

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพทั้งด้านแนวคิดและรูปแบบของการบริการ ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) มีจุดมุ่งหมายที่จะสร้างหลักประกันเพื่อช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชนที่มีผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม ให้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงเป็นธรรม โดยเฉพาะคนจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม จนเกิดเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งในมาตรา 45 ได้มีการเน้นเรื่องมาตรฐานและคุณภาพการรักษาพยาบาล การให้ข้อมูลการรักษาของหน่วยบริการต่อผู้รับบริการ ตลอดจนการจัดทำข้อมูลเพื่อการตรวจสอบคุณภาพการรักษาและบริการที่สะดวกต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานที่กำหนด (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547)

จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กล่าวในเรื่องสิทธิการรับบริการและการรับข้อมูลข่าวสาร มาตรา 52 ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ มาตรา 58 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือราชการส่วนท้องถิ่น เว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลนั้นจะกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประชาชน หรือส่วนได้เสียอันพึงรับความคุ้มครองของบุคคลอื่น

นอกจากนี้ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ซึ่งสภาวิชาชีพด้านสุขภาพอันประกอบด้วย แพทยสภา สภากาชาดไทย ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมประกอบโรคศิลปะได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติให้ทุกวิชาชีพกระทำการดูแล ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงข้อกำหนดที่ประกาศเป็นแนวปฏิบัติไว้โดยเฉพาะข้อ 9 ที่ระบุว่า ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลอื่น จะเห็นได้ว่าทั้งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. 2540) และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยมี

ความสอดคล้องกันในเรื่องคุณภาพมาตรฐานการรักษาและบริการ ตลอดจนมีการเน้นการให้ข้อมูล การบริการ สุขภาพที่ถูกต้องด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ หน่วยบริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงมีการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลกันอย่างกว้างขวาง โรงพยาบาลหลายแห่งได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง และเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศาธารณสุขของ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) (สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545 - 2549) โดยการพัฒนากระบวนการ ได้แก่ การจัด ให้มีการควบคุมคุณภาพบริการ การให้บริการอย่างมีมาตรฐาน การรับรองคุณภาพสถานบริการ ทั้งนี้ เพื่อสร้างความพึงพอใจ พึงกษัตริให้แกผู้ใช้บริการและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการ ฟ้องร้อง ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ปฏิบัติและต่อองค์กรเป็นอย่างมาก

ดังนั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเป็นการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล (Quality Assurance) ในการนำโรงพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายและผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระบบประกันคุณภาพจึงสร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้และผู้ให้บริการว่า การรักษาพยาบาลใน โรงพยาบาลนั้นมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด มีความปลอดภัยและเชื่อถือได้

การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพเป็นภารกิจที่โรงพยาบาลจำเป็นต้อง กำหนดให้มีการวางระบบนี้ขึ้น สำหรับทางการพยาบาลจัดเป็นหน้าที่รับผิดชอบของผู้บริหารการ พยาบาลในการอำนวยความสะดวกให้ระบบนี้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นกิจกรรมที่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องมีส่วนร่วมเพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่สอดคล้องตาม มาตรฐานของวิชาชีพ ในการประกันคุณภาพต้องมีระบบ ตรวจสอบ และในการควบคุมคุณภาพ บริการจะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพบริการจากผู้ให้บริการ ผู้บริหาร และระบบงาน โดยการ สอบถามจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบจากรายงานการบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Audit) ตามหลักเกณฑ์ของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข กำหนดวิธีการประเมินผลการ พยาบาล เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของการพยาบาล กระทำได้ 2 วิธีการ คือ การตรวจสอบขณะที่ เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลดำเนินการให้การพยาบาลผู้ป่วย (Concurrent Audit) ซึ่งการตรวจสอบ แบบนี้ผู้ตรวจสอบต้องอยู่กับพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลตลอดเวลา เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก และไม่สะดวก ส่วนวิธีที่ 2 คือ การตรวจสอบย้อนหลังจากบันทึกการรายงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ (Retrospective Audit) เช่น จากแผนการพยาบาล รายงานการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539) ซึ่งก็คือ การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลต่าง ๆ ที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกข้อมูลตามรายละเอียด ของการพยาบาลที่กระทำ การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่พยาบาลต้องกระทำ ควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล และยึดถือกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก

แม้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลจะมีความสำคัญมาก แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลยังมีความบกพร่อง ส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือการพยาบาลได้อย่างเต็มที่ และลักษณะการบันทึกจะไม่มีอย่างต่อเนื่องมีข้อมูลไม่ครบถ้วน บางเวรเป็นการเขียนตามความรู้สึกนึกคิดหรือเขียนเลียนแบบจากวันก่อน ๆ หรือเวรก่อน ๆ เป็นการบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าการติดตามประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วย และจะเป็นการบันทึกพฤติกรรมทางร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ (สุชาดา รัชชกุล. 2528)

บันทึกทางการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะในการสังเกต ทักษะในการคิดและทักษะในการการเขียน พบว่า ปัญหาที่ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์ และไม่มีคุณภาพเพียงพอมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การที่พยาบาลมีเวลาจำกัดมีภาระงานต้องดูแลผู้ป่วยหลายคน พยาบาลขาดความตระหนักต่อคุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาล ขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก และอาจเนื่องจากคิดว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นความซับซ้อน และความยุ่งยาก (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524)

ดังนั้น เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นบันทึกที่มีประโยชน์ สื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน เป็นที่ยอมรับของบุคลากรในทีมสุขภาพ ส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาล คุณภาพโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ใช้บริการ จึงได้มีความพยายามของกลุ่มพยาบาลที่จะพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลมาเป็นลำดับ ทั้งในด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาล การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลจากเดิมที่ส่วนใหญ่เป็นการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting) ซึ่งพยาบาลจะคุ้นเคยโดยเขียนบรรยายหรือเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้น ปัจจุบันระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้มีหลายรูปแบบ เช่น ระบบบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem Oriented Charting) ซึ่งมีรูปแบบการบันทึกในรูปของ SOAP (Subjective Data, Objective Data, Assessment, Planning) รูปแบบการบันทึกนี้จะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) หรือรูปแบบอื่นอีกหลายรูปแบบซึ่งแต่ละรูปแบบมีลักษณะข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป การนำรูปแบบใดมาประยุกต์ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลลักษณะการทำงานของหน่วยงาน ความรู้และทักษะของพยาบาลรวมทั้งความพร้อมในการให้ความรู้แก่พยาบาลในการที่จะใช้รูปแบบที่แตกต่างจากเดิม

แบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นมาตรฐานการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลในองค์กร ดังนั้น ในการจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานของแบบบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึก (ไชแสงชวศิริ. 2537) การบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพจะช่วยส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์

ทราบข้อมูลและส่งผลให้การรักษามือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพ หายจากโรคตามระยะเวลาที่ควรจะเป็น และมีระยะ วันนอนโรงพยาบาลสั้น (Length of Stay)

พยาบาลในฐานะสมาชิกของทีมสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลรักษามือผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ พยาบาลจึงต้องใช้บันทึกทางการพยาบาลในการติดต่อสื่อสาร

โรงพยาบาลหัวเฉียวเป็นโรงพยาบาลไม่แสวงกำไร (Non - Profit) ขนาด 450 เตียง และเป็นโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง เปิดดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2522 กำลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยมีนโยบายที่จะพัฒนาระบบบริการ การรักษาไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ภายในปี พ.ศ. 2547 เมื่อพิจารณาข้อมูลในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 32,244.8 ราย/เดือน แผนกผู้ป่วยในอัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ 60.70 (แผนกวิเคราะห์ประมวลผล โรงพยาบาลหัวเฉียว, 2546) มีบุคลากรทั้งหมดของรัฐบาลและเอกชน มาศึกษาดูงาน และเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โรงพยาบาลหัวเฉียวมีความมุ่งมั่นในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานพัฒนาคน พัฒนาระบบงานมาโดยตลอด เพื่อเป็นการประกันคุณภาพสำหรับผู้ใช้บริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และจากการที่ในปัจจุบันผู้ใช้บริการตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยมีการร้องเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับบริการมากขึ้น อีกทั้งในส่วนของบริษัทประกันสุขภาพมีการตรวจสอบการรักษา เพื่อพิจารณาการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ดังนั้น การบันทึกต่าง ๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งและต้องมีรูปแบบที่เชื่อถือได้ มีความถูกต้องทางกฎหมาย และในส่วนของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียวมีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเช่นกัน ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และการประกันคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องมีการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมคุณภาพของการบริการครบวงจร ด้วยการกำหนดมาตรฐาน หรือตัวชี้วัดคุณภาพ การวัดประเมินค่าและการปรับปรุงการพยาบาล ซึ่งสิ่งสำคัญหนึ่งที่จะบ่งบอกถึงคุณภาพของพยาบาล คือ การบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลหรือผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหัวเฉียว มีการปรับปรุงโครงสร้างการบันทึกหลายครั้ง เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานโครงสร้างในการบันทึกยังไม่ชัดเจน และมีปัญหาของความหลากหลายในการบันทึก ทั้ง ๆ ที่ใช้แบบบันทึกเดียวกัน และจากการสุ่มศึกษาวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมดในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 26 ราย โดยใช้คู่มือการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว พบว่า ในส่วนของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีแบบบันทึกเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) เช่น แบบ

ประเมินอาการแรกรับ (Nursing Admission Data) และแบบแผนการจำหน่าย (Nursing Discharge Summary) มีการบันทึกก่อนข้างครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละ 70 และร้อยละ 40 ตามลำดับ ส่วนการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) และแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (Nurses' Note) พบว่า มีความถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 40 และร้อยละ 50 ตามลำดับ และมีปัญหาในด้านคุณภาพของการบันทึกหลายประการดังนี้ คือ

1. ด้านโครงสร้างของแบบบันทึก พบว่า

1.1 แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับไม่มีหัวข้อการวางแผนการจำหน่าย ไม่มีหัวข้อการรักษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการหายใจ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับใช้เป็นแบบบันทึกเดียวกันระหว่างผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่

1.2 แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล ไม่มีหัวข้อการวางแผนการพยาบาลแต่มีหัวข้อการปฏิบัติการพยาบาล ไม่มีหัวข้อการติดตามประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว ไม่มีช่องลงชื่อ วันที่ของวันสิ้นสุดปัญหาทางการพยาบาล ไม่มีหัวข้อเกณฑ์การประเมินผล

1.3 แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย มีโครงสร้างคล้ายแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นแต่วิธีการบันทึกต่างกันตรงที่แบบเดิมจะบันทึกข้อมูลทุกอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้ไม่สะดวกในการค้นหาข้อมูลสำคัญที่เป็นปัญหาทางการพยาบาล อีกทั้งขาดการประเมินซ้ำในปัญหาทางการพยาบาลที่ได้รับการรักษาพยาบาล ไม่มีการบันทึกที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

1.4 แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ไม่มีหัวข้อการวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยและภาษาที่ใช้เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

2. ด้านผลของการใช้แบบบันทึก พบว่า

2.1 การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่มีการลงชื่อผู้บันทึกบันทึกข้อมูลไม่สอดคล้องกัน เช่น ในหัวข้ออุณหภูมิผิว บันทึกว่าปกติแต่ในหัวข้อสัญญาณชีพเรื่องอุณหภูมิร่างกายบันทึกมีไข้ 38°C เป็นต้น

2.2 การบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย จะพบว่า มีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพียงปัญหาเดียวเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีการวางแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ขาดข้อมูลสนับสนุนและเกณฑ์การประเมินผล ไม่มีการนำข้อมูลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ห้องเอ็กซเรย์ หรือการตรวจอื่น ๆ ที่มีมาสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ไม่มีการบันทึกชื่อผู้บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ไม่มีการบันทึกวันสิ้นสุดของปัญหาตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการลงชื่อผู้บันทึก วันสิ้นสุดของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2.3 การบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (Nurses' Note) จะบันทึกซ้ำ ๆ กันในเรื่องสัญญาณชีพ การรับประทานอาหาร และการนอนหลับพักผ่อน ไม่มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย บางครั้งไม่เห็นสภาพผู้ป่วยตามความเป็นจริง ไม่มีการติดตามผลของการปฏิบัติการพยาบาลหรือการประเมินซ้ำ บันทึกไม่เชื่อมโยงต่อเนื่องกับปัญหาของผู้ป่วย บันทึกสภาพปัญหาด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีการบันทึกด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณตามหลักการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Approach) การบันทึกไม่ครบถ้วนตามรูปแบบของการบันทึกแบบ AIE (Assessment – Intervention – Evaluation)

2.4 การบันทึกในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยมีข้อมูลไม่สอดคล้องและไม่ครอบคลุมสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่จะบันทึกตาม ทฤษฎีของโรคหรือกลุ่มอาการโรคมกกว่าปัญหาจริงของผู้ป่วย

2.5 การลงลายมือชื่อผู้บันทึกส่วนใหญ่จะเป็นลายเซ็น ไม่สามารถอ่านได้ว่า ใครคือผู้บันทึกหรือบางครั้งไม่มีการลงชื่อผู้บันทึกในแต่ละแบบบันทึก

2.6 ลายมือที่บันทึก เขียนหวัด อ่านยาก

2.7 การบันทึกทางการพยาบาล มีการใช้กระบวนการพยาบาลไม่ครบถ้วนถูกต้องตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุปัญหา และความต้องการในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวรวมทั้งการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวที่เป็นพื้นที่วิจัย จำนวน 26 คน โดยใช้ข้อคำถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม การศึกษานำเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จิตรศิริ ชันเงิน. 2542) ซึ่งคำถามนำที่ใช้ในการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว ปัจจัยสนับสนุน/เอื้อ/ส่งเสริมในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล อุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งได้ผลของการศึกษาดังนี้

1. ความต้องการในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

1.1 ด้านภาษาที่ใช้ ต้องการภาษาไทยมากกว่าภาษาอังกฤษทั้งหมด ภาษาอังกฤษให้ใช้เฉพาะคำศัพท์เฉพาะ (Technical Term) เท่านั้น

1.2 โครงสร้างแบบบันทึก ต้องการทั้งแบบที่เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่างผสมกันในแต่ละแบบ

1.3 แบบบันทึกแต่ละแบบไม่ต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก และไม่ควรงิน 1 แผ่นหรือ

2 หน้ากระดาษ

1.4 ต้องการให้มีแบบบันทึกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

1.5 ควรมีคู่มือการบันทึกและตัวอย่างการบันทึก

1.6 ต้องการคู่มือหรือตัวอย่าง การวางแผนการพยาบาลตามกลุ่มอาการหรือตามกลุ่มโรคผู้ป่วย

1.7 แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับของผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ไม่ควรเป็นแบบเดียวกัน

1.8 ต้องการให้มีการตรวจสอบการบันทึกโดยผู้ที่มีความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล

1.9 ควรจัดให้มีการอบรมเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในการบันทึก

1.10 ควรมีอัตรากำลังที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยหรือภาระงานที่มีอยู่

1.11 ต้องการให้พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศการบันทึกทางการพยาบาล

2. สาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลไม่มีคุณภาพ

2.1 การที่ภาระงานมีความยุ่งยากและมีความเร่งด่วน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลที่มากเกินไป จำนวนผู้ป่วยและอัตรากำลังที่ไม่เหมาะสมในแต่ละเวร

2.2 ไม่มีผู้ตรวจสอบการบันทึกทำให้ไม่แน่ใจว่าบันทึกถูกต้องหรือไม่

2.3 ผู้บันทึกไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก

2.4 ผู้บันทึกขาดความมั่นใจในการบันทึก เนื่องจากขาดความรู้ความสามารถในการบันทึกและขาดความรู้เรื่องโรค

2.5 ไม่มีคู่มือการบันทึกที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น คู่มือการวางแผนการพยาบาลหรือตัวอย่างการบันทึกการวางแผนการพยาบาล เป็นต้น

2.6 แบบบันทึกแต่ละแบบใช้เวลาในการบันทึกมาก หรือมีมากกว่า 1 แผ่น ในแต่ละแบบบันทึก

2.7 แบบบันทึกไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จากสภาพเหตุการณ์ปัญหาและความต้องการในการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวดังกล่าวข้างต้น เป็นประเด็นที่ชี้ให้เห็นว่า การบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลหัวเฉียวยังไม่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพของการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติจริงอย่างชัดเจน เนื่องจากยังไม่มีแบบบันทึกและระบบการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล อีกทั้งยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล

จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งได้มาเยี่ยมชมสำรวจและให้คำปรึกษาผู้กร
รับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2547

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เป็นคณะกรรมการบริการพยาบาลหอผู้ป่วย
ใน และคณะกรรมการควบคุมมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาลฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
หัวเฉียวมีหน้าที่รับผิดชอบทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการกำกับดูแลนิเทศงานพยาบาล
และเจ้าหน้าที่อื่นของหอผู้ป่วยใน โดยต้องนำนโยบายของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลลงสู่
การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตามความมุ่งหมายของโรงพยาบาลหัวเฉียวและฝ่ายการพยาบาล
ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล และปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล
ของโรงพยาบาลหัวเฉียว จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อ
นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลของโรงพยาบาลหัวเฉียว และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อ
ผู้ให้บริการ ตลอดจนเป็นแนวทางของโรงพยาบาลอื่น ๆ ในการศึกษาข้อมูลไปพัฒนาต่อไป
อีกทั้งได้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลหัวเฉียวได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการศึกษา 2 ประการ ได้แก่

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบบันทึกเดิมและแบบบันทึกที่
พัฒนาขึ้น
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกเดิมและแบบบันทึกที่
พัฒนาขึ้น

1.3 คำถามวิจัย

1. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันหรือไม่
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิมและ
แบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันหรือไม่

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพสูงกว่าแบบเดิม
2. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบบันทึกเดิม

1.5 ขอบเขตของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในจำนวน 5 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยในชั้น 12 S ชั้น 14S ชั้น 15S ชั้น 18ES และชั้น 20 ES จำนวน 34 คน
2. เป็นการทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจำนวน 4 แบบ คือ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากแบบบันทึกทั้ง 4 แบบนี้เป็นแบบบันทึก ที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาลที่ชัดเจนที่สุด และครอบคลุมการบันทึกตามกรอบแนวคิดของกระบวนการ การพยาบาล
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 2 เดือน ในช่วงเดือนมกราคม ถึงมีนาคม พ.ศ. 2549
4. ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 3 ด้าน คือ ด้านความครอบคลุมของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ด้านความเชื่อมโยงของการใช้แบบบันทึกและด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และเปรียบเทียบความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึก 3 ด้าน คือ ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึกและด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เป็นพยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

1. ตัวแปรต้น (Independence Variable) คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจำนวน 4 แบบ ได้แก่

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง

แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล

แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย

แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในด้าน

ความครอบคลุมของการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล

ความเชื่อมโยงของการใช้แบบบันทึก

ความถูกต้องตามกฎหมาย

2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลในด้าน

2.2.1 การใช้เวลาในการบันทึก

2.2.2 ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก

2.2.3 ประโยชน์ต่อการพยาบาล

1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแบบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวจากแบบเดิมเป็นแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นรวมทั้งการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของพยาบาลในการบันทึก

โรงพยาบาลหัวเฉียว หมายถึง สถานพยาบาลที่ให้การตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยที่ไม่ต้องพักค้างคืนและผู้ป่วยที่ต้องพักค้างคืนในโรงพยาบาล และเป็นพื้นที่วิจัยในการทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล

หอผู้ป่วยใน หมายถึง หอผู้ป่วยโรงพยาบาลหัวเฉียวที่รับผู้ป่วย เพื่อรักษาค้างคืนในโรงพยาบาลยกเว้นหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ (ICU₁ & ICU₂) และหอผู้ป่วยหนักเด็ก (HRN)

หอผู้ป่วยในประเภทพิเศษ หมายถึง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวที่รับผู้ป่วย เพื่อรักษาค้างคืนในโรงพยาบาลประเภทห้องพิเศษเดี่ยว

หอผู้ป่วยในประเภทกึ่งพิเศษ หมายถึง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวที่รับผู้ป่วยเพื่อรักษาค้างคืนในโรงพยาบาล ประเภทห้องรวมที่มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 4 เตียงต่อ 1 ห้อง มีทั้งชนิดที่ใช้เครื่องปรับอากาศและชนิดที่ใช้พัดลม

หอผู้ป่วยในประเภทสามัญ หมายถึง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวที่รับผู้ป่วยเพื่อรักษา ค้างคืนในโรงพยาบาล ประเภทห้องรวมที่มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 6 เตียงต่อ 1 ห้อง ใช้เฉพาะพัฒม ภายในห้อง

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่มีใบประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว สำหรับการศึกษาคำนี้หมายถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานชั้น 12 S ชั้น 14 S ชั้น 15 S ชั้น 18ES และชั้น 20 ES โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป

ผู้บริหารทางการแพทย์ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลหัวเฉียว สำหรับการศึกษาคำนี้ หมายถึง พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในชั้น 12 S ชั้น 14 S ชั้น 15 S ชั้น 18ES และชั้น 20 ES

คณะกรรมการบริการพยาบาลหอผู้ป่วยใน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยใน จำนวน 9 คน

คณะกรรมการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพทางการแพทย์ หมายถึง คณะกรรมการที่ ประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 9 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในระดับอาวุโส และ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน ซึ่งมีหน้าที่ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและ ตัวชี้วัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียว

การบันทึกทางการแพทย์ (Nursing Records) หมายถึง การเขียนบรรยายข้อมูลของ ผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียวเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลของการ ปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล โดยบันทึกข้อมูลลงในแบบ บันทึกทางการแพทย์ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อเนื่องกันทุกวันและทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

แบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิม หมายถึง แบบบันทึกและวิธีการบันทึกของ โรงพยาบาลหัวเฉียวที่ใช้ก่อนการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Data) แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล (Nurses' Note) แบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลและแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Summary)

แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น หมายถึง แบบบันทึกและวิธีการบันทึกที่สร้างขึ้น ใหม่สำหรับโรงพยาบาลหัวเฉียวประกอบด้วยแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Data) แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) แบบบันทึก

ความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Nursing Progress Note) และแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning and Summary Record)

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Data) หมายถึง แบบบันทึกที่รวบรวมข้อมูลที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีการประเมินผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ความเชื่อ) ข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกาย การประเมินสภาพ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งการวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) หมายถึง แบบบันทึกการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการทางการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว

แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning and Summary Record) หมายถึง แบบบันทึกที่บันทึกการประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย ภาวะสุขภาพก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำ / การสอน / การฝึกปฏิบัติ / การประสานกับทีมสุขภาพและผลการปฏิบัติรวมทั้งการสรุปกรณีเสียชีวิต

แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Nursing Progress Note) หมายถึง แบบบันทึกที่บันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสำคัญที่ต้องการ ข้อมูลในการประเมินอาการผู้ป่วยในแต่ละวัน โดยที่ข้อมูลดังกล่าวไม่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นสภาพการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วย

ความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึก หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในทางบวกที่เกิดขึ้นจากการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในแบบบันทึก สามารถวัดเป็นคะแนนโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในด้านการใช้เวลาในการบันทึก ด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก และด้านประโยชน์ต่อการพยาบาล

คุณภาพของการบันทึก หมายถึง การบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีข้อมูลตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม การวินิจฉัยการพยาบาล / ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีมาตรฐานเดียวกันและเหมาะสม ในการกำหนดเป็นนโยบายของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาล โดยมีแบบบันทึกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
3. เป็นต้นแบบของการพัฒนาแบบบันทึกประเภทอื่น ๆ
4. มีการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีแบบบันทึกเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ
5. พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล อันนำไปสู่การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลหัวเฉียว
6. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีแบบบันทึกเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสอบและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล