

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานหลักประกันสุขภาพมีกลยุทธ์ที่จะผลักดันให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพ และมีการตรวจสอบคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งมีการสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) เนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันแบบเป็นทีม การสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมาก วิธีการที่ทีมผู้รักษาพยาบาลผู้ป่วยใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน ได้แก่ การพูดคุยซักถาม (discussion) การรายงานอาการ (report) และการบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย (record) ทั้งนี้การพูดคุยซักถาม เป็นการสื่อสารระหว่างกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะเรื่อง ส่วนการรายงานอาการเป็นการสื่อสารที่มุ่งหวังเพื่อส่งต่อข้อมูลไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ในขณะที่การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เป็นการสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นทางการ และเป็นเอกสารทางกฎหมายที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์ พยาบาล และผู้ให้การรักษาอื่นอย่างไร (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2540; วันดี ธารามาศ, 2543; สำนักการพยาบาล, 2550) จากการที่การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติเป็นรูปแบบการสื่อสารที่สามารถนำมาใช้เป็นเอกสารทางกฎหมายได้ ทุกโรงพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และมีการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องว่ามีการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องและครบถ้วนหรือไม่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553)

บันทึกทางการพยาบาล (nursing document) เป็นส่วนหนึ่งของแฟ้มประวัติผู้ป่วย และข้อมูลที่ปรากฏในบันทึกทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นเอกสารทางกฎหมาย ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล อันได้แก่การดูแลรักษาการป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟู

สุขภาพร่างกายได้ (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2540) การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาล ที่ใช้บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ (กองการพยาบาล, 2539) อีกทั้งยังเป็นการสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่องระหว่างทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เพื่อยืนยันว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนดและตามกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ (ทัศนีย์ทองประทีป และ เบ็ญจา เตากล้า, 2543)

การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีจะต้องนำเสนอข้อมูลที่เป็นความจริง สมบูรณ์ ครบถ้วน มีความชัดเจน มีความต่อเนื่อง มีลำดับวันที่ เวลากำกับอย่างชัดเจน ใช้อักษรย่อที่เป็นสากล ลงนามผู้บันทึก หากแก้ไขต้องมีลายเซ็นกำกับ สามารถติดตามและแสดงปัญหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ (กองการพยาบาล, 2539) นอกจากนี้ควรมีการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนในกระบวนการพยาบาล กล่าวคือในขั้นการประเมินผู้ป่วย ควรมีการเขียนการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับอย่างถูกต้องครบถ้วน รวมทั้งการประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ในขั้นการวินิจฉัย ควรมีการเขียนปัญหาสุขภาพหรือการตอบสนองของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และข้อความที่บอกสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ในขั้นการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ควรมีการเขียนการจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ประเมินผลทางการพยาบาล และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ที่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ทั้งในระยะเฉียบพลัน รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และมีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การแก้ปัญหาที่คุกคามชีวิต การจัดการอาการรบกวน การดูแลความสุขสบายและความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนในขั้นการประเมินผล ควรมีการเขียน โดยการเน้นที่ผู้ป่วยว่ามีอาการดีขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากได้รับการพยาบาลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด การเฝ้าระวังติดตามผลการพยาบาล การเฝ้าระวังปัญหาของผู้ป่วยภายหลังการรักษาพยาบาล

เป็นระยะ ๆ รวมทั้งการเขียนประเมินสรุปสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากการดูแล (กองการพยาบาล, 2539, 2544; พรศิริ พันธศรี, 2554)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์พบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการบันทึกทางการแพทย์ เช่นการเขียนบันทึกซ้ำกับเวรก่อน ไม่สื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญตามปัญหา ไม่มีการบันทึกการประเมินผล พบการประเมินเฉพาะปัญหาด้านร่างกายเท่านั้น ไม่ครอบคลุมปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533) มีการใช้ภาษาพูดปนกับภาษาเขียน หรือใช้ภาษาอังกฤษปนกับภาษาไทย (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2540) พยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก ขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก (ณภัทร ธนะพุดินาท, 2550) มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง เป็นผลทำให้บันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมปัญหาและกิจกรรมทางการแพทย์ (พรศิริ พันธศรี, 2554)

จากปัญหาที่เกิดขึ้นในการบันทึกทางการแพทย์ จึงมีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่เรียกว่าโฟกัสพีดีซีเอ อาทิเช่น กาญจนา พรมเสน (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการพัฒนามีคะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 67.50 เป็นร้อยละ 87.50 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัชรพร ตาใจ (2555) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลหริภุญชัยเมโมเรียล จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาคุณภาพ ผลการเขียนบันทึกทางการแพทย์ดีขึ้น และสอดคล้องกับวรรณพรธ์ ปัญโญนันท์ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน พบว่า คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากเดิม จากร้อยละ 66.83 เป็นร้อยละ 90.83 จะเห็นได้ว่าการศึกษาข้างต้นได้นำกระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปดำเนินการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องในทุกหน่วยงาน

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement [CQI]) คือการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2541) มีหลักการที่สำคัญคือ 1) การตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า 2) การปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง 3) ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมและมีการเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน อาศัย

การประสานงานและการทำงานเป็นทีม 4) มีการบริหารจัดการที่ดี การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีหลายรูปแบบ เช่น คิวซีสตอรี (QC Story) วงจรพีดีซีเอ (PDCA) และ โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) เป็นต้น ซึ่งคิวซีสตอรี 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย การกำหนดหัวข้อปัญหา การสำรวจเพื่อหาข้อมูล การวิเคราะห์สาเหตุ การทำตามแผนงาน การเปรียบเทียบผล การกำหนดเป็นมาตรฐานและการวางมาตรฐานเพื่อใช้ปฏิบัติ วงจรพีดีซีเอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการดำเนินงานให้เหมาะสม (Act) ต่อมาในปีค.ศ. 1980 กลุ่มโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา (Hospital Corporation of America: HCA) ได้มีการประยุกต์มาเป็น โฟกัสพีดีซีเอ ได้เพิ่มขั้นตอนการพัฒนาอีก 5 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 9 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) การสร้างทีมงานให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) การทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) การเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) การวางแผนการปรับปรุง 7) การนำไปปฏิบัติ 8) การตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ในกระบวนการพัฒนามีการใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน จึงนิยมนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ และสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งได้คุณภาพตามเป้าหมาย

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ขนาด 673 เตียง มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่เน้นการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารองค์กรตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 จนกระทั่งผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 ได้ผ่านการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 ครั้งที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 และครั้งที่ 3 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 (กลุ่มงานพัฒนาระบบคุณภาพและวิจัย, 2556)

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพและมาตรฐาน มีเป้าหมายผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพจากผู้ตรวจประเมินภายนอก อาทิเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อประเมินการเขียนบันทึกทางการแพทย์ มีการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลในรูปแบบเอพีไออี (APIE [Assessment, Planning, Intervention, Evaluation])

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมาได้มีดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ได้พบปัญหาตลอดมาเกี่ยวกับคะแนนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าต้องมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ชัดเจนอย่างน้อยร้อยละ 80 ซึ่งปัญหาสำคัญเกิดจากแต่ละหน่วยงานใช้แบบฟอร์มในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าทุกหอผู้ป่วยจะใช้หลักการบันทึกในรูปแบบ APIE แต่ด้วยจำนวนและรูปแบบการบันทึกในแบบฟอร์มดังกล่าวทำให้ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมาก (คณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล, 2551) ดังนั้นในปี พ.ศ. 2553-2554 กลุ่มการพยาบาลจึงได้มีนโยบายให้ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกันทุกหอผู้ป่วย โดยมีการปรับปรุงแบบฟอร์ม 2 ชนิดคือแบบฟอร์มรายการปัญหา (problem list) และแบบบันทึกความก้าวหน้า (nurses' note) หลังจากการปรับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในปีพ.ศ. 2554 ได้มีการนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วย จากนั้นมีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และสำรวจความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่ในหอผู้ป่วยที่ทำกรทดลองใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจในการเขียน 2) ความสะดวกในการใช้ 3) ความพึงพอใจโดยรวม 4) ประโยชน์ที่เกิดขึ้น 5) ระยะเวลาที่ใช้ในการบันทึก 6) ความครอบคลุม APIE พบว่าความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบใหม่เท่ากับ 88 เปอร์เซ็นต์ มีข้อคิดเห็นจากพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึกดังกล่าวว่าการปรับแบบฟอร์ม 2 ชนิดนั้นทำให้การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้รายละเอียดมากขึ้น การดูแลครอบคลุมมากขึ้น กิจกรรมการพยาบาลเห็นชัดเจน มีความสะดวกใช้ แต่รูปแบบการเขียนควรมีหลักการ/ประเด็นการเขียน จากนั้นได้มีการจัดอบรมวิธีการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่สำหรับพยาบาลทุกคน (คณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล, 2554) และหลังจากนั้นได้มีการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยหนักของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยในปี 2554 2555 และ 2556 ในด้านการประเมินได้คะแนนร้อยละ 62.70 78.81 และ 68.62 ตามลำดับ ในด้านการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 56.03 64.56 และ 66.35ตามลำดับ ส่วนในด้านการประเมินผลการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 56.59 61.53 และ 61.50 ตามลำดับ (คณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล, 2554, 2555, 2556) ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังต่ำกว่าเป้าหมายที่ร้อยละ 80

สำหรับหอผู้ป่วยกระดูกหญิง ข้อมูลจากการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยคณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ระหว่างวันที่ 25-26 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ในด้านการประเมินได้คะแนนร้อยละ 63.33 ด้านการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ

56.60 และด้านการประเมินผลการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 63.19 ซึ่งพบว่าคุณภาพการบันทึก  
ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยนี้ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่กำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 80  
เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัญหาใน 3 ด้านดังกล่าว พบว่าในด้านการประเมินมีการลงบันทึก  
ในประเมินแบบแผนสุขภาพไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมตามโรคของผู้ป่วย การจัดลำดับความสำคัญ  
ของปัญหาในระยะแรกได้รับไม่ถูกต้อง ไม่พบการประเมินปัญหาเพื่อเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วย ในด้าน  
การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลพบว่า การบันทึกปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุมครบถ้วน  
ตามปัญหาไม่มีการปรับเปลี่ยนแผนทางการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการติดตาม  
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การบันทึกไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ไม่พบมีการสิ้นสุด  
ของปัญหาทางการพยาบาล ส่วนในด้านการประเมินผลพบว่าขาดการประเมินผล อีกทั้งยังพบว่า  
ลายมืออ่านยาก การลงลายมือชื่อไม่สามารถอ่านได้ การตรวจสอบแผนการรักษาด้วยยาไม่ครบถ้วน  
(คณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล, 2556)

นอกจากนี้จากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงจำนวน 3 ราย  
ในเดือนกุมภาพันธ์ 2557 พบว่าสาเหตุที่ทำให้การบันทึกไม่มีคุณภาพคือ แบบบันทึกมีจำนวนมาก  
มีการเขียนซ้ำซ้อนทั้งในขั้นตอนแรกรับและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ไม่มีตัวอย่างคู่มือการเขียน  
บันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง พยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานหลังจากปี พ.ศ.2554 ไม่ได้รับการอบรม  
เกี่ยวกับวิธีการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ใช้เวลานานในการคิดลำดับเหตุการณ์ก่อนการเขียนเพื่อ  
นำมาเขียนตามกรอบที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด มีการเขียนบันทึกเลียนแบบจากเวรก่อนโดยไม่ได้  
รวบรวมข้อมูลและประเมินปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลเร่งรีบทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เสร็จโดยเร็ว ทำให้  
ไม่ได้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการบันทึก อีกทั้งยังมีการบันทึกล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยมีอาการ  
เปลี่ยนแปลงไม่ได้บันทึกเพิ่มเติม มีการคัดลอกคำสั่งการรักษาของแพทย์ลงในบันทึกทางการพยาบาล  
มากกว่าการบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ขาดการนิเทศด้านการเขียนบันทึก  
ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทั้งจากผู้บันทึกและ  
หัวหน้าเวรอย่างสม่ำเสมอ

จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการตรวจ  
ประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล จึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล  
โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัสพีดีซีเอตามแนวคิดของเดมมิ่ง  
(Deming, 1993, as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) มาเป็นกรอบในการพัฒนา เพื่อค้นหา  
ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล และเพื่อพัฒนาให้บันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ โดย

การพัฒนาคุณภาพตามกรอบแนวคิดนี้เน้นให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ รวมทั้งแนวทางแก้ไขและสร้างแนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพสามารถเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพการพยาบาล

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่โดยอาศัยแนวคิด FOCUS-PDCA

### คำถามของการศึกษา

1. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาเป็นอย่างไร
2. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาลมีอะไรบ้าง

### นิยามศัพท์

**การบันทึกทางการพยาบาล** หมายถึง การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล

**คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล** หมายถึง การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล ตามหลัก 4 C ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ ตรวจสอบได้จากแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

**การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล** หมายถึง การปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ แบบบันทึกความก้าวหน้า แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีผลกดทับ แบบบันทึกการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม แบบบันทึกความก้าวหน้าสหสาขาวิชาชีพ แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ แบบบันทึกการพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่อง แบบบันทึกการให้ยาและสารน้ำ แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และแบบฟอร์มปรอทให้เป็นไปตามหลัก 4 C คือ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ โดยอาศัยกรอบแนวคิดพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัสพีดีซีเอของ

เดิมมี ได้แก่ 1) การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกรูปแบบการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved