความถูกต้องในสถานการณ์จริงของผู้ป่วย อีกวิธีหนึ่งคือความสมบูรณ์ สักส่วนของการสังเกตการบันทึกตามความเป็นจริง จากการทบทวนบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งทั้ง สองวิธีมีความสำคัญสำหรับทำความเข้าใจในการบันทึกทางการพยาบาลที่ความถูกต้อง

สำหรับ เคริกแกรนท์ (Kurcgant, 1976) แบ่งวิธีการตรวจสอบการบันทึกเป็น 2 รูปแบบดังนี้

1. การตรวจสอบขณะที่ผู้ใช้บริการอยู่ในโรงพยาบาล (Concurrent audit) หรือทำการตรวจสอบ ขณะที่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลดำเนินการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นการตรวจสอบกิจกรรมที่ พยาบาลปฏิบัติในขณะที่ทำการพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ โดยการประเมินเป็นช่วง ๆ ระหว่างการ ปฏิบัติการพยาบาลจากรายงานผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการหรือญาติโดยตรง การสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดี การตรวจสอบขณะที่ผู้ใช้บริการอยู่ในโรงพยาบาล 1) แสดงถึงข้อบกพร่องของการให้ การพยาบาลในเวลานั้น 2) เป็นกลวิธีแสดงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ การดูแล 3) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพต่อผู้บริโภค 4) เป็นกลวิธี สำหรับเป็นตัวแทนการสื่อสารของลูกค้ำ

ข้อเสีย การตรวจสอบขณะที่ผู้ให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล เป็นการเสียเวลาและค่าใช้จ่ายกว่าการตรวจสอบย้อนหลังเพราะการดูแลที่ดำเนินการต่อเนื่องไม่ได้แสดงภาพรวมของการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Trussel & Strand, 1978)

2. การตรวจสอบย้อนหลังเมื่อผู้ให้บริการกลับบ้านแล้ว (retrospective audit) โดยใช้การตรวจสอบจากรายงานการบันทึก การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการหลังการจำหน่ายการสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

ข้อดี การตรวจสอบย้อนหลังเมื่อผู้ให้บริการกลับบ้านแล้ว ดังนี้ 1) แสดงการเปรียบเทียบการปฏิบัติจริงกับมาตรฐานการดูแลและวิเคราะห์ของการปฏิบัติจริงที่พบ 2) แสดงให้เห็นภาพรวมของการให้การดูแล 3) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้นเป็นพื้นฐานในการแก้ไข

ข้อเสีย การตรวจสอบย้อนหลัง เมื่อผู้ให้บริการกลับบ้านแล้ว 1) เป้าหมายการประเมินห่างจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ปัญหาของผู้ป่วยถูกพบหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้ช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหา 3) การแก้ไขสิ่งบกพร่องสามารถใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานสำหรับลูกค้าในอนาคต

สรุป วิธีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลมีหลายแบบ ซึ่ง เอเดนเบิร์ก และคณะ (Ehrenberg et al., 2001) ได้กล่าวถึง วิธีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล ดำเนินการโดยใช้วิธี และวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันได้ 4 วิธี ได้แก่วิธีการตรวจสอบตามโครงสร้างที่เป็นทางการ วิธีการตรวจสอบจากการบูรณาการของกระบวนการ วิธีการตรวจสอบจากการเทียบกับองค์ความรู้ และวิธีการตรวจสอบจากความถูกต้อง สำหรับ เคริกแกรนท์ (Kurcgant, 1976) แบ่งวิธีการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลเป็น 2 รูปแบบดังนี้ การตรวจสอบขณะที่ผู้ให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล และการตรวจสอบย้อนหลังเมื่อผู้ให้บริการกลับบ้านแล้ว สำหรับการศึกษานี้ได้เลือกใช้การตรวจสอบตามโครงสร้างที่เป็นทางการ มุ่งเน้นการตรวจสอบเนื้อหาในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้และใช้วิธีการตรวจสอบย้อนหลัง เมื่อผู้ให้บริการกลับบ้านแล้ว โดยการตรวจสอบจากรายงานการบันทึก ซึ่งเป็นการแสดงภาพรวมของการให้การพยาบาลสามารถเปรียบเทียบการปฏิบัติจริงกับมาตรฐานการดูแล ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบ

#### **เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล**

สำนักการพยาบาล ได้กำหนดหลักเกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลจากแบบฟอร์มทั้งหมด 8 แบบฟอร์มดังนี้ 1) ใบประเมินประวัติและสมรรถนะ 2) แบบฟอร์มปรอท 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล 4) คาร์เด็กซ์ 5) แบบบันทึกการให้ยา 6) แบบบันทึกจำนวนน้ำเข้าออกจากร่างกาย 7) แบบบันทึกสัญญาณชีพ 8) แบบบันทึกสัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ทั้งนี้ให้ประเมิน 4 ด้าน



คือ ความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise) ด้านละ 1 คะแนน ดังนั้นแต่ละข้อของการตรวจสอบ จึงมีรายการตรวจสอบ 4 ด้านด้วยกันตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (กองการพยาบาล, 2539)

1. ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง ข้อมูลที่บันทึกถูกต้องตามความเป็นจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วยดังนี้

1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาลและถูกต้อง ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1.2 รายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

1.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วยถูกต้องและสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.4 บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วยถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาล

1.5 บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำทำให้ผู้ป่วย

1.6 ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสัมพันธ์กับการจำแนกผู้ป่วย

1.7 บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่างๆ ถูกต้อง

2. ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่องดังนี้

2.1 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหรือสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

2.2 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติคือการดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

2.3 เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

3. ความชัดเจน (Clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลขชัดเจนอ่านง่ายใช้ตัวย่อที่เป็นสากล

3.1 บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล

3.2 ไม่มีรอยลบ หากต้องการการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่า เห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

4. ได้ใจความ (Concise) หมายถึง ข้อความที่บันทึกมีความกะทัดรัด สั้น ตรงประเด็น อ่านแล้วได้ใจความเข้าใจง่ายและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลและชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

นอกจากนี้ กองการพยาบาล (2539) ได้มีการกำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนนร้อยละ 91.00 - 100 ระดับคุณภาพการบันทึกดีมาก

คะแนนร้อยละ 81.00-90.00 ระดับคุณภาพการบันทึกดี

คะแนนร้อยละ 71.00-80.00 ระดับคุณภาพการบันทึกพอใช้

คะแนนร้อยละ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70.00 ระดับคุณภาพการบันทึก ควรปรับปรุง

#### อุปสรรคในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารพบอุปสรรคในการตรวจสอบบันทึกหลายประการ สามารถจำแนกออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการตรวจบันทึก การขาดความชำนาญในการตรวจสอบบันทึก การขาดแผนงานการตรวจสอบทั่วทั้งองค์กร ความสัมพันธ์ ที่ไม่ดีภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มผู้ตรวจสอบ และสิ่งขัดขวางอื่นๆภายในองค์กร

##### 1. การขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการตรวจสอบบันทึก

มีการศึกษาอุปสรรคของการตรวจสอบที่เกิดจากการขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการตรวจสอบบันทึกเป็นจำนวนมาก โดยส่วนใหญ่มักกล่าวถึงการไม่มีเวลาและขาดความทุ่มเทของผู้ตรวจสอบ ซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้ตรวจสอบมีภาระงานอื่นนอกเหนือจากงานการตรวจบันทึก โดยเฉพาะภาระงานในการให้บริการผู้ป่วย (Davison & Smith, 1993; Karran, Ranaboldo, & Karran, 1993) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การขาดการสนับสนุนทางการเงินและระบบสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพทำให้การตรวจสอบบันทึกทำได้ยากขึ้น (Chambers, Bowyer, & Campbell, 1995) หรือการที่โรงพยาบาลมีการจัดซื้ออุปกรณ์หรือเครื่องมือที่มีความซับซ้อนมาใช้โดยที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมในการจัดการ กับเครื่องมือเหล่านั้นทำให้การตรวจสอบบันทึกไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Walshe & Coles, 1993) เคอร์รี่สัน, แพ็ควูด, และ บักซ์ทอน (Kerrison, Packwood, & Buxton, 1993) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพของการตรวจสอบบันทึกไว้ว่าควรมีสถานที่ประชุมทีม

ผู้ตรวจสอบที่เหมาะสมและมีการดำเนินการประชุมที่ราบรื่น ไม่มีการขัดจังหวะการประชุมจะทำให้การดำเนินการตรวจสอบบันทึกมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2. การขาดความชำนาญในการตรวจสอบบันทึก

การขาดความชำนาญในการตรวจสอบบันทึกเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งเพราะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินการตรวจสอบไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนของการวางแผนดำเนินการตรวจสอบ ขั้นตอนการกำหนดเกณฑ์หรือมาตรฐานในการประเมิน (Firth-Cozens, et al., 1992; Willmot, Foster, & Walshe, 1995) หรือ ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล (Tabandeh & Thompson, 1995) ไม่มีเครื่องมือในการตรวจสอบที่ดี (Gabby, McNicol, Spiby, Davies, & Layton, 1990; Normand, Ditch, Dockrell, 1994) มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ตรวจสอบขาดความเชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์กับการขาดโอกาสในการศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบ (Foster, Willmot, & Coles, 1996; Willmot et al., 1995) รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการขาดแรงสนับสนุนจากผู้ที่มีทักษะและผู้ที่มีประสบการณ์ในการตรวจสอบ (Foster et al., 1996)

วอลส์ชี (Walshe, 1995, as cited in Johnston, Crombie, Davies, Alder, & Millard, 2000) ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบบันทึก 382 คน และพบว่าร้อยละ 71 ของทั้งหมดได้รับการอบรมพื้นฐานเกี่ยวกับการดำเนินการตรวจสอบมาเฉลี่ย 3 วัน ที่เหลือร้อยละ 29 ไม่เคยได้รับการอบรมร้อยละ 50 ของผู้ตรวจสอบบันทึกรู้สึกว่าได้รับการอบรมไม่เพียงพอและรู้สึกว่างานที่ทำเหมือนกับเจ้าหน้าที่เสมียนและไม่มีคุณค่า การศึกษานี้เสนอแนะให้ควรมีการฝึกอบรมผู้ตรวจสอบบันทึกมากขึ้นและกระตุ้นให้ผู้ตรวจสอบบันทึกตระหนักถึงคุณค่าของงานและการทำงานเป็นทีม

## 3. การขาดแผนงานการตรวจสอบทั่วทั้งองค์กร

การขาดแผนงานการตรวจสอบทั่วทั้งองค์กรทำให้ขาดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันและมีการดำเนินการตรวจสอบที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Foster et al., 1996) การตรวจสอบบันทึกทั่วทั้งองค์กรต้องอาศัยผู้นำที่สามารถวางแผน ควบคุม ติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการ การสนับสนุนในด้านเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอ หากขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจทำให้การตรวจสอบบันทึกไม่ประสบความสำเร็จได้ (Kerrison et al., 1993; Johnston et al., 2000)

## 4. ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มผู้ตรวจสอบ

ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ตรวจสอบอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของกลุ่มได้ (Eccles, Hunt, & Newton, 1995) สาเหตุสำคัญที่ทำให้สมาชิกในกลุ่มและระหว่างกลุ่มมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ได้แก่ การขาดความมุ่งมั่นและไม่มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างผู้ตรวจสอบ ผู้นำกลุ่ม ไม่มีภาวะผู้นำ มีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างสมาชิก การที่สมาชิกไม่กล้าเปิดเผยข้อเท็จจริง การขาดความรู้สึกการเป็นเจ้าของร่วมกันของกลุ่มและการที่สมาชิกมีความรู้สึก

ต่อต้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงาน ซึ่งทั้งหมดย่อมมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการตรวจสอบทั้งสิ้น (Foster et al., 1996) มีการศึกษาการดำเนินงานของกลุ่มผู้ตรวจสอบบันทึกที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มาจากสถานที่ทำงานที่แตกต่างกัน พบว่า การดำเนินการตรวจสอบบันทึกได้รับผลกระทบมาจากหลายปัจจัยได้แก่ จำนวนสมาชิกที่ไม่แน่นอน การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่ชัดเจน ความแตกต่างในพื้นฐานความรู้ทำให้สมาชิกไม่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ปัญหาทางด้านการสื่อสารและการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของเพื่อนร่วมงาน (Eccle et al., 1995)

#### 5. สิ่งขัดขวางอื่น ๆ ภายในองค์กร

จากการศึกษาของ ฮอปคินส์ (Hopkins, 1996) พบว่าการขาดความชัดเจนในขอบเขตอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ตรวจสอบทำให้ผู้ตรวจสอบเกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนและเกิดความเฉื่อยชาในการปฏิบัติงาน ความรู้สึกนี้จะเพิ่มมากขึ้นในกรณีที่ต้องไปทำหน้าที่ต่อร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น ๆ ในองค์กร

ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตรวจสอบและผู้บริหารเป็นอีกปัจจัยภายในองค์กรที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการดำเนินการและการนำผลที่ได้จากการตรวจสอบไปใช้ในองค์กร (Webb & Harvey, 1994) จากการศึกษารายงานของ ทอมสัน, เอลโคท, และ พูช (Thomson, Elcoat, & Pugh, 1996) พบว่าผู้ตรวจสอบและผู้บริหารมีมุมมองที่ต่างกัน โดยผู้ตรวจสอบเชื่อว่าผลการตรวจสอบจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยได้มาก แต่ผู้บริหารเชื่อว่าผลการตรวจสอบจะประหยัดค่าใช้จ่ายทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยได้เล็กน้อย นอกจากนี้การที่ผู้ตรวจสอบนำเสนอแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานแต่ถูกปฏิเสธจากผู้บริหารย่อมบั่นทอนกำลังใจในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบ (Sellu, 1996; Willmot et al., 1995)

โดยสรุป อุปสรรคในการตรวจสอบบันทึกมีอยู่ 5 กลุ่มใหญ่ๆคือ การขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการตรวจบันทึก การขาดความชำนาญในการตรวจสอบบันทึก การขาดแผนงาน การตรวจสอบทั่วทั้งองค์กร ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มผู้ตรวจสอบ และสิ่งขัดขวางอื่น ๆ ภายในองค์กร ซึ่งอุปสรรคทุกกลุ่มมีผลโดยตรงต่อการดำเนินการตรวจสอบบันทึกในองค์กรสุขภาพ หากจัดอุปสรรคเหล่านี้ออกไปให้ได้มากที่สุดย่อมทำให้การตรวจสอบบันทึกประสบความสำเร็จมากขึ้นเท่านั้น

## ส่วนประกอบที่จำเป็นในการตรวจสอบ

ชอว์ (Shaw 1989, 1992, as cited in Cooper & Benjamin, 2004) ได้กล่าวถึงส่วนประกอบที่จำเป็นในการตรวจสอบไว้ดังนี้

1. เกณฑ์บ่งชี้การปฏิบัติที่ถูกต้อง (explicit criteria for good practice) ในการตรวจสอบจำเป็นต้องมีการกำหนดเกณฑ์บ่งชี้การปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเกณฑ์เหล่านี้ควรมาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะประเมินและมีการตกลงร่วมกันภายในกลุ่มผู้ตรวจประเมินและผู้ปฏิบัติงาน
2. หลักฐานที่ใช้ในการตรวจสอบ (objective measurement of performance) การตรวจสอบต้องการหลักฐานที่สามารถตรวจสอบพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน ผู้ตรวจประเมินจึงต้องมีการกำหนดหลักฐานที่ใช้ในการตรวจสอบ
3. การสุ่มเลือกตัวอย่างหรือการใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก (cases selected randomly or using agreed criteria) ในการตรวจสอบไม่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับบุคคลหรือเหตุการณ์ใดเป็นการเฉพาะ แต่ควรใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างหรือการใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกจะดีกว่า
4. การเปรียบเทียบกับผลลัพธ์กับผู้อื่น (comparison of results among peers) การเปรียบเทียบผลที่ได้จากการตรวจสอบกับผู้อื่นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ปัญหาการตีความที่ไม่ตรงกันของแต่ละคนในทีมผู้ตรวจสอบ
5. การระบุการกระทำที่ถูกต้อง (identification of corrective action) ในการตรวจสอบถ้ามีการตรวจพบว่ามีปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์หรือเห็นว่าประเด็นที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการระบุการกระทำที่จะทำให้ปฏิบัติมีความถูกต้องหรือทำให้ดียิ่งขึ้น
6. การรายงานขั้นตอนและผลลัพธ์จากการตรวจสอบ (documentation of review procedure and results) ในการตรวจสอบจะต้องมีการประเมินวิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดเพื่อช่วยให้สามารถสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นและประเด็นที่ควรปรับปรุงเปลี่ยนแปลง

โดยสรุป ในการตรวจสอบจำเป็นต้องมีการกำหนดและการดำเนินการทั้ง 6 อย่างข้างต้น ซึ่งในการพัฒนากระบวนการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของศึกษานี้จำเป็นต้องคำนึงถึงและพิจารณาให้มีส่วนประกอบที่จำเป็นในการตรวจสอบครบทั้ง 6 อย่างดังกล่าว



## การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

### การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

เป็นกระบวนการจัดการองค์กร โดยการนำแนวคิดที่เป็นระบบมาแก้ไขปัญหาที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มุ่งสู่การพัฒนาหรือปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพมากขึ้นกว่าเดิมและมีความต่อเนื่อง

#### ความหมายของการการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

นักวิชาการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศได้กล่าวถึง การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) หรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 2 คำใช้แทนกันได้ ในความหมายเดียวกัน ซึ่งมีการซึ่งมีการให้ความหมาย ดังนี้

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นปรัชญาและระบบการบริหาร จากการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีการเรียนรู้ด้วยกันและร่วมมือกันในการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ลดความสูญเปล่าและความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็น เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติ และเครื่องมือกระบวนการกลุ่ม มาดำเนินการ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องหมายถึง การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่วางไว้ในมาตรฐาน โรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551)

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นปรัชญาการบริหารที่มุ่งขจัดความสูญเสียดังกล่าวและการป้องกันก่อนเกิดปัญหา มีดำเนินการในเชิงรุกโดยใช้เครื่องมือวงล้อ พีดีซีเอ (PDCA) และวิธีการทางสถิติ เพื่อปรับปรุงคุณภาพในองค์กรอย่างเป็นขั้นตอน เป็นระบบและต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร รวมทั้งมุ่งที่ตอบสนองความต้องการ และสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (McLaughlin & Kaluzny, 1999)

สรุป การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการ ทางวิทยาศาสตร์ ความคิดสร้างสรรค์และการทำงานเป็นทีม ในการปรับปรุงหรือพัฒนาคุณภาพระบบงาน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและต่อเนื่อง

#### การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยการใช้พีดีซีเอ

การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) การตรวจสอบต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนและอาศัยการทำงานเป็นทีม (Johnston et al., 2000)

การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการปรับปรุงการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เป็นอย่างมีขั้นตอนและได้ผลการประเมินที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ จากการทบทวนเอกสารไม่พบว่ามีกรกล่าวถึงรูปแบบหรือขั้นตอนการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้อย่างชัดเจน แต่พบแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน โดยเน้นกระบวนการปรับปรุงคุณภาพแนวคิดเกี่ยวกับวงจร PDCA เริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนักสถิติ Walter Shewhart ซึ่งเป็นการพัฒนาจากการควบคุมกระบวนการ เชิงสถิติ ที่ Bell Laboratories ในสหรัฐอเมริกาเมื่อทศวรรษ 1930 ในระยะเริ่มแรก วงจรดังกล่าวเป็นที่รู้จักกันใน ชื่อวงจร Shewhart จนกระทั่งทศวรรษที่ 1950 ได้มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง โดย ดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด เดมมิ่ง (W. Edwards Deming) นักฟิสิกส์ชาวอเมริกา เป็นผู้นำแนวความคิดเชิงสถิติ (Statistical Thinking) และวิธีการปรับปรุงคุณภาพ (Methods for Quality Improvement) มาสู่ประเทศญี่ปุ่น เดมมิ่งได้รับเชิญจากสหภาพนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรญี่ปุ่น (Union of Japanese scientists and engineers: JUSE) มาบรรยายเรื่องคุณภาพ ในปี ค.ศ. 1950 และได้นำเสนอแนวคิด การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจร PDCA (plan-do-check-act) ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในเวลาต่อมา รวมทั้งการให้บริการด้านสุขภาพ และตามสถานสุขภาพต่าง ๆ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จจากวงการอุตสาหกรรมมาใช้ เริ่มจากโครงการนำร่องสาธิต และขยายออกไป (อนุกวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2541)

แนวคิด PDCA มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้ (วิฑูรย์ สิมะ โชคดี, 2542; ศุภชัย อาชีวะระงับโรค, 2549)

1. ขั้นตอนการวางแผน (plan) เป็นส่วนสำคัญในการเริ่มต้นของงานที่จะทำให้งานอื่น ๆ มีประสิทธิภาพ เป็นการหาคำตอบของปัญหาโดยวิธีการระดมความคิด การเลือกปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา การหาวิธีการแก้ปัญหา จัดทำตารางการปฏิบัติงาน กำหนดวิธีดำเนินการ กำหนดวิธีการตรวจสอบและการประเมินผล สามารถนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาอื่น ๆ มาใช้ร่วมด้วย เช่น flowchart, ระดมความคิด (brainstorming) เป็นต้น มีการดำเนินการดังนี้

1.1 ตระหนักและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยสมาชิกแต่ละคนร่วมมือกันในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงาน ทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงาน หาสาเหตุของปัญหา เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และควรวางแผนดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบเข้าใจง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน เช่น ตารางตรวจสอบ แผนภูมิ แผนภาพ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น

1.3 อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ปัญหา กำหนดสาเหตุของปัญหา แสดงภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนิยมเขียนและวิเคราะห์แผนภูมิ แผนภาพ เช่น แผนภูมิแกงปลา แผนภูมิพาเรโต และแผนภูมิการควบคุม เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในสาเหตุของปัญหาอย่างชัดเจนแล้วร่วมระดมความคิด ในการแก้ปัญหา สร้างทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหา เพื่อทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินงาน

1.4 เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงการดำเนินงาน โดยร่วมกันวิเคราะห์ และวิจารณ์ทางเลือกต่าง ๆ ผ่านการและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่ดีที่สุดในการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

เทคนิคของการวางแผนที่ดี ควรตอบคำถามต่อไปนี้ได้ 1) มีอะไรที่ต้องทำบ้าง 2) ใครทำ 3) มีอะไรต้องใช้บ้าง 4) ระยะเวลาในการทำงานแต่ละขั้นตอน 5) ลำดับการทำงานเป็นอย่างไร 6) ทำอะไรก่อน หลัง และ 7) เป้าหมายในการทำครั้งนี้คืออะไร (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2555)

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (do) เป็นการลงมือปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งก่อนที่จะปฏิบัติงานใด ๆ สมาชิกในกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญ และความจำเป็น ของแผนนั้น ๆ ความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกทีมเป็นอย่างดี รวมทั้งการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติงานตามแผนนั้น ๆ สมาชิกต้องศึกษาข้อมูล และเงื่อนไขต่าง ๆ ของสภาพงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่เป็นการประจำที่เคยปฏิบัติหรือเป็นงานเล็กอาจใช้วิธีการเรียนรู้ ศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเอง แต่ถ้าเป็นงานใหม่หรืองานใหญ่ที่ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก อาจต้องจัดให้มีการฝึกอบรมก่อนที่จะปฏิบัติจริง การปฏิบัติจะต้องดำเนินการไปตามแผน วิธีการและขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ จะต้องเก็บรวบรวม และบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานไว้ด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานในขั้นต่อไป ซึ่งขั้นตอนนี้ขณะลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบไปด้วย หากไม่เป็นไปตามแผน อาจต้องมีการปรับปรุงใหม่เมื่อแผนนั้นใช้งานได้ก็นำเป็นแผนถือปฏิบัติต่อไป

เทคนิคขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้ 1) ทำให้ถูกต้องตามแผนตั้งแต่แรก จะได้ไม่ต้องแก้ไขหรือรับผลเสียจากการกระทำผิดพลาด 2) ตรวจสอบทุกขั้นตอน หากพบความผิดพลาดให้รีบแก้ไข ก่อนจะเกิดความเสียหายมากขึ้น

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (check) เป็นการตรวจสอบดูว่าเมื่อมีการปฏิบัติงานตามแผนหรือการแก้ปัญหาตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ การไม่ประสบความสำเร็จอาจเกิดจากหลายประการ เช่น ไม่ปฏิบัติตามแผน ความไม่เหมาะสมของแผน การเลือกใช้เทคนิคไม่เหมาะสม เป็นต้น

สิ่งที่สามารถรู้ได้ว่าผลลัพธ์กับแผนที่ตั้งไว้แตกต่างกันอย่างไร สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การบันทึกข้อมูล ซึ่งเทคนิคในการบันทึกข้อมูล มีเครื่องมือหลายชนิด เช่น การตรวจสอบการตั้งคำถาม การแสดงทัศนคติ การสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แผนภูมิแกนต์ แผนภูมิพาเรโต การทำแผนภูมิต้นไม้ เป็นต้น

เทคนิคของขั้นตอนการตรวจสอบ คือ 1) ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริงว่าทำตามแผนหรือไม่ 2) ตรวจสอบผลที่ได้ว่าตามเป้าหมายหรือไม่ 3) ตรวจสอบว่ามีข้อมูลอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้นบ้าง และ 4) รวบรวมและบันทึกข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และปรับปรุงให้ดีขึ้น

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามความเหมาะสม (act) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้ว การปรับปรุงอาจเป็นการแก้ไขแบบเร่งด่วนเฉพาะหน้า หรือการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเหมือนเดิมอีก การปรับปรุงอาจนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิมเมื่อมีการดำเนินงานตามวงจร PDCA ในรอบใหม่ ข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงจะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์ มีคุณภาพเพิ่มขึ้นและได้แนวทางในการปฏิบัติงาน

เทคนิคขั้นตอนการดำเนินงานตามความเหมาะสม คือ 1) หลังการตรวจสอบถ้าสามารถทำได้ตามเป้าหมาย ให้รักษาความดีไว้ 2) หากตรวจสอบแล้วพบข้อผิดพลาดในขั้นตอนต่าง ๆ ให้หาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้น และ 3) หาทางปรับปรุงให้การปฏิบัติครั้งต่อไปดีขึ้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่นำมาใช้พัฒนาคุณภาพเพื่อช่วยให้มีความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น ได้แก่ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)

1. การระดมสมอง (brain storming) เป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้ในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด การระดมสมองเพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลารวดเร็ว มุ่งเน้นที่จำนวนความคิด



2. แผนภูมิเหตุและผล (cause and effect diagram) เป็นภาพแสดงความสัมพันธ์ของสาเหตุและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ใช้สำหรับการค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้ของปัญหา ใช้จัดระเบียบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา กระตุ้นให้เกิดการสืบสวนสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา และรวบรวมความคิดจากมุมมองที่หลากหลายเข้าด้วยกัน รูปแบบที่ใช้ คือ แผนผังก้างปลา (fishbone diagram) แผนภูมิระบบ (systematic diagram) หรือแผนภูมิต้นไม้ (tree diagram)

3. แบบบันทึกความถี่ (check sheet) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียวกัน ทำให้เก็บข้อมูลได้ง่ายและมีแบบแผน ช่วยให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามวัตถุประสงค์ของการใช้งาน รูปแบบที่ใช้บ่อย คือ การจัดเป็น column หรือ matrix (ตาราง) แบบฟอร์มนี้อาจใช้สำหรับเก็บข้อมูลของแต่ละองค์ประกอบ ในแต่ละช่วงเวลาหรือรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลหลาย ๆ แผ่น

4. แผนภูมิควบคุม (control chart) คือ แผนภูมิแสดงระดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพตามลำดับเหตุการณ์ พร้อมค่าสถิติ ได้แก่ค่าเฉลี่ยและระดับควบคุม เพื่อใช้ตรวจสอบกระบวนการว่าผลผลิตมีลักษณะแบบสุ่มหรือไม่ ช่วยค้นหาการเกิดของสาเหตุของการแปรผันที่สามารถแก้ไขได้ และใช้เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการแก้ปัญหา

5. แผนภูมิการไหลของงาน (flow chart) เป็นเครื่องมือในการหาข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหรือออกแบบใหม่ให้กระบวนการง่ายขึ้น โดยการใช้สัญลักษณ์มาตรฐาน เพื่อสร้างภาพแสดงการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ จากสิ่งนำเข้า (input) ไปสู่ผลลัพธ์ (output) ตามลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนกิจกรรม หรืองาน มีรูปแบบที่ใช้ประจำได้แก่ ผังงานสรุปกระบวนการหลัก ผังผังแสดงกระบวนการ โดยละเอียด ผังงานแสดงผู้รับผิดชอบและผังงานแสดงการเคลื่อนที่

6. แผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram) เป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงภาษา (language data) ได้แก่ ความคิดเห็นต่างๆ นำมาจัดกลุ่มตามความสัมพันธ์แบบธรรมชาติ เป็นการใช้ความคิดสร้างสรรค์มากกว่าเหตุผล ช่วยแก้ไขความสับสนและการนำปัญหามาสร้างเป็นภาพที่ชัดเจนไม่ว่าจะเป็นประเด็นปัญหา สาเหตุ วิธีการมาตรการ แนวทาง กลยุทธ์ แผนภูมินี้ทำได้ โดยการรวบรวมข้อเท็จจริงทั้งหลาย ความเห็น และความคิดเห็นในรูปแบบของข้อมูลที่เป็นคำพูด และสังเคราะห์เข้าด้วยกันเป็นแผนภูมิเดียวบนฐานของการเชื่อมโยงตามธรรมชาติ

7. การลงคะแนนพหู (multivoting) เป็นเทคนิคที่ใช้ในการลดรายการความคิดเห็นซึ่งมีจำนวนมากจากการระดมสมอง ให้เหลือรายการในวิสัยที่สามารถทำงานได้ การลงคะแนนพหูสามารถลดรายการลงได้และสามารถทำซ้ำได้หลายรอบ ช่วยทำให้ทีมสามารถตกลงกันได้ในเวลาสั้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ทีมมุ่งเน้นกับประเด็นที่สำคัญจำนวนน้อย

สรุปได้ว่า ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด PDCA ต้องอาศัยเครื่องมือคุณภาพหลากหลายชนิดดังกล่าวในแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ และให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วม



ในการพัฒนาทุกขั้นตอน เพื่อให้การพัฒนางานสัมฤทธิ์ผลและมีความยั่งยืน ดังนั้น ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ การระดมสมอง แบบบันทึกความถี่ แผนภูมิเหตุและผลหรือแผนภูมิแกงปลา

### สถานการณ์การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก

โรงพยาบาลนครพิงค์ มีหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) เป็นหน่วยงานที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขามี 8 หอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วยกึ่งหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักเด็ก หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่แสดงอาการล้มเหลวหรือกำลังจะล้มเหลวของระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญระบบใดระบบหนึ่งหรือหลาย ๆ ระบบ มีปัญหาที่ซับซ้อนต้องได้รับการดูแล อย่างใกล้ชิดต้องพึ่งพา อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) เครื่องวัดออกซิเจนในกระแสเลือด เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator) และมีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานจำนวน 128 คน ให้การดูแลรักษา แบบประคับประคองทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม ตามภาวะตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วย รอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (กลุ่มการพยาบาล, 2555) ซึ่งพยาบาลต้องบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ 2) ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย 3) ฟอรัมปรอท 4) flow sheet 5) แผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้า กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล 6) แบบประเมินความเสี่ยงต่างๆ บันทึกเฉพาะทางของแต่ละกลุ่มงานการพยาบาล และ 8) บันทึกการประสานการ ดูแล Home Health Care แบบองค์รวม

โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้ให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการพยาบาลเนื่องจาก เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินคุณภาพ การพยาบาลและเป็นหลักฐานสำคัญในการทำให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในปี 2547 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ได้จัดตั้งคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 12 คน ทำหน้าที่พัฒนาแบบประเมินคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเสร็จปี พ.ศ. 2547 โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของ โรงพยาบาลนครพิงค์ที่สร้างขึ้นตามหลัก 4C ของกองการพยาบาล คือ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ มีรายการที่ต้องประเมินตาม กระบวนการพยาบาล ออกเป็น 3 ด้าน คือด้านการประเมิน

อาคาร (Assessment: A) ด้านการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล (Planning and Implementation: P/I) และ ด้านการประเมินผล (Evaluation) ระยะของการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย จำนวน 58 ข้อ โดยมีหลักในการให้คะแนน คือ บันทึกรู้สึกต้องครบถ้วน ได้คะแนน 4 คะแนน บันทึกรู้แต่ไม่ถูกต้องได้คะแนน 3 คะแนน ไม่บันทึกได้ คะแนน 2 คะแนน ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 91.00-100 ระดับคุณภาพการบันทึกดีมาก คะแนนร้อยละ 81.00-90.00 ระดับคุณภาพการบันทึกดี คะแนนร้อยละ 71.00-80.00 ระดับคุณภาพการบันทึกพอใช้ คะแนนร้อยละ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70.00 ระดับคุณภาพการบันทึกควรปรับปรุง สำหรับในหอผู้ป่วยหนักให้ทำรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ การประเมินตามลักษณะกิจกรรมการพยาบาลที่ประเมินจากปัญหาที่ถูกคุกคามต่อชีวิตและความรุนแรงของโรค (กลุ่มการพยาบาล, 2552)

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ มอบหมายให้แต่ละหอผู้ป่วยนำแบบตรวจสอบนี้ไปใช้ในการประเมินการบันทึกทางการพยาบาล โดยทางหอผู้ป่วยได้มอบหมายให้ พยาบาลวิชาชีพอาสาสมัครทำหน้าที่ในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยละ 1 คน ก่อนการดำเนินการตรวจสอบได้มีการประชุมชี้แจงรายละเอียดของแบบตรวจสอบจากคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลและได้ให้คำปรึกษาในระหว่างดำเนินการ โดยไม่มีคู่มือในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล แต่เมื่อนำไปใช้จริงพบว่ามีปัญหาจากการที่ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลตีความหมายของข้อความในแบบตรวจสอบต่างกัน ให้คะแนนไม่ตรงกัน ในช่วง พ.ศ. 2548-2552 มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาลสองครั้งทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการประกันคุณภาพตามไปด้วย (กลุ่มการพยาบาล, 2550) ในปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลนครพิงค์มีการเปลี่ยนแปลงคณะผู้บริหารโรงพยาบาลใหม่ คณะผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลชุดใหม่เริ่มปฏิบัติงานได้มีการทบทวนการดำเนินการในการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผ่านมาและเห็นว่าควรมีการดำเนินการแก้ปัญหาการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลอย่างจริงจัง คณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลจึงได้มีการประชุมวางแผนพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลและได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่าการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลให้ใช้แบบประเมินเดียวกัน ทั้งโรงพยาบาล แต่ในหอผู้ป่วยหนักซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี และอุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษาโรคและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล จึงกำหนดให้ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก ให้ขยายความในแต่ละข้อให้สอดคล้องกับลักษณะกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลทำได้ง่ายและมีความถูกต้องมากขึ้นและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินการตรวจสอบ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 8 คน ทำหน้าที่ดังกล่าวและนำสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักทั้ง 8 หอผู้ป่วยทำการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงเวลานั้น และให้ใช้ในหอผู้ป่วยหนักต่อไป โดยให้ทำการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน (กลุ่มการพยาบาล, 2552)

ในปี 2553 ได้พัฒนาแบบบันทึกพยาบาลและทดลองใช้ในหอผู้ป่วยนำร่องจำนวน 10 หอผู้ป่วย และทำการประเมินคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในปี 2554 พบว่าการบันทึกในส่วนของการระบุตำแหน่งของร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการทำหัตถการ ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ทำให้คณะกรรมการประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการปรับเพิ่มการประเมิน จากเดิมมีข้อการประเมิน 57 ข้อ เพิ่มอีก 1 ข้อการประเมินเป็น 58 ข้อและประกาศใช้แบบบันทึกที่พัฒนาและแบบตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเหมือนกันทั่วองค์กรในกลุ่มการพยาบาล แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง รวมทั้งพยาบาลมีการหมุนเวียนกันทำหน้าที่ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทุก 1-2 ปี ก่อนการปฏิบัติงานพยาบาลผู้ตรวจสอบที่รับผิดชอบงานใหม่จะได้รับการส่งต่องานและคำชี้แจงแนวทางการตรวจสอบจากผู้รับผิดชอบงานเดิม รวมทั้งรับคำชี้แจงจากคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล แต่คงพบปัญหาเดิมคือพยาบาลผู้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตีความหมายของข้อความในแบบตรวจสอบต่างกัน ให้คะแนนไม่ตรงกันอยู่ ต้องมีการประชุมร่วมกันในข้อที่เป็นปัญหา ทำให้ผลการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่มีคุณภาพ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทย ยังไม่ปรากฏงานวิจัย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นใกล้เคียงดังนี้

ฉันทา แสงกิตติไพบูลย์ (2554) ศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมพบว่าความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ระดับต่ำมาก ด้านประโยชน์ของระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ด้านระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบว่าแบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ไม่มีความสะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ใหม่ มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมากและขาดความรู้และทักษะในการบันทึก

พวงพันธุ์ อินทะพันธ์ (2555) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของเดมมิ่ง ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล คือ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลแรกรับและข้อมูล 11 แบบแผนสุขภาพ แบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้า และแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและสรุปการจำหน่าย 2) แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลและ 3) คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.32 เป็นร้อยละ 95.76 จากผลการศึกษา การพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของเดมมิ่งสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เรดเฟริน และคณะ (Redfern et al., 1993) ได้ทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลทำการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นหลายอย่าง ในขั้นตอนการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลได้แก่ ในด้านโครงสร้างของเครื่องมือการตรวจสอบรายการในคู่มือ ไม่ได้ถูกจัดกลุ่มตามแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น จากการศึกษาจากบันทึกของผู้ป่วย การสอบถามผู้ป่วย การสอบถามพยาบาลหรือการสังเกต ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความต้องการตลอดระยะเวลาการศึกษา ด้านการแปลความหมายของรายการและการตอบสนองต่อข้อตกลงระหว่างผู้ประเมินในการแปลความหมาย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบรรลุ ความน่าเชื่อถือ และบางรายการต้องมีการอภิปรายอย่างละเอียดก่อนที่จะตกลงกันการให้การประเมินคะแนนไม่ตรงกัน เป็นการรบกวนเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย สำหรับการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมโดยไม่ต้องรบกวนการให้การพยาบาล และการใช้เวลานานในการให้คำแนะนำในการใช้คู่มือแก่ผู้ประเมินในการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นที่ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ และมีข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลด้วยการปรับปรุงแบบตรวจสอบเพิ่มการอบรมผู้ตรวจสอบและการอภิปรายปัญหาระหว่างผู้ตรวจสอบ

หวาง, ไฮลีย์, และ ยู (Wang, Hailey, & Yu, 2011) ได้ทำการศึกษาคุณภาพ ของบันทึกทางการพยาบาลและการประเมิน โดยการทบทวนอย่างมีระบบ จากการตรวจสอบเอกสาร 77 ชิ้นพบว่า การตรวจสอบบันทึกมุ่งเน้นที่โครงสร้างหรือ รูปแบบ กระบวนการและเนื้อหา ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรให้ความสำคัญกับการบันทึกการพยาบาลที่ถูกต้อง บังคับที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและความบกพร่องในคุณภาพของเอกสารส่งผลต่อการประเมินคุณภาพ

## กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming) หรือวงจร PDCA (plan-do-check-act) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) และการดำเนินการตามความเหมาะสม (act) ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนานี้จะทำให้ได้การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีความถูกต้องและมีคุณภาพ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved