

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.3 ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.4 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.5 มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.6 ลักษณะการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดี
 - 1.7 เกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.8 เครื่องมือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.9 ปัญหา อุปสรรคที่พบในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรม
2. การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 2.1 การพัฒนาคุณภาพโดยใช้ไฟกัสพีดีซีเอ
 - 2.2 เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. สถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

สิ่งสำคัญที่เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการปฏิบัติการพยาบาลคือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้มีผู้กล่าวถึงความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้ดังนี้

เรณู สอนเครือ บังอร ลำลี และนพพร ทองธรรมชาติ (2540) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการเขียนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ในด้านปัญหาความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วย และผลของการพยาบาลนั้น โดยเขียนตามสภาพการณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุมสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยตอบสนองการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อแสดงให้เห็นถึงนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการเขียนหลังจากการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลซึ่งได้แก่ การดูแลรักษา การป้องกันโรค รวมทั้งการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญญา เตากล้า (2543) ให้ความหมายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลวิชาชีพเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษาและการให้การพยาบาลที่ได้รับ

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2548) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นกิจกรรมที่ต้องทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดถือกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาของผู้รับบริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพยาบาลนั้น

ไอร์เซอร์และแคมป์ (Iyer & Camp, 1995) ให้ความหมายว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นการบันทึกการตัดสินใจของพยาบาลในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่ได้วางไว้ตามมาตรฐานการพยาบาล

การ์ดเนอร์ (Gardner, 2003) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการเขียนกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่ผู้รับบริการตอบสนองต่อการให้กิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทอิสระของวิชาชีพ จริยธรรม รวมทั้งทางด้านจิตวิญญาณ และต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรม ของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน เป็นการบันทึกที่มีความสำคัญสำหรับวิชาชีพพยาบาล และมีความสำคัญทางด้านกฎหมาย

สรุปได้ว่าการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึงการเขียนข้อมูลในเอกสารหรือแบบบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากการรักษาพยาบาล ในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีความถูกต้อง ความครบถ้วนความชัดเจนและได้ใจความ แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อตอบสนองการพยาบาลแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพ ที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

วัตถุประสงค์การบันทึกทางการพยาบาล

สุริย์ ธรรมิกบุตร (2540) วันดี ธารามาศ (2543) และสำนักการพยาบาล (2550) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

1. เพื่อเป็นหลักฐานประวัติความเจ็บป่วย เป็นข้อมูลแสดงข้อเท็จจริงในการตรวจรักษาหรือปฏิบัติการใด ๆ ตลอดจนผลของการปฏิบัตินั้น ๆ เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล และเป็นข้อมูลที่ช่วยประเมินความก้าวหน้าของการการเจ็บป่วย รวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดการติดตามแก้ไขปัญหอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อการสื่อสาร บันทึกทางการพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อสื่อสารให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยอย่างชัดเจนครบถ้วน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการให้การพยาบาลซึ่งจะก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง
3. เพื่อเป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล และช่วยให้มีการติดตามการแก้ไขปัญหอย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อใช้เป็นหลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย และสะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

5. เพื่อใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้โดยเป็นพยานหลักฐานในทางคดีความประเภท พยานเอกสารในกรณีที่เกิดการฟ้องร้องต่อศาล

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตลอดมา เริ่มจากสมัยฟลอเรนซ์ นิงดิงเกล (Florence Nightingale) ซึ่งเป็นการบันทึกการสื่อสารการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (Iyer & Camp, 1994) เป็นการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ หลังจากการปฏิบัติการพยาบาล การไม่บันทึกถือว่าไม่ได้มีการปฏิบัติ (Ellis, 1994) ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันการมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข ที่ผู้ป่วยและญาติมีการเข้าถึงและรับรู้ รวมทั้งการรับรู้สิทธิด้านการรักษาพยาบาล และ ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญ โดยแยกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านวิชาชีพการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลบ่งบอกถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพ (กนกวรรณ พุ่มทองดี และ วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2533) เป็นหลักฐานสำคัญที่บ่งบอกว่าพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ (Iyer & Camp, 1994 ; collage of registered nurse of Nova Scotia, 2012)

2. ด้านบุคลากรพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิงในด้านคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ(สุริย์ ชรรมิภวรร, 2540; collage of registered nurse of Nova Scotia, 2012) เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้การปฏิบัติการพยาบาลใดบ้าง ปฏิบัติอย่างไรและผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร (กองการพยาบาล, 2539; สุริย์ ชรรมิภวรร, 2540) เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมายที่อยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างถาวร (กนกวรรณ พุ่มทองดี และ วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2533; กองการพยาบาล, 2539; สาลี เถลิมวรรณพงศ์, 2544; สำนักการพยาบาล, 2554; พรศิริ พันธสี, 2554) เป็นการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2552) เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินการตอบสนองต่อการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และเป็นหลักฐานสำคัญที่บ่งบอกว่าพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Iyer & Camp, 1994; collage of registered nurse of Nova Scotia, 2012)

3. ด้านผู้ป่วย บันทึกทางการพยาบาลเป็นการข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพที่ถูกต้องทันเวลา (กนกวรรณ พุ่มทองดี และ วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2533) เป็นการบันทึกการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วย (กองการพยาบาล, 2539) เป็นหลักฐานความเจ็บป่วยของผู้ป่วยรวมทั้งการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างวิชาชีพในการดูแล

ผู้ป่วยร่วมกัน แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (วันดี ธารามาศ, 2543; สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2544; สำนักการพยาบาล, 2551; พรศิริ พันธลี, 2554)

4. ด้านโรงพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลเป็นแหล่งค้นคว้าของทีมสุขภาพ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพ เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย รวมทั้งเป็นหลักฐานทางกฎหมาย (วันดี ธารามาศ, 2543; พรศิริ พันธลี, 2554) สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพทางการพยาบาลจากผู้ตรวจประเมินภายนอก ในการประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นแหล่งข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยและใช้ในการวางแผนงบประมาณ ค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน (สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2544) เป็นหลักฐานที่ใช้ในการกำหนดหลักการที่เหมาะสมสำหรับการจ่ายเงินทดแทน (Iyer & Camp, 1995; Collage of Registered Nurse of Nova Scotia, 2012) ใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากสำนักงานประกันสังคมได้อย่างครบถ้วนถูกต้องตรงตามความเป็นจริง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งวิชาชีพพยาบาล ต่อบุคลากรพยาบาล ต่อโรงพยาบาล และต่อผู้ป่วยเนื่องจากเป็นหลักฐานสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล รวมทั้งการพยาบาลตามบทบาทอิสระของวิชาชีพที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นเครื่องมือสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย และเป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกมีหลายรูปแบบซึ่งองค์กรแต่ละแห่งจะต้องตกลงให้ชัดว่าจะเลือกแบบไหน ในการบันทึกดังที่ สุริย์ ธรรมิกบวร (2540) พรศิริ พันธลี (2554) รวมทั้งไอเยอร์และแคมป์ (Iyer & Camp, 1995) ได้เสนอรูปแบบการบันทึกที่นิยมใช้ในปัจจุบันจำนวน 6 รูปแบบ ดังนี้

1. การบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (narrative record)

เป็นรูปแบบที่พยาบาลทุกคนมีความคุ้นเคยมากที่สุด นิยมใช้กันมากก่อนจะมีการบันทึกด้วยแบบฟอร์มต่างๆ เป็นการบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราวหรือข้อมูลตามสิ่งที่พยาบาลสังเกตได้ อาจบรรยายตามวันเวลาดำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของผู้รับบริการ มักเน้นบรรยายกิจกรรมที่พยาบาลทำเป็นประจำ (routine)

ข้อดี เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย คุ้นเคย บันทึกได้ง่าย สะดวก รวดเร็วสามารถใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ได้ง่ายถ้าบันทึกอย่างถูกต้อง ไม่ต้องคิดถึงรูปแบบหรือกระบวนการบันทึก

ข้อเสีย ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อย ๆ จึงพบว่า มักขาดการประเมินผล ขาดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล ยกที่จะประเมินคุณภาพการพยาบาล ขาดความสม่ำเสมอในการกำหนดปัญหาทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะของพยาบาลแต่ละคน จึงทำให้ไม่เห็นความต่อเนื่องของการดูแล ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่ชัดเจน ถ้าผู้อ่านจับประเด็นสำคัญไม่ได้ บันทึกนั้นจะไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย และไม่เป็นที่สนใจของผู้ต้องการใช้ข้อมูล

2. การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record)

เป็นการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการพยาบาล ในโรงพยาบาลคาเวนคันทรี (Craven Country Hospital) ในปี 1984 มีการระบุถึงปัญหา บอกถึงการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและผลการปฏิบัติ ซึ่งในส่วนของการบันทึกจะมีอยู่ 3 ส่วนคือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลมีการประเมินปัญหาผู้ป่วยในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (a daily patient assessment flow sheet) การบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยในแบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) (Iyer & Camp, 1995)

การบันทึกทางการพยาบาลแบบใช้กระบวนการพยาบาล อาศัยแนวคิดของกระบวนการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเขียนข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นการทำงานตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533; สุระพรรณ พนมฤทธิ์, 2541; สาลี เถลิฆวรรณพงษ์, 2544; วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2552; พรศิริ พันธศรี, 2554)

2.1 การประเมินผู้รับบริการ (assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ ครอบคลุมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องอาศัยความสามารถในด้านต่างๆเช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย การรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ 2) การจำแนกประเภท จัดระบบและประเมินความถูกต้องเที่ยงตรงของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการและการพยาบาล (conceptual framework of nursing) ที่ชัดเจนเช่นตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) และต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล (assess tool) รวมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่แล้ววิเคราะห์ว่าข้อมูลใดปกติข้อมูลใดผิดปกติ และต้องพิจารณาว่าข้อมูลที่มีความผิดปกตินั้นมีความสัมพันธ์กัน

อย่างไร ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อจัดเรียงเป็นหมวดหมู่แล้วเรียกว่า ข้อมูลพื้นฐาน (data base) ควรเป็นข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ข้อมูลต้องมีความถูกต้องเชื่อถือได้ ปราศจากอคติหรือการใช้ความคิดเห็นของผู้รวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วนจะนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง และ 3) การบันทึกข้อมูล โดยบันทึกในแบบฟอร์มตามกรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการประเมินสภาพ ซึ่งพยาบาลต้องเขียนการประเมินผู้ป่วยแรกรับที่ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การรวบรวมข้อมูลจากผลการรักษาอื่นๆ ลงในแบบบันทึกซักประวัติและประเมินสมรรถนะ รวมทั้งเขียนในแบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาล และแบบบันทึกความก้าวหน้าเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในระยะต่อเนื่อง และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระยะจำหน่าย

2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนการนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ แปลผลข้อมูล และตัดสินใจหรือการสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล เป็นแนวทางนำมาแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งในด้านการดูแลรักษาการป้องกัน รวมทั้งการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ ต้องอาศัยความรู้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากการขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ และเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับกรอบแนวคิดหรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ การวินิจฉัยทางการพยาบาลมี 5 ลักษณะคือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว (actual nursing diagnosis) ปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (A risk/high risk nursing diagnosis) ผู้ใช้บริการที่มีภาวะสุขภาพดี (wellness nursing diagnosis) ปัญหาสุขภาพที่อาจเกิด/อาจเป็นไปได้ (A possible nursing diagnosis) และ กลุ่มอาการ (A syndrome diagnosis) โดยพยาบาลเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่รวบรวมได้ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ลงในแบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาล

2.3 การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลและกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ตามที่ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลไว้ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลเริ่มต้นจาก การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่สำคัญมากที่สุดไว้เป็นลำดับแรก เพื่อให้ปัญหาที่มีความสำคัญได้รับการแก้ไขโดยเร็ว มีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล หรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณและต้องครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การ

วางแผนในระยะแรกหรือขั้นต้น (initial planning) การวางแผนแบบต่อเนื่อง (ongoing planning) และ การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาล ลงในแบบฟอร์ม แผนการพยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ครบถ้วน ถูกต้อง และได้ใจความ

2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาล ที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยบริการ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้ และการบันทึกทางการพยาบาล การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล หรือกิจกรรม การพยาบาล และศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรมของวิชาชีพรวมทั้ง การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และเมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลจะต้อง บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งลงในบันทึกทางการพยาบาล ผลการปฏิบัติการพยาบาลจะ บันทึกในรูปของพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล เพื่อแสดงให้เห็นถึงบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2.5 การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพ และ ประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพกิจกรรม การพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ หรือการตรวจสอบผลลัพธ์ของ การปฏิบัติการพยาบาลว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้บรรลุตามผลลัพธ์ที่คาดหมาย เพียงใด การประเมินผลทำได้ทั้งในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่ง ประเมินได้จากอาการ ภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังจากได้รับการพยาบาลว่า บรรลุวัตถุประสงค์เมื่อเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลจะกระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลของพฤติกรรมผู้รับบริการที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการได้รับการพยาบาล (actual outcome) กับพฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ ประเมินผล (outcome criteria) กระบวนการประเมินผลการพยาบาลประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูลซึ่งสามารถกระทำได้หลายรูปแบบคือ จากการสังเกต การสอบถาม การวัด การประชุมปรึกษา การวิเคราะห์และตรวจสอบรายงานต่างๆ รวมทั้งการศึกษาจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น 2) การเปรียบเทียบข้อมูลกับเกณฑ์มาตรฐาน โดยการนำข้อมูลที่ได้รวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ การประเมินผล การแปลผลข้อมูลจะสรุปได้เป็น 3 ลักษณะ คือ พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการได้รับการพยาบาล แสดงออกในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ ประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการแก้ไขสมบูรณ์ พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายจาก การได้รับการพยาบาลแสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการ ประเมินตั้งแต่ตอนแรกแสดงถึงปัญหา ยังไม่ได้รับการแก้ไข จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุง แผนการพยาบาล และในกรณีที่พบว่าพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาล

แสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้รับบริการและวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ จนกว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่ตั้งไว้ พยาบาลจะต้องบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลลงในแบบฟอร์มตามกรอบแนวคิดข้างต้น โดยเขียนให้เห็นถึงผลที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยหลังจากได้รับการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดี สามารถบอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาได้ชัดเจน มีการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงความรู้ทางวิชาชีพ ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวและมีความต่อเนื่องเพราะทีมพยาบาลมองปัญหาในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินผลการทำงานชัดเจนทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาล ได้เหมาะสมทันเวลา สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล และกระตุ้นให้มีการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกโดยวิธีนี้น่าจะเป็นที่นิยมมากขึ้นถ้าพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อเสีย ไม่เหมาะสมกับการบันทึกในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการคงที่ จะทำให้เกิดการบันทึกที่ซ้ำกัน ทุกวันทุกวัน พยาบาลต้องมีทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์รวมทั้งต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง การเขียนวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา มิฉะนั้นจะเป็นอุปสรรคในการบันทึกสำหรับพยาบาล ผู้บันทึกที่ขาดความรู้ดังกล่าว

3. การบันทึกระบบชี้เฉพาะ (focus charting record)

เป็นการบันทึกที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มพยาบาลในโรงพยาบาลไอเทล (Eitel) ซึ่งก่อนการพัฒนามาใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลระบบชี้เฉพาะนี้ได้ใช้การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (SOAP) ซึ่งทำให้พยาบาลมีความคับข้องใจในการบันทึก เนื่องจากข้อจำกัดในการบันทึกจึงมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกในระบบชี้เฉพาะขึ้น โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ (Iyer & Camp, 1994)

การบันทึกใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติการที่มีจุดชี้เฉพาะหรือ โฟกัส (focus) 3 ประการคือ สิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมขณะนั้น อาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และผลที่สำคัญของการรักษา ซึ่งมีจุดประสงค์ของระบบชี้เฉพาะเพื่อ 1) ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก 2) ทำให้ง่ายต่อการบันทึก เป็นระบบมองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน 3) ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลเด็กทารก เป็นต้น 4) ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล 5) ทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบันทึกความก้าวหน้าใช้รูปแบบดีเออาร์ (DAR[Data Action Response]) บันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วย แบบฟอร์มสำหรับเขียนจุดชี้เฉพาะหรือ โฟกัส

(focus) และDAR คือ D = data คือ ข้อมูลอัตร้อยและข้อมูลปรนัยที่สนับสนุนจุดชี้เฉพาะ A = action คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล R = response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล (Lampe, 1985; Iyer & Camp, 1994) ต่อมาได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกนี้เป็นรูปแบบต่างๆ เช่น DAE (Data Action Evaluation) หรือ DART (Diagnosis Action Response Teaching)

ข้อดี ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก บันทึกอย่างเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน ชี้ชัดในสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลตนเองหลังตัดขา เป็นต้น จึงอาจไม่ต้องเขียนปัญหาในลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาล และง่ายต่อการสืบค้น

ข้อเสีย อาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้เช่นปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ภาวะเสี่ยง หรืออาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในกรณีติดตามผลการให้ยา

4. การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented record)

การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการเป็นหลัก ผู้เริ่มระบบนี้เมื่อปี ค.ศ. 1987 คือ นายแพทย์วิด (Lawrence Weed) โดยนำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาได้มีการนำมาปรับใช้ในการพยาบาล เป็นการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก มีโครงสร้างคล้ายกระบวนการพยาบาล เขียนได้ 2 รูปแบบ คือ การบันทึกตามหลัก เอสโอเอพี (SOAP) และหลักเอสโอเอพีไออี (SOAPIE) ซึ่งการบันทึกระบบนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นจากการประเมินผู้รับบริการตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย subjective data และ objective data 2) รายการปัญหา (problem list) ได้แก่ปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และนำมาเรียงลำดับความสำคัญ วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน รอได้ หรือแก้ไขแล้ว 3) แผนการพยาบาล (nursing care plan) เป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหามาตามี่ระบุไว้ โดยพิจารณาตามความรุนแรง เร่งด่วนของปัญหา 4) การบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการ (progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ซึ่งการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหาประกอบด้วย SOAP ดังนี้

S (subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการมักบันทึกในลักษณะคำพูดหรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการหรือผู้รับบริการ

O (objective data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การตรวจร่างกายและจากเอกสารอื่น ๆ

A (analysis) คือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่ายังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง

P (plan) คือแผนการรักษาพยาบาล

ต่อมาเป็นผู้ดัดแปลง คือเพิ่มจาก SOAP เป็น SOAPIE ดังนี้

I (interventions) คือการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ

E (evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดี มีรูปแบบโครงสร้างชัดเจนช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว แก้ปัญหาผู้ป่วยได้ตรงประเด็นทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน

ข้อเสีย ยากต่อการบันทึกเพราะต้องเก็บข้อมูลเป็นระบบจึงจะบันทึกได้ถูกต้อง การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงจะได้รับประโยชน์เต็มที่ ถ้าการดูแลผู้รับบริการแยกออกเป็น ส่วน ๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา

5. การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computerized electronic charting)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล (International Classification for Nursing Practice: ICNP) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่น ๆ ทำให้มีการทำงานประสานกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ ดีขึ้นและ ช่วยให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ คือการวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการทุกคนแม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้รับบริการอยู่เสมอ ในต่างประเทศมีการบันทึกทางการพยาบาลโดยจำแนกตามระบบ เช่น North America Nursing Diagnosis Group/Association (NANDA), Nursing Intervention Classification (NIC), Nursing Outcome Classification (NOC)

ข้อดี เป็นการบันทึกทางการพยาบาลที่สนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล สามารถสืบค้นข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สามารถปรับข้อมูลผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์ อ่านง่าย สามารถสื่อสารส่งต่อข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสีย กรณีระบบล่มทำให้มีปัญหาในการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีปัญหาในเรื่องสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย

6. การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้รับบริการ (Clinical pathway, Care map charting)

การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้รับบริการเป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการดูแลผู้รับบริการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นการบันทึกแผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้รับบริการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล มีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมีการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้บุคลากรในทีมสหภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการและครอบครัว มีส่วนร่วมในแผนการดูแล และสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

ข้อดี บันทึกได้สะดวกรวดเร็ว มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานของสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย จึงทำให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนจำหน่ายที่มีระบบชัดเจนสามารถควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยเฉพาะโรคได้

ข้อเสีย เป็นแผนการดูแลรักษาที่จัดทำสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหลายระบบ รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากจะทำให้ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการหายและฟื้นฟูสภาพได้ตามที่กำหนดไว้

จะเห็นว่าบันทึกทางการพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ ถ้าผู้บันทึกมีความเข้าใจในหลักการและเนื้อหาสาระของการบันทึกจะทำให้ไม่มีปัญหาในการเขียนบันทึก การกำหนดรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจนง่ายต่อการบันทึก จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างสะดวก เป็นระบบและต่อเนื่อง และสะท้อนให้เห็นคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์

จากการทบทวนเอกสารพบว่าการบันทึกทางการแพทย์ที่ดีจะต้องมีความถูกต้องสอดคล้องกับมาตรฐานที่หน่วยงานต่างๆ ได้กำหนดไว้ ซึ่งในประเทศไทย มี 4 หน่วยงานได้กำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. สภาการพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานการบันทึกไว้ดังนี้ มีแบบฟอร์มการบันทึกผ่านกระบวนการพัฒนาที่เชื่อถือได้ ได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาล สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนที่ครอบคลุมองค์รวมของผู้ใช้บริการ และมีการกำหนดแนวทางเหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย (สภาการพยาบาล, 2551)

2. สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ ได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งในมาตรฐานที่ 11 ได้กล่าวถึงการบันทึกทางการแพทย์ไว้ว่า “พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบเพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ” (สำนักงานพยาบาล, 2554)

3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดมาตรฐานการบันทึกไว้ดังนี้ การระบุชื่อผู้ที่บันทึก วันที่และเวลาที่บันทึก การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำปัญหาไปทบทวนปรับปรุง ผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลในเวชระเบียนเพียงพอในการสื่อสาร การดูแล ต่อเนื่องและการเรียนรู้ มีการวิจัยการประเมินผลและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดมาตรฐานการบันทึกคือมีการบันทึกองค์ประกอบทางการแพทย์ โดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวมตอบสนองความต้องการผู้ป่วย ความพร้อมช่วยเหลือสนับสนุน การสอนให้คำแนะนำ การติดตามแผนที่วางไว้ การประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการแพทย์ เป็นกระบวนการสำคัญที่เป็นข้อมูลป้อนกลับให้นำกลับไปพัฒนาระบบได้ตรงประเด็น การประเมินครอบคลุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการบันทึกที่องค์กรกำหนดไว้ กำหนดวัตถุประสงค์ระบบการบันทึกตามมาตรฐานของสถาบันหรือองค์กรที่จะมาตรวจประเมิน และประเด็นการประเมินควรมานำมาตรฐานนั้นมากำหนดเป็นหัวข้อและวิธีการวัดเพื่อสะท้อนเป็นตัวชี้วัดระดับของการบันทึก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

ลักษณะการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่ดี

การเขียนบันทึกทางการแพทย์เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำควบคู่ไปกับการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดถือกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ดังนั้นบันทึกทางการแพทย์จึงเป็นเครื่องมือประกันคุณภาพอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น ซึ่งการเขียนบันทึกทางการแพทย์เพื่อให้ได้คุณภาพตามที่ต้องการและมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความถูกต้องตรงกับความ เป็นจริงและถูกต้องตามกฎหมาย

การเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่ดีตามเกณฑ์ของกองการพยาบาล (2539) ควรมีลักษณะ ดังนี้

1. ความถูกต้อง (correct) คือการบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ตาม ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ที่สอดคล้องและสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงตามสภาวะ ของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้รับบริการ บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการ พยาบาลและถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด รายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้ผู้รับบริการถูกต้องและสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหา และความ ต้องการของผู้รับบริการ บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาล ที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของ ผู้รับบริการ กิจกรรมการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำให้ผู้รับบริการ ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับ เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้รับบริการ และบันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมาย วรรคตอนต่าง ๆ ถูกต้อง

2. ความครบถ้วน (complete) คือการบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และมีความ ต่อเนื่องของปัญหา รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา รวมทั้งการ ตอบสนองของผู้ป่วย ลงในแบบฟอร์มทุกช่อง ระบุปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ หรือ สภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการครอบคลุมทั้งปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติ คือ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้ง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

3. ความชัดเจน (clear) คือการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยด้วยตัวอักษร รวมทั้งตัวเลขที่ชัดเจน อ่านง่าย ใช้คำย่อที่เป็นสากลไม่มีการขูดลบ กรณีแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลใช้การขีดทับข้อความ และลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง พร้อมทั้งระบุตำแหน่งของผู้บันทึก

4. ได้ใจความ (concise) คือการบันทึกโดยใช้ข้อความที่สั้นกะทัดรัด อ่านแล้วได้ใจความ ตรงประเด็นอ่านเข้าใจง่าย มีความต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการให้การพยาบาลตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

วิจิตรา กุสุมภ์ (2552) เรณู สอนเครือ บังอร ลำลี นพพร ทองธรรมชาติ (2540) ได้กล่าวว่าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้

1. ข้อมูลที่เป็นจริง (factual) ข้อมูลที่บันทึกต้องมีความถูกต้อง ทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective) จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและข้อมูลปรนัย (Objective) ที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกายผู้ป่วยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นจริง การใช้ภาษาในการสื่อสารที่ถูกต้องชัดเจน รวมถึงการลงชื่อผู้เขียนบันทึกที่ถูกต้องชัดเจนตรงกับความ เป็นจริงโดยผู้บันทึกคือผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น

2. มีความถูกต้อง ชัดเจนเข้าใจง่าย (accurate) มีการระบุนรายละเอียดของวันเวลาที่ชัดเจน บันทึกช่วงเวลาในแต่ละเหตุการณ์อย่างชัดเจน ใช้ภาษาที่ถูกต้องชัดเจนไม่ใช้การคาดคะเน ควรใช้คำพูดที่ระบุนรายละเอียดเป็นตัวเลขชัดเจน ใช้ถ้อยคำที่กะทัดรัด ได้ใจความใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นสากลหรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด การใช้ไวยากรณ์ที่ถูกต้อง ไม่ใช้ภาษาพูด

3. มีความสมบูรณ์ (complete) การบันทึกต้องมีข้อมูลที่ครบถ้วนและรายละเอียดที่ชัดเจนทั้งอาการ อาการแสดง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวันที่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย การให้การรักษาต่าง ๆ และการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และมีการบันทึกอย่างต่อเนื่องเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแผนการรักษา การย้ายผู้ป่วย การจำหน่าย หนีกลับ ไม่สมัครอยู่หรือถึงแก่กรรม

4. มีความเป็นปัจจุบัน (current) บันทึกทันทีเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันการลืม ไม่บันทึกล่วงหน้า

5. เป็นหมวดหมู่ (organized) การบันทึกข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการสื่อสารทั้งทางด้านสุขภาพและทางกฎหมาย จึงต้องมีการเก็บรวบรวมเป็นหมวดหมู่ มีระบบระเบียบ และมีแบบฟอร์มการบันทึกตามประเภทของข้อมูลชนิดต่างๆ

6. เป็นความลับ (confidential) ข้อมูลในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั้นเป็นการสื่อสารระหว่างบุคลากรในการรักษาพยาบาลในทีมสุขภาพ จึงไม่ควรเปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบ นอกจากในกรณีที่มีปัญหาทางกฎหมายซึ่งจะสามารถเปิดเผยได้เฉพาะผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น

จากเนื้อหาข้างต้นจึงพอสรุปลักษณะของการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีควรประกอบด้วย ข้อมูลที่เป็นจริง มีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนเข้าใจง่าย มีความเป็นปัจจุบันและเป็นความลับ

เกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากการทบทวนเอกสารพบว่าการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีความสำคัญในการตรวจสอบเพื่อสะท้อนการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพสูงสุดของการพยาบาล การประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในปัจจุบันพบว่าใช้มาตรฐานการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเกณฑ์ในการตัดสินในประเทศไทยพบ 2 หน่วยงานที่ได้เขียนเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้ดังนี้

สำนักงานพยาบาล (2550) ได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยในของพยาบาลที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และสามารถดูแลตนเองพร้อมที่จะกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในเป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการ ตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการจนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในมาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุมเกี่ยวกับ

1.1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับและการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

1.2 การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือปัญหา และความต้องการการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหา ความต้องการด้านร่างกายและจิตวิญญาณ

1.3 การเขียนแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ

1.4 การเขียนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว

1.5 การเขียนการตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ของการพยาบาล

1.6 การเขียนความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. มีการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกรายงานทางการพยาบาลในแต่ละช่วง วันและ เวลาที่ปฏิบัติงาน

3. มีการทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ในการบันทึก การดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน ตรวจสอบทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ที่ไม่ พึงประสงค์เกิดขึ้น

4. มีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน หรือได้รับการออกแบบให้สามารถบันทึก ข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย

5. มีการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2553) ได้กำหนดให้ทุกสถานพยาบาลควรมีการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐาน ซึ่งจะช่วย สะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยตรงตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานโรงพยาบาล มีการบันทึก องค์ประกอบทางการพยาบาล โดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุม การดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบ องค์กรร่วม (caring) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (giving) ความพร้อมช่วยเหลือ สนับสนุน (supporting) การสอนให้คำแนะนำ (teaching) การติดตามตามแผนที่วางไว้ (monitoring) โดยแบ่ง เนื้อหาในการประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ของผู้ป่วย เช่น การปวดแผล วิตกกังวล โอกาสติดเชื้อ โอกาสตกเลือด ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญที่มา ประวัติความ เจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค

2. กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัด สัญญาณชีพ การบริหารยา การสังเกตอาการ การจัดทำ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การบรรเทาอาการปวด หายใจไม่สะดวก ไอ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ การดูแลให้ได้รับอาหาร และน้ำ การพักผ่อน ความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

3. การประเมินปฏิริยาตอบสนองภายหลังการให้การพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนดและอย่างต่อเนื่องตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมายและความเหมาะสมของแผนการพยาบาลตลอดเวลา โดยระบุเวลาที่ชัดเจน

4. การประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น ผลการตรวจวินิจฉัยไม่มีความผิดปกติ อาการแสดงของผู้ป่วย คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อสถานที่ส่งต่อ การนัดมาตรวจซ้ำ การได้รับยากลับบ้าน การทวนสอบความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ สถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ประเภทการจำหน่าย วัน เดือน ปี เวลาที่จำหน่าย การนัดตรวจติดตาม ชื่อแพทย์ผู้นัดตรวจ

5. กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อ การฝึกหายใจ การไอ การฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือการฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปฏิบัติตนหลังคลอด การเลี้ยงดู ให้นมบุตร เป็นต้น

6. มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์

7. ลายมือชื่อพยาบาลที่สามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้

8. บันทึกที่บันทึกโดยนักศึกษาพยาบาล ต้องมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ

ส่วน เชลลิง (Schilling et al, 2006 อ้างใน พรศิริ พันธศรี, 2554) ระบุเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

1. บันทึกวัน เวลาให้ถูกต้องและตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง
2. บันทึกให้เห็นสภาพของผู้ป่วยตามความเป็นจริง โดยไม่มีการแปลข้อมูลหรือแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของพยาบาลไปด้วย
3. บันทึกให้ถูกต้องครบถ้วน มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันในแต่ละส่วนของบันทึกทางการพยาบาล
4. บันทึกโดยใช้คำที่ให้ความหมายถูกต้องชัดเจน กระชับ ไม่ใช้ศัพท์แสลงหรือภาษาพูดในการบันทึก
5. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่าย ใช้หมึกสีน้ำเงิน ตัวสะกดถูกต้อง สะอาด เรียบร้อย
6. บันทึกทุกบรรทัด ไม่เว้นช่องว่างไว้เพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง
7. บันทึกทางการพยาบาลควรสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาล กล่าวคือ

7.1 บันทึกการประเมินปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และปัญหาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้การป้องกันอันตราย และดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกปัญหา

7.2 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม

7.3 บันทึกการประเมินผลการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่อย่างไร

8. บันทึกทางการพยาบาลควรบันทึกหลังจากปฏิบัติการพยาบาล ไม่ควรบันทึกล่วงหน้าก่อนให้การพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ว่าผลการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นอย่างไร ซึ่งอาจทำให้บันทึกได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง

9. ไม่ควรบันทึกทางการพยาบาลแทนผู้อื่นหรือให้ผู้อื่นบันทึกแทน โดยเฉพาะการพยาบาลที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติ เพราะไม่ทราบว่าผลการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นอย่างไร ซึ่งอาจทำให้บันทึกได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง

10. การใช้ชื่อย่อในการบันทึก ต้องใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล

11. เมื่อมีการบันทึกผิดให้ขีดเส้นตรงเพียงเส้นเดียวทับข้อความที่เขียนผิดและลงชื่อกำกับ ไม่ควรขีด ลบ ขีดฆ่า เขียนทับข้อความที่เขียนผิดหรือใช้สติกเกอร์ปิดทับ หรือลบด้วยน้ำยาลบคำผิด

12. ลงชื่อนามสกุลและตำแหน่งของผู้บันทึกเมื่อสิ้นสุดการบันทึกทุกครั้ง กรณีที่นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้บันทึก อาจารย์พยาบาล พยาบาลผู้นิเทศ หัวหน้าเวรหรือหัวหน้าตึกต้องเซ็นกำกับทุกครั้ง

13. บันทึกชื่อนามสกุล ระบุเพศ อายุ หมายเลขโรงพยาบาล (hospital number[HN]) หมายเลขผู้ป่วยใน (admission number[AN]) หอผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล ในแบบบันทึกทุกใบเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

เครื่องมือประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหน่วยงานที่สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อนำมาประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน อาทิ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2553) ได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินบันทึกทางการพยาบาลไว้โดยต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อ 1 คะแนน กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อให้คะแนน 0 กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบหรือเวชระเบียนสูญหายหรือไม่ครบให้กากบาทในช่องหาไม่พบ (missing) ซึ่งในการประเมินมีเกณฑ์ทั้งหมด 9 ข้อ ดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่โรงพยาบาลกำหนด และสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มาประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการให้ยา สารน้ำ การให้เลือด ฟอร์มปรอท และการบันทึก จำนวนสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย (I/O [intake/output]) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของกรณีวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของกรวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผล หลังจากการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งรักษาของแพทย์ทุกครั้ง

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และลงลายมือชื่อผู้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) โดยระบุอย่างน้อยคือ การนัดตรวจครั้งต่อไป การปฏิบัติตัว การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC[home health care])

นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่พัฒนาแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล อาทิเช่น

พวงพันธุ์ อินทะพันธุ์ (2555) ได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 9 ข้อ โดยจัดทำเป็นรูปแบบตารางบันทึกคะแนน โดยในข้อที่ 1-5 มีการประเมินใน 3 ประเด็น คือ 1) มีการบันทึก 2) การบันทึกสมบูรณ์ 3) ความสอดคล้อง จึงมีคะแนน 23 คะแนนต่อฉบับ

กาญจนา พรหมเสน (2555) ได้ปรับปรุงแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของเกษราภรณ์ บรรณวงศ์ปี ร่วมกับเกณฑ์มาตรฐานบันทึกทางการพยาบาลของกองการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรอง

คุณภาพเนื่องจากต้องการให้ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์ของกองการพยาบาลรวมทั้งเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ทำให้ให้ผู้ประเมินเข้าใจตรงกัน ประกอบด้วย 3 แบบฟอร์มคือ 1) แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะ 2) ชุดแบบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยแบบฟอร์มแผนการพยาบาล แบบฟอร์มแสดงรายการปัญหา แบบบันทึกความก้าวหน้า แบบบันทึกการให้ยา แบบฟอร์มปรอท แบบฟอร์มบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ 3) แบบบันทึกการให้ข้อมูลและการวางแผนการจำหน่ายซึ่งมีคะแนนรวมทั้งหมด 74 คะแนน

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีหลายเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในการเขียนบันทึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนและได้ใจความ รวมทั้งมีการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วย แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาไม่ได้นำเครื่องมือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนครพิงค์จะจำแนกการพิจารณาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ซึ่งยังไม่พบว่ามีการวิจัยใดใช้แบบประเมินที่จำแนกกิจกรรมเป็น 3 ระยะดังกล่าว

ปัญหา อุปสรรคที่พบในการเขียนบันทึกทางการแพทย์จากการทบทวนวรรณกรรม

บันทึกทางการแพทย์เป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถรวมทั้งทักษะในด้านต่างๆ เช่น ทักษะด้านการสังเกต ทักษะด้านการคิด ทักษะด้านการเขียน ในประเทศไทยมีการศึกษาปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์อาทิ เช่น พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์และกุลยา ตันติพลาชีวะ (2524) ได้กล่าวถึงปัญหาที่พบที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่มีคุณภาพ ไม่มีคุณสมบัติว่าเกิดจากหลายสาเหตุอาทิเช่น ภาระงานของพยาบาล การที่พยาบาลขาดความตระหนักต่อคุณค่าของการบันทึกทางการแพทย์ รวมทั้งพยาบาลขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก และคิดว่าการบันทึกทางการแพทย์มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรศิริ จันเงิน (2542) ที่พบว่า อุปสรรคที่ขัดขวางการเขียนบันทึกทางการแพทย์คือความเร่งด่วนของงาน จำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไป อัตราค่าจ้างที่ไม่เหมาะสมความยุ่งยากรวมทั้งภาระงาน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานของพยาบาล จากการศึกษาของ ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) พบว่าการบันทึกไม่สมบูรณ์ มีสาเหตุมาจากแบบฟอร์มที่ยุ่งยากซับซ้อนทำให้เสียเวลาในการบันทึก รวมทั้งรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่ชัดเจนทำให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งไม่มีมาตรฐานในการบันทึกที่เป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลขาดทักษะในการบันทึกที่ถูกต้อง พยาบาลไม่เห็นประโยชน์และความสำคัญของการบันทึกจึงไม่เอาใจใส่ในการบันทึก

รวมทั้งขาดการฝึกกระบวนการคิดอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทร ธนะพุทธินาถ (2550) ที่พบว่าปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถูกต้องครบถ้วนในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มีสาเหตุมาจากแบบบันทึกที่ไม่ชัดเจน ยุ่งยาก ซับซ้อนทำให้ไม่สะดวกต่อการบันทึก อัตราค่าลงที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน ภาระงานที่เร่งด่วนหรือยุ่งยาก รวมทั้งพยาบาลมีเวลาจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยมาก ผู้บันทึกไม่มีความรู้ ความสามารถในการบันทึกจึงไม่กล้าบันทึกเนื่องจากไม่มั่นใจว่าการบันทึกถูกต้องหรือไม่ พยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก ขาดความรับผิดชอบในการบันทึกขาดความรู้เรื่องโรคทำให้มองปัญหาผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดการอบรมในการบันทึกอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานการบันทึกไม่เป็นแบบเดียวกัน นโยบายในการบันทึกไม่ชัดเจนและขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

สุดสิริ หิรัญชอุณหะ (2551) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้การบันทึกการพยาบาลไม่ครบถ้วน 5 ประการคือ 1) ด้านการวางระบบ มีวัตถุประสงค์ไม่ชัดเจนผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ไม่มีส่วนร่วมระบบบันทึกไม่สอดคล้องกับบริบท เน้นแบบฟอร์มไม่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์และพยาบาลไม่มีส่วนร่วมออกแบบให้เข้ากับลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแลเพื่อสามารถชี้แนะให้พยาบาลบันทึกประเด็นสำคัญในการดูแลได้ 2) ด้านการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ มีนโยบายไม่ชัดเจน เน้นเฉพาะการอบรม 3) ด้านการนำไปปฏิบัติ พยาบาลพยายามเขียนให้เหมือนตัวอย่างซึ่งไม่สอดคล้องกับโรคและอาการสะท้อนสถานะสุขภาพของผู้ป่วย 4) ด้านการนิเทศติดตาม ผู้บริหารไม่ติดตามปล่อยเป็นหน้าที่ของกรรมการประเมินเวชระเบียนที่เน้นปริมาณมากกว่าคุณภาพ แบบประเมินถูกพัฒนาจากหน่วยงานกลาง การติดตามเพียงเพื่อส่งข้อมูลหน่วยงานกลาง การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการพัฒนาไม่ชัดเจนและมีการแยกส่วนการประเมินออกจากระบบงานประจำ 5) ด้านระบบและการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน การพัฒนาใช้วิธีอบรม ข้อมูลจากการประเมินไม่สะท้อนปัญหา ขอมแพ้กับปัญหาเมื่อภาระงานมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร สุริยะพรหมและสุขุมาล ต้อยแก้ว (2553) ในการศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลน่านพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลน่านที่ไม่มีคุณภาพมีสาเหตุจากการที่ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนที่ระบุรูปแบบที่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติเขียน และพบว่าผู้ปฏิบัติไม่สามารถเขียนให้มีคุณภาพได้ เนื่องจากต้องมีการคิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง ต้องใช้องค์ความรู้และศาสตร์ต่างๆ มาอ้างอิง ใช้เวลานานในการบันทึกในผู้ป่วยแต่ละราย มีภาระงานหนัก ผู้ปฏิบัติยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล ขาดความรู้ ทักษะในหลักการบันทึกที่ถูกต้อง รวมถึงไม่ให้ความสำคัญ และขาดนโยบายการบันทึกทางการพยาบาลที่ระบุรูปแบบวิธีการบันทึกที่ชัดเจน แบบบันทึกมีมากเกินไป ทำให้ใช้เวลาในการบันทึกนาน ผู้ปฏิบัติขาดองค์ความรู้เฉพาะ โรค รวมถึงความเร่งรีบในภาวะฉุกเฉิน ทำให้การบันทึกบกพร่องไม่ครบถ้วนตามกิจกรรมและอาการที่เกิดขึ้น

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอาทิ เช่น แบลร์ และ สมิท (Blair and Smit, 2012) ได้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิด อุปสรรคในการบันทึกที่ปลอดภัยระหว่างปี 1998-2011 โดยเลือกบทความจากยุโรป ในนิวซีแลนด์ที่บันทึกโดยการใช้ SOAP /SOAPIER เพื่อประเมินข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การนำไปปฏิบัติและการประเมินผล พบว่าการบันทึกเป็นปัญหาที่สำคัญระดับประเทศและระดับนานาชาติซึ่งการบันทึกใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และติดตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วย การบันทึกทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการบันทึกที่มีระบบแต่ต้องจำกัดการใช้ตัวย่อ เก็บรักษาได้รวดเร็วกลายเป็นทางเลือกในการใช้เทคโนโลยีในการบันทึกทางการแพทย์ การบันทึกทางอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยเรื่องลายมือ แต่มีอุปสรรคคือคอมพิวเตอร์ช้าหรือไม่เหมาะสม ขนาดอุปกรณ์และเวลาที่ใช้ในการเข้าออกได้เสนอแนะว่าระบบการบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เป็นวิธีการบันทึกทางการแพทย์ที่ส่งเสริมการบันทึกที่ชัดเจนเหมาะสมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ที่ง่าย เห็นความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยการบันทึกเน้นระบุปัญหาและ บันทึกตามอย่างที่เห็นได้ชัด กำหนดรูปแบบข้อมูลอย่างง่าย ๆ ระบุเฉพาะปัญหาในช่วงที่ประเมิน ทราบความก้าวหน้าการเขียนบันทึกอุปสรรคในการบันทึกคือขาดข้อมูลที่จำเป็นทำให้ยุ่งยากที่จะอ่าน ข้อจำกัดด้านเวลา อัตราค่าลงไม่เหมาะสมกับภาระงานขาดแนวทางที่ชัดเจน นโยบายเรื่องการบันทึก การเก็บรักษาที่ถูกต้อง

จะเห็นได้ว่าปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ครบถ้วนมีหลายสาเหตุตั้งแต่ระบบที่ไม่ชัดเจนไม่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ นโยบายที่ไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ขาดความรู้ ความเข้าใจเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ขาดการนิเทศติดตามอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ข้อมูลจากการประเมินไม่สะท้อนให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง พยาบาลขาดความตระหนักต่อคุณค่าของการบันทึกทางการแพทย์ ส่วนอุปสรรคที่พบได้แก่แบบบันทึกที่มีมากเกินไปทำให้ใช้เวลาในการบันทึกนาน แบบบันทึกไม่ชัดเจนมีความยุ่งยากซ้ำซ้อน อัตราค่าลงที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน รวมทั้งการมีภาระงานที่เร่งด่วน จะเห็นว่าจาก ปัญหา สาเหตุและอุปสรรคเหล่านี้ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์ขาดคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการในการวางแผน และบริหารแนวทางการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สำหรับการสร้างคุณภาพให้ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ (McLaughlin & Kaluzny, 1999) ในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องว่าเป็นปรัชญาและระบบการบริหาร ซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน หรือกรรมวิธีการทำงาน โดยมีการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติและเครื่องมือของกระบวนการกลุ่มเพื่อลดความซ้ำซ้อน ความสูญเปล่า รวมทั้งความซับซ้อนที่ไม่จำเป็น (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2548) ส่วนสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (2542) กล่าวว่า เป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

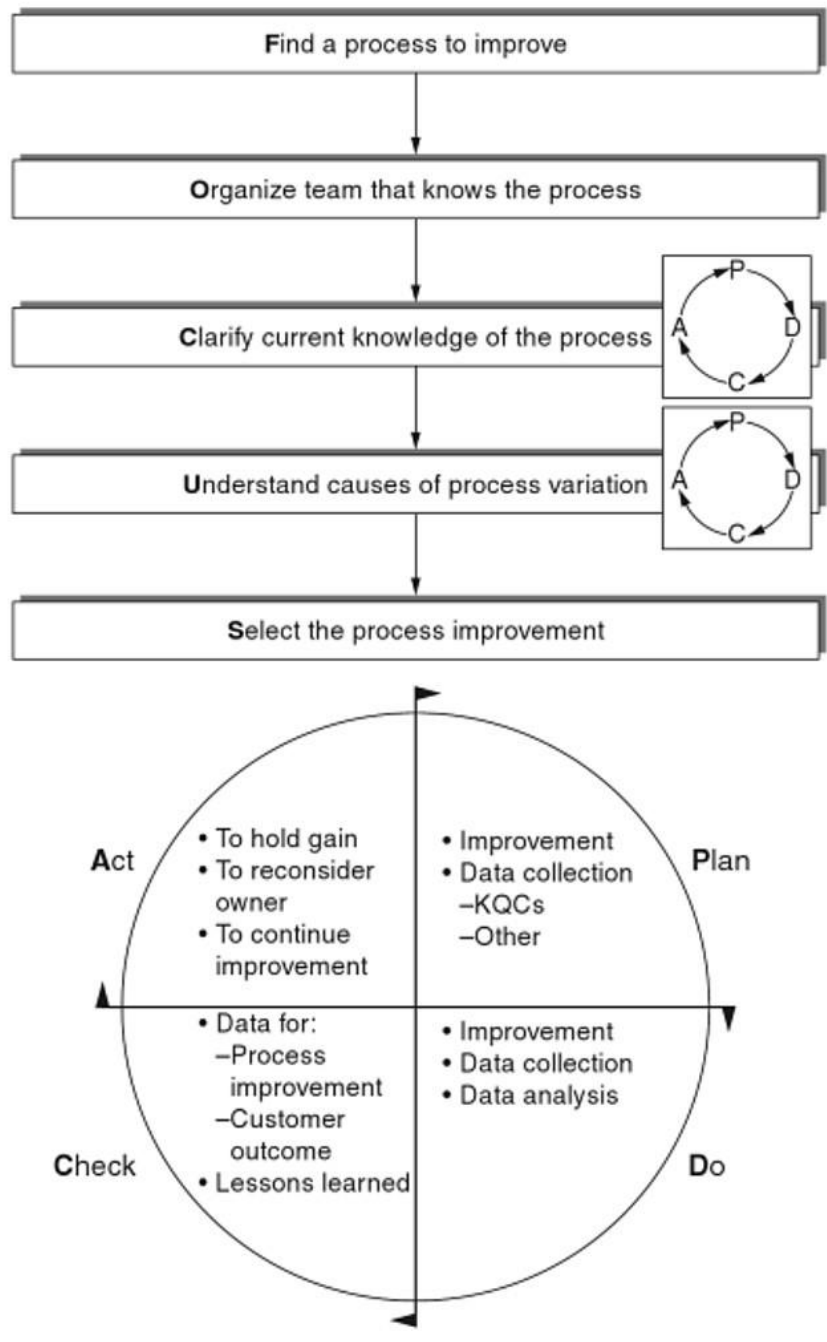
ได้มีผู้กล่าวถึงกระบวนการพัฒนาคุณภาพไว้หลากหลาย อาทิ เช่น อนุวัฒน์ สุขชาติกุลและคณะ (2544) ได้กล่าวถึงการใช้อริยสัจสี่ในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แบ่งกิจกรรมออกเป็น 9 ขั้นตอน ได้แก่ หาโอกาสพัฒนา ทำความเข้าใจระบบ ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือก ทดสอบทางเลือก ศึกษาผล ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน และวางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กองการพยาบาล (2544) ได้กำหนดรูปแบบการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลไว้ 10 ขั้นตอน ดังนี้ การมอบหมายผู้รับผิดชอบ กำหนดของเขตบริการพยาบาล ระบุประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลรวมทั้งกำหนดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติ กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ รวบรวมและจัดการข้อมูล วิเคราะห์และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล แก้ไขข้อบกพร่องรวมทั้งปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล เฝ้าระวังและประเมินผลคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และรายงานผลการประกันคุณภาพ รวมทั้งสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) ที่ได้กำหนดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไว้ 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การออกแบบระบบ การทำตามระบบ การศึกษา ทบทวน ตรวจสอบระบบ และการแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุงระบบ ตามแนวคิดของดั่งเบิ้ลยู เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง (W. Edwards Deming) ซึ่งในที่นี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะแนวคิดนี้

การพัฒนาคุณภาพโดยใช้โฟกัสทีดีซีเอ

แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเริ่มขึ้นในปี 1930 โดย ดับเบิลยู เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง เพื่อใช้ในการตรวจสอบการผลิตของโรงงานอุตสาหกรรมส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าในวงการอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วโดยใช้กระบวนการพีดีซีเอ (PDCA) ต่อมาในปีค.ศ. 1980 กลุ่มโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา (Hospital Corporation of America: HCA) ได้สร้างรูปแบบ FOCUS-PDCA ขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการสำหรับการปรับปรุงกระบวนการ โดยรูปแบบนี้จะช่วยให้ทีมมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงกระบวนการมากกว่าการมุ่งเน้นที่ตัวบุคคล ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และร่วมกันค้นหาโอกาสในการปรับปรุงพัฒนา จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้พัฒนาคุณภาพสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ (McLaughlin & Kaluzny, 1999)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาพที่ 2-1 แสดงกระบวนการพัฒนา FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิ่ง
 หมายเหตุ. แหล่งที่มา จาก Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation,
 and applications (p. 28), by P. C. McLaughlin and A. D. Kaluzny, 1999, Gaithersburg, MD: Aspen.

FOCUS-PDCA ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (F: find a process to improve) ในการค้นหากระบวนการเพื่อทำการปรับปรุงนี้ ควรหากระบวนการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อาจเป็นกระบวนการที่ไม่ใหญ่หรือซับซ้อนมากเกินไป อาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นบ่อยๆ มีค่าใช้จ่ายสูง และมีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหา เช่นกระบวนการที่ทำให้เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา การแพ้ยา การลื่นล้มจากการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น

2. สร้างทีมที่รู้กระบวนการ (O: organize team that knows the process) ทีมงานสำหรับทำการปรับปรุงคุณภาพนี้ ควรประกอบด้วยบุคคลที่มีความเข้าใจและคุ้นเคยกับกระบวนการที่เลือกมาพัฒนา มีการมอบหมายหน้าที่และการกำหนดบทบาทในการรับผิดชอบ เช่น หัวหน้าทีม (team leader) ซึ่งมีหน้าที่นำทีมไปสู่เป้าหมายที่วางไว้และกำหนดการประชุม ติดต่อสื่อสารระหว่างทีมงาน นำทีมในการระดมสมองและสร้างความเห็นร่วมในการประชุม ผู้สนับสนุน (facilitator) มีหน้าที่ในการสนับสนุนให้ทีมสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่สร้างสรรค์ รวมทั้งการใช้เครื่องมือคุณภาพชนิดต่างๆ ในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนา สามารถตัดสินใจและจัดการข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทีม สมาชิกทีม (member) มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและปัญหาที่ต้องการนำมาพัฒนา ต้องเรียนรู้วิธีการพัฒนางานรวมทั้งเครื่องมือชนิดต่างๆ มีการเปิดใจรับมุมมองใหม่ๆ และเชื่อในสิ่งที่ทีมทำ

3. สร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (C: clarify current knowledge of the process) การสร้างความกระจ่างให้เริ่มต้นด้วยการดูจากข้อมูลที่แสดงให้เห็นความแตกต่าง ของผลที่เกิดขึ้นจริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนอาจใช้การค้นหาปัญหาโดยการหาคำตอบว่ากระบวนการทำงานในปัจจุบันเป็นอย่างไร ผู้รับบริการคือใคร อะไรคือสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ มีความซับซ้อนของกระบวนการหรือไม่ อย่างไร ในกระบวนการนี้มีเครื่องมือที่ใช้อาติเช่นผังการไหลของงาน (flowchart) เป็นต้น

4. ทำความเข้าใจสาเหตุความแปรปรวนในกระบวนการ (U: understand causes of process variation) ในขั้นตอนนี้ทีมควรพยายามทำความเข้าใจว่าทำไมงานจึงไม่บรรลุเป้าหมาย และพิจารณาสาเหตุโดยอาศัยเครื่องมือที่ช่วยในการวิเคราะห์ เช่น แผนภูมิแสดงเหตุและผลหรือแผนภูมิแก๊งปลา เพื่อช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เจาะลึกถึงสาเหตุหลักของปัญหาได้ง่ายและเป็นระบบเพื่อให้สมาชิกในทีมเข้าใจปัญหาและสาเหตุอย่างชัดเจน สามารถระดมความคิดเพื่อหาทางเลือกที่จะนำมาสู่การตัดสินใจแก้ไขปัญหา

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (S: select the process improvement) ปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการหลายวิธี ควรเลือกวิธีการมาเพียงส่วนหนึ่งที่คาดว่าจะมีความเป็นไปได้

และสามารถแก้ไขปัญหาคิดที่ดีที่สุด โดยทีมมีส่วนร่วมในการระดมความคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเห็น มีข้อมูลสนับสนุนในการเลือกกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

6. วางแผนการปรับปรุง (P: plan the improvement) ขั้นตอนนี้จะต้องมีการกำหนดสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปรับปรุง ซึ่งสิ่งนั้นจะต้องมีความชัดเจนและประเมินได้ รวมทั้งมีการกำหนดแนวทางในการปรับปรุงโดยระบุบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ กิจกรรม ช่วงเวลา และสถานที่ รวมทั้งเหตุผลที่ต้องทำเช่นนั้น โดยอาศัยเครื่องมือวางแผนอย่างง่าย ๆ เช่นกราฟแท่ง (bar chart) หรือ แผนภูมิแกนต์ (gantt chart)

7. ดำเนินการปรับปรุง เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล (D: do the improvement, data collection and analysis) ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยที่สมาชิกทีมต้องเข้าใจความสำคัญและความจำเป็นของการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มีการร่วมมือในการปฏิบัติรวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้ บันทึกปัญหาหรือปรากฏการณ์ที่ไม่ได้คาดหวังไว้และวิเคราะห์อย่างทันเหตุการณ์

8. ตรวจสอบผลการปรับปรุง (C: check the result) การตรวจสอบว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ก็ควรกลับไปขั้นตอนการวางแผน (plan) ใหม่ เพื่อเปลี่ยนวิธีการปรับปรุงและการปฏิบัติอีกครั้งตามวงล้อ

9. การดำเนินการเพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้นและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A: act to hold the gain and continue improvement) กรณีที่ผลเกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ให้นำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาปรับใช้ และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ดียิ่งขึ้นสามารถนำมาใช้เป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติได้

เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการใช้เครื่องมือในกระบวนการที่หลากหลายตามสถานการณ์ของปัญหา ขั้นตอนการทำงาน ประสิทธิภาพของผู้ใช้ สามารถจำแนกได้เป็นเครื่องมือเกี่ยวกับการทำงานของทีม เครื่องมือเกี่ยวกับการทำความเข้าใจปัญหาหรือระบบ และเครื่องมือเกี่ยวกับการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลซึ่งผู้ใช้งานสามารถเลือกใช้เครื่องมือชนิดต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม (อนุวัฒน์ สุภชุตินกุล, 2543; สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544)

1. การระดมสมอง (brain storming) เป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ทีมสามารถใช้เพื่อรวบรวมปัญหา ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจำนวนมากได้อย่างรวดเร็วทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกทีมรวมทั้งกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ของสมาชิกในทีมได้มากที่สุด มีรูปแบบที่อิสระ

ทำให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้ได้ทางออกใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งยังมุ่งเน้นที่จำนวนความคิดมากกว่าคุณภาพ การระดมสมองสามารถใช้ได้ ทุกขั้นตอนที่ต้องการให้ทีมแสดงความคิดสร้างสรรค์ที่หลากหลายได้แก่ขั้นตอนการกำหนดปัญหา ขั้นตอนการค้นหาสาเหตุ ขั้นตอนการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ขั้นตอนในการกำหนดการเก็บ ข้อมูลรวมทั้งในขั้นตอนของการวางแผน โครงการเป็นต้น

2. แผนภูมิเหตุและผลหรือแผนภูมิก้างปลา (cause and effect diagram; Fish bone diagram) เป็นแผนภาพที่แสดงความสัมพันธ์ของสาเหตุและผลลัพธ์ของปัญหาที่ทีมกำลังศึกษาอยู่ใช้เพื่อค้นหา สาเหตุที่เป็นไปได้ของปัญหา จัดระเบียบข้อมูล ใช้รวบรวมความคิดที่หลากหลายมุมมองของสมาชิก ทีมรวมทั้งกระตุ้นให้ทีมสามารถสืบสวนสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาได้

3. แผ่นบันทึกเหตุการณ์หรือแบบบันทึกความถี่ (check sheet) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล ที่ง่ายและมีแบบแผน โดยการจัดทำเป็นตารางรายการข้อมูลและความถี่ของปัญหา อาจมีช่องว่าง สำหรับบันทึกข้อสังเกต

4. ผังการไหลของงาน (flow chart) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความเข้าใจในกระบวนการ และขั้นตอนของเรื่องที่จะศึกษา แสดงโดยการนำสัญลักษณ์ที่เป็นมาตรฐานมาสร้างเป็นภาพแสดง การเปลี่ยนแปลงของระบบจากสิ่งนำเข้า (input) ไปสู่ผลลัพธ์ (output) ซึ่งสามารถจัดเรียงตามลำดับ เหตุการณ์ ขั้นตอน กิจกรรม หรืองานเพื่อบรรยายระบบที่ต้องการศึกษา สามารถใช้ปรับปรุงหรือ ออกแบบระบบเพื่อให้กระบวนการในการทำงานง่ายขึ้นหรือใช้ในการอธิบายกระบวนการที่เป็น มาตรฐานใหม่เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในระบบที่ศึกษาควรมี ส่วนร่วมในการจัดทำ ซึ่งผังการไหลของงานมีหลายรูปแบบได้แก่ ผังการไหลของงานจากบนลงล่าง (top-down flow chart) แผนภูมิกระบวนการไหล (process flow chart) กระบวนการของงานซ่อมบำรุง (deployment flow chart) แผนภูมิการจัดรูปแบบสถานที่ (lay out flow chart) เป็นต้น

5. แผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็นต่างๆ จากการระดมสมองแล้วนำมาจัดกลุ่มความสัมพันธ์โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ อาจนำความคิดจากการ ระดมสมองมาจัดระบอบความคิด โดยสมาชิกในทีมมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและเท่าเทียมกัน สามารถ ใช้ได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เมื่อประเด็นปัญหาที่มีความซับซ้อนยากต่อการทำ ความเข้าใจของทีม ปัญหาที่มีความไม่แน่นอน ไม่มีระเบียบหรือมีปัญหามีเป็นจำนวนมาก หรือใช้เมื่อทีม ต้องการให้ทุกคนมีส่วนร่วมและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในทีมในการแก้ไขปัญหา หรือ ต้องการแก้ไขปัญหาโดยใช้วิธีใหม่ การใช้เครื่องมือนี้ให้ได้ผลดีสมาชิกทีมต้องมีความรู้ ในประเด็นของปัญหา สมาชิกมีความคุ้นเคยกัน และจำนวนสมาชิกไม่ควรเกิน 6 คน

6. ความเห็นร่วม (consensus) เป็นการหาทางเลือกหรือจุดยืนที่สมาชิกทุกคนมีความเห็นตรงกัน ยอมรับร่วมกัน และให้การสนับสนุนเพื่อที่จะดำเนินการหลังจากการที่ได้พิจารณาข้อดีข้อเสียของทางเลือกดังกล่าวแล้ว

7. การลงคะแนนพหุ (multivoting) เป็นเทคนิคที่ใช้ลดรายการความคิดเห็นจากการระดมสมองที่ได้ทำไว้แล้ว ซึ่งมักจะมีเป็นจำนวนมาก สามารถทำซ้ำได้หลายรอบ โดยการรวบรวมความคิดเห็นที่คล้ายกันไว้ด้วยกัน ให้สมาชิกเขียนเลือกหัวข้อที่ตนต้องการ และนำคะแนนมารวมโดยการขานทีละรายการ ทำให้ทีมสามารถตกลงกันได้ในระยะเวลาที่สั้น ทำให้กลุ่มเป็นเจ้าของความคิดเห็นนั้น ๆ

8. ตารางวิเคราะห์ทางเลือก (proposed option matrix) เป็นเครื่องมือที่นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา สาเหตุและทางเลือกเพื่อช่วยให้ทีมสามารถพิจารณาและประเมินทางเลือก โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและประสิทธิผลของทางเลือก

จะเห็นได้ว่าในการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิดวงจรโฟกัสพีดีซีเอ ตามแนวคิดของเดมมิงนั้นสามารถใช้เครื่องมือในการดำเนินการได้หลากหลายตามสถานการณ์ในแต่ละขั้นตอนตามความเหมาะสม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ การระดมสมอง (brain storming) ในการรวบรวมปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกทีมอย่างมีความคิดสร้างสรรค์และมีอิสระและเท่าเทียม ใช้แผนภูมิก้างปลา (fish bone diagram) เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาเนื่องจากสามารถแสดงความสัมพันธ์ของสาเหตุและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ใช้สำหรับการค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้ของปัญหา ใช้จัดระเบียบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา กระตุ้นให้ทีมเกิดการค้นหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา และใช้รวบรวมความคิดจากมุมมองที่หลากหลายของบุคลากรในทีมเข้าไว้ด้วยกัน ใช้ตารางวิเคราะห์ทางเลือกในการพิจารณาและประเมินทางเลือก และใช้ความเห็นร่วม (consensus) ในการหาทางเลือกหลังจากการพิจารณาหาข้อดีข้อเสียของทางเลือกทั้งหมดแล้วเพื่อให้สมาชิกในทีมทุกคนมีความเห็นตรงกันและยอมรับร่วมกันและให้การสนับสนุนเพื่อที่จะดำเนินการต่อไป นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีการนำการพัฒนาคุณภาพในหลากหลายรูปแบบมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่

พวงเพชร สุริยะพรหม และสุขุมล ด้อยแก้ว (2553) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่านโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ รูปแบบเอไออี (AIE [assessment, implementation, evaluation]) พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น จากระดับไม่ดีขึ้นมาในระดับปานกลาง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เลือกใช้อาศัยอยู่ในระดับพึงพอใจมาก จากการศึกษานี้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นระบบ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นการพัฒนาคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นมีนโยบาย คู่มือการบันทึกทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าการกำหนดรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่ชัดเจนช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ได้

กาญจนา พรหมเสน (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบ FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิง ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์คือแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยยึดรูปแบบ SOAPIE คู่มือบันทึกทางการแพทย์ ชุดแผนการพยาบาล ระบบการนิเทศติดตามบันทึกทางการแพทย์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกและเกณฑ์การประเมินทางการแพทย์รวมทั้งการสนับสนุนให้พยาบาลเข้ารับการอบรมเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ซึ่งผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ภายหลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 67.50 เป็นร้อยละ 87.50

พัชรพร ตาใจ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลหริภุญชัยเมโมเรียล จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบ FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิง ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์คือ การจัดทำคู่มือการเขียนบันทึกทางการแพทย์สำหรับแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลหริภุญชัยเมโมเรียล จังหวัดลำพูนและมีการนำคู่มือไปฝึกอบรมพยาบาลในการใช้คู่มือในการบันทึกทางการแพทย์ จากการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์หลังการฝึกอบรมพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.94 เป็นร้อยละ 86.11

วรรณพรษ์ ปัญญาพันธ์ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ้งจังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบ FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิ่ง ได้ผลลัพธ์จากการพัฒนาคือรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน และพบว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลงานผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากเดิม จากร้อยละ 66.83 เป็นร้อยละ 90.83

นวลจันทร์ วงศ์ศรีใส (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบ PDCA ตามแนวคิดของเดมมิ่ง ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลคือ แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบกระบวนการพยาบาล คู่มือบันทึกทางการพยาบาล แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จากการเปรียบเทียบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลคะแนนคุณภาพก่อนการพัฒนาอยู่ระหว่างร้อยละ 21-46 และคะแนนคุณภาพหลังการพัฒนาอยู่ระหว่าง 73-100 ซึ่งพบว่าคุณภาพภายหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนา

สต๊อป (Staub, 2007) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ศึกษาผลของการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้กับพยาบาลในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยจำแนกตามระบบ (North America Nursing Diagnosis Group/Association [NANDA]) ดำเนินการศึกษาโดยมีการให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการวินิจฉัยทางการพยาบาลจากนั้นมีการนำอภิปรายร่วมกัน โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า การบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อน-หลัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 0.92 เป็น 3.50 คะแนน มีการกำหนดการบันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การระบุอาการ / อาการแสดง ระบุสาเหตุของโรคได้ถูกต้อง คุณภาพของการประเมินปัญหาทางการพยาบาล การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล จากเดิมคะแนนเฉลี่ย 1.27 เพิ่มขึ้น เป็น 3.21 คะแนน มีการวางแผนการพยาบาลเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการนำแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติ รายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาลไม่เพียงแต่เชื่อมโยงกับสาเหตุของโรค แต่ยังเชื่อมโยงไปถึงเป้าหมายของการพยาบาลที่ตั้งไว้ ผลลัพธ์การปฏิบัติพยาบาล คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.95 คะแนน เป็น 3.02 มีการกำหนดผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ที่สามารถวัดได้ สังเกตเห็นได้ จากวิธีดังกล่าวทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้กับทุกหน่วยงานข้างต้น

สถานการณ์การบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยกระดูกหญิงโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ขนาด 673 เตียง ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลให้เชื่อมโยงสอดคล้องกัน และเชื่อมโยงกับนโยบายของระดับจังหวัดและระดับชาติ รวมทั้งตอบสนองต่อสถานการณ์ปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยกลุ่มการพยาบาลได้นำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพอย่างตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 คือพัฒนาคุณภาพบริการและบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง และเป้าประสงค์ที่ 2.3 คือ พัฒนาระบบงานและกระบวนการสำคัญซึ่งประกอบด้วยระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ (แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลนครพิงค์ปี 2556-2558 และแผนพัฒนาบุคลากร, 2556) จึงได้มีการประเมินคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยมีคณะกรรมการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลซึ่งเป็นภารกิจที่องค์กรพยาบาลใช้เป็นกรอบในการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้จากผู้ให้บริการ ผู้บริหาร และระบบงาน โดยการสัมภาษณ์สอบถามจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และการตรวจสอบจากรายงานบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่แสดงถึงการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่ครอบคลุมองค์รวม

กลุ่มการพยาบาลมีการดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2546 โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ เพื่อเข้าผู้การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลรวมทั้งสภาการพยาบาลโดยใช้แบบประเมินของสำนักการพยาบาล ตั้งแต่ปี 2547 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ครบทุกหน่วยงานซึ่งมีหน้าที่หลักในการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปีตามกำหนด และทำหน้าที่ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ตามที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่มการพยาบาลในปี 2551 และ 2553 เนื่องจากมีข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ว่าแบบบันทึกที่ใช้ไม่เหมาะสมส่งผลให้การบันทึกไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล จึงมีการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ในปี 2551 โดยให้แต่ละกลุ่มงานการพยาบาลพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ขึ้น

ใช้เองโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลซึ่งทำการบันทึกในรูปแบบ APIE (Assessment, Planning, Intervention, Evaluation) และมีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแต่ละแผนกและนำผลการตรวจประเมินรวมทั้งแบบบันทึกทางการพยาบาลของแต่ละแผนกมานำเสนอให้กรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลซึ่งทำให้มีแบบบันทึกทางการพยาบาลที่หลากหลาย ในปี 2553 ได้มีการจัดการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้มุกดาโมเดลสำหรับพยาบาลทุกคน ต่อมาในปี 2553-2554 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลได้มีนโยบายให้ใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่เหมือนทั้งโรงพยาบาล เนื่องจากแบบบันทึกทางการพยาบาลที่หลากหลายส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ในระหว่างนี้จึงไม่มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ต่อมาในปี 2554 จึงได้มีการปรับแบบบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นรูปแบบเหมือนกันทั้งโรงพยาบาล ซึ่งแบบบันทึกทางการบันทึกนี้ผ่านการทดลองในปี 2554 จากนั้นได้มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและสำรวจความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ พบว่าความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่เท่ากับ 88 เปอร์เซ็นต์ มีข้อคิดเห็นจากพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึกดังกล่าวว่าการปรับแบบฟอร์ม 2 ชนิดนั้นทำให้พยาบาลสามารถเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีรายละเอียดมากขึ้น การเขียนกิจกรรมการดูแลได้ครอบคลุมมากขึ้น การเขียนกิจกรรมการพยาบาลมองเห็นได้ชัดเจน มีความสะดวกใช้แต่ควรมีการเพิ่มหลักการ/ประเด็นการเขียน หลังจากนั้นกลุ่มการพยาบาล ได้มีการประกาศใช้ในเดือนกันยายน 2554 มีการจัดอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลทุกคน โดยคณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และมีการการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยหนักของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

รายละเอียดเกี่ยวกับแบบบันทึกทางการพยาบาลใน โรงพยาบาลนครพิงค์ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ แบบบันทึกความก้าวหน้า แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ แบบบันทึกการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม แบบบันทึกความก้าวหน้าสหสาขาวิชาชีพ แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ แบบบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่อง แบบบันทึกการให้ยาและสารน้ำ แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แบบบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่อง (drugs reconciliation) และแบบฟอร์มปรอท ส่วนแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ใช้แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยหนัก ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยหนัก ของกองการพยาบาล (2544) จำแนกเป็น 3 ระยะคือระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย มีการให้คะแนน 3 ระดับคือบันทึกครบถ้วนให้คะแนน

3 บันทึกแต่ไม่ครบถ้วนให้คะแนน 2 ไม่บันทึกให้คะแนน 1 ไม่เกี่ยวข้องจะระบุ n และนำคะแนนที่ได้ไปบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล สร้างขึ้น ผู้ตรวจสอบคุณภาพการบัณฑิตทางการพยาบาลประกอบด้วย คณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลภายในกลุ่มการพยาบาล ทำการตรวจประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลระดับกลุ่มการพยาบาล 1 ครั้งต่อปี และคณะทำงานประสานงานคุณภาพการพยาบาล (QA nurse) ทำการตรวจประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกเดือน

สำหรับหอผู้ป่วยกระดูกหญิงเปิดให้บริการในปี 2552 ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน มีผู้ป่วยจำหน่ายต่อเดือนเฉลี่ยเดือนละ 105 คน (กลุ่มสารสนเทศทางการพยาบาล, 2556) จากการตรวจสอบคุณภาพการบัณฑิตทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงในปี 2556 พบว่า

ตารางที่ 2-1

ร้อยละของผลการประเมินคุณภาพการบัณฑิตทางการพยาบาลครบถ้วนของหอผู้ป่วยกระดูกหญิงปี 2556 จำแนกตามระยะของการบัณฑิตและจำแนกตามกระบวนการพยาบาล

ระยะของการบัณฑิต/กระบวนการพยาบาล	ร้อยละ
การประเมิน	
ระยะแรกรับ	59.38
ระยะต่อเนื่อง	71.53
ระยะจำหน่าย	59.09
รวม 3 ระยะ	63.33
การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล	
ระยะแรกรับ	58.33
ระยะต่อเนื่อง	56.48
ระยะจำหน่าย	55.00
รวม 3 ระยะ	56.60
การประเมินผลการพยาบาล	
ระยะแรกรับ	63.54
ระยะต่อเนื่อง	63.54
ระยะจำหน่าย	62.50
รวม 3 ระยะ	63.19

จากตารางจะเห็นได้ว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในด้านการประเมิน การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลเป็น 63.33 56.60 และ 63.19 เปอร์เซนต์ ตามลำดับ ในด้านการประเมินเมื่อจำแนกตามระยะพบว่าในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่องและระยะ จำหน่าย ได้คะแนนร้อยละ 59.38 71.53 และ 59.09 ตามลำดับ ในด้านการวางแผนและปฏิบัติการ พยาบาล ได้คะแนนร้อยละ 58.33 56.48 และ 55.0 ตามลำดับ ส่วนในด้านการประเมินผลการพยาบาล ได้คะแนนร้อยละ 63.54 63.54 และ 62.5 ซึ่งพบว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสภาการพยาบาล สปสช. รวมทั้งสรพ.ที่กำหนดไว้ที่มากกว่า 80 เปอร์เซนต์ จากการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลพบปัญหาการเขียนบันทึกทางการแพทย์หลายประการซึ่งสามารถจำแนกตามแบบฟอร์ม ที่ใช้ในการบันทึกได้ดังนี้ แบบซักประวัติและประเมินสมรรถนะแรกเริ่ม พบว่ามีการประเมิน แบบแผนสุขภาพไม่ครบถ้วนไม่ครอบคลุมตามโรคของผู้ป่วย ขาดการบันทึกการใช้ยาจากโรคเดิม ของผู้ป่วย แบบบันทึกทางการแพทย์พบว่าไม่ได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ไม่มีการ ปรับเปลี่ยนแผนทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการติดตามภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นมาใช้ในการประเมิน ขาดการประเมินผล ไม่พบมีการสิ้นสุดของปัญหาทางการแพทย์ การบันทึกไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ลายมืออ่านยาก การลงลายมือชื่อไม่สามารถอ่านได้ ไม่พบการประเมินปัญหาด้านการเตรียมการจำหน่าย จากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยจำนวน 3 รายพบว่าสาเหตุที่ทำให้การบันทึกไม่มีคุณภาพ คือมีแบบฟอร์มในการบันทึกมาก เกินไป มีการเขียนซ้ำซ้อนทั้งในขั้นตอนแรกเริ่มและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ไม่มีตัวอย่างคู่มือ การเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้อง แบบบันทึกไม่เอื้อต่อการบันทึก ใช้เวลาในการคิดลำดับ เหตุการณ์ก่อนการเขียนเพื่อนำมาเขียนตามกรอบที่กลุ่มการพยาบาลกำหนดเป็นเวลานาน มีการบันทึก ปัญหาที่ซ้ำ ๆ กัน ขาดการนิเทศด้านการเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง พยาบาลเร่งรีบทำ กิจกรรมต่าง ๆ ให้เสร็จโดยเร็ว มีการบันทึกล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่ได้ บันทึกเพิ่มเติม ไม่มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทั้งจากผู้บันทึกและหัวหน้าเวร จาก ปัญหาดังกล่าวจึงทำให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่มีคุณภาพตามเป้าหมายที่กลุ่มการพยาบาลและ โรงพยาบาลกำหนดไว้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่โดยใช้โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง ซึ่งมีกระบวนการ 9 ขั้นตอนดังนี้ 1) การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงาน ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved