



## การพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

### Quality Improvement of Nursing Document Audit in a Tertiary Hospital

โสภา	คำชัยลิก	พย.ม.*	Sopa	Kumchailuek	M.N.S.*
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล	พย.ด.**	Petsunee	Thungjaroenkul	Ph.D.**
ทรียาพรรณ	สุภามณี	พย.ด.***	Treeyaphan	Supamanee	Ph.D.***

#### บทคัดย่อ

บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงว่าพยาบาลได้ให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจบันทึกของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเชิงพัฒนานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึก ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ วิธีการดำเนินการศึกษาอาศัยกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ พีดีซีเอซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบและการดำเนินการปรับปรุง ตัวอย่างในการวิจัยนี้คือพยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจบันทึกทางการพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาได้แก่ แบบประเมินบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลนครพิงค์ และแนวคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคในการตรวจบันทึกทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การใช้วงจรพีดีซีเอในกระบวนการปรับปรุงการตรวจบันทึกทำให้ ผู้ตรวจสอบสามารถระบุสาเหตุที่ทำให้การตรวจบันทึกทางการพยาบาลไม่ตรงกันและเลือกวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือการตรวจบันทึกทางการพยาบาลและนำไปฝึกอบรมผู้ตรวจสอบในการใช้คู่มือนี้ หลังจากอบรมสองสัปดาห์ ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ตรวจสอบและพบว่ามีความสอดคล้องตรงกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.9 เป็นร้อยละ 100

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการปรับปรุงคุณภาพตามแนวคิดพีดีซีเอ สามารถนำมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการตรวจบันทึกทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี และพบอุปสรรคหลายประการที่มีผลต่อการตรวจบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้บริหารการพยาบาลควรหาแนวทางในการแก้ไขต่อไป

**คำสำคัญ :** การพัฒนาคุณภาพ การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

\* Professional Nurse, Nakorping Hospital, Chiang Mai

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Assistant professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



## Abstract

Nursing documentation is important to indicate that nurses meet the needs of the patient. Therefore, regular documentation audits are needed to make sure that the patients are receiving continuity of care and that nurses have fulfilled their duty of nursing care. The purpose of this developmental study was to improve the quality of nursing documentation audits in a tertiary hospital. The methodology of this study was guided by the PDCA improvement process which consists of four steps: plan; do; check and act. The population in this study were 8 nurses who were responsible for the auditing of nursing documents in the intensive care units. The research instruments included an interview guide and a Nakornping Hospital nursing documentation assessment form.

The results showed that using the PDCA cycle during the audit process improvement was helpful for auditors in identifying the causes of irrelevant judgments while performing the auditing task and in selecting appropriate actions to solve the problem. The researcher developed a nursing document audit handbook and trained the auditors to use this handbook. Two weeks after the training, a cross check of the auditors' judgments in scoring the quality of nursing documentation were done by the researcher and it was found that the relevant judgments between auditors increased from 81.9 percent to 100 percent.

This study revealed the PDCA quality improvement process is effective in improving the quality of nursing documentation audits and showed several obstacles on nursing documentation audits in Nakornping Hospital that challenge nursing administrators to develop strategies to overcome the obstacles.

**Key word:** Quality Improvement, Nursing Document Audit

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการทำให้เกิดคุณภาพบริการ เนื่องจากมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ในการปฏิบัติงานของพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2540) นอกจากนี้กิจกรรมทุกอย่างที่พยาบาลปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อใช้สื่อสารกับทีมพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เป็น

หลักฐานทางกฎหมาย ที่ยืนยันว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งเป็นหลักฐานสำคัญในกรณีที่ต้องมีการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลย้อนหลัง (Iyer & Camp, 1995)

บันทึกทางการพยาบาลคือเอกสารสำคัญที่แสดงถึงการที่พยาบาลได้มีการวางแผนการดูแลและปฏิบัติการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2542) บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพควรสะท้อนให้เห็นการทำงานตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งสามารถอธิบายให้เห็นความสอดคล้องระหว่างการ



ปฏิบัติการกิจกรรม การพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541; Iyer & Camp, 1995) นอกจากนี้ควรมีการบันทึกเป็นไปตามหลัก 4C ซึ่งประกอบด้วย ความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และการบันทึกให้ได้ใจความ (Concise) (กองการพยาบาล, 2539)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลในประเทศไทยพบว่าพยาบาลมีการเขียนไม่เหมือนกันในแต่ละเวร ไม่บันทึกตามเหตุการณ์จริง (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) บันทึกไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล และขาดความต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ (ศิริพร ชัมภลชิต, 2548; ฌินา แสงกิตติไพบูลย์, 2554) ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลตระหนักถึงปัญหาความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและองค์กร จึงได้มีการตรวจการบันทึกทางการพยาบาลเป็นประจำ เพื่อให้แน่ใจว่าพยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วนเป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจบันทึกหมายถึงการทบทวนหรือการประเมินความสมบูรณ์ในการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้ (Tugwell & Dok, 1985) ในประเทศไทยหลายองค์กรได้มีการวางแนวทางในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลไว้ อาทิเช่น สำนักงานพยาบาลได้จัดทำแบบตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในปี พ.ศ. 2540 และกำหนดให้มีการตรวจบันทึกทางการพยาบาลจากแบบฟอร์มทั้งหมด 8 แบบ ฟอร์มดังนี้ 1) ใบประเมินประวัติและสมรรถนะ 2) แบบฟอร์มปรอท 3) แบบบันทึก ทางการพยาบาล 4) คาร์เด็กซ์ 5) แบบบันทึกการให้ยา 6) แบบบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย 7) แบบบันทึกสัญญาณชีพ 8) แบบบันทึกสัญญาณชีพ ระบบประสาทและสมอง โดยประเมิน ความสมบูรณ์ของการบันทึกตามหลัก 4C รวมทั้งขอความร่วมมือให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำการตรวจบันทึกทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ส่วนสำนักงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้มีการประกาศในปี พ.ศ.2553 ระบุให้โรงพยาบาลที่ต้องการขอ

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต้องมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของเวชระเบียนผู้ป่วย โดยบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในเอกสารที่ต้องมีการตรวจสอบ โรงพยาบาลต่างๆ ได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการวางแนวทางการตรวจบันทึกทางการพยาบาล

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินคุณภาพการพยาบาลและเป็นหลักฐานสำคัญในการทำให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2542) ในการดำเนินการตรวจบันทึกทางการพยาบาลพบว่ามีปัญหาผู้ตรวจบันทึกทางการพยาบาล เช่นในรายงานของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (2548, 2552) ระบุว่าผู้ตรวจบันทึกทางการพยาบาลมีปัญหา การตีความหมายของข้อความ ในแบบตรวจสอบต่างกัน ให้คะแนนไม่ตรงกัน ทำให้ผลการประเมินที่ได้มีความแตกต่างกันมาก จากปัญหาดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามวงจรพีดีซีเอ ของเดมมิ่ง (Deming, 1968) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ การตรวจบันทึกทางการพยาบาล เนื่องจากกระบวนการพีดีซีเอมีจุดเด่นในการพัฒนางานในด้านการมี ส่วนร่วมในการระดมสมองร่วมกันของทีมงาน ทั้งทางด้านการวิเคราะห์ ปัญหา การวางแผนและการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหาร่วมกัน ทำให้เกิดความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการพัฒนางานอย่างมีคุณภาพ ผลที่ได้จากการศึกษานี้ทำให้การตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิต้องมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้นและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

#### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ



## กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วงจรพีดีซีเอของเดมมิ่งเป็นกรอบในการปรับปรุงการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิให้มีความถูกต้องมากขึ้นและได้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่จะนำไปสู่การแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) และการดำเนินการปรับปรุง (act)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (development study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคณาภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยมีระยะเวลาวิจัยตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2555 ถึงเดือน เมษายน 2557

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลจำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 8 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพิงค์ และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยอาการหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งถูกสุ่มเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็นบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 8 หอผู้ป่วย ที่มีจำนวนวันนอนอย่างน้อย 3 วัน รวมทั้งหมด 90 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการของโรงพยาบาลนครพิงค์
2. แนวคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

## วิธีการศึกษาและเก็บข้อมูล

โครงร่างการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ คณะผู้วิจัยได้มีการแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลแก่พยาบาลทั้ง 8 คน และขอความยินยอมในการ เข้าร่วมการศึกษา เมื่อได้รับการยินยอมโดยลงนามเข้าร่วมการศึกษาแล้วผู้วิจัยจึงเก็บ

รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาคณาภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยแยกเป็น 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ และขั้นตอนการดำเนินการปรับปรุงดังนี้

### 1. ขั้นตอนการวางแผน (plan) มีการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 8 คน ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินที่โรงพยาบาลนครพิงค์และให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย 10 ราย จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจประเมินและให้คะแนนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 80 ราย และนำผลคะแนนที่ได้จากผู้ตรวจสอบทั้ง 8 คน มาเปรียบเทียบกับคะแนนที่ผู้วิจัยตรวจสอบ

1.2 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเพื่อทำความเข้าใจปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของปัญหาในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยอาศัยแผนภูมิแกงปลาเป็นเครื่องมือช่วยในการพิจารณาถึงสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุด และกำหนดแนวทางรวมทั้ง ครอบคลุมในการพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.3 จัดทำคู่มือการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ครอบคลุมแนวทางและตัวอย่างการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุม และ ความสอดคล้องของเนื้อหาในคู่มือการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

### 2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (do) มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจบันทึกการพยาบาลทั้ง 8 คน เพื่อให้ความรู้ ทำความเข้าใจเกณฑ์การตรวจสอบและแนะนำการใช้คู่มือการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และทดลองทำการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 10 ฉบับ พิจารณาผลการประเมินร่วมกันและแก้ไขจนกระทั่งผู้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกคนให้คะแนนการประเมินสอดคล้องตรงกันร้อยละ 100



2.2 ผู้วิจัยติดตามและให้คำแนะนำการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการอบรม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (check) มีการดำเนินการโดยผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยคนละ 10 ฉบับ จากนั้นผู้วิจัยจะทำการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกฉบับอีกครั้ง

4. ขั้นตอนการดำเนินการปรับปรุง (act) ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการตรวจสอบมาแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพที่ตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 8 คนทราบและสัมภาษณ์เกี่ยวกับอุปสรรคในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการวิจัยครั้งนี้ใช้การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละและคะแนน ความถูกต้องในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ตรวจสอบแต่ละคนก่อน และหลังการพัฒนามาเปรียบเทียบกัน และหาค่าส่วนผู้ตรวจสอบที่มีคะแนนความถูกต้องในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้น ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล(ก่อนและหลังการพัฒนา)

การประเมิน	ความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล															
	คนที่ 1		คนที่ 2		คนที่ 3		คนที่ 4		คนที่ 5		คนที่ 6		คนที่ 7		คนที่ 8	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ผลการประเมิน	82.6	100	79.1	100	81.6	100	81.4	100	84.7	100	82.4	100	82.6	100	80.8	100

ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากการสนทนากลุ่มพบว่า หลายประเด็นปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังนี้

1. ไม่สามารถจัดสรรเวลาในการมาทำการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้ตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมักเป็นตัวแทนของแต่ละหอผู้ป่วยที่ถูกเลือกให้มาทำงานนี้ โดยถือว่าเป็นงานพิเศษเฉพาะกิจที่เพิ่มขึ้นจากงาน

จัดกลุ่มและสรุปเป็นประเด็นสำคัญ

#### ผลการศึกษา

พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50 รองลงมาคือช่วงอายุ 26-30 ปี 31-35 ปี 36-40 ปี และ 41-45 ปี ในสัดส่วนเท่า ๆ กัน (12.5%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75 ระดับปริญญาโทร้อยละ 25 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมากกว่า 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 75 รองลงมาคือ 1-3 ปี และ 4-6 ปี ร้อยละ 12.5 ทุกคนมีประสบการณ์ในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ การตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาก่อน

ผลการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนา มีความสอดคล้องตรงกันในการให้คะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 79.1 – 84.7 โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 81.9 ภายหลังจากพัฒนาพบว่ามี ความสอดคล้องตรงกันในการให้คะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ร้อยละ 100 (ตารางที่ 1) แสดงว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพในการวิจัยนี้ได้ผลเป็นอย่างดี

ประจำ ซึ่งผู้ตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกคนยังคงใช้เวลาส่วนใหญ่ใน การทำงานให้การดูแลผู้ป่วย และใช้เวลาในวันหยุดหรือช่วงพักจากงานประจำมาทำการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดังคำพูดที่ว่า “มีภาระงานมาก ผู้ป่วยหนักต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เสร็จงานก็เหนื่อยแล้ว ไม่ได้ทำเลยไม่มีเวลาตรวจสอบบันทึกอย่างละเอียดเท่าที่ทำได้”



2. ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการแพทย์บาลในด้านสถานที่ทำการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาลและขาดแรงจูงใจจากผู้บริหารในการทำงานตรวจบันทึกทางการแพทย์บาล ดังคำพูดที่ว่า “นโยบายการตรวจสอบเป็นของกลุ่มภารกิจทางการแพทย์บาล ทำตามหน้าที่ที่รับมอบหมาย ไม่ค่อยประสบผลสำเร็จเท่าไร ได้คะแนนแล้วส่งให้ฝ่ายตามเวลา ก็ไม่เห็นมีการเปลี่ยนแปลงอะไร ไม่มีผลได้ ผลเสียกับผู้ปฏิบัติ ไม่รู้ว่าจะทำไปเพื่อประโยชน์อะไร”

3. แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์บาลที่ยุ่ยยาก แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์บาลที่แต่ละโรงพยาบาลนำมาใช้มีความแตกต่างกัน สำหรับโรงพยาบาลนครพิงค์มีการสร้างแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์บาลตามกรอบของสำนักการพยาบาลจึงมีเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินบันทึกทางการแพทย์บาล 58 ข้อ ซึ่งมีจำนวนมากกว่าแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์บาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีจำนวน 11 ข้อ การที่แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์บาลมีจำนวนข้อที่มาก ทำให้ผู้ตรวจบันทึกมีความอ่อนล้าและไม่อยากที่จะทำการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาล ดังคำพูดที่ว่า “จำนวนข้อในการตรวจสอบมีตั้ง 58 ข้อ มากเกินไปรู้สึกเบื่อหน่าย ทำได้ 2-3 ข้อ ก็อยากจะหยุดแล้ว กว่าที่จะตรวจสอบเสร็จในแต่ละชาร์ทก็ต้องใช้เวลานาน”

4. ขาดการประเมินติดตามการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีนโยบายและมอบหมายให้มีผู้ตรวจบันทึกทางการแพทย์บาล แต่การขาดการประเมินติดตามทำให้ผู้ตรวจบันทึกไม่เห็นความสำคัญของงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์บาล ดังคำพูดที่ว่า “ผู้บริหารมีแต่บอกให้ทำ แต่ไม่ได้มาติดตามว่าทำหรือไม่พอทางฝ่ายอยากได้ข้อมูลก็เร่งให้ทำ ไม่เร่งเร้าก็ลืม คิดถึงงานมาได้ก็ทำ หรือพอว่าง ก็ทำ”

#### การอภิปรายผล

1. การพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ในการวิจัยนี้ได้นำแนวคิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

เนื่องตามวงจรพีดีซีเอของเดมมิงมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาล ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึก ทางทางการแพทย์บาลด้วยแนวคิดพีดีซีเอมีผลในการเพิ่มคุณภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ กล่าวคือ ในขั้นตอนการวางแผนซึ่งเป็นการค้นหา เน้นการมีส่วนร่วมของทีม โดยมีการระดมสมองทำให้ทีมมีความเข้าใจกระบวนการที่เป็นปัญหาในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์บาลที่ไม่น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543) กล่าวว่า การระดมสมองเป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้ในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด การระดมสมองเพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลารวดเร็ว โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายการพัฒนา ทำให้ทีมมีความตั้งใจในการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา เพื่อนำมาเลือกเพื่อให้การแก้ปัญหาตรงประเด็น โดยพบว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มีปัญหาการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์บาลที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์บาลและบันทึก ทางทางการแพทย์บาลได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์บาลอย่างละเอียด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหามาจาก 3 องค์ประกอบหลักคือผู้ประเมิน จากแบบฟอร์มการประเมินและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะมีการให้คะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์บาลที่แตกต่างกันที่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบ ไม่ได้รับการอบรมก่อนการตรวจสอบ ไม่มีแนวทางการตรวจสอบที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือในการตรวจสอบ

ในการศึกษานี้ได้เลือกที่จะแก้ปัญหาด้านผู้ประเมิน โดยเน้นไปที่การสร้างคู่มือการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาลเพื่อเป็นแหล่งความรู้และเป็นแนวทางในการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจบันทึก ทางทางการแพทย์บาลของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ อธิบายเนื้อหาสาระในคู่มือการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาลและแนวทางการตรวจบันทึกทางการแพทย์บาลให้เข้าใจและนำไปให้ผู้ตรวจ



สอบนำไปใช้ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการตรวจบันทึกทางการพยาบาลมีคะแนนโดยรวมเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 81.9 เป็นร้อยละ 100 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้เห็นว่าคู่มือการแนะนำการตรวจบันทึกทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของโรงพยาบาล มีความสำคัญในการชี้แนะให้พยาบาลผู้ตรวจสอบสามารถตรวจบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ พรชนก ชันชะรุ (2545) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประจำการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ และการศึกษาของ นันทนา สุวรรณมาใจ (2545) เรื่อง การสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล กุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การสร้างแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการเขียนบันทึก

## 2. ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจบันทึกทางการพยาบาล

ผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพภายหลังจากปฏิบัติการตรวจบันทึกทางการพยาบาลและได้สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการตรวจบันทึกทางการพยาบาล ได้ข้อมูลว่ายังมีปัญหาหลายประการที่ต้องมีการแก้ไขเพื่อให้การตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยปัญหาแรกคือผู้ตรวจบันทึกทางการพยาบาลไม่มีเวลาและขาดความทุ่มเทในการทำการตรวจบันทึก ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ตรวจสอบทุกคนต้องทำงานประจำในหอผู้ป่วยและงานการตรวจบันทึกเป็นงานบริหารที่นอกเหนือจากงานประจำที่ผู้ตรวจสอบจะต้องใช้เวลาในการทำงานมาทำจึงเป็นไปได้ที่เร่งรีบ ในการทำงานให้เสร็จ ไม่มีเวลาตรวจสอบบันทึกอย่างละเอียด สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิดสัน และ สมิท (Davison & Smith, 1993) และ คาร์เรน และคณะ (Karran, Ranaboldo, & Karran, 1993) ที่พบว่าปัญหาของผู้ตรวจคือไม่มีเวลาและไม่ใส่ใจ

ในการทำงาน นอกจากนี้ในการศึกษายังพบปัญหาที่ไม่มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วนในการตรวจบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งปัญหานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แชมเบอร์ และคณะ (Chambers, Bowyer, & Campbell, 1995) ที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นมีผลทำให้การตรวจบันทึกไม่มีคุณภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาในด้านความชำนาญของผู้ตรวจสอบ จากการศึกษาพบว่าผู้ตรวจสอบบันทึกหลายท่านได้กล่าวว่าการขาดความชำนาญทำให้การตรวจสอบบันทึกมีความล่าช้าและผิดพลาดได้โดยง่าย ซึ่งในการศึกษานี้เมื่อได้มีการให้ความรู้ในการตรวจประเมิน และทดลองทำการประเมินย้อนกลับ ทำให้การตรวจประเมินมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าจำนวนร้อยละของความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.9 เป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การที่ผู้ตรวจสอบขาดความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์กับการขาดโอกาสในการศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบ (Foster, Willmot, & Coles, 1996; Willmot, Foster, & Walshe, 1995) และจากการศึกษาของ วอลส์ชี (Walshe, 1995, as cited in Johnston et al., 2000) ที่พบว่า การที่ผู้ตรวจสอบไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอทำให้เกิดความรู้สึกว่างานที่ทำเหมือนกับเจ้าหน้าที่เสมียนและไม่มีคุณค่า

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลมีผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (กองการพยาบาล, 2542) ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดตารางเวลาในการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาล แต่ในการวิจัยนี้พบปัญหาว่าผู้บริหารระดับต่างๆ ขาดการนิเทศหรือติดตามผลการตรวจสอบทำให้ผู้ตรวจบันทึกทางการพยาบาลมีความเฉื่อยชาในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลจะมีประสิทธิภาพต้องอาศัยผู้นำที่สามารถวางแผน ควบคุม ติดตาม และตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการ สนับสนุนด้านเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอ ถ้าขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้การ



ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ไม่ประสบผลสำเร็จได้ (Johnston et al., 2000; Kerrison et al., 1993)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยนี้พบว่า การใช้วงจรพีซีเอในกระบวนการปรับปรุงการตรวจบันทึกทำให้ผู้ตรวจสอบสามารถระบุสาเหตุที่ทำให้การตรวจบันทึกทางการแพทย์ไม่ตรงกัน และเลือกวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหานอกจากนี้การจัดทำคู่มือการตรวจบันทึกทางการแพทย์ และการอบรมผู้ตรวจสอบโดยใช้เนื้อหาในคู่มือ ทำให้การตรวจบันทึกทางการแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากผลการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารพยาบาลในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. โรงพยาบาลที่มีปัญหาในการตรวจบันทึกทางการแพทย์ ควรใช้การระดมสมองและกระบวนการพัฒนาคุณภาพในการค้นหาปัญหา สาเหตุและวางแผนทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
2. ควรมีการจัดทำคู่มือการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้นำไปใช้
3. ควรมีการฝึกอบรมผู้ที่มีความสามารถในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อเป็น แกนนำในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งองค์กร
4. การไม่มีเวลาเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทำด้วยความเร่งรีบ ไม่น่าเชื่อถือ

ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรจัดตารางเวลาการทำงานที่เอื้อให้ผู้ตรวจบันทึกได้มีเวลาใน การทำงานนี้และจัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ผู้ตรวจบันทึกมีสมาธิในการทำงาน

5. การขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมินและขาดการนิเทศติดตามจากผู้บริหารเป็นอีกปัญหาที่พบในการตรวจบันทึกทางการแพทย์ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการฝึกอบรม ผู้ตรวจบันทึกอย่างต่อเนื่องเพื่อทำให้ผู้ตรวจบันทึกมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงานและตระหนักถึงคุณค่าของงานที่ทำอยู่ รวมทั้งควรต้องมีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง เพราะการนิเทศติดตามการทำงานจะทำให้ผู้นิเทศสามารถให้การช่วยเหลือสอนให้คำแนะนำวิธีการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ตรวจบันทึกได้ การนิเทศที่ถูกหลักการจะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศกับผู้ปฏิบัติงานได้ รวมทั้งช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะทำงานที่ทำบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงโรงพยาบาลอื่นๆ ดังนั้นควรนำแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในงานวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลอื่นๆต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาล. (2548). รายงานการประชุมคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล 2548. เชียงใหม่: โรงพยาบาลนครพิงค์.
- กลุ่มการพยาบาล. (2552). รายงานการประชุมคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล 2552. เชียงใหม่: โรงพยาบาลนครพิงค์.
- กองการพยาบาล. (2539). การควบคุมคุณภาพการพยาบาล เล่ม 5 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล. (2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณิภา แสงกิตติไพบูลย์. (2554). การศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์ ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล). บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.



- นันทนา สุวรรณมาโจ. (2545). *การสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรชนก ชันชะรุ. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับบันทึกการพยาบาล คุณภาพการบันทึกการพยาบาล ของพยาบาลประจำการ* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พาริดา อิบราฮิม. (บรรณาธิการ). (2541). *กระบวนการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร ชัมภลิต. (2548). *บันทึกทางการพยาบาล: ความสำคัญและปัญหา*. Retrieved from <http://www.nat.au.edu/record.ppt>
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2540). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2540). *การเขียนบันทึกทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: นิวเวฟพัฒนา.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2543). *เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล.
- Chambers, R., Bowyer, S., & Campbell, I. (1995). Audit activity and quality of completed audit projects in primary care in Staffordshire. *Quality in Health Care*, 4(3), 178-183.
- Davison, K., & Smith, L. (1993). Time spent by doctors on medical audit. *Psychiatric Bulletin*, 17, 418-419. doi:10.1192/pb.17.7.418
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Foster, J., Willmot, M., & Coles, J. (1996). *Evaluating audit: Nursing and therapy audit: An evaluation of twenty four projects and initiatives*. London: Caspe Research.
- Iyer, P. W., & Camp, N. H. (1995). *Nursing documentation: A nursing process approach (2<sup>nd</sup> ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Johnston, G., Crombie, I. K., Davies, H. T. O., Alder, E. M., & Millard, A. (2000). Reviewing audit: Barriers and facilitating factors for effective clinical-audit. *Quality in Health Care*, 9(1), 23-36.
- Karran, S. J., Ranaboldo, C. J., & Karran, A. (1993). Review of the perceptions of general surgical staff within the Wessex region of the status of quality assurance and surgical audit. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 75(Suppl. 4), 104-107.
- Kerrison, S., Packwood, T., & Buxton, M. (1993). *Medical audit*. Taking stock. London: King's Fund Centre.
- Tugwell, P., & Dok, C. (1985). Medical record review. In V. R. Neufeld & G. R. Norman (Eds.), *Assessing clinical competence* (pp. 142-182). New York: Springer.
- Willmot, M., Foster, J., & Walshe, K. (1995). *A review of audit activity in the nursing and therapy professions*. Findings of a national survey. London: Caspe Research.