

การศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี

The Study of the Problem of Nursing Documentation System in Lopburi Cancer Center

นางฉนิภา แสงกิตติไพฑูลย์* อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข**

(2) ดร. ปิยะนันต์ อิศสระวิทย์*** (3) รองศาสตราจารย์ไฉ่ กุศลวิศิษฐ์กุล****

บทคัดย่อ

มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ในด้านคุณภาพของการบันทึกประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์ และระบบการบันทึกทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 16 คน ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง และ (2) แบบบันทึกทางการแพทย์จำนวน 51 แฟ้ม ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ และ (2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประโยชน์ของระบบการบันทึกทางการแพทย์ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์แบ่งเป็น 2 ด้าน (1) ด้านคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์โดยรวมพบว่า ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก และ (2) ด้านประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3) ด้านระบบบันทึกทางการแพทย์ พบว่า แบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ไม่มีความสะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ใหม่ มีการบันทึกข้อมูลมากเกินไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมากและขาดความรู้และทักษะในการบันทึก

Abstract

The purpose of this research was to study the problems of the nursing documentation system at Lopburi Cancer Center regarding nursing documentation quality, the advantages of the nursing documentation system, and the nursing documentation system. The samples comprised 2 groups : (1) 16 professional nurses who worked in cancer wards were selected by purposive sampling, and (2) 51 nursing records were selected by systematic sampling. Research tools consisted of (1) a quality of nursing records audit and (2) the nurses' opinion on the advantages of nursing documentation system. Both tools were tested for validity and reliability. The reliability of the instruments were 0.93 and 0.91 respectively. Research data were analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation).

The research findings were as follows. (1) The mean scores of the nursing documentation quality which comprise three sections including nursing process completeness, charting accuracy, and continuity of charting were rated at low, very low, and low level respectively. (2) The nurses rated the advantage of the nursing documentation system at the moderate level. (3) There were problems in nursing documentation system comprising repetitious forms for charting, inconvenient data retrieval, redundant documentation, and its relating factors including massive tasks with insufficient knowledge and skills in charting.

Keywords: Problem of nursing documentation, Cancer patient, Lopburi Cancer Center

* มหบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตแผนกบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช e-mail address nipa7617988@yahoo.co.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช e-mail address areecheeva@gmail.com

*** อาจารย์ประจำสาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีจังหวัดลพบุรี

e-mail address piyanan13@hotmail.com

**** อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล e-mail address wilai Kusol@gmail.com

บทนำ

การบันทึกทางการแพทย์เป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับพยาบาล เป็นสิ่งที่แสดงเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ถ้ามีการบันทึกทางการแพทย์ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ย่อมเป็นการประกันได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพราะบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทุกคนได้รับข้อมูลของผู้ป่วยชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2524; สุริย์ ธรรมิกบวร 2540) การบันทึกทางการแพทย์ยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย รวมทั้งการนำมาใช้กำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการแพทย์ การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล การสอนการวิจัย และเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ (ประคิน สุจฉายา และคณะ 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่ามีปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์สามารถสรุปได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ คือ ระบบการบันทึกและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก (อารี ชิวเกษมสุข 2548) โดยในแต่ละประเทศพบปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์ด้วยกระดาษคือ ลายมืออ่านยาก สืบค้นข้อมูลได้ยาก เรียกคืนข้อมูลที่หายไปไม่ได้ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้พร้อมกับผู้อื่น ตรวจสอบไม่ได้หากมีการแก้ไขเอกสารหรือมีผู้ที่ไม่มีสิทธิเข้ามาดูเอกสารและยังป้องกันการเข้าถึงเอกสารของผู้ที่ไม่มีสิทธิไม่ได้ (Iyer, 2006) ข้อมูลที่บันทึกยังไม่ครบถ้วนประกอบกับการเขียนที่ไม่เรียบร้อยและลายมือที่อ่านยากทำให้ข้อมูลที่สำคัญถูกมองข้ามไปอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลได้ (Theda, 2010) อีกทั้งการขาดความเชื่อมโยงในการบันทึกของพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้ข้อมูลในบันทึกของพยาบาลไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพมักไม่ค่อยเชื่อถือข้อมูลในบันทึกของพยาบาลเพราะการบันทึกที่ไม่เป็นระบบเดียวกันและมีกะบันทึกแต่ผลการตรวจทางห้องทดลองหรือไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Hammomd, 2000) สำหรับในประเทศไทย ผลการวิจัยของ อุ่น คำเกิงธรรม (2547) พบว่า การบันทึกอาการและการแสดงทางด้านจิตใจ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลมีคุณภาพในการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ อารี ชิวเกษมสุข (2548) พบว่าระบบบันทึกทางการแพทย์ขาดความต่อเนื่อง บันทึกไม่สมบูรณ์ แบบฟอร์มไม่เหมาะสม ปัญหาเหล่านี้เป็นจุดอ่อนของระบบการบันทึกด้วยกระดาษที่ส่งผลเสียต่อคุณภาพการรักษายาบาล

สำหรับประเด็นปัญหาด้านอุปสรรคต่อการบันทึกทางการแพทย์ อารี ชิวเกษมสุข (2548) สรุปจากผลการวิจัยได้ 4 ประการ ดังนี้ ประการที่หนึ่ง ด้านภาระงานของพยาบาลพบว่าพยาบาลมีภาระงานมาก ยุ่งตลอดเวลา เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้งานพยาบาลมีความยุ่งยากและความเร่งด่วนของงานพยาบาล ต้องทำงานให้เสร็จทันกับเวลา ส่งผลให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล (Kurtz, 2002; ดวงเดือน ไชยน้อย 2543; จิตรศิริ ชันเงิน 2542) ประการที่สอง ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลพบว่า พยาบาลมีทักษะและความสามารถในการบันทึกไม่เพียงพอ (Cheevakasemsook 2005; จริดาภรณ์ ธนบัตรและ ยุพิน อังสุโรจน์ 2543) ประการที่สาม ด้านทัศนคติต่อการบันทึกทางการแพทย์ พบว่า พยาบาลขาดทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์ เห็นว่าการบันทึกทางการแพทย์เป็นงานที่ใช้เวลามาก และเสียเวลาในการเขียนข้อความที่ซ้ำซ้อน ทำให้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลน้อยลง (Cheevakasemsook, 2005; สุขวิภา ร่มโพธิ์ชีและคณะ 2546) และปัญหาประการสุดท้ายเกี่ยวกับการนิเทศการบันทึกพบว่า ระบบการนิเทศและการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ขาดประสิทธิภาพ (วิพร เสนารักษ์ 2549) จะเห็นว่า ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศมีมากมายหลายประการ ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ก็ประสบปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์เช่นกัน

ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี เป็นโรงพยาบาลขนาด 176 เตียง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคมะเร็งใน 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ การเจ็บป่วยด้วย

โรคมะเร็งถือเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตสำหรับผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในทุกด้าน นอกจากนี้ ปัญหาที่เกิดจากโรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน การดูแลรักษาจึงต้องการผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาวิชาซึ่งต้องทำงานเป็นทีม (สุมาลี นิมนานันต์ 2548) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการประสานการดูแลและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกทางการแพทย์จะเป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่สุดระหว่างทีมการพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี จังหวัดลพบุรี จึงให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการแพทย์และดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์และควบคุมคุณภาพการบันทึกอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ทั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาจะทำให้ได้ทราบปัญหาที่เป็นจริงเกี่ยวกับระบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี โดยสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และใช้สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพและเกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์ ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ด้านคุณภาพของการบันทึก ประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์และระบบการบันทึกทางการแพทย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 6 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญชาย 1 หอผู้ป่วยสามัญชาย 2 หอผู้ป่วยสามัญหญิง 1 หอผู้ป่วยสามัญหญิง 2 หอผู้ป่วยพิเศษ 1 และหอผู้ป่วยพิเศษ 2 ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี จำนวน 51 คน และแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน 6 แห่ง ที่กล่าวมา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยสามัญหญิง 2 หอผู้ป่วย ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 16 คน เนื่องจากการวิจัยนำร่องเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของศูนย์มะเร็งแห่งนี้ จึงเจาะจงเลือกหอผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน
2. แบบบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกบันทึกด้วยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 แฟ้ม ได้จากการคำนวณจากสูตรหาขนาดตัวอย่างเพื่อต้องการทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระ และสุ่มแฟ้มตัวอย่าง 51 แฟ้ม จาก 133 แฟ้มที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีการดำเนินการดังนี้

1. นำโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ก่อนดำเนินการวิจัย
2. มีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของกระบวนการวิจัยอย่างละเอียดว่า กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง และมีสิทธิขอในการปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ การป้องกันผลกระทบทางลบต่อกลุ่มตัวอย่าง ป้องกันโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ใช้การลงรหัสแทนชื่อ – สกุล ส่วนแบบบันทึกทางการแพทย์ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ไม่ระบุชื่อ – สกุลของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ได้แก่

1. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และคู่มือวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ดัดแปลงจากแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกทางการแพทย์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ของอารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook 2005) กำหนดเนื้อหาที่จะต้องตรวจสอบออกเป็น 3 ส่วน คือ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึกและความต่อเนื่องของการบันทึก ในส่วนของความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความถูกต้องตามหลักการบันทึกมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ถ้ามีบันทึกให้คะแนนเป็น 1 ถ้าไม่มีบันทึกให้คะแนนเป็น 0 ในส่วนของความต่อเนื่องของการบันทึก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนตามคู่มือการวิเคราะห์ นำคะแนนรวมที่ได้คิดเป็นค่าร้อยละและนำมาเทียบกับเกณฑ์เพื่อประเมินระดับคุณภาพเนื้อหา โดยกำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับคุณภาพเนื้อหาตามระดับร้อยละของการบันทึก ดังนี้ (ประคอง วรรณสุต 2542)

87.50 - 100.00	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
75.00 - 87.49	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี
62.50 - 74.99	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
50.00 - 62.49	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
00.00 - 49.99	ระดับคุณภาพของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ทางการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ 1 ท่าน แล้วคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ระหว่างคำถามกับตัวแปร (IOC) จากนั้นจึงนำมาพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษาและหาความเที่ยงโดยนำแบบตรวจสอบคุณภาพไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ตรวจสอบกับแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยเพิ่มเติมด้วยกัน จำนวน 10 แพ้้ม แล้วคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (Intra and Inter observer Reliability) ตามสูตรของสก็อต (Scott) เท่ากับ 0.93

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประโยชน์ของระบบการบันทึกทางการแพทย์ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามสร้างเป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ การแปลผลนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกันหาค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายดังนี้ (ประคอง วรรณสุต 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับของประโยชน์
4.50 - 5.00	มากที่สุด
3.50 - 4.49	มาก
2.50 - 3.49	ปานกลาง
1.50 - 2.49	น้อย
1.00 - 1.49	น้อยที่สุด

ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเช่นเดียวกับข้อ 1 และหาความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามแล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุมัติผู้อำนวยการ ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย
2. เรียนหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการวิชาการให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและรายละเอียดของการวิจัย
3. ชี้แจงหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและ วิธีการวิจัย
4. ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 51 แฟ้ม และแจกแบบสอบถามประโยชน์ของระบบบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อประโยชน์ของระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
5. ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากผลการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและจากแบบสอบถามประโยชน์ของระบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสรุปประเด็นปัญหาของระบบบันทึกทางการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน โดยค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 31 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 6 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลี่ย 5 ปี ได้รับการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาล ร้อยละ 68.75 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 75.00

2. ปัญหาของระบบบันทึกทางการพยาบาล ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี แบ่งเป็น 1) คุณภาพของการบันทึก 2) ประโยชน์ของระบบบันทึกทางการพยาบาล และ 3) ระบบบันทึกทางการพยาบาลจากการประชุมกลุ่มพยาบาล

2.1 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับ ต่ำ ต่ำมาก และต่ำ ตามลำดับ (ร้อยละ 76.47, 60.78 และ 62.75) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละและระดับของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

การตรวจสอบ/ระดับ	จำนวน (N=51)	ร้อยละ	ระดับ
ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล		54.83	ต่ำ
	39	76.47	ต่ำ
	8	15.69	ต่ำมาก
	4	07.84	ปานกลาง
ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก		42.97	ต่ำมาก
	20	39.22	ต่ำ
	31	60.78	ต่ำมาก
ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก		54.82	ต่ำ
	11	21.57	ปานกลาง
	32	62.75	ต่ำ
	8	15.69	ต่ำมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนของคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่คะแนนอยู่ในระดับต่ำมาก (ร้อยละ 16.99 - 31.37) ยกเว้นการสรุปการจำหน่ายและการประเมินภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.67 และ 81.56 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละและระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	ร้อยละ	ระดับ
1. การสรุปการจำหน่าย	86.67	ดี
2. การประเมินภาวะสุขภาพ	81.56	ดี
3. การวินิจฉัยการพยาบาล	31.37	ต่ำมาก
4. การประเมินผลการพยาบาล	30.06	ต่ำมาก
5. การวางแผนการพยาบาล	21.17	ต่ำมาก
6. การปฏิบัติการพยาบาล	16.99	ต่ำมาก
รวม	54.83	ต่ำ

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนของความถูกต้องตามหลักการบันทึก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก (ระหว่างร้อยละ 00.00 – 23.52) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละและระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก	ร้อยละ	ระดับ
1. มีบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน สีดำ บันทึกตามที่กำหนด	100.00	ดีมาก
2. มีบันทึกต่อเนื่องโดยไม่เว้นบรรทัดเพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง	100.00	ดีมาก
3. มีการบันทึกวัน เดือน ปี เวลา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามลำดับก่อน/หลังทุกครั้ง	96.07	ดีมาก
4. มีการบันทึกด้วยถ้อยคำบอกเล่าของผู้ป่วยทุกครั้งโดยไม่แปลความหมาย	68.62	ปานกลาง
5. มีบันทึกที่ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลหรือตามหน่วยงานกำหนด	64.70	ปานกลาง
6. มีบันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ใจความ	52.94	ต่ำ
7. มีการบันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาตามความเหมาะสมของสถานการณ์	23.52	ต่ำมาก
8. มีการลงชื่อและตำแหน่งของผู้บันทึกภายหลังการบันทึก	05.88	ต่ำมาก
9. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมิน	03.92	ต่ำมาก
10. มีบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล	00.00	ต่ำมาก
11. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้อง	00.00	ต่ำมาก
ตารางที่ 3 (ต่อ)		
กับปัญหาของผู้ป่วย		
12. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้อง	00.00	ต่ำมาก
กับปัญหาของผู้ป่วย		
รวม	42.97	ต่ำมาก

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำมาก (คิดเป็นร้อยละ 20.91 และ 4.57 ตามลำดับ) การวินิจฉัยการพยาบาลมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการประเมินภาวะสุขภาพการประเมินผลการพยาบาลมีคะแนนอยู่ในระดับดีมากและดีตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 20.91 และ 4.57 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละและระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก	ร้อยละ	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	92.81	ดีมาก
2. การประเมินผลการพยาบาล	82.67	ดี
3. การวินิจฉัยการพยาบาล	57.51	ปานกลาง
4. การปฏิบัติการพยาบาล	20.91	ต่ำมาก
5. การวางแผนการพยาบาล	04.57	ต่ำมาก
รวม	54.82	ต่ำ

2.2 ประโยชน์ของระบบบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนประโยชน์ของระบบบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นค่าเฉลี่ยของข้อที่เกี่ยวกับการบันทึกกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยได้ง่าย ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ง่ายและลงชื่อภายหลังการบันทึกได้โดยสะดวกมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81, 3.50$, และ 3.50 ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ 1) ประหยัดเวลาในการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการ ($\bar{X} = 2.75$) 2) บันทึกข้อมูลโดยมีข้อผิดพลาดน้อย 3) เข้าถึงข้อมูลได้พร้อมกับผู้อื่นโดยไม่ต้องรอกอย เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการในระยะไกลได้ง่าย และลดการบันทึกที่มีข้อมูลจำนวนมากลงได้ ($\bar{X} = 2.81$ เท่ากัน)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของ
พยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

ประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
1. ลงชื่อภายหลังการบันทึกได้โดยสะดวก	3.81	0.83	มาก
2. บันทึกกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยได้ง่าย	3.50	1.09	มาก
3. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ง่าย	3.50	0.96	มาก
4. สามารถแก้ไขข้อมูลที่บันทึกผิดพลาดได้ทันที	3.38	1.204	ปานกลาง
5. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลได้ง่าย	3.37	1.02	ปานกลาง
6. บันทึกโดยใช้คำศัพท์มาตรฐานที่เอื้อต่อความเข้าใจในทีมการพยาบาล	3.31	0.87	ปานกลาง
7. ตรวจสอบทุกแบบบันทึกได้ง่ายว่าใครเป็นผู้บันทึกข้อมูล	3.31	1.07	ปานกลาง
8. บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้ง่าย	3.25	1.06	ปานกลาง
9. ศึกษาข้อมูลคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้สะดวก	3.13	0.95	ปานกลาง
10. บันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานตามที่กำหนดจำหน่ายผู้ป่วย	3.13	0.88	ปานกลาง
11. จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจำนวนมากอย่างเป็นระบบ	3.06	0.92	ปานกลาง
12. สะดวกในการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการ	3.06	0.99	ปานกลาง
13. บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและเป็นไปในทางเดียวกัน	3.06	0.85	ปานกลาง
14. กำหนดแผนการพยาบาลได้ง่าย	3.06	0.92	ปานกลาง
15. สามารถป้องกันผู้อื่นแก้ไขข้อมูลที่บันทึกไว้ได้	3.06	0.99	ปานกลาง
16. ทบทวนประวัติเดิมของผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว ทำให้สามารถชักประวัติข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม	3.00	1.09	ปานกลาง
17. บันทึกข้อมูลที่อ่านง่ายกว่าการเขียนบันทึกด้วยมือ	3.00	1.09	ปานกลาง
18. บันทึกข้อมูลครั้งเดียวแต่เชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้	2.88	0.95	ปานกลาง
19. เข้าถึงข้อมูลได้พร้อมกับผู้อื่นโดยไม่ต้องรอคอย	2.81	0.75	ปานกลาง
20. เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการในระยะใกล้ได้ง่าย	2.81	0.91	ปานกลาง
21. ลดการบันทึกที่มีข้อมูลจำนวนมากลงได้	2.81	0.98	ปานกลาง
22. บันทึกข้อมูลโดยมีข้อผิดพลาดน้อย	2.75	0.68	ปานกลาง
23. ประหยัดเวลาในการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการ	2.69	0.94	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	3.11	0.70	ปานกลาง

2.3 ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากการประชุมกลุ่มพยาบาล 2 ครั้งๆละ 8 คน ในวันที่ 7 และ 8 ธันวาคม 2553 ได้ประเด็นปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการประชุมกลุ่มพยาบาลดังนี้

2.3.1 แบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ทำให้เพิ่มภาระงาน ดังข้อมูลสนับสนุนดังนี้

“มีใบประเมินและเอกสารอื่นๆเข้ามาให้ทำเยอะ ทำให้เขียนมากเกินไป” (พยาบาล ก)

“Discharge Plan มีหัวข้อแนะนำให้ความรู้ผู้ป่วยแล้ว แต่ต้องเขียนใน Nurses’ note ก่อน discharge อีก” (พยาบาล ข)

2.3.2 ความไม่สะดวกในการนำข้อมูลที่เคยบันทึกไว้แล้วมาใช้ใหม่ ดังข้อมูลสนับสนุนดังนี้

“การบันทึกด้วยมือ ไม่สามารถดึงข้อมูลเดิมมาใช้ได้ ต้องซักประวัติและบันทึกใหม่ทุกครั้ง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมา admit ทุก 2-3 สัปดาห์ ติดต่อกันประมาณ 6 ครั้ง การซักประวัติ ข้อมูลส่วนใหญ่จะคงเดิม หากสามารถใช้ข้อมูลเก่าได้จะช่วยลดเวลาการทำงานได้” (พยาบาล ง)

2.3.3 การบันทึกข้อมูลมากเกินไปหรือเกินความจำเป็น ดังข้อมูลสนับสนุนดังนี้

“การเขียน Nurses’ note มีการเขียนค่อนข้างมาก ทำให้เสียเวลา เช่น ปัจจุบันมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลค่อนข้างมาก จะเขียนแค่การประเมินผล ไม่ได้เขียนการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย” (พยาบาล ค)

2.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบ่งเป็น

1) ภาระงานที่มากของพยาบาล นับเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งของการบันทึกที่มีคุณภาพ ดังข้อมูลสนับสนุนดังนี้

“มีกิจกรรมที่ต้องทำให้ผู้ป่วยมากจนขาดการบันทึกใน Nurses’ note” (พยาบาล จ)

2) ขาดความรู้และทักษะในการเขียนบันทึก ดังข้อมูลสนับสนุนดังนี้

“ไม่มั่นใจการเขียน Nurses’ note ในปัจจุบันว่าจะเขียนแบบใด เพราะจากการฟังหลายๆคนที่ไปฟังบรรยายมา ก็ไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน เช่น คำว่าพร่องความรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติตัว หรือเตรียมความพร้อม ว่าเขียนได้หรือไม่” (พยาบาล ก)

“การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลไม่เข้าใจตรงกันเรื่องการตั้งปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น การส่งเสริมการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เปลี่ยนเป็น พร่องความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด” (พยาบาล ข)

การอภิปรายผล

1. คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับของคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลและความต่อเนื่องของการบันทึกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความถูกต้องตามหลักการบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก อธิบายได้ว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมยังอยู่ในระดับที่ยังไม่น่าพึงพอใจเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากระดับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกบางข้ออยู่ในระดับต่ำและต่ำมากเกือบทุกด้านทุกข้อ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พานทิพย์ รมโพธิ์ตาล (2551) เรื่อง การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก

และความต่อเนื่องของการบันทึกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ต่ำ และต่ำมากตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบบันทึกทางการพยาบาลไม่เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล โดยที่การบันทึกแบบ SOAPE ไม่มีแบบบันทึกเฉพาะสำหรับบันทึกข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาล พยาบาลต้องบันทึกวางแผนการพยาบาลโดยการเขียนบรรยาย ซึ่งต้องใช้เวลามากในการเขียนและต้องมีความรู้เพียงพอ ในขณะที่พยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้บันทึกไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร สอดคล้องกับคำกล่าวของอริ ชิวเกษมสุข (2548) ว่า ประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลมี 2 ประการ คือ 1) ปัญหาด้านระบบการบันทึก ได้แก่ วิธีการบันทึกและแบบฟอร์มที่ใช้บันทึก และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก ได้แก่ ภาระงานของพยาบาล ความรู้และทักษะของพยาบาล 2) ขาดแนวทางการบันทึก ทำให้บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องและครบถ้วน หากมีแนวทางการบันทึกทำให้มีโอกาสบันทึกได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ไชแสง โพธิโกสุม (2542) เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรม พบว่า การใช้คู่มือแนวทางการบันทึกการพยาบาลที่ประกอบด้วยแผนการดูแล แนวทางการบันทึกการพยาบาลและระบบการจัดการบันทึกการพยาบาลทำให้คุณภาพการบันทึกและคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังทำวิจัยสูงกว่าก่อนทำวิจัย

2. ประโยชน์ของระบบบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนประโยชน์ของระบบบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ 1) ประหยัดเวลาในการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการ 2) บันทึกข้อมูลโดยมีข้อผิดพลาดน้อย 3) เข้าถึงข้อมูลได้พร้อมกับผู้อื่นโดยไม่ต้องรอกอย เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการในระยะไกลได้ง่าย และลดการบันทึกที่มีข้อมูลจำนวนมากลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากระบบบันทึกที่ศูนย์มะเร็งไอช้อยู่ในปัจจุบัน คือ 1) บันทึกโดยการเขียนเป็นส่วนใหญ่ 2) แบบฟอร์มยังไม่เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล 3) ไม่มีแนวทางการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างเต็มที่เนื่องจากลายมืออ่านยาก สืบค้นข้อมูลได้ยาก เรียกคืนข้อมูลที่หายไปไม่ได้ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้พร้อมกับผู้อื่น (Iyer, 2006) ข้อมูลที่บันทึกยังไม่ครบถ้วน การเขียนที่ไม่เรียบร้อยและลายมือที่อ่านยากทำให้ข้อมูลที่สำคัญถูกมองข้ามไปส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลได้ (Theda, 2010) อีกทั้งการขาดความเชื่อมโยงในการบันทึกของพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้ข้อมูลในบันทึกของพยาบาลไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพมักไม่ค่อยเชื่อถือข้อมูลในบันทึกของพยาบาลเพราะการบันทึกที่ไม่เป็นระบบเดียวกันและมักจะบันทึกแค่ผลการตรวจทางห้องทดลองหรือไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Hammomd, 2000)

3. ระบบการบันทึก

จากการประชุมกลุ่มพบว่า ระบบการบันทึกมีประเด็นปัญหาดังนี้ 1) ระบบบันทึกที่ใช้อยู่แบบบันทึกมีความซ้ำซ้อนทำให้เพิ่มภาระงาน 2) ความไม่สะดวกในการนำข้อมูลที่เคยบันทึกไว้แล้วมาใช้ใหม่ 3) การบันทึกข้อมูลมากเกินไปหรือเกินความจำเป็น และ 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ภาระงานมากทำให้มีเวลาเขียนบันทึกน้อยและขาดความรู้และทักษะในการเขียนบันทึก ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบบันทึกที่ใช้อยู่มีข้อมูลหลายอย่างที่ควรบันทึกซ้ำกันหลายแบบฟอร์มเป็นการเพิ่มภาระงานจากการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทำให้งานของพยาบาลมีความยุ่งยากและความเร่งด่วน และต้องทำงานให้เสร็จทันกับเวลา ส่งผลให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล (Kurtz, 2002; ดวงเดือน ไชยน้อย 2544; จิตศิริ ชันเงิน 2542) ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลพบว่า พยาบาลมีทักษะและความสามารถในการบันทึกไม่เพียงพอ (Cheevakasemsook, 2005; จริดาภรณ์ ชนบัตร และ ยุพินอังสุโรจน์ 2543) ย่อมส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับต่ำมากและระดับต่ำทั้งด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึก แบบบันทึกมีความซ้ำซ้อน ความไม่สะดวกในการนำข้อมูลที่เคยบันทึกไว้แล้วมาใช้ใหม่ การบันทึกข้อมูลมากเกินไปหรือเกินความจำเป็นรวมทั้งมีการะงวนมากทำให้มีเวลาเขียนบันทึกน้อยและขาดความรู้และทักษะในการเขียนบันทึก ดังนั้นผู้บริหารจึงควรพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลในการบันทึกให้สามารถบันทึกมีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก และบันทึกอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก โดยเฉพาะข้อที่มีบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาล มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และมีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแก่พยาบาลผู้บันทึก รวมทั้งพัฒนาระบบการบันทึกที่เอื้อต่อการบันทึกอย่างถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทำให้มีมาตรฐานในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้นเพื่อส่งเสริมการบันทึกให้ถูกต้องมากขึ้น

1.3 จากผลการวิจัยพบว่า ประโยชน์ของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือ ส่วนใหญ่เป็นการบันทึกด้วยกระดาษและบันทึกด้วยคอมพิวเตอร์เพียงส่วนน้อย ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้บันทึก เช่น ให้ผู้บันทึกมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์

บรรณานุกรม

- ไชแสง โพธิโกสุม (2542) “การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรม”
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19,3 (กันยายน - ธันวาคม): 2-17
- จิราภรณ์ ธนบัตร และยุพิน อังสุโรจน์ (2543) “ผลการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล” วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 13,2: 47-56
- จิตรศิริ ชันเงิน (2542) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ดวงเดือน ไชยน้อย (2544) “การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประครอง วรรณสูตร (2542) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร เจริญผล
- ประคณ สุจฉายา และคณะ (2549) “บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิดวิธีบันทึก และ การใช้ประโยชน์” รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์และและกุลยา ดันดีผลาชีวะ (2524) การบันทึกทางการพยาบาล: อนุกรรมการบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิพร เสนารักษ์ (2549) การวินิจฉัยการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 9 ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- สุขวิภา ร่มโพธิ์และคณะ (2546) การพัฒนาระบบการบันทึกการพยาบาลเพื่อเตรียมรับการตรวจสอบคุณภาพ เอกสารรายงานประกอบการศึกษาวิชาสัมมนาการบริหารจัดการทางคลินิก หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุมาลี นิมนานิตย์ (2548) “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองแบบองค์รวม” ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เพื่อเฉลิมพระเกียรติ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมายุครบ 4 รอบ เรื่อง Advance Oncology Care for Nurses วันที่ 8-9 มิถุนายน 2548 ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ ศูนย์วิจัยศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หน้า 32-41
- สุรีย์ ธรรมิกบรร (2540) การบันทึกทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ประชุมช่าง
- อุจน์ คำเกียรติกมล (2547) “คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่” วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ 10,1 (มกราคม-ธันวาคม):8-16

-
- อาภรณ์ ทองทิพย์ (2550) “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการ
พยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- อารี ชิวเกษมสุข (2548) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” *วารสารคุณภาพการ
พยาบาล* 3, 2:3-15
- Cheevakasemsook, Aree (2005). “Facilitating Change: The development of An Effective Nursing
Documentation System In a Medical-Surgical Ward In Thailand.” A thesis Submitted Total
Fulfillment of The Requirements For the Degree of doctor of philosophy. Charles Strut
University. NSW Australia.
- Cole, S. (2007). *Nursing Care Planning Made Incredibly Easy*, USA:Lippincott Williams & Wilkins. E-book Online.
Retrieved May 13, 2011, from <http://books.google.com/books>
- Hammomd WE. (2000). Patient records: yesterday, today and tomorrow. *Proceedings of Nursing Informatics 2000*,
2000: 3-10.
- Kurtz, C.A. (2002). Accurate documentation equals quality patient care. Abstact Online. Retrived January
10, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11962063>.
- Patricia W. Iyer, Barbara J. Levin, Mary Ann Shea. (2006). *Medical legal aspects of medical record*.
USA:Lawyers & Judges Publishing Company, Inc. E-book Online. Retrived January
15, 2010, from <http://books.google.co.th/books>.
- Theda, Linda Q. (2010). *Informatics and Nursing Competencies and Applications (3rd ed)*. Philadelphia:
Lippincott Williams & Wilkins.