



การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกระเบียบผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์

ของ

सरस แก้วศรีทัศน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ  
สุขภาพ)

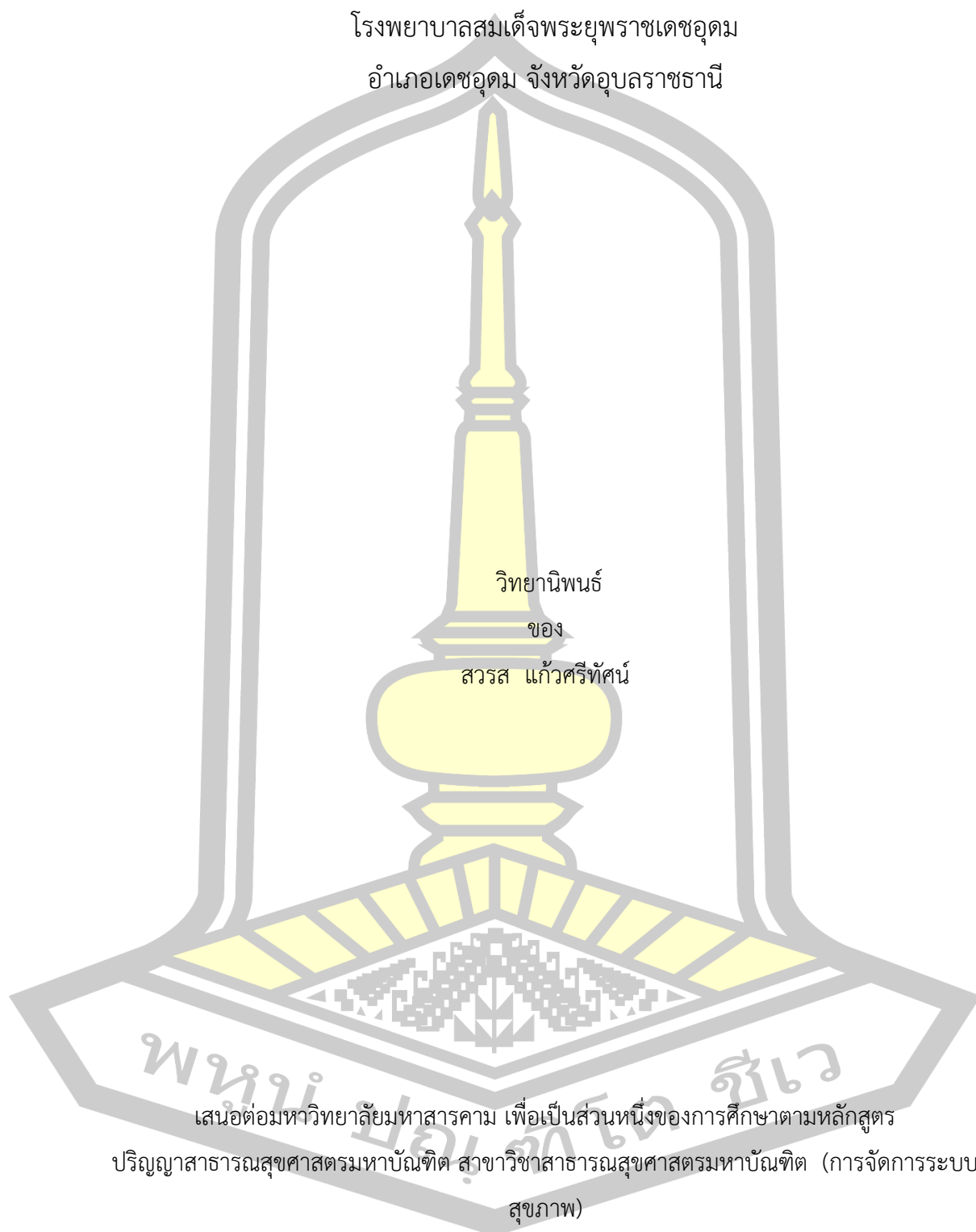
ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



วิทยานิพนธ์

ของ

สวารส แก้วศรีทัศน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

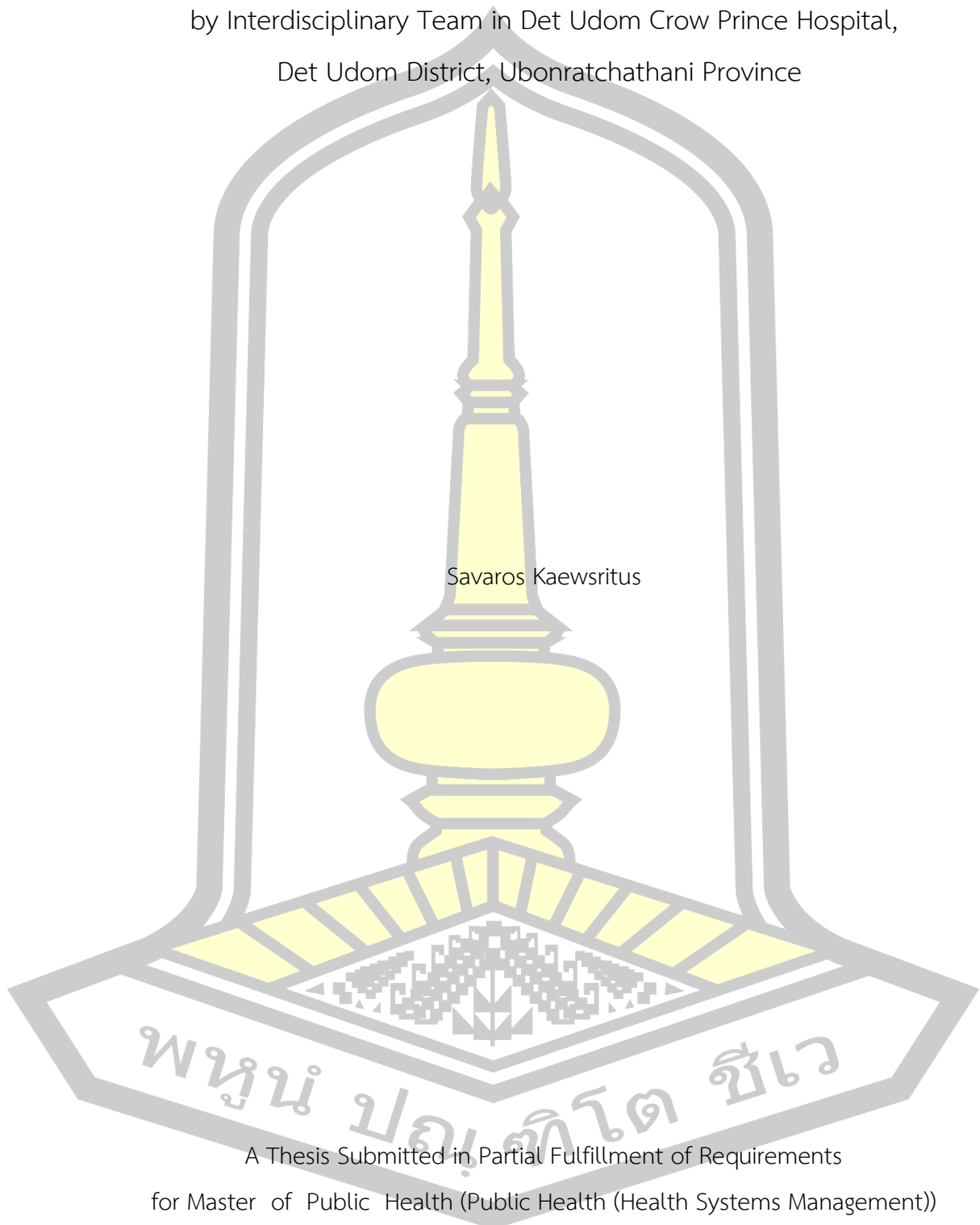
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ  
สุขภาพ)

ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Quality Improvement Model of In-Patient Medical Records  
by Interdisciplinary Team in Det Udom Crow Prince Hospital,  
Det Udom District, Ubonratchathani Province

Savaros Kaewsritus



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

October 2018

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสวรส แก้วศรีทัศน์  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทธา กลางคาร )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. อรุณ บุญสร้าง )

.....กรรมการ

(อ. ดร. กุ้เกียรติ ทุดปอ )

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ )

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ  
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....  
(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....  
(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

<b>ชื่อเรื่อง</b>	การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี		
<b>ผู้วิจัย</b>	สวรส แก้วศรีทัศน์		
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิรุวรรณ เทิรินทร์โบล อาจารย์ ดร. อรุณ บุญสร้าง		
<b>ปริญญา</b>	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	<b>สาขาวิชา</b>	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
<b>มหาวิทยาลัย</b>	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<b>ปีการศึกษา</b>	2561

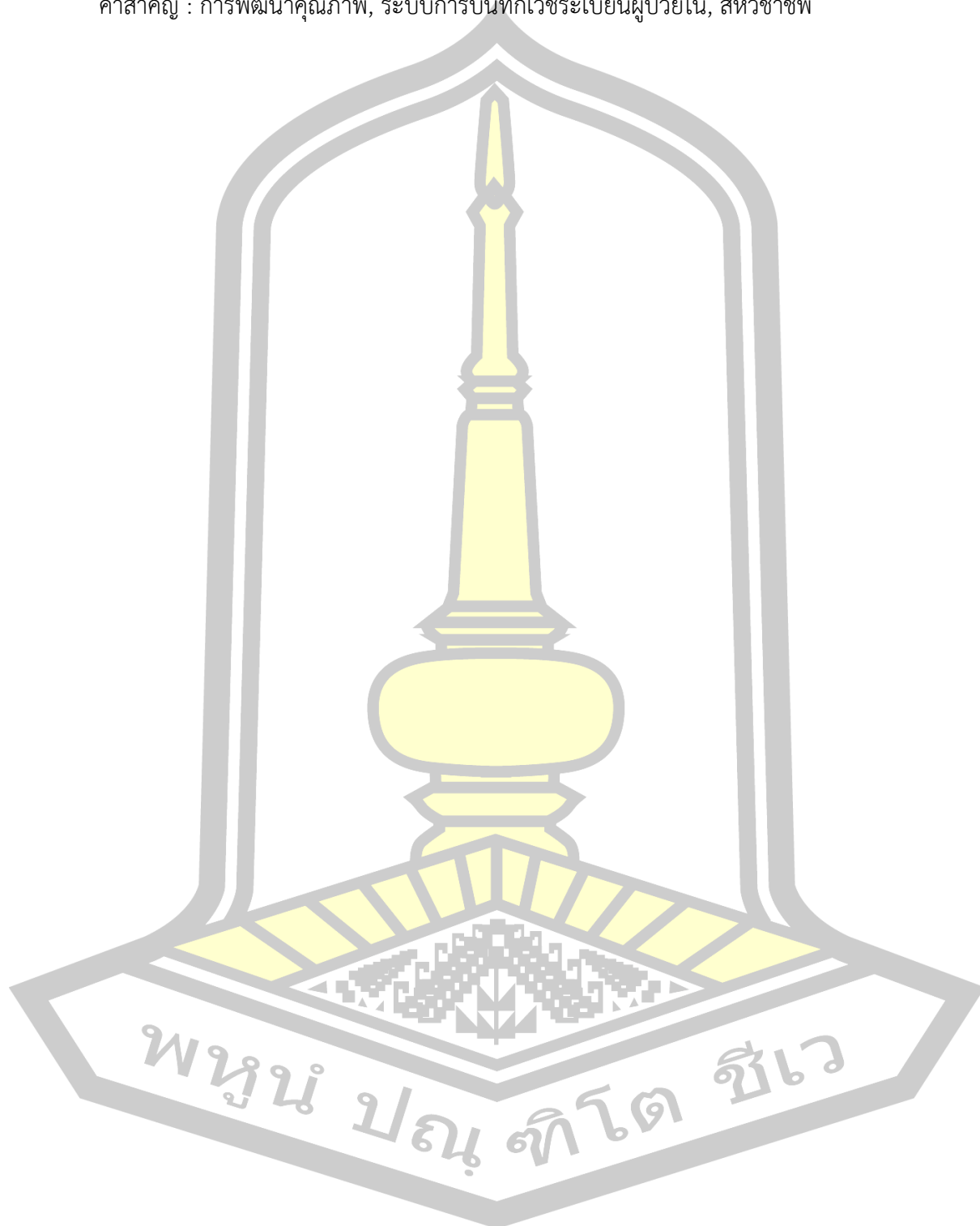
### บทคัดย่อ

การวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2561 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 104 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม, แบบบันทึกการประชุม, แบบสนทนากลุ่ม, แบบสังเกต, แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบวิเคราะห์ศักยภาพองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired simple t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา 2) แต่งตั้งคณะทำงาน 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 5) ประเมินผลการพัฒนา และ 6) คั้นข้อมูลและถอดบทเรียนหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และพฤติกรรมในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการดำเนินการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จครั้งนี้ เกิดจากการร่วมกันทำงาน การสร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบพี่สอนน้อง มีการสนับสนุนของผู้บริหารโดยกำหนดนโยบายคุณภาพในการทำงาน และการนิเทศ ติดตาม ให้กำลังใจอยู่เสมอ

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ, ระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, สหวิชาชีพ



<b>TITLE</b>	Quality Improvement Model of In-Patient Medical Records by Interdisciplinary Team in Det Udom Crow Prince Hospital, Det Udom District, Ubonratchathani Province		
<b>AUTHOR</b>	Savaros Kaewsritus		
<b>ADVISORS</b>	Assistant Professor Niruwan Turnbull , Ph.D. Arun Boonsang , Dr.P.H.		
<b>DEGREE</b>	Master of Public Health	<b>MAJOR</b>	Public Health (Health Systems Management)
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2018

#### ABSTRACT

This action research explored for the quality improvement of in-patient medical records by interdisciplinary team in Det Udom crown prince hospital, Det Udom district, Ubonratchatani province. The research was conducted between March 2018 to July 2018. The sample consisted of 104 workers were involved the recording of In-patient medical records using multi-stage random sampling. The data collected was both quantitatively and qualitatively. Using the questionnaires, conference record, group discussion, observation record, in-depth interviews and SWOT analysis record. The analysis of quantitative data using descriptive statistic such as frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistic as paired simple t-test. The analysis of qualitatively data using content analysis.

The research found that the development process has 6 stages: 1) Problem analysis 2) Appointment of the working group 3) Plan to action 4) Implementation of the action plan 5) Evaluate the development and 6) Reflecting and lessons to find success factors. That the development process causes the quality of in-patient medical records and the practices in recording of interdisciplinary team were high after the development of program satisfaction increased significantly ( $p\text{-value} < 0.05$ ).

According to the conclusion of the key succeeded factors of connecting each other's in the workplace as family, executive support, clearly policies and supervision system.

Keyword : Quality improvement, In-patient medical records system, Interdisciplinary team





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือ อย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.อรุณ บุญสร้าง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.ภูเกียรติ ทุดปอ กรรมการสอบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ กรรมการสอบผู้ทรงคุณวุฒิ

ขอขอบพระคุณ ดร.มณฑิชา รักศิลป์ พญ.ดารณี คู่สกุลนิรันดร์ อาจารย์ศศิธร ชำนาญผล อาจารย์พัชราภรณ์ ศิริคุณ อาจารย์ยุพิน ชัยเวชสกุล ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถาม ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ชัยวิรัตน์นะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่ให้การสนับสนุนและให้ความอนุเคราะห์ใช้พื้นที่ในการดำเนินการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ กราบขอบพระคุณ คุณพ่อเจตนา แก้วศรีทัศน์ คุณแม่นิตยา แก้วศรีทัศน์ นายพิทักษ์ชัย จิตรมัน และรุ่นพี่เวชสถิติทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และเป็นกำลังใจสำคัญให้ผู้วิจัยมาโดยตลอด

สวรรส แก้วศรีทัศน์

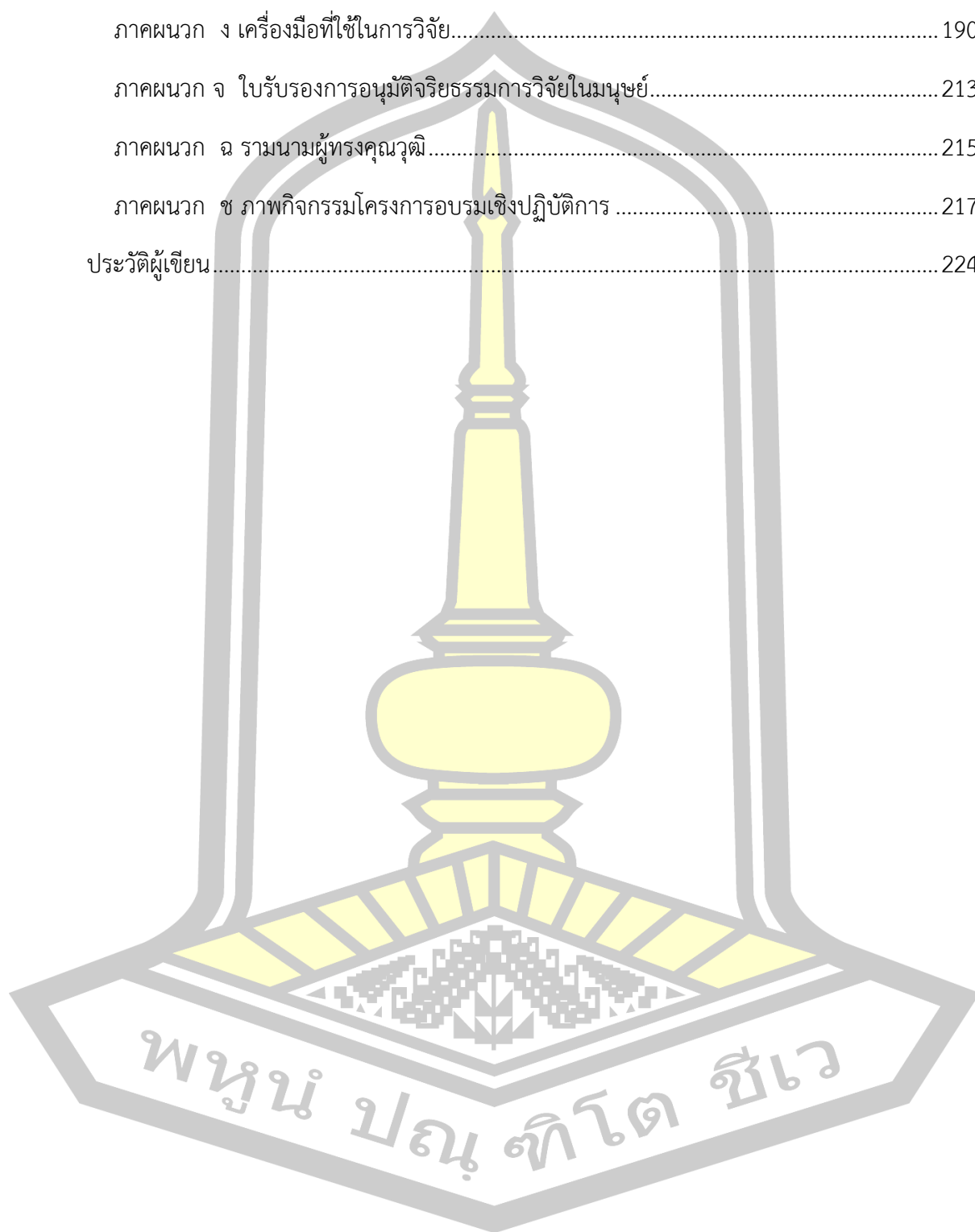
พูน ปณ ทิโต ชีเว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามของการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	7
2.1 แนวคิดเวชระเบียนผู้ป่วยใน.....	7
2.3 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA).....	36
2.4 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ.....	46
2.5 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis).....	53
2.6 ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ.....	60
2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	67
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	73
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	78

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	79
3.1 รูปแบบการวิจัย .....	79
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	80
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	84
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย .....	85
3.6 ขั้นตอนในการวิจัย .....	86
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	90
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	91
3.9 จริยธรรมในการวิจัย.....	91
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	93
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	152
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	152
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	157
5.3 ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์ .....	160
บรรณานุกรม.....	161
ภาคผนวก.....	166
ภาคผนวก ก คู่มือแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดช อุดม อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี.....	167
ภาคผนวก ข ใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดง หลวง จังหวัดอุบลราชธานี .....	172

ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติการ (Action Plan).....	184
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	190
ภาคผนวก จ ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	213
ภาคผนวก ฉ รามนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	215
ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ .....	217
ประวัติผู้เขียน.....	224



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 เปรียบเทียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละชั้น .....	38
ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (186).....	81
ตาราง 3 เกณฑ์คะแนนทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน .....	83
ตาราง 4 จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม .....	95
ตาราง 5 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 (n = 40).....	99
ตาราง 6 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายชื่อ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 (n = 40).....	101
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 104) .....	103
ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ของความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ จำแนกตามรายชื่อ (n = 100).....	105
ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ ของความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของนักกายภาพบำบัด จำแนกตามรายชื่อ (n = 4).....	108
ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ จำแนกตามรายชื่อ (n = 104).....	109
ตาราง 11 จำนวน และร้อยละ การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของวิชาชีพแพทย์ จำแนกตามรายชื่อ (n=15).....	112
ตาราง 12 จำนวน และร้อยละ การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของวิชาชีพพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ (n = 82) .....	113
ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด จำแนกตามรายชื่อ (n = 4).....	114
ตาราง 14 การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis) ของทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม .....	117

ตาราง 15	สรุปการวิเคราะห์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พร้อมข้อเสนอแนะและการปรับปรุง	123
ตาราง 16	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนและหลัง การดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)	129
ตาราง 17	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกสรุป การรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ก่อน และหลังการดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)	131
ตาราง 18	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกสรุป การรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)	132
ตาราง 19	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก การรับทราบและยินยอมการรักษาหรือทำหัตถการ ก่อนและหลังการดำเนินการ พัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)	133
ตาราง 20	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก การซักประวัติโดยแพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชเดชอุดม (n = 40)	134
ตาราง 21	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก การตรวจร่างกายโดยแพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชเดชอุดม (n = 40)	135
ตาราง 22	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก ความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา ก่อนและหลัง การดำเนินการ พัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)	136
ตาราง 23	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก ทางวิสัญญีวิทยา ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)	137
ตาราง 24	เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก การทำหัตถการ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)	138

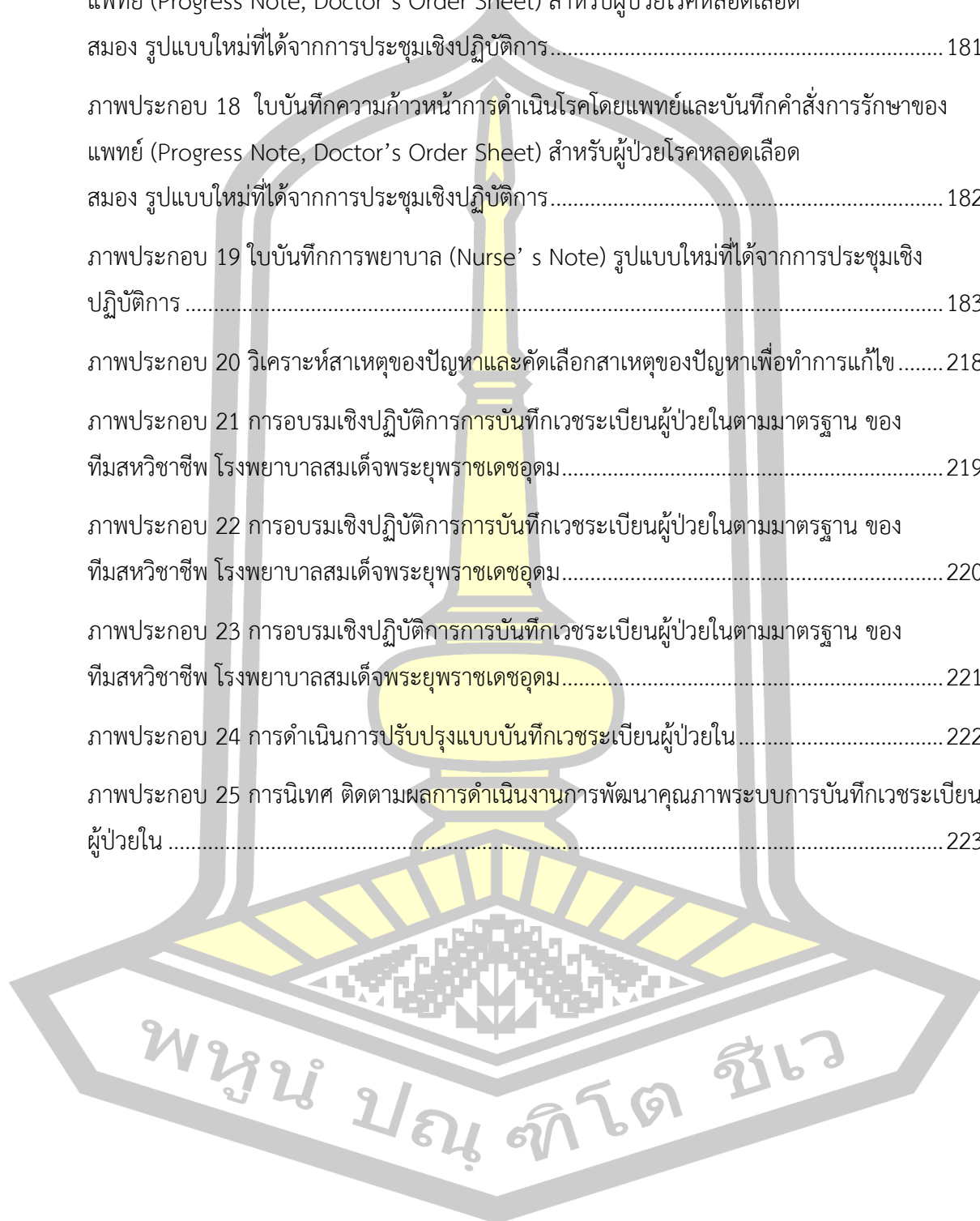
ตาราง 25 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40).....	139
ตาราง 26 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40).....	140
ตาราง 27 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกทางการแพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40) .....	141
ตาราง 28 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 100) .....	142
ตาราง 29 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของวิชาชีพนักกายภาพบำบัด ก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 4) .....	142
ตาราง 30 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสห.....	143
ตาราง 31 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของวิชาชีพแพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา (n = 15).....	143
ตาราง 32 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา (n = 82) .....	144
ตาราง 33 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของนักกายภาพบำบัด ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา (n = 4) .....	144

## สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 พื้นที่การพัฒนา 4 วงเพื่อความครอบคลุม .....	40
ภาพประกอบ 2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA.....	41
ภาพประกอบ 3 การจัดการคุณภาพโดยการหมุนงล้อ PDCA .....	48
ภาพประกอบ 4 รูปแบบ SWOT ของ เคนเนท แอนดริวส์.....	56
ภาพประกอบ 5 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวความคิดของ Kemmis & McTaggart ....	70
ภาพประกอบ 6 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer .....	70
ภาพประกอบ 7 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick	71
ภาพประกอบ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	78
ภาพประกอบ 9 ผังการไหลเวียนกระบวนการให้บริการผู้ป่วยใน และการไหลเวียนเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม .....	98
ภาพประกอบ 10 สรุปรูปแบบขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสห วิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม .....	151
ภาพประกอบ 11 ใบบันทึกสรุปรักษาอาการก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary).....	174
ภาพประกอบ 12 ใบบันทึกรับไว้นอนโรงพยาบาล (Admission Note) รูปแบบเดิม .....	175
ภาพประกอบ 13 ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของ แพทย์ (Progress Note, Doctor's Order Sheet) รูปแบบเดิม.....	176
ภาพประกอบ 14 ใบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) รูปแบบเดิม .....	177
ภาพประกอบ 15 ใบบันทึกสรุปรักษาอาการก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) รูปแบบใหม่ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ .....	179
ภาพประกอบ 16 ใบบันทึกรับไว้นอนโรงพยาบาล (Admission Note) รูปแบบใหม่ที่ได้จากการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	180



ภาพประกอบ 17 ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress Note, Doctor’s Order Sheet) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบใหม่ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	181
ภาพประกอบ 18 ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress Note, Doctor’s Order Sheet) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบใหม่ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	182
ภาพประกอบ 19 ใบบันทึกการพยาบาล (Nurse’s Note) รูปแบบใหม่ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ .....	183
ภาพประกอบ 20 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและคัดเลือกสาเหตุของปัญหาเพื่อทำการแก้ไข .....	218
ภาพประกอบ 21 การอบรมเชิงปฏิบัติการการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.....	219
ภาพประกอบ 22 การอบรมเชิงปฏิบัติการการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.....	220
ภาพประกอบ 23 การอบรมเชิงปฏิบัติการการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.....	221
ภาพประกอบ 24 การดำเนินการปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน.....	222
ภาพประกอบ 25 การนิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน .....	223



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ภูมิหลัง

งานเวชระเบียนถือเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข มีวิวัฒนาการควบคู่ไปกับการแพทย์ตั้งแต่อดีตกาล การบันทึกเวชระเบียนมีวิวัฒนาการมาเรื่อยๆ จนในศตวรรษที่ 16 อันเป็นยุคฟื้นฟูวิทยาการ มีผู้เห็นความสำคัญของเวชระเบียนมากขึ้น การเขียนรายงานการแพทย์ก็คงดำเนินการต่อไปเป็นอย่างดีในศตวรรษที่ 17 จะเห็นได้จากการเขียนรายงานของ Dr. William Harvey ของโรงพยาบาล St. Bartholomew ได้กล่าวถึงความรับผิดชอบของแพทย์ พยาบาล และทุกคนที่มีต่อผู้ป่วยทุกๆ คน ศตวรรษที่ 18 ได้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยและได้เริ่มทำดัชนีผู้ป่วย แต่ไม่ได้ทำในรูปแบบของบัตร (Card) ต่อมาในศตวรรษที่ 19 เริ่มมีบัตรประจำตัวผู้ป่วย โดยใช้มือเขียน ซึ่งมี Mrs. Grace Whiting Myers เป็นประธานคนแรกของสมาคมของเวชระเบียนของอเมริกาเหนือ และในศตวรรษที่ 20 ได้มีการประชุมตั้งมาตรฐานเวชระเบียนให้เป็นแบบฉบับเดียวกัน และได้กำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลว่า “โรงพยาบาลใดที่ได้มาตรฐาน ต้องมีระบบเวชระเบียนที่ดี” (นพมาศ เครือสุวรรณ, 2559 อ้างอิงจาก Grace Myers, 1920)

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2500 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของงานเวชระเบียน จึงได้จัดทำระบบเวชระเบียนตามหลักสากลขึ้น เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และจัดทำเป็นสถิติทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ ในปี พ.ศ. 2504 ด้วยความร่วมมือในการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก ทำให้เกิดชื่อหน่วยงานขึ้น ชื่อ “หน่วยกลางรายงานสถิติ” (ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น แผนกเวชระเบียนและสถิติ) ในโรงพยาบาลศิริราช โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อจัดทำเวชระเบียน ให้เป็นไปตามหลักสากล (สมพร เอกรัตน์, 2537)

ตามที่สถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล กำหนดให้มีมาตรฐานการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน โดยมีวัตถุประสงค์มาตรฐานของการบันทึก การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การมีข้อมูลและรายละเอียดในการบันทึกที่เพียงพอสำหรับการสื่อสารความต่อเนื่องของการรักษาและการประเมินคุณภาพ และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษา กำหนดให้มีการประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยถือว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน เป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (สถาบันรับรอง

คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2546) เพราะเวชระเบียน คือเอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย ตลอดจนกระบวนการในการรักษาพยาบาลซึ่งข้อมูลนั้นๆ ควรจะประกอบไปด้วย ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งความคิดเห็น การค้นหาโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557 อ้างอิงจาก แสงเทียน อยู่เถา, 2551)

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพนั้น สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ และสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการทบทวนทั้งในด้านกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่สะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียงจากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม รายงานว่ามีผู้รับบริการผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560 จำนวน 26,375 visit อัตราครองเตียง ร้อยละ 94.35 และมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.98 มีแพทย์จำนวน 26 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 148 คน จากการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน External Audit ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 65.33 ปี พ.ศ. 2559 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 84.24 ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม, 2559) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในบางส่วนยังคงต้องพัฒนา เช่น ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note and Doctor's Order Sheet) ร้อยละ 50.83, ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record) ร้อยละ 66.67, และใบบันทึกทางพยาบาล (Nurses' Note) ร้อยละ 69.44 ซึ่งเอกสารที่กล่าวมา ล้วนแต่เป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารดังกล่าวยังมีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพเวชระเบียนและมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) และต่ำกว่าตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 85 (งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม, 2559) โดยผลการตรวจสอบดังกล่าวนี้มีผลกระทบต่อระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล,

2545) เนื่องจากการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA เป็นกลไกหนึ่งที่เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินรับรองเป็นเพียงส่วนหนึ่งและส่วนสุดท้ายของกระบวนการรับรอง แต่ประเด็นที่สำคัญ คือ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะมีวิธีการที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับระบบและบุคลากรในองค์กรประกอบกับมีผลกระทบกับงบประมาณที่โรงพยาบาลจะได้รับจาก ส่วนกลางและจากหน่วยงานที่โรงพยาบาลขอเบิกเงินชดเชย (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

ผลของปัญหาดังกล่าวเนื่องมาจาก มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ยากขึ้น มีรายละเอียดในการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น และแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การบันทึก ทีมสหวิชาชีพยังขาดความรู้และความตระหนักในเรื่อง การบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ขาดการประสานงาน ระหว่างทีมคุณภาพในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ยังไม่มีกระบวนการและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้มี กระบวนการทำงานที่เป็นระบบและมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพื่อพัฒนา คุณภาพระบบการบันทึกบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและปรับกระบวนการทำงาน ของทีมสหวิชาชีพ อันจะส่งผลให้ คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

## 1.2 คำถามของการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาปริบท และพฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษาขั้นตอนและกระบวนการการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

## 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังนี้

### 1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้พื้นที่ในความรับผิดชอบ คือหน่วยงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

### 1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

#### 1.4.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 186 คน ประกอบไปด้วย แพทย์ จำนวน 29 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 146 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 6 คน และเจ้าพนักงานเวชสถิติ จำนวน 5 คน

#### 1.4.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานขั้นที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จำนวน 104 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานขั้นที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยเป็นหัวหน้างานและรองหัวหน้างาน จำนวน 30 คน

#### 1.4.3 ตัวแปรที่ศึกษา

1.4.3.1 ตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, ทักษะคิดต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3.2 ตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา ที่ใช้ในการวิจัย เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานเวชสถิติ

1.5.2 เวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง แบบบันทึกข้อมูลประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วยและการตรวจรักษาทั้งที่เป็นเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มารับบริการ ตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.3 ระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง กระบวนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี และเป็นข้อมูลที่มีความทันสมัย

1.5.4 การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง การปรับปรุงระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี เพื่อให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน

1.5.5 พฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

(1) ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง ทีมสหวิชาชีพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



(2) ทักษะคิดต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของ ทีมสหวิชาชีพที่มีต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในในเขตพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

(3) การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง ภารกิจหน้าที่ที่ถูกระบุกำหนดขึ้น ซึ่งควบคู่กับตำแหน่ง ของทีมสหวิชาชีพ ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.6 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง การดำเนินงานตามกระบวนการขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน ทักษะคิดต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี



## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวคิดและหลัก ประกอบการดำเนินงานวิจัยให้ถูกต้องและสมบูรณ์ในประเด็น ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 2.2 มาตรฐานในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 2.3 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
- 2.4 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ
- 2.5 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis)
- 2.6 ทฤษฎีเสริมพลังอำนาจ
- 2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 2.1 แนวคิดเวชระเบียนผู้ป่วยใน

##### 2.1.1 ความหมายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน

E.K Huffman (1986) กล่าวว่า เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และการรักษา ซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และควรจะต้อง มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอกให้ทราบถึงวิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็น เอกสารที่ถูกต้องครบถ้วน

สมพร เอกรัตน์ (2537) ได้ระบุไว้ว่าเวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเขียนหรือบันทึกที่ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นข้อมูลที่บันทึกเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล คลินิกหรือสถานอนามัย เวชระเบียนนั้นเป็นบันทึกขบวนการทุกอย่างที่จัดกระทำกับผู้ป่วยซึ่งข้อมูลนั้นๆ ควรจะต้องประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตรวมทั้งความคิดเห็น การค้นหา สืบสวนผลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูล



อื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย เวชระเบียนเป็นเอกสารที่อาจมีหลายขนาดหลายรูปแบบ และหลายข้อมูล โดยการบันทึกของหลายบุคคลในหลายๆ วิธีการ แต่ตามรูปลักษณะทั่วไปแล้ว เวชระเบียนจะประกอบด้วยจำนวนแผ่นกระดาษ หรือบัตร ซึ่งอาจจะบรรจุอยู่ในแฟ้ม หรือซอง และยังสามารถนำไปกว่านี้ก็จะบันทึกในคอมพิวเตอร์หรือบันทึกลงแผ่นกระดาษแล้วถ่ายไว้ในไมโครฟิล์มก็ได้

แสงเทียน อยู่เถา (2551) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกข้อมูลและเก็บรวบรวมเรื่องราวของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลขและตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์ เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจในทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุปความหมายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง แบบบันทึกข้อมูลประวัติส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการตรวจรักษาทั้งที่เป็นเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มาขอรับบริการตรวจรักษา ณ สถานบริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล

### 2.1.2 หลักการเรียงลำดับเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- 1) สรุปการจำหน่ายผู้ป่วยโดยแพทย์ (Physical Discharge Summary)
- 2) เอกสารยินยอมให้การรักษา (Informed Consent)
- 3) ประวัติผู้ป่วย (History)
- 4) รายละเอียดการตรวจร่างกาย (Physician Examination)
- 5) บันทึกความก้าวหน้า (Progress Note)
- 6) บันทึกการปรึกษา (Consultation Record)
- 7) บันทึกของวิสัญญีแพทย์ (Anesthetic Record)

- 8) บันทึกการผ่าตัด (Operative Note)
- 9) บันทึกการผ่าคลอด (Labor Record)
- 10) การสืบค้น (Investigation)/ แบบรายงานทางห้องปฏิบัติการ (Lab Report Form)
- 11) บันทึกการฟื้นฟู (Rehabilitation Record)
- 12) บันทึกของพยาบาล (Nurse Note)
- 13) แบบฟอร์มตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550\* (เฉพาะในประเทศไทย)
- 14) แบบฟอร์มต่างๆ

### 2.1.3 เอกสารการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยใน เนื้อหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 12 เรื่อง แบ่งเป็น

- 1) เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่
  - 1.1) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ (Discharge Summary: Diagnosis, Operation: DxOp)
  - 1.2) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ (Discharge Summary: Others)
  - 1.3) ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ (Informed consent: InfoC)
  - 1.4) ใบบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (History: Hist)
  - 1.5) ใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination: PhyE)
  - 1.6) ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note and Doctor's Order Sheet: PrgNt)
  - 1.7) ใบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Note: Nurs Nt)
- 2) เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติม ในบางราย 5 เรื่อง ได้แก่
  - 2.1) ใบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation Record: ConRe)
  - 2.2) ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา (Anesthetic Record: Anes)
  - 2.3) ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note: OpeNt)
  - 2.4) ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด (Labour Record: LaboRe)
  - 2.5) ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record: RehabRe)

## 2.2 มาตรฐานในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

### 2.2.1 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การบันทึกข้อมูล หมายถึง การทำให้ข้อมูลอยู่ในรูปแบบที่นำเสนอได้ เผยแพร่ได้ ทำสำเนาได้โดยทั่วไปการบันทึกจะบันทึกไว้ในสื่อบันทึกข้อมูล ได้แก่ กระดาษ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบต่างๆ รวมถึงการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลในระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ การบันทึกข้อมูลทำให้เกิดหลักฐานที่เชื่อถือได้ ใช้อ้างอิงและนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างสารสนเทศและความรู้ใหม่ๆ ได้โดยสะดวก

การบันทึกข้อมูล ถือเป็นหน้าที่หลักของบุคลากรทุกฝ่ายในสถานพยาบาล และถือเป็นจรรยาของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกๆ ฝ่ายที่ต้องถือเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องบันทึกไว้ให้ครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ตีภายในเวลาที่กำหนด ปัจจุบันการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล มีรูปแบบที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป 3 รูปแบบ คือ

- 1) การบันทึกข้อมูลลงกระดาษ การบันทึกข้อมูลลงกระดาษ เป็นการบันทึกที่ทำกันมานานแล้ว ตั้งแต่เกิดสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน ในประเทศไทย เริ่มจากใบสั่งยาที่แพทย์จะต้องบันทึกชื่อยา ขนาดและวิธีใช้ยาที่สั่งให้กับผู้ป่วยโดยละเอียด เพื่อส่งให้เภสัชกรไปจัดยาให้กับผู้ป่วย

นอกจากนั้น ทุกสถานพยาบาลจะมีสมุดบันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะจดบันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกรายลงสมุด เมื่อบันทึกจนสมุดเล่มเก่าเต็ม ก็จะเปลี่ยนสมุดเป็นเล่มใหม่ แล้วจัดเก็บสมุดเล่มเก่าไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถดึงกลับมาค้นหาข้อมูลได้เมื่อต้องการโดยสะดวกต่อมาเมื่อมีระบบเวชระเบียน เช่น บัตรผู้ป่วย (OPD Card) หรือ แฟ้มผู้ป่วยใน (In-Patient File) แล้ว แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ก็ต้องจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่จะบันทึกข้อมูลเป็นตัวอักษรและตัวเลข บางครั้งแพทย์อาจวาดรูปแสดงตำแหน่งร่างกายที่มีอาการผิดปกติ หรือวาดรูปแสดงลักษณะการผ่าตัด เป็นรูปประกอบคำบรรยายที่เป็นตัวหนังสือ เมื่อสถานพยาบาลนำพิมพ์ดีดเข้ามาใช้ เจ้าหน้าที่บางฝ่ายจะใช้วิธีพิมพ์ข้อมูลเข้าไปในเวชระเบียนแทนการเขียน ทำให้ข้อมูลในเวชระเบียนอ่านง่ายกว่าการเขียนด้วยลายมือการบันทึกข้อมูลลงกระดาษมีข้อดีคือ บันทึกได้โดยง่าย ทำได้โดยใช้เพียงปากกาเขียนลงกระดาษ ไม่ต้องใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์

ข้อเสียของการบันทึกข้อมูลลงกระดาษได้แก่ มีโอกาสสูญหายหรือข้อความเลอะเลือนได้โดยง่าย ลายมือบางคนอ่านไม่ออก การทำสำเนากระดาษเก็บไว้มีต้นทุนสูงกว่ารูปแบบอื่น

2) การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล เริ่มเกิดขึ้นในสถานพยาบาลของประเทศไทยในราวปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา หลังการนำคอมพิวเตอร์ และโปรแกรมระบบโรงพยาบาลเข้ามาใช้ การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลมีข้อเสียคือ ต้องมีเครื่องคอมพิวเตอร์จึงจะสามารถบันทึกได้ และผู้ใช้ต้องมีทักษะการใช้แป้นพิมพ์อย่างดีจึงจะบันทึกข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว นอกจากนั้น การเรียกดูข้อมูลก็ต้องเรียกดูผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์เท่านั้น ยกเว้นจะสั่งพิมพ์ข้อมูลที่บันทึกออกมาเป็นกระดาษ จึงจะดูได้ในแฟ้มเวชระเบียน

ข้อดีของการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล คือ การทำให้ข้อมูลพร้อมใช้ในเวลาเดียวกันหลายๆ จุด เช่น แพทย์หลายคนที่อยู่กันดูแลรักษาผู้ป่วยรายเดียวกัน สามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยพร้อมๆ กันได้จากคอมพิวเตอร์เครื่องในเวลาเดียวกัน ลดปัญหาการอ่านลายมือไม่ออก นอกจากนั้น การใช้คอมพิวเตอร์บันทึกทำให้สามารถใช้การคัดลอกและตัดแปะ (Copy and Paste) ได้ทำให้การพิมพ์ข้อความรูปแบบเดียวกันที่มีข้อความยาว สามารถดำเนินการได้สะดวก รวดเร็ว

ในปัจจุบัน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย ขอความร่วมมือให้แพทย์บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล โดยมีจำนวนแพทย์ที่ให้ความร่วมมือมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลบางคนคิดว่าจะยกเลิกการใช้กระดาษบันทึกข้อมูล อย่างไรก็ตาม การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญทั้งหมดยังไม่สามารถบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ได้ครบถ้วน เช่น ผลการตรวจร่างกายที่แพทย์อาจต้องวาดภาพประกอบยังไม่สามารถวาดภาพโดยใช้คอมพิวเตอร์ได้ หรือการบันทึกคำวินิจฉัยโรคเข้าไปในระบบฐานข้อมูล บางโปรแกรมยังทำไม่ได้ มีความเข้าใจผิดคิดว่าการใส่รหัสการวินิจฉัยโรค (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10: ICD-10) เข้าไปคือการบันทึกคำวินิจฉัยโรค สถานพยาบาลจึงยังไม่ควรยกเลิกการใช้กระดาษบันทึกข้อมูลผู้ป่วย หากพบว่าโปรแกรมบันทึกข้อมูลยังไม่ได้มาตรฐานที่จะทำให้ยกเลิกการใช้กระดาษได้

ก่อนสั่งยกเลิกการบันทึกกระดาษในสถานพยาบาล ผู้บริหารต้องจัดให้มีกระบวนการทดสอบว่า การใช้โปรแกรม แทนการเขียนกระดาษ สามารถทำให้แพทย์บันทึกข้อมูลได้ปริมาณเท่ากับการเขียนกระดาษ หากตรวจสอบพบว่าการใช้โปรแกรมทำให้แพทย์บันทึกข้อมูลได้น้อยกว่าการเขียนกระดาษก็ยังไม่ควรสั่งยกเลิกการบันทึกในกระดาษ เช่น การเขียนผลการตรวจร่างกายในกระดาษทำได้โดยสะดวกกว่าการใช้โปรแกรมบันทึกผลการตรวจร่างกาย หากใช้โปรแกรมแล้วแพทย์ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกายเลย ก็จะทำให้ข้อมูลสำคัญหายไป

3) การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ เกิดขึ้นเมื่อมีการนำคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์จึงมีข้อเสียเหมือนกับการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล กล่าวคือ ต้องมีเครื่องคอมพิวเตอร์จึงจะสามารถบันทึกได้และผู้ใช้ต้องมีทักษะการใช้แป้นพิมพ์อย่างดีจึงจะบันทึกข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว นอกจากนั้น การเรียกดูข้อมูลก็

จะต้องเรียกดูผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์เท่านั้น ยกเว้นจะส่งพิมพ์ข้อมูลที่บันทึกออกมาเป็นกระดาษ จึงจะดูได้ในแฟ้มเวชระเบียน

การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์มักจะเก็บข้อมูลไว้แยกจากข้อมูลในเวชระเบียนและข้อมูลในฐานข้อมูล จึงมักจะอยู่แยกแผนก เช่น ข้อมูลรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา อาจเก็บในรูปแฟ้ม Microsoft Word Document ที่เก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ของรังสีแพทย์เท่านั้น หากข้อมูลเหล่านี้ไม่ถูกจัดการอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดผลเสีย คือ ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในระบบเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลกลางของสถานพยาบาล หรือใช้ข้อมูลร่วมกันหลายๆ แผนกได้

2.2.2 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามมาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกอบด้วย เนื้อหา 12 เรื่อง ดังนี้

2.2.2.1 ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ (Discharge Summary: Diagnosis, Operation: DxOp)

แนวทางการบันทึก

1) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ เป็นการบันทึกสรุปเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษาและผลการรักษาเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การสรุปการวินิจฉัยโรคเรียงลำดับตามหลักเกณฑ์การให้รหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการ ขององค์การอนามัยโลก

2) บันทึกสรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนโรคหลัก (Principal Diagnosis) โรคร่วมโรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External Cause) (ถ้ามี) ตามองค์การอนามัยโลก โดยไม่ใช่ตัวย่อในการสรุป ด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

3) บันทึกสรุปการทำหัตถการ วัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการ ทุกครั้ง

4) บันทึกสรุปข้อมูลในส่วนการสรุปสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา (Clinical Summary) ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้โดยต้องมีทุกข้อสังเขป ดังนี้

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การดำเนินการของโรค (Investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาฟื้นฟูและผลการรักษาที่จำเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ หลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) ยาที่รับกลับบ้าน (Home Medication)



5) สรุปสาเหตุการตาย (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต)

6) สรุปสถานะในการจำหน่าย (Discharge Status) และชนิดในการจำหน่าย (Discharge Type) กรณีที่ ชนิดในการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น “ได้รับการส่งต่อ” (by transfer) ต้องระบุชื่อสถานที่ที่ส่งต่อ

7) มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา และหรือ แพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อนามสกุล และหรือเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

8) กรณีที่มีการสรุปหลายลายมือ หรือมีการแก้ไข ต้องลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข รวมถึงกรณีแพทย์ Intern สรุปแล้วแพทย์ Staff มาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

2.2.2.2 ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ (Discharge Summary: Others)

#### แนวทางการบันทึก

1) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ โดยมีแนวทางการบันทึก ดังนี้

(1) บันทึกข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้า เช่น นาย นาง...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือน เกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ. ได้)

(2) บันทึกข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย) ของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างดาว กรณีชาวต่างชาติต้องระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

(3) บันทึกข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย ได้แก่บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขตและจังหวัด ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐานให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

(4) บันทึกข้อมูลชื่อโรงพยาบาล เลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number: HN) และหมายเลขการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission Number: AN) ถูกต้องตรงตามข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

(5) บันทึกข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (Date and Time of Admission), วันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย (Date and Time of Discharge) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

(6) บันทึกจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (Length of Stay: Los) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Total Leave Days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

(7) มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และและข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสเหตุการณ์

(8) มีบันทึกการให้รหัสโรค และการให้รหัสเหตุการณ์ตามสรุปของแพทย์ถูกต้อง ครบถ้วน

2.2.2.3 ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ (Informed consent: InfoC)

#### แนวทางการบันทึก

- 1) บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน
- 2) มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา
- 3) มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อนามสกุลของผู้รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษาหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย)หรือผู้ป่วยอยู่ในสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อนามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือว่าเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง และกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลังพร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น
- 4) มีลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มาคนเดียวต้องระบุว่า “มาคนเดียว”
- 5) มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกับผู้ให้คำอธิบาย
- 6) มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษา การใช้ยา ระบุความรู้สึก ระยะเวลา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดีผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้ง
- 7) ระบุวันเดือนปี และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

#### 2.2.2.4 ใบบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (History: Hist)

##### แนวทางการบันทึก

1) บันทึกอาการสำคัญ (Chief Complain) อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

2) บันทึกการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present Illness) ในส่วน 5W, 2H (What, Where, When, Why, Who, How, How Many) โดยต้องมีอย่างน้อย 3 และในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากที่บ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีที่ไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาจากที่ใด”

3) บันทึกการเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness) ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี Past Illness ต้องระบุว่าไม่มี

4) บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น

5) บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของประวัติครอบครัว (Family History), ประวัติส่วนตัว (Personal History), ประวัติทางสังคม (Social History), และประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือนและหรือกรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี ต้องบันทึกประวัติการได้รับวัคซีน (Vaccination) และการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth Development) (ไม่ใช่ส่วนของ Past illness)

6) บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (Review of System) ทุกระบบ (ไม่ใช่ส่วนของ Past Illness)

7) บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีที่แยกใบกับ Physical Examination)

8) ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

#### 2.2.2.5 ใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination: PhyE)

##### แนวทางการบันทึก

1) บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs): อุณหภูมิร่างกาย (Temperature), อัตราชีพจร (Pulse Rate), อัตราการหายใจ (Respiration Rate), และความดันโลหิต (Blood Pressure)



ทุกราย กรณี Blood Pressure ให้ยกเว้นเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2) บันทึกน้ำหนักทุกรายและส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

- (1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูง ทุกราย
- (2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หรือค่าขนาดของร่างกาย (Body Surface Area: BSA) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องใช้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ยังน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุ)

3) บันทึกจากการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับอาการสำคัญ

4) บันทึกโดยการวาดภาพ หรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง กรณีที่ความผิดปกตินั้นสามารถแสดงกราฟิกได้

5) บันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ และสรุปปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ (Problem List) พร้อมสรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional Diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับผลตรวจ

6) บันทึกแผนการรักษา โดยระบุรายละเอียดกรณีบันทึกว่ารับเข้ารักษา (Admit) ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกายโดยไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2.2.6 ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note and Doctor's Order Sheet: PrgNt)

แนวทางการบันทึก

- 1) บันทึกวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่มีการบันทึก Progress note
- 2) บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ทุกวันใน 3 วันแรกสำหรับข้อมูลในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ประเมินจากการบันทึกการตรวจร่างกายละเอียดเพียงพอสำหรับให้แพทย์ผู้อื่นสามารถให้การดูแลกรณีฉุกเฉินได้
- 3) บันทึกครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงการรักษา ให้อาและมีการทำหัตถการรุกรักร่างกาย (Invasive Procedure)
- 4) บันทึกผลการแปลผล Investigation และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ
- 5) บันทึก Progress Note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก ด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress Note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

6) มีการลงวันเดือนปี และเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบสั่งการรักษาทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาคำสั่งโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่า รศส. (รับคำสั่ง) หรือคำสั่งผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

2.2.2.7 ใบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation Record: ConRe)

แนวทางการบันทึก

- 1) บันทึก วัน เดือน ปี เวลา ความรีบด่วนจำเป็นและหน่วยงานที่ขอปรึกษา
- 2) ระบุปัญหาที่ต้องการขอปรึกษาที่ชัดเจน โดยบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- 3) บันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม คำวินิจฉัย ความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำของผู้รับปรึกษา พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย
- 4) บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด ด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2.2.8 ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา (Anesthetic Record: Anes)

แนวทางการบันทึก

- 1) บันทึกสถานะ (Status) ให้ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับ

ความรู้สึก

Class 1 = Healthy

Class 2 = Mild Systemic Disease, no Functional Limitation

Class 3 = Severe Systemic Disease with Functional Limitation

Class 4 = Severe Systemic Disease which Threaten Survival

Class 5 = Moribund, not Expected to Survive 24 Hours without

Surgery

E Grade = Emergency Surgery

- 2) บันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์

- 3) บันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัดซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์

4) บันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (Pre Anesthetic Round) โดยทีมวิสัญญีโยมีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเข้า Admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัดได้

5) บันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเส้นาระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที

6) บันทึกการปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกาย (Intake), ปริมาณสารน้ำที่ออกจากร่างกาย (Output), การสูญเสียเลือด (Blood Loss), ปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกายทั้งหมด (Total Intake) และ ปริมาณสารน้ำที่ออกจากร่างกายทั้งหมด (Total Output)

7) บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery Room) โดยทีมวิสัญญียกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (On Endotracheal Tube) และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยเท่านั้น

8) บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (Post Anesthetic Round) โดยทีมวิสัญญีโดยต้องระบุปัญหาจากการได้รับยาระงับความรู้สึกในครั้งนี หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”

9) บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุได้และระบุชื่อทีมวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

#### 2.2.2.9 ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note: OpenNt)

##### แนวทางการบันทึก

1) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น

2) บันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (Pre Operative Diagnosis) และหลังการทำหัตถการ (Post Diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Classification of Diseases: ICD-10) เท่านั้น โดยการวินิจฉัยโรคหลังทำหัตถการ (Post Operative Diagnosis) ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “Same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “-----” หรืออื่นๆ

3) บันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น

4) บันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคหลังทำหัตถการ (Post Operative Diagnosis)

5) บันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการ ประกอบด้วย สิ่งที่ตัดออก (Position Incision) เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)

6) บันทึกภาวะแทรกซ้อนและจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีที่ไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”

7) บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

8) บันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์, วิสัญญี และพยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

9) ทำการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ หักคะแนนกึ่งหนึ่ง ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative Note ทั้งหมด ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้ง แต่มีการบันทึก Operative Note ไม่ครบทุกครั้ง

2.2.2.10 ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด (Labour Record: LaboRe)

#### แนวทางการบันทึก

1) บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติทางสูติกรรม (Obstetric History) ได้แก่ การตั้งครรภ์ครั้งที่ (Gravida), ภาวะเคยคลอด (Parity), การแท้ง (Abortion), การมีชีวิต (Live), วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last Menstrual Period: LMP), วันครบกำหนดคลอดที่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ (Estimated Date of Confinement: EDC), อายุครรภ์ (Gestational Age), ประวัติการฝากครรภ์ (Antenatal History), ภาวะแทรกซ้อน, การตรวจความเสี่ยงของมารดา (Risk Monitoring), และตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล

2) บันทึกการประเมินผู้คลอดระยะรอบคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด ได้แก่ วันเดือนปี, เวลา, ซ้ำพจรความดันโลหิต, ความก้าวหน้าของการคลอด (Progress Labour) ประกอบด้วย การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (Uterine Contraction), การเปิดขยายและการบางตัวของปากมดลูก (Cervical Dilatation and Effacement), การเคลื่อนไหวของทารก (Fetal Assessment)

3) บันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละระยะ (Stage)

4) บันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อน และการระงับความรู้สึก (ถ้ามี) การตัดฝีเย็บ (Episiotomy) ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด

5) บันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยา ทั้งในระยะก่อน และหลังคลอด

6) บันทึก วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก

7) บันทึกการประเมินมารดาในระยะหลังคลอด ในส่วน: การตรวจรก (Placenta Checked), ภาวะแทรกซ้อน (Complication) ในระยะหลังคลอด, การสูญเสียเลือด (Blood Loss), สัญญาณชีพ (Vital Signs) และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง

8) บันทึกการประเมินสภาวะทารกแรกเกิด (Apgar Score) 1 นาที, 5 นาที และ 10 นาที, ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial Assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องระบุ “ไม่มี” บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือพยาบาลผู้ทำคลอดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2.2.11 ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด(Rehabilitation Record: RehabRe)

#### แนวทางการบันทึก

- 1) บันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2) บันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 3) บันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 4) บันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและควรระวัง
- 5) บันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้งโดยระบุวิธีหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
- 6) บันทึกการประเมินผลการให้บริการและความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
- 7) บันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- 8) บันทึกรายละเอียดการให้แผนการดูแลที่บ้าน (Home Program) หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family Education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
- 9) บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัดใดนสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

2.2.2.12 ใบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Note: NursNt)

#### แนวทางการบันทึก

- 1) บันทึกข้อมูลที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา และให้การพยาบาล ในครั้งแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ประกอบด้วย
  - 1.1) อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง

1.2) อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระบุวันแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

2) บันทึกการประเมินอาการ อาการแสดงและระบุปัญหาทางการพยาบาลในแต่ละเวร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย

2.1) ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ และมีข้อมูลสนับสนุนจากการประเมินกับการประเมินอาการที่แสดงด้านร่างกายและหรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2.2) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาที่สำคัญ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

2.3) มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาหารเปลี่ยนแปลงและหรือวัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้นหรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (Early Detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสมรวดเร็วทันเวลา

3) มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention) ที่ช่วยลดปัญหาหรือลดอาการรบกวนหรือลดโอกาสเสี่ยง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการส่งเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหาตัวอย่าง ได้แก่

3.1) การให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่ส่งผลดีต่อการรักษาและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

3.2) การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

3.3) การดูแลความสบาย (Care and Comfort) และการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management)

3.4) การเฝ้าระวังกับอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินซ้ำ ที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ

3.5) กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการเยี่ยมชมตรวจร่วมกับทีมสุขภาพปัญหา หรือกิจกรรมสำคัญ (ถ้ามี)

3.6) การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) และการจัดการในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉิน

3.7) การประสานกับทีมสหวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

3.8) การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)



4) บันทึกการติดตามประเมินผลหลังการให้การรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

4.1) บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรม การพยาบาลการรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด การให้เลือด (ถ้ามี)

4.2) บันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัดโดยบันทึก วัน เดือน ปี และเวลา อาหารก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนแผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น

5) บันทึกการประเมินความต้องการได้รับข้อมูลและให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ปัญหาหรือสุขภาพด้านอื่นๆ

6) บันทึกการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน และมีการประเมินผลของการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย

6.1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และระบุอาการและหรือปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็นระยะในช่วงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

6.2) กิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความ ต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง (Empowerment)

6.3) บันทึกข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้และหรือการฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

7) กรณีผู้ป่วยจำหน่าย

7.1) บันทึกประเภทการจำหน่าย โดยระบุวันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายชัดเจน

7.2) บันทึกการประเมินสภาพอาการ อาการแสดงรวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย

7.3) บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี) ข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนืองที่ต้องส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.4) กรณีจำหน่ายถึงแก่กรรม มีบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และ Psycho Support ญาติ หรือดูแลช่วยเหลือญาติ

8) กรณี ผู้ป่วยย้ายแผนกในหน่วยบริการ หรือส่งตัวไปรักษาต่อ (Refer) ที่หน่วยบริการอื่นบันทึกข้อมูลการส่งต่ออาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ย้ายไปและรับย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยระบุชื่อหน่วยงานที่ย้ายไป และหน่วยงานที่รับย้าย กรณี Refer ไปโรงพยาบาลอื่นระบุอาการ อาการแสดงก่อน Refer และระบุชื่อสถานพยาบาลที่จะ Refer

9) บันทึกวันเดือนปีและเวลา ดังนี้

9.1) แกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

9.2) ระหว่างการดูแล โดยบันทึกวันเดือนปี และเวลาชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันเหตุการณ์และการตอบสนอง มีการบันทึกวันเดือนปี และเวลาในการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบการให้ยา (Medication Administration Record) และบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่จ่าย

10) มีการลงลายมือชื่อและนามสกุลของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา : Medication Administration Record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

11) บันทึกทางการพยาบาลต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มาใช้บริการ ตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี และเป็นข้อมูลที่มีความทันสมัย

2.2.3 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2.3.1 ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ (Discharge Summary: Diagnosis, Operation: DxOp)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือพิษจากสารเคมี (External Cause) (ถ้ามี) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (Procedure/ Operation) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ 1 คะแนน



เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (Operating Room Procedure) ทุกครั้ง กรณีไม่มีการทำหัตถการในห้องผ่าตัดให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช่ตัวอ่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอกการทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วนการสรุปสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา (Clinical Summary) ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้ โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกหรือการวินิจฉัยเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การดำเนินการของโรค (Investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาและผลการรักษาที่จะเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) Home Medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปสถานะในการจำหน่าย (Discharge Status) และชนิดในการจำหน่าย (Discharge Type) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ชนิดในการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น “By Transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุปโดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข (กรณีแพทย์ Intern สรุปแล้วแพทย์ Staff มาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น)

2.2.3.2 ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ (Discharge Summary: Others)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ - นามสกุล เพศ (คำนำหน้าชื่อ นาย นาง ...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิดอนุโลมให้ใช้เฉพาะปี พ.ศ. ได้ถูกต้องครบถ้วน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างตัว กรณีคนต่างตัวที่เกิดในไทย แต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนให้เป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”

กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐานให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐานให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล เลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number: HN) และหมายเลขการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission Number: AN) ถูกต้องกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูล วันเดือนและเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (Date and Time of Admission), วันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย (Date and Time of Discharge) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (Los: Length of Stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Total Leave Days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูล ชื่อนามสกุล ผู้ใช้รหัสโรค และชื่อ นามสกุล ผู้ให้หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการให้รหัสโรค ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน

2.2.3.3 ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ (Informed consent: InfoC)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อและนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อย 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตัวเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่ทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใดโดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อนามสกุล และตำแหน่งโดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการการให้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสีย ของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบสอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

#### 2.2.3.4 ใบบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (History: Hist)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกอาการสำคัญ (Chief Complain): อาการและระยะเวลาหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึกการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present Illness): ในส่วน 5W, 2H (What, Where, When, Why, Who, How, How many) โดยต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อ

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึกการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present Illness) ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในสวนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้านหรือการจัดการดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีที่ไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกการเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness) ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัยกรณีไม่มีการเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness) ต้องระบุว่าไม่มี

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆพร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการชักประวัติและไม่พบประวัติแพ้ยาและสารนั้น)

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ

1) ประวัติครอบครัว (Family History), ประวัติส่วนตัว (Personal History), ประวัติทางสังคม (Social History), และประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านชีวอนามัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้

2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และหรือ

3) กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี ต้องบันทึกประวัติการได้รับวัคซีน (Vaccination) และการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth Development)

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (Review of System) ทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกไปกับ Physical Examination)

เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติหรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

### 2.2.3.5 ใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination: PhyE)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs): อุณหภูมิร่างกาย (Temperature), อัตราชีพจร (Pulse Rate), อัตราการหายใจ (Respiration Rate), และความดันโลหิต (Blood Pressure) กรณี ความดันโลหิต (Blood Pressure) ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย  
2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หรือค่าขนาดของร่างกาย (Body Surface Area: BSA) ในการวางแผนการรักษาเช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับอาการสำคัญ (Chief Complain)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้องในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ออนไลน์ให้คะแนนโดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem List)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional Diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติและหรือผลตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการรับเข้ารักษา (Admit) ครั้งนี้ กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกายโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ History)

2.2.3.6 ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note and Doctor's Order Sheet: PrgNt)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลาทุกครั้งที่ยังบันทึก Progress Note

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยแพทย์ผู้ดูแลหรือการรักษาหรือให้ยาหรือมีการทำหัตถการรุกรักร่างกาย (Invasive Procedure)

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลหรือการรักษาหรือให้ยา หรือมีการทำหัตถการรุกรักร่างกาย (Invasive Procedure)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกผลการแปลผล Investigation ที่สำคัญและมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผลการดำเนินการของโรค (Investigate) ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก Progress Note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress Note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี Order for One Day และ Continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุ



ได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่า รคส. (รับคำสั่ง)หรือคำสั่งโดยที่ผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์ ต้องมีการลงนามกำกับคำสั่งโดยแพทย์ทุกครั้ง

#### 2.2.3.7 ใบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation

Record: ConRe)

##### เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วนและหน่วยงานที่  
ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์  
ผู้ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอ  
ปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาไม่ได้คะแนนใน  
เกณฑ์ข้อที่ 1-4)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกความเห็นหรือแผนการรักษาหรือการให้คำแนะนำ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึก วันเดือนปี และเวลาที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้  
คำปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีที่ไม่มีลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้  
คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8)

เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่  
หน่วยบริการกำหนด

#### 2.2.3.8 ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา (Anesthetic Record: Anes)

##### เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกสถานะ (Status) ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและ  
วิธีให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์  
หากข้อมูลขัดแย้งกันถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของ  
แพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกันถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (Pre Anesthetic Round)  
โดยที่วิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการรักษาการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณี

ที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยถูกฉีดยา) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกาย (Intake), ปริมาณสารน้ำที่ออกจากร่างกาย (Output), การสูญเสียเลือด (Blood Loss), ปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกายทั้งหมด (Total Intake) และ ปริมาณสารน้ำที่ออกจากร่างกายทั้งหมด (Total Output)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery Room) โดยทีมวิสัญญียกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (On Endotracheal Tube) และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย (เท่านั้น) ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (Post Anesthetic Round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อที่อ่านออกได้และระบุชื่อทีมวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

#### 2.2.3.9 ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note: OpenT)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วยชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (Pre Operative Diagnosis) และหลังทำหัตถการ (Post Operative Diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อให้ใช้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย Post Operative Diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “Same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “.....” หรืออื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ Post Operative Diagnosis

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย Position Incision สิ่งที่ตัดออกเป็นต้น รวมทั้งการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”



เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ Scrub Nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ หักคะแนนกึ่งหนึ่ง ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative Note ทั้งหมดในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้ง แต่มีการบันทึก Operative Note ไม่ครบทุกครั้ง

2.2.3.10 ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด (Labour Record: LaboRe)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติทางสูติกรรม (Obstetric History) ได้แก่ การตั้งครรภ์ครั้งที่ (Gravida), ภาวะเคยคลอด (Parity), การแท้ง (Abortion), Live, วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last Menstrual Period: LMP), วันครบกำหนดคลอดที่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ (Estimated Date of Confinement: EDC), อายุครรภ์ (Gestational Age), ประวัติการฝากครรภ์ (Antenatal History), ภาวะแทรกซ้อน, การตรวจความเสี่ยงของมารดา (Risk Monitoring), และตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 การประเมินผู้คลอดระยะแรกคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต ความก้าวหน้าของการคลอด (Progress Labour) ประกอบด้วย การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (Uterine Contraction), การเปิดขยายและการบางตัวของปากมดลูก (Cervical Dilatation and Effacement), การเคลื่อนไหวของทารก (Fetal Assessment) และภาวะแทรกซ้อน (Complication)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ Stage ในกรณี Elective Caesarean Section ไม่ต้องประเมินให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนและการระงับความรู้สึก (ถ้ามี) การตัดฝีเย็บ (Episiotomy) ตามสภาพ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่างและหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาในระยะหลังคลอด ในส่วน: การตรวจรก (Placenta Checked), ภาวะแทรกซ้อน (Complication) ในระยะหลังคลอด, การสูญเสียเลือด (Blood Loss), สัญญาณชีพ (Vital Signs) และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก Apgar Score (1 นาที 5 นาที 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial Assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องระบุ “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือพยาบาลผู้ทำคลอดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2.3.11 ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด(Rehabilitation Record: RehabRe)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการข้อห้ามและข้อควรระวัง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอายุยะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดการให้ Home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family Education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

### 2.2.3.12 ใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurses' Note: NursNt)

#### เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ: มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญได้แก่

1) อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง และ

2) อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาล

มีการระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และหรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

1) ระบุกิจกรรมพยาบาล และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสอดคล้อง ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย และ

2) มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและหรือวัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ผิดปกติหรือรุนแรงขึ้นหรือข้อบ่งชี้ที่ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (Early Detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลาและ

3) ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพปัญหาหรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล

1) มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลการรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ และการให้เลือด (ถ้ามี)

2) มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะ และหลังทำ ผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่น ๆ

### เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

- 1) มีการระบุนโยบายและหรือปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และ
- 2) มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง (Empowerment) และ
- 3) มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้และหรือการฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

### เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

- 1) การระบุนโยบาย การแสดง รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่าย
- 2) กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาหารแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเช่นคำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่องและการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- 3) ระบุนโยบายผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- 1) มีการระบุนโยบายการของของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- 2) มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)

### เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

- 9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
  - 1) แรกรับ: ระบุนวันเดือนปี และเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
  - 2) ระหว่างการดูแล
  - 3) มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันเหตุการณ์และการตอบสนอง
  - 4) มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
  - 5) มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)
  - 6) ก่อนจำหน่าย: ระบุนวันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายชัดเจน
- 9.2 การลงลายมือชื่อ
  - 1) บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

2) มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุลของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication Administration Record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน ข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

1. มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร
2. บันทึกวัน เวลา ใบบันทึกการให้ยา Medication Administration

Record ไม่สอดคล้องกับการสั่งยา

2.2.4 การใช้แบบตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การบันทึกคะแนนแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2.2.4.1 เกณฑ์การให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน กรณีการบันทึกนั้นผ่านเกณฑ์ ให้ 1 คะแนน กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ให้ 0 คะแนน

2.2.4.2 Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่า ไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง Missing

2.2.4.3 NA (Not Available) หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อนั้นๆ (Consultation Record, Anesthetic Record, Operative Note, Labour Record, Rehabilitation Record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA

2.2.4.4 No หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No

2.2.4.5 กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่ Complete รายละเอียด ชื่อ-สกุล HN AN ของผู้ป่วยจะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก

2.2.4.6 Overall Finding

1) การจัดเรียงเวชระเบียนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึง การจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามชื่อแนะนำของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศโดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (Chronological Sequence) เหมือนกันทุกแผนกโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด)

2) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการไม่มี HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ใด

2.2.4.7 Documentation Inadequate for Meaningful Review หมายถึง ข้อมูลไม่พอสำหรับการทบทวน

2.2.4.8 No Significant Medical Record Issue Identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน

2.2.4.9 Certain Issue in Question Specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อให้ระบุปัญหา

การรวมคะแนน

1) Full Score ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด (9 คะแนน) ในแต่ละหัวข้อเรื่องของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึกข้อยกเว้นหัวข้อเรื่องที่คุณประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กากบาทในช่อง NA ดังนั้นเวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (Full Score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน

2) Sum Score ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยกรณีที่คุณประเมินในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

3) การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum Score) ไปแปลผล ควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่คุณจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ

## 2.3 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มีบทบาทอย่างสูงในการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) ให้กับสถานพยาบาลแต่ละแห่ง เป็นกลไกกระตุ้นส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ

### 2.3.1 ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ในช่วงเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน จุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่ม การใช้เทคนิคการเป็นโค้ชหรือการเป็น Facilitator



ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มาตรฐาน HA ฉบับแรกคือ ฉบับปีกัญญาภิเษก ได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็น เรื่องใหม่ สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น เช่น การทำงานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ระบบ บริหารความเสี่ยง การมีองค์กรแพทย์มากำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การวางแผน จำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวในการนำข้อมูลวิชาการมาจัดทำและใช้เป็นแนวทางการ ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวใน เรื่องคุณภาพมากขึ้น กระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อถ่ายทอด การปฏิบัติตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นแรกเป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพ ด้วยการปฏิบัติอย่างง่ายๆ และตรงประเด็น อาศัยสิ่งที่เป็นปัญหา ความเสี่ยง ผลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ เท่ากับเป็นการสร้าง พื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันตบทวน”

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบส่วน ต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อ การพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่ กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้อะไรให้คุณค่า อย่ายึดติด”

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็น ที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขต กว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาที่ปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

### 2.3.2 กระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

#### 2.3.2.1 มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

ที่มาของบันไดสามขั้นสู่ HA เกิดจากความพยายามที่จะทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการพัฒนาคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในระดับที่สอดคล้องกับทรัพยากร และภาระงานที่เป็นอยู่ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่น้อยที่สุดแต่ส่งผลกระทบมากที่สุด คือการนำปัญหา



และอุบัติการณ์สำคัญมาทบทวนเพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำขึ้นอีก และก้าวไปสู่การออกแบบระบบงานที่เหมาะสม

บันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วงได้ชัดเจนขึ้นโดยได้เลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวล มาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น

แม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนา แต่ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง การประเมินการบรรลุเกณฑ์ของบันไดแต่ละขั้นจึงเป็นเพียงสิ่งสมมติ เพื่อให้การประเมินไม่ซับซ้อนเกินไป

ตาราง 1 เปรียบเทียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ตั้งรับแล้วใช้วิกฤตเป็นโอกาส	วางระบบในเชิงรุก	สร้างนวัตกรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไข ป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการวัดผลลัพธ์ของหน่วยงาน
กระบวนการคุณภาพ	การทบทวนคุณภาพ/ ปัญหา/เหตุการณ์สำคัญ	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	การเรียนรู้ในทุกระดับ
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น

ตาราง 1 (ต่อ)

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
มาตรฐาน HA	ยังเน้นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็น และปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อการทำโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนา และผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน
หลักคิดสำคัญ	ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน	เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด	Core Values ทั้ง 5 กลุ่ม (ทิศทางการนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้)

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2558)

บันไดขั้นที่ 1) สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

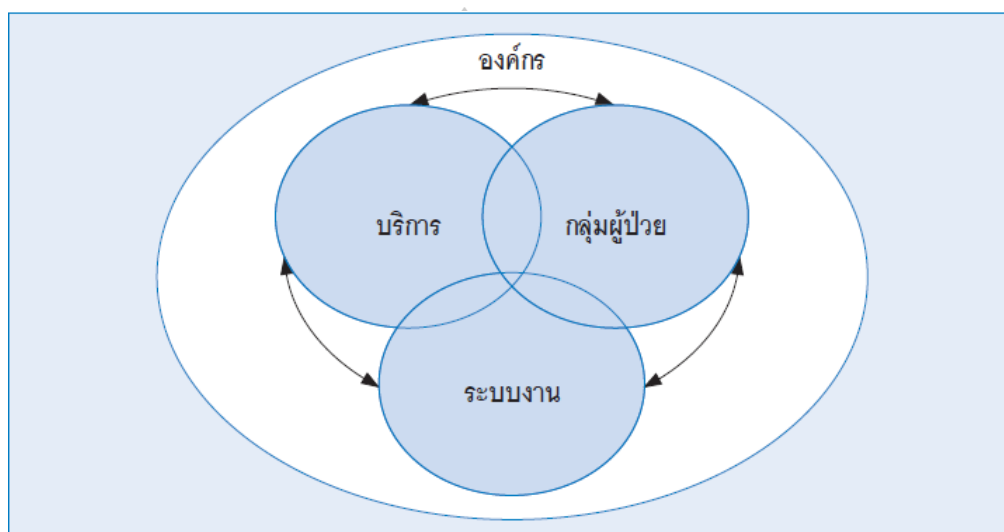
บันไดขั้นที่ 1) คือพื้นฐานที่ต้องก้าวร่ำแล้วซ้ำอีก เพื่อเป็นฐานที่มั่นคงสำหรับขั้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 1) เมื่อทำเชี่ยวชาญแล้ว ควรทำให้เป็นเรื่องปกติประจำที่เรียบง่ายของทุกคน ไม่ต้องเน้นรูปแบบ

บันไดขั้นที่ 2) สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การหมุนวงล้อ การพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

บันไดขั้นที่ 3) สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

### 2.3.2.2 มิติของพื้นที่การพัฒนา: กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร



ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2558)

ภาพประกอบ 1 พื้นที่การพัฒนา 4 วงเพื่อความครอบคลุม

โรงพยาบาลประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมาก การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และโอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพงายมีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่สับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ ในโรงพยาบาล สามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (Clinical Population) หรือกลุ่มโรคและหัตถการต่างๆ นั้นเอง 3) ระบบงานต่างๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

การปรับปรุงระบบงานอันเป็นผลจากการทบทวนในขั้นตอนที่ 1 อาจจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม และหากใช้แนวคิดพื้นที่ของการพัฒนาไปใช้ ก็จะทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง เหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์สามารถกระตุ้นให้คิดถึงประเด็นการพัฒนาในทุกกลุ่มของระบบย่อย

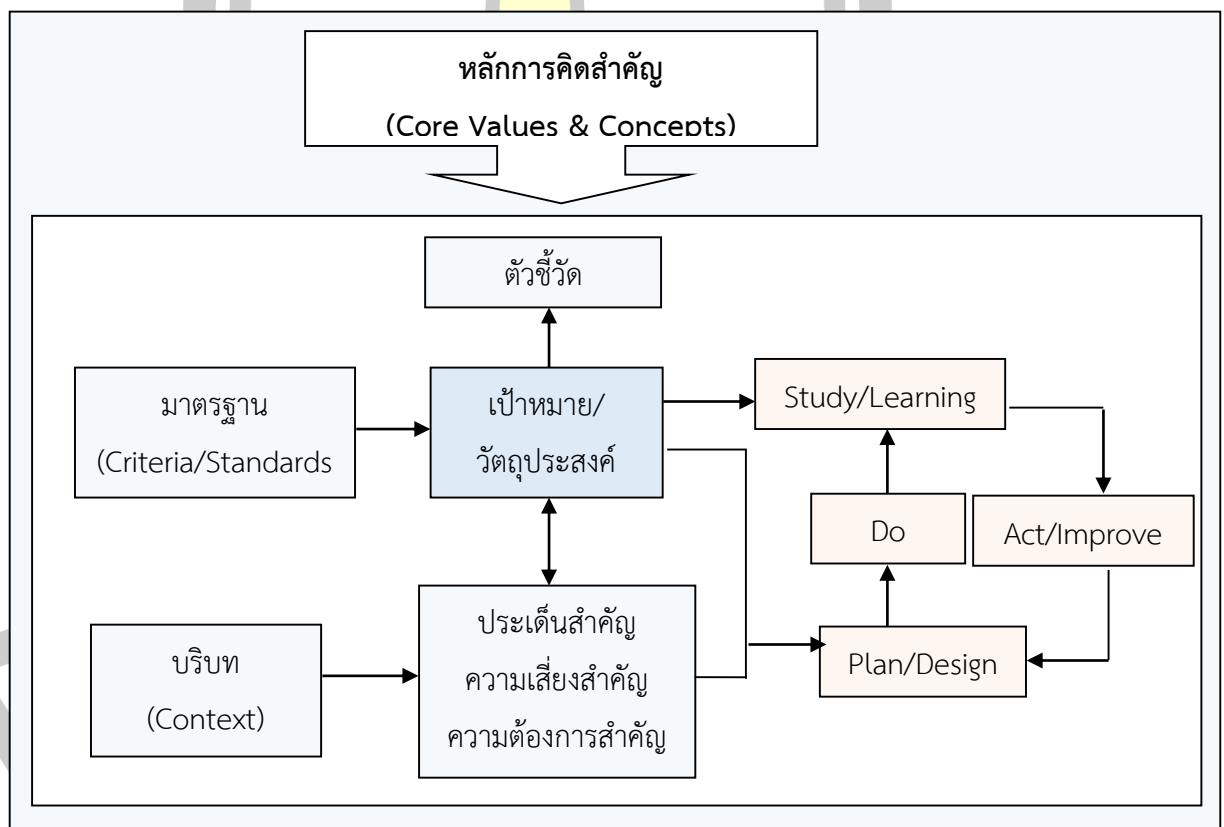
การพัฒนาในบันไดขั้นที่ 2 จะเริ่มต้นจากการวิเคราะห์งานในแต่ละระบบย่อย ทำความเข้าใจเป้าหมาย กระบวนการทำงาน และผลการดำเนินงานที่คาดหวัง และออกแบบหรือปรับปรุงระบบงานสามารถส่งผลที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังได้ การพัฒนาในขั้นนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ครอบคลุมทุกระบบย่อย ในทุกกลุ่ม

เมื่อจะก้าวเข้าสู่บันไดขั้นที่ 3 จะต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นกับการบูรณาการระบบย่อยต่างๆ ให้เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อย จะช่วยให้เกิดความร่วมมือ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ลดการทำงานที่ไม่จำเป็น

การทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกื้อหนุนกันอย่างไร จะทำให้เกิดบูรณาการระหว่างระบบย่อย

### 2.3.2.3 มิติของกระบวนการพัฒนา : 3C-PDSA



ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2558)

ภาพประกอบ 2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA

การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ

PDSA คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น”

Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action –Learning-Improvement (DALI) โดยความหมาย

3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือสิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ Context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ Criteria หรือมาตรฐาน

เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการหรือค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่นอกตำรา ใช้การไม่ได้ แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน ส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอย่างไรให้ความรู้ในตำรามาสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion & Learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) สนทนา (Dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่ม ที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่นความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) เขียนบันทึกความก้าวหน้า (Portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบหรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น Service Profile, CQI Story

6) การใช้ตัวตามรอย (Tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราคุ่นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (Internal Survey/Audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเหมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ได้ดีกว่า

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (After Action Review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Indicator Monitoring, Data Analysis, & Goal Achievement Assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (Quality Review Activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช้การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรกแต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิด โอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (Cognitive Walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น



11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Self Assessment of Standard Compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน (Medical Record Review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

#### 2.3.2.4 มิติของการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การให้ Recognition ต่างๆ เช่น กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 สู่ HA หรือประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนาเป็นเพียงผลพลอยได้เพื่อต่อยอดให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงาน แต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบของโรงพยาบาลเอง

การประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยากๆ ได้ในเวลาที่ไม่นานเกินไป ข้อสำคัญคือการใช้ความสัมพันธ์แบบ ผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลไม่มีเจตคติที่ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมจำนน และเจตคติของการปกป้องตนเอง

การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน

ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ได้กำหนดระบบเวชระเบียนไว้ ดังนี้



### 2.3.3 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System: MRS)

#### 2.3.3.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

##### 1) การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ

(2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก

(3) องค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยที่เหมาะสม ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัสมาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย

(4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รัดกุมและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.

(5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย

##### 2) การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) เวชระเบียนได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขที่ผิดปกติ เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน

(3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.

(4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย

#### 2.3.3.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

##### 1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ

(1) การระบุตัวผู้ป่วย

(2) มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

- (3) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา
- (4) ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา
- (5) เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล
- (6) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
- (7) การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- (8) การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด

## 2.4 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ

### 2.4.1 ความหมายของคุณภาพ

กัตญญู หิรัญญสมบูรณ์ (2545: 20-21) ได้ให้ความหมายคุณภาพ โดยการที่ผลิตภัณฑ์ จะมีคุณภาพที่ดี จะต้องมิลักษณะดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติงานได้ (Performance) ผลิตภัณฑ์ต้องสามารถใช้งานได้ตามที่กำหนดไว้
2. ความสวยงาม (Aesthetics) ผลิตภัณฑ์ต้องมีรูปร่าง, ผิวสัมผัส, กลิ่น, รสชาติ, สี สันที่ดึงดูดใจลูกค้า
3. คุณสมบัติพิเศษ (Special Features) ผลิตภัณฑ์ควรมีลักษณะพิเศษที่โดดเด่นแตกต่างจาก
4. ความสอดคล้อง (Conformance) ผลิตภัณฑ์ควรมีลักษณะพิเศษที่โดดเด่นแตกต่างจากผู้อื่น
5. ความปลอดภัย (Safety) ผลิตภัณฑ์ควรมีความเสี่ยงอันตรายในการใช้น้อยที่สุด
6. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ผลิตภัณฑ์ควรใช้งานได้อย่างสม่ำเสมอ
7. ความคงทน (Durability) ผลิตภัณฑ์ควรมีอายุใช้งานที่ยาวนานในระดับหนึ่ง
8. คุณค่าที่รับรู้ (Perceived Quality) ผลิตภัณฑ์ควรสร้างความประทับใจและมีภาพพจน์ที่ดีในสายตาลูกค้า
9. การบริการหลังการขาย (Service After Sale)

จูราน (Juran, 1988 อ้างถึงใน วราภรณ์ อาวีชนากร, 2558) คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมระหว่างผลิตภัณฑ์กับการใช้งานของผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ หรือผู้มารับบริการ ซึ่งการจัดการคุณภาพจะประกอบด้วย การวางแผน การควบคุม และการปรับปรุงคุณภาพ

ครอสบี (Crosby, 1979 อ้างถึงใน วราภรณ์ อาวีชนากร, 2558) คุณภาพ หมายถึง การทำได้ตามข้อกำหนด (Conformance to Requirements) และเป็นผู้ที่กล่าวว่า “คุณภาพไม่มีค่าใช้จ่าย (Quality is Free)” และให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมและการดำเนินงานที่ความบกพร่องเป็นศูนย์ (Zero Defect) โดยเขาเสนอว่า องค์กรจะต้องปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะครอบคลุมการใช้เครื่องจักรและอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยลดข้อบกพร่อง และความผิดพลาดในการดำเนินงานลงจนหมดไปจากองค์กร

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2555: 25) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพ หมายถึง การพัฒนาออกแบบ การลงมือผลิต รวมทั้ง การนำเสนอสินค้าและบริการที่มีประโยชน์สูงสุด และเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าโดยสม่ำเสมอ

ปรียวดี ผลเอนก (2556: 16) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพเป็นแนวทางหนึ่งซึ่งองค์กรจะสามารถรักษาส่วนแบ่งการตลาดเอาไว้ได้ องค์กรทุกองค์กรควรเร่งพัฒนาคุณภาพของสินค้าและบริการของตน สินค้าและบริการที่ไม่มีคุณภาพจะไม่สามารถอยู่ได้ในระยะยาวเนื่องจากไม่สามารถดึงดูดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าได้

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2556: 2) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพ หมายถึง การจัดการกระบวนการทำงานต่างๆ ให้มีคุณภาพเริ่มตั้งแต่การออกแบบ ไปจนถึงการผลิตและการส่งมอบสินค้าที่มีคุณภาพให้แก่ลูกค้า หัวใจสำคัญของการจัดการคุณภาพอยู่ที่การจัดการกระบวนการต่างๆ เพื่อให้ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

## 2.4.2 การจัดการคุณภาพ

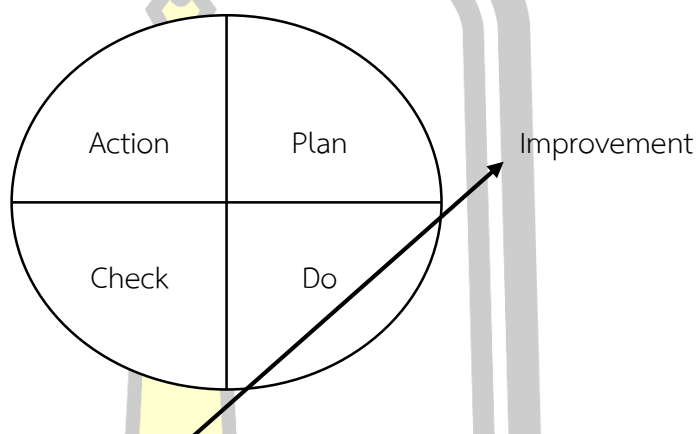
2.4.2.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพ (Deming's Circle หรือ PDCA-Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพ ของการดำเนินงานอย่างมีระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอด แนวคิดนี้ผู้ที่นำมาเผยแพร่ที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นคนแรก คือ Dr. Deming เมื่อ ค.ศ. 1950 โดยแนวคิดการจัดการนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การจัดทำและวางแผน (Plan) คือ การทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน หัวข้อควบคุม (Control Point) แล้วกำหนดกิจกรรมหรือกระบวนการต่าง ๆ ที่ต้องการปรับปรุง โดยตั้งเป้าหมายที่ต้องการจะบรรลุ พร้อมทั้งกำหนดวิธีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย

2) การปฏิบัติตามแผน (Do) คือ การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้และเฝ้าติดตามความคืบหน้า เก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือผลลัพธ์นั้น ๆ

3) การติดตามประเมินผล (Check) คือ การตรวจสอบว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามวิธีการทำงานตามมาตรฐานหรือไม่ และตรวจสอบค่าวัดต่างๆ ว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและยังอยู่ในเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

4) การกำหนดมาตรการปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่ทำให้ไม่เป็นไปตามแผน (Act) คือ การปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น หรือปรับมาตรฐานการทำงานใหม่



ที่มา: วีรพจน์ ลือประสิทธิ์กุล (2540)

### ภาพประกอบ 3 การจัดการคุณภาพโดยการหมุนวงล้อ PDCA

การจัดการคุณภาพโดยการหมุนวงล้อ PDCA จะเป็นตัวจักรหลัก ที่จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรประสบผลสำเร็จ และจะถูกนำไปใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ หรือทุกหน่วยงานในองค์กร

เดิมมิได้ให้คำแนะนำในการจัดการคุณภาพ ซึ่งเป็นคำแนะนำที่ทำให้องค์กรต้องเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก คำแนะนำดังกล่าวคือหลักการจัดการคุณภาพ 14 ข้อ (14 Point for Management) (ปรียาวดี ผลเอนก, 2556: 16) ประกอบด้วย

1. จงจัดตั้งเป้าหมายปรับปรุงคุณภาพสินค้าและบริการที่ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (Create Consistency of Purpose for Continual Improvement of Product and Service) ผู้บริหารทุกระดับต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับองค์กร ลูกค้า การให้บริการและวิธีการปรับปรุงคุณภาพ ต้องแน่ใจว่าพนักงานเข้าใจวิสัยทัศน์และปฏิบัติตามได้ด้วย

2. จงยอมรับปรัชญาใหม่ ๆ เพื่อให้องค์กรมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ (Adopt The New Philosophy for Economic Stability) โดยเฉพาะปรัชญาที่ทำให้องค์กรอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขัน เช่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลง รับผิดชอบต่อสังคม และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอย่างเต็มที่

3. จงเลิกใช้การตรวจคุณภาพ เป็นวิธีการที่ทำให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพ (Cease Dependency on Inspection to Achieve Quality) เพราะการตรวจสอบคุณภาพ ยิ่งทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าลดค่าใช้จ่าย และสร้างปัญหามากกว่าลดปัญหา เหตุผลก็คือ ประการแรก การตรวจคุณภาพไม่ได้ดีไปกว่ากิจกรรมอื่น บางทีก็ปล่อยให้สินค้าบกพร่องหลุดรอดไปได้ ประการที่สอง การตรวจคุณภาพจะดูที่อาการไม่ใช่สาเหตุ ประการที่สาม การตรวจคุณภาพไม่ได้สร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่ลูกค้า ประการที่สี่ การตรวจคุณภาพมักสร้างปัญหาให้กับระบบปฏิบัติการ ทำให้งานไปोकันเพื่อรอตรวจคุณภาพ ทำให้เสียเวลามาก ประการที่ห้า การตรวจคุณภาพ ทำให้เกิดการปิดภาระเพราะสาเหตุที่มาจากภายนอก ผู้ปฏิบัติกับผู้ตรวจสอบคุณภาพออกจากกัน

4. จงยุติการดำเนินธุรกิจ โดยการตัดสินกันที่ราคาเพียงอย่างเดียว (End The Practice of Awarding Business on Price Tag Alone) เป็นหลักที่เน้นการประเมินต้นทุนทั้งหมดทุกครั้งที่ยึดวัตถุดิบหรือชิ้นส่วนการผลิตจากภายนอก เพราะสินค้าราคาต่ำมักมีคุณภาพต่ำ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต้นทุนรวม เพิ่มจากค่าใช้จ่ายในการตรวจคุณภาพ การเกิดของเสีย การทำงานซ้ำ การเก็บสินค้าคงคลังทดแทนของเสีย และทำให้พนักงานไม่สบายใจ ผู้บริหารต้องระบุและประเมินผลกระทบ ตลอดจนคิดต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการซื้อวัตถุดิบ หรือชิ้นส่วนการผลิตจากผู้ป้อนวัตถุดิบที่เสนอราคาต่ำทุกครั้ง ทั้งนี้ต้องเลือกรายการที่ให้คุณภาพสูงสุด

5. จงปรับปรุงระบบการผลิต การบริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Improve Constantly and For Ever the System of Production and Service) ผู้บริหารจะต้องสร้างระบบที่สามารถผลิตสินค้าและบริการได้อย่างมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยจะต้องศึกษาและหาทางกำจัดการสูญเสีย ตลอดจนความแปรปรวนที่เกิดขึ้นทั้งหมดในระบบ

6. จงจัดให้มีการฝึกอบรมในขณะทำงาน (Institute Training on The Job) องค์กร ส่วนมากมองว่า การฝึกอบรมจำเป็นเฉพาะตอนแรกที่พนักงานเข้ามาทำงาน แต่พอหลังจากนั้นก็เข้าใจผิดว่าไม่จำเป็นต้องมีการอบรมเป็นการเรียนรู้ไม่มีวันสิ้นสุด การสนับสนุนให้พนักงานปรับปรุงคุณภาพในการทำงาน จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจใหม่ ๆ แก่พนักงาน อาทิ มาตรฐานการทำงาน เครื่องมือและเทคนิคทางสถิติ กระบวนการแก้ปัญหาในการทำงาน

7. จงสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น (Adopt and Institute Modern Methods of Supervision and Leadership) การจัดการคุณภาพต้องเปลี่ยนบทบาทของหัวหน้างานจากการสั่งการและคาดหวัง ว่า ลูกน้องจะทำตามที่สั่ง การเป็นครูเป็นโค้ชและเป็นผู้อำนวยความสะดวก

ซึ่งคอยสนับสนุนการให้ลูกน้องแก้ไขปัญหาเอง การปฏิบัติต่อลูกน้องเช่นนี้ จะทำให้ลูกน้องมีความสำคัญ มีบทบาทในการปรับปรุงคุณภาพและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานเป็นทีม

8. จงจัดความกลัวให้หมดไป (Drive Out Fear) เดิมมีชื่อว่า ความกลัว เป็นอุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพ เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและความอยู่รอดขององค์กร ความกลัวมีผลทำให้พนักงานไม่กล้าถามปัญหา ไม่กล้าบอกจุดอ่อนที่ตนเองไม่รู้ สาเหตุที่คนกลัวความร่วมมือกัน เพราะกลัวการถูกบังคับ การกลัวความล้มเหลว ทำให้คนไม่กล้าทำทนายการกระทำที่เป็นอยู่ ไม่กล้านำเอาเทคนิคใหม่เข้ามาใช้ หลายคนกลัวการเปลี่ยนแปลง เพราะการเปลี่ยนแปลงบังคับให้เขาต้องไปใช้วิธีการใหม่ แทนที่วิธีเดิมที่เคยรู้และมีความสะดวกสบายแม้วิธีเดิมจะเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพก็ตาม การขจัดความกลัวนี้ผู้บริหารต้องสร้างสภาพแวดล้อมให้คนกล้าถาม กล้ารายงานปัญหา กล้านำเอาความคิดใหม่ ๆ มาใช้ผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นว่าวิธีการใหม่ ๆ เป็นโอกาสก้าวไปสู่ความสำเร็จมากกว่าใช้วิธีการเดิม ๆ ที่เน้นความปลอดภัยความมั่นคงแต่กำลังให้ประโยชน์น้อยลงทุกขณะ

9. จงทำลายสิ่งกีดขวางความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (Break Down Barriers Between Departments and Individuals) องค์กรหลายแห่งทนอยู่กับความล้มเหลว เพราะมองปัญหาจำกัดอยู่แค่บางสายงาน ไม่สนใจฝ่ายอื่น องค์กรจึงมักทำงานได้ดีเฉพาะบางฝ่ายแต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงองค์กรได้ทั้งหมด ต้องแก้ไขด้วยการสร้างที่ร่วมกันระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ขึ้นมา เพื่อขยายความสามารถในการทำงานออกไป ทีมจะช่วยให้มองเห็นปัญหาใหญ่ ๆ ช่วยให้รับรู้ปัญหากว้างขึ้น ทำให้มีการศึกษาปัญหาและหาทางแก้ไขร่วมกันต่อไป

10. ขจัดการใช้คำขวัญ การติดโปสเตอร์ และป้ายแนะนำ (Eliminate The Use of Slogans, Poster, and Exhortations) เพราะข้อความที่ใช้อาจเป็นการดูถูกพนักงาน มากกว่าจะกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ จริง ๆ แล้ว คนส่วนมากอยากทำงานให้ดี แต่ปัญหาส่วนใหญ่มาจากข้อจำกัดของระบบการทำงานที่เป็นอยู่เพราะฉะนั้นแทนที่จะดูถูกพนักงาน ผู้บริหารควรวางวิธีการทำงานที่ดีให้เครื่องมือที่ดีและฝึกอบรมพนักงาน

11. จงเลิกใช้มาตรฐานการทำงานและตัวเลขโควต้า (Eliminate Work Standards and Numerical Quotas) เพราะการใช้มาตรฐานตัวเลข อาจทำให้พนักงานไม่เห็นด้วยและหาทางต่อรองเพื่อให้ลดมาตรฐาน หรือถ้าหากกำหนดมาตรฐานไว้สูงไป คนก็จะกลัวและโทษแก้ประการสำคัญมาตรฐานมีเหตุผลที่ดีหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพเพราะการกำหนดตัวเลขมาตรฐานเอาไว้ จะดึงความสนใจคนออกไปจากการปรับปรุงคุณภาพ คนจะพุ่งเป้าไปที่การทำตามมาตรฐานจนหมด



12. จงขจัดอุปสรรคที่ทำลายความภาคภูมิใจของพนักงาน (Remove Barriers that Rob the Hourly Worker of The Right to Pride in Workmanship) การเริ่มต้นจัดการคุณภาพ จะมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเป็นพนักงานที่ดีอยู่อย่างแน่นอน และเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้บริหารจะต้องค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคนี้ และหาทางแก้ไขเพื่อให้มีการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเหมาะสม

13. จงจัดให้มีแผนการศึกษา และทำการฝึกอบรมให้แก่พนักงาน (Institute a Vigorous Program of Education and Retraining) การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้พนักงานมีข้อมูลที่ทันสมัย เข้าใจการเปลี่ยนแปลงการออกแบบสินค้า เครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต เครื่องมือวิธีการใหม่ๆ ตลอดจนเทคนิคที่เป็นทางเลือกอื่น นอกจากลงทุนในการให้การศึกษาและการฝึกอบรมแล้วต้องหาทางให้พนักงานได้รู้ว่า ผู้บริหารมองพนักงานเป็นทรัพย์สินที่มีค่า และพยายามรักษาเอาไว้ การลงทุนในการอบรม จึงเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงความผูกพันที่องค์กรมีต่อพนักงาน

14. กำหนดความผูกพันที่ยาวนานของผู้บริหารระดับสูง ที่มีต่อการปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพในการผลิตไปตลอด (Define Top Management's Permanent Commitment to Ever-Improving Quality and Productivity) การกระทำของผู้บริหารระดับสูง จะเป็นตัวแสดงออกที่แท้จริงถึงการให้ความสำคัญต่อการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร ผู้บริหารระดับสูงต้องมีความผูกพันอย่างแท้จริง ต่อการจัดการคุณภาพ ความผูกพันนี้สำคัญ เพราะจะกระตุ้นให้ผู้บริหารระดับรองลงไป รวมทั้งพนักงานอื่น ๆ ได้ทำตามองค์การที่ประสบความสำเร็จในการจัดการคุณภาพส่วนใหญ่ผู้บริหารระดับสูงเช่น ประธานและรองประธานบริษัท มักจะแสดงออกอย่างแข็งขันถึงความผูกพันต่อการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร โดยการมีส่วนร่วมและรับนวัตกรรม รวมทั้งผู้บริหารมักทำในสิ่งที่ตนสอนคนอื่นอย่างเปิดเผย

#### 2.4.3.2 ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพ

โจเซฟ จูราน (Joseph M. Juran, 1904 – 2008 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2557: 55) ปริญญาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพคนหนึ่งของโลก ได้นำเสนอศาสตร์แขนงใหม่ที่เรียกว่า “การบริหารเพื่อคุณภาพ (Managing for Quality)” (Phillips – Donaldson, Debbie (2004)) โดยจูรานได้เพิ่มมิติด้านทรัพยากรบุคคลเข้าไปในการบริหารคุณภาพแทนที่จะเน้นแต่มิติด้านสถิติเพียงด้านเดียว โดยจูรานมีความปรารถนาที่จะเห็นผลสำเร็จจากมุมมองด้านทรัพยากรบุคคลของคุณภาพ

Juran and Gryna (1993: 7 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2557: 55) ในการบ่งชี้และบริหารกิจกรรมที่จำเป็นต่อการทำให้บรรลุถึงจุดประสงค์ด้านคุณภาพองค์กร” โดยจูราน (1986) ได้เสนอแนวความคิดของกระบวนการบริหารที่จำลองผลจากการบริหารการเงิน ทั้งนี้เนื่องจากแนวความคิดของกระบวนการบริหารการเงินจะเป็นสิ่งที่คุ้นเคยสำหรับผู้บริหารแล้ว นอกจากนี้แล้วยังเป็นการบริหารที่อยู่บนหลักการของความมีระบบและมีความเป็นวิทยาศาสตร์ จูราน



เรียกวิธีการบริหารนี้ว่า “ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพ (Quality Trilogy)” หรือ “ไตรศาสตร์ของจูราน (Juran’s Trilogy) ประกอบด้วย

1. การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning: QP) หมายถึง การกำหนดซึ่งเป้าหมายที่จะบรรลุสูงความคาดหวังของลูกค้าที่กำหนดแล้ว ทำการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดต่อวิธีการ ที่จะทำให้เกิดความมั่นใจว่าผลจากวิธีการดังกล่าว ทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจ

2. การควบคุมคุณภาพ (Quality Control: QC) การควบคุมคุณภาพ หมายถึง การเฝ้าพิจารณาผลกระบวนการ เพื่อจะทำการเปรียบเทียบกับความคาดหวังของลูกค้า ถ้าหากพบว่าผลการดำเนินการตามกระบวนการมิได้เป็นไปตามความคาดหวังที่ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความไม่พอใจแล้ว จะต้องค้นหาสาเหตุของความไม่พอใจ ดังกล่าว เพื่อจะแก้ไขให้ถูกต้อง

3. การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement: QI) การปรับปรุงคุณภาพ หมายถึง การคาดการณ์ความคาดหวังใหม่ของลูกค้า สำหรับผลิตภัณฑ์เดิม หรือการค้นหาความจำเป็นของลูกค้าสำหรับการพิจารณา ผลิตภัณฑ์ใหม่แล้ว ทำการวางแผนใหม่ ตลอดจนการควบคุมใหม่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายใหม่

4. การประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) การประกันคุณภาพ หมายถึง การดำเนินการใด ๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อลูกค้า ภายใต้แนวความคิดของไตรศาสตร์ด้านคุณภาพ นี้ กระบวนการบริหารคุณภาพ จะเริ่มต้นจากการวางแผนคุณภาพ โดยจะคาดหมายว่า คุณภาพควร จะอยู่ที่ระดับหนึ่ง ภายใต้การออกแบบ ระบบคุณภาพและเรียกสาเหตุของปัญหาจากการออกแบบ ระบบนี้ว่า “สาเหตุของปัญหาเรื้อรัง (Chronic Waste)” ซึ่งจะมีคุณสมบัติ คือ สามารถคาดการณ์ได้ ภายหลังจากการวางแผนคุณภาพสิ้นสุดลง จะต้องดำเนินการภายใต้การควบคุมคุณภาพเป็นลำดับ ต่อมา กล่าวคือ จะเป็นการดำเนินการที่พยายามให้คุณภาพเป็นไปตามเป้าหมาย คุณภาพที่วางแผนไว้ และเรียกสภาวะของกระบวนการแบบนี้ว่า “สภาวะเสถียร” โดยจะทำการกำจัด “ปัญหาแบบครั้งคราว (Sporadic Spike)” ซึ่งคุณสมบัติของปัญหาแบบนี้ คือ ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ภายใต้สภาวะเสถียร จะทำให้สามารถคาดการณ์ สมรรถนะของกระบวนการ ที่ควรจะเป็นได้การปรับปรุงคุณภาพ จึงถูกนำมาใช้ เพื่อดำเนินการแก้ไขและยกระดับของคุณภาพขึ้นจากเดิม ซึ่งลักษณะการดำเนินการแบบนี้ จะมีการนำบทเรียนที่ได้รับ มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนคุณภาพต่อไป

การบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Total Quality Management: TQM) ดังที่ (Kano, 1985 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2557) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จไว้ว่า “เป็นการบริหารธุรกิจ เพื่อให้ได้กำไรอย่างเป็นธรรม โดยผ่านการสร้างความพึงพอใจให้กับบุคลากรทุกฝ่าย ที่มีส่วนได้เสียกับธุรกิจ (Stake Holder)” ซึ่งในการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จนั้น จะไม่มีรูปแบบแน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า วัฒนธรรมขององค์กรนั้น ๆ เป็นอย่างไร ซึ่งในการจัดการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จให้สำเร็จนั้นจะมีประสิทธิภาพเต็มที่ ตามแต่ละองค์กรเท่านั้น

ไม่สามารถเลียนแบบกันได้ ดังนั้นก่อนที่จะดำเนินการกำหนดตัวแบบในการบริหารคุณภาพ แบบเบ็ดเสร็จ จะต้องทำการเข้าใจถึงวัฒนธรรมองค์กรของตนเสียก่อน โดยสังเกตจาก ความคิด (Think) การปฏิบัติ (Practice) ความเชื่อ (Believe) และความคิดเห็น (Opinion) ของคนในองค์กรเสียก่อน อย่างไรก็ตามถึงแม้การบริหารแบบ TQM นี้ จะมีตัวแบบแตกต่างกันออกไปตามแต่ละองค์กร แต่ทั้งนี้การบริหารจะต้องอยู่ ภายใต้ 3 ประชญา และ 4 หลักการกล่าว คือ

ปรัชญาของการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ

1) ความมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกฝ่ายในทุกระดับทั่วทั้งองค์กร (Company Wide)

2) ความมีระบบ (Systematic)

3) การตัดสินใจด้วยข้อเท็จจริง (Scientific)

หลักการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ

1) การบริหารเน้นที่ลูกค้า (Customer Oriented Management)

2) ความเป็นเลิศด้านทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Excellence)

3) ความเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์ (Product Leadership)

4) ความเป็นเลิศด้านการบริหาร (Management Excellence)

## 2.5 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis)

SWOT Analysis เป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคหรือภัยคุกคาม เป็นหลักการวิเคราะห์ที่เริ่มต้นมาจากการตลาด จนนำมาใช้กับองค์กรหรือแม้แต่บุคคล เอกชัย บุญญาทิษฐาน (2553: 29) กล่าวว่า “ถ้าเป็นส่วนบุคคล คุณสามารถใช้วิเคราะห์ SWOT เพื่อวางแผนชีวิตตนเองเพื่อให้เป็นเลิศในเส้นทางที่คุณต้องการ”

### 2.5.1 ความเป็นมาของ SWOT

จากการสืบค้นความเป็นมาของ SWOT (เอกชัย บุญญาทิษฐาน, 2553: 5) นั้นพบว่า มีแหล่งที่มาที่มีความแตกต่างกันออกไป 2 ทาง และทั้งสองฝ่ายก็ระบุว่าเป็นที่มาของ SWOT นั้นเป็นเรื่องที่มีคนสนใจอยู่มากเป็นการระบวนการคิดวิเคราะห์ที่ไม่ยาก และก่อนหน้าที่จะออกมาเป็นรูปแบบของ SWOT ที่สมบูรณ์นั้นก็มีที่มาที่ไปอยู่ก่อนแล้ว เช่น แนวทางที่คิดค้นโดยบริษัทดูปองท์ (Do Pont) ในปี 1949 หลังจากนั้นจึงมีผู้ที่บัญญัติขึ้นมาแตกต่างกันออกไปเป็น 2 เส้นทาง

#### 2.5.1.1 อัลเบิร์ต ฮัมพรี (Albert Humpkrey)

เส้นทางแรกผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นหลักในการพัฒนาเทคนิคนี้ขึ้นมาคือ ศาสตราจารย์อัลเบิร์ต ฮัมพรี (Albert Humpkrey) แห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ซึ่งมีบทบาทใน

การเป็นผู้นำคณะวิจัยที่เกิดขึ้นในระหว่างปี 1960-1970 โดยการวิจัยนี้ได้ทำกับผู้บริหารของบริษัทต่างๆ ในฟอร์จูน 500 ของสหรัฐอเมริกา (บริษัทที่ได้รับการคัดเลือกมาอยู่ในฟอร์จูน 500 คือบริษัทที่มีผลประกอบการชั้นนำในอันดับ 500 แรก) ผลการวิจัยนี้สุดท้ายออกมาเป็นรูปแบบการบริหารจัดการรูปแบบหนึ่งที่มีชื่อว่า Team Action Model ย่อว่า TAM ที่ให้แนวทางแก่ผู้บริหารความเปลี่ยนแปลง (Change Management) รูปแบบหรือ Model นี้ผู้ฝึกสอนหรือที่ปรึกษาทั้งหลายได้นำไปใช้กันทั่วโลก พื้นฐานจริงๆ ที่ทำให้เกิดความจำเป็นในการทำวิจัยในเรื่องนี้มาจากความต้องการที่จะทำความเข้าใจให้ได้ว่าทำไมระบบการวางแผนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะยาวขององค์กรทั้งหลายตามที่ทำกันอยู่ในเวลานั้นประสบแต่ความล้มเหลว แถมยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมากในการวางแผนแต่ละครั้ง เพราะการกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย พร้อมทั้งแผนปฏิบัติการที่จะทำให้บรรลุตามเป้าหมายในการรองรับแผนระยะยาวดังกล่าวถือว่าเป็นเรื่องที่ยากในยุคนั้น และมักจะเกิดปัญหาการถกเถียงกันได้อย่างไม่รู้จบ ดังนั้นบริษัทในฟอร์จูน 500 จึงได้ลงขันกันให้ทุนกับสถาบันวิจัยของมหาวิทยาลัยแอสตันพอร์ต โดยการวิจัยได้ทำกันเป็นทีมที่ประกอบด้วย ศาสตราจารย์ อัลเบิร์ต ฮัมพรีน (Albert Humpkrey) เบอร์เกอร์ โลง (Birger Lie) โอติส เบนเนเป (Otis Benepe) และผู้ร่วมทีมอีกหลายคน

คณะวิจัยได้ทำการวิจัยโดยใช้ระบบการสอบถามเป็นหลัก คำถามทั้งหลายได้ถูกออกแบบขึ้นเพื่อใช้ในการถามผู้บริหารสูงสุด และผู้จัดการหรือผู้อำนวยการด้านวางแผน ประเด็นสำคัญอันหนึ่งที่ผู้วิจัยพบในการวางแผนในช่วงนั้นคือการขาดความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ที่ประกอบกันอยู่ตั้งแต่ต้นทางคือแผนเริ่มต้นจนไปถึงแผนปฏิบัติการ ทีมงานผู้วิจัยจึงได้วางหลักการออกมา 7 ประการที่ต้องนำมาใช้เพื่อประสานให้เกิดความเชื่อมโยงเหล่านั้น หลักที่ว่านั้นมีองค์ประกอบดังนี้

- 1) คุณค่า (Values)
- 2) การประเมินคุณค่า (Appraise)
- 3) การจูงใจ (Motivation)
- 4) การค้นหา (Search)
- 5) การคัดเลือก (Select)
- 6) ตัวโครงการ (Programmer)
- 7) การปฏิบัติ (Act)

ในการวิจัยได้ใช้คำถามเป็นหลัก โดยตัวคำถามจะเริ่มจากการถามว่าอะไรเป็นสิ่งที่ดี (Good) และไม่ดี (Bad) ที่เกิดจากการทำงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต สิ่งที่ดีในปัจจุบันก็ถือว่าเป็นที่น่าพอใจ (Satisfactory) สิ่งที่ดีอนาคตที่ผู้ตอบจินตนาการได้ก็ถือเป็นโอกาส (Opportunity) อะไรที่เป็นสิ่งไม่ดีในปัจจุบันท่านก็ได้กำหนดให้เป็นข้อบกพร่อง (Fault) ส่วนสิ่งที่ไม่ดีในอนาคตท่านก็

กำหนดให้เป็นภัยคุกคาม (Threat) เมื่อเอาตัวอักษรที่นำหน้าทั้ง 4 ตัวมารวมกันก็ออกมาเป็น SOFT ท่านจึงเรียกรูปแบบนี้ว่า การวิเคราะห์ SOFT

ในการวิจัยต้องมีการนำเสนอผลการวิจัย การนำเสนอรูปแบบดังกล่าว ผู้บริหารของโครงการได้เปลี่ยนแปลงตัวอักษรเสียใหม่จาก F ไปเป็น W แล้วกลับตัวอักษรเสียใหม่ ทำให้ชื่อเรียกเปลี่ยนแปลงไปเป็น SWOT ตั้งแต่นั้นมา และการวิเคราะห์ที่ได้จำแนกออกเป็น 6 ด้านคือ ผลกระทบ กระทบการ ลูกค้า การจัดส่ง การเงิน และการบริหาร

ภายหลังการวิจัยได้มีการนำรูปแบบหรือ Model นี้ไปใช้ในทางปฏิบัติโดยผ่านการวางแผนออกเป็น 6 ด้าน ตามที่กล่าวไปแล้ว ทำให้การวิเคราะห์โรจงไปถึงสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกขององค์กรบริษัทที่นำแนวทางไปใช้ก็ประสบผลสำเร็จอย่างดี เพราะผลการวิเคราะห์ทำให้เกิดประเด็นต่างๆ ขึ้นมาที่องค์กรจะต้องนำไปใช้ในการวางแผนต่อไป (หากจะเปรียบเทียบคำว่า “ประเด็น” ที่ท่านใช้คำว่า “Issue” ในอดีตนั้นกับในปัจจุบันตัวประเด็นก็คือ “กลยุทธ์” นั่นเอง

นอกจากในเส้นทางนี้แล้ว ยังมีผลของงานวิจัยอื่นที่ออกมาเป็นไปในทำนองเดียวกันกับ SWOT นี้ซึ่งตีพิมพ์ออกมาเป็นหนังสือในปี 1965 โดยใช้คำว่า Opportunities, Risks, Environment, และ Problems แต่คำเหล่านี้ไม่ได้เป็นที่นิยมใช้

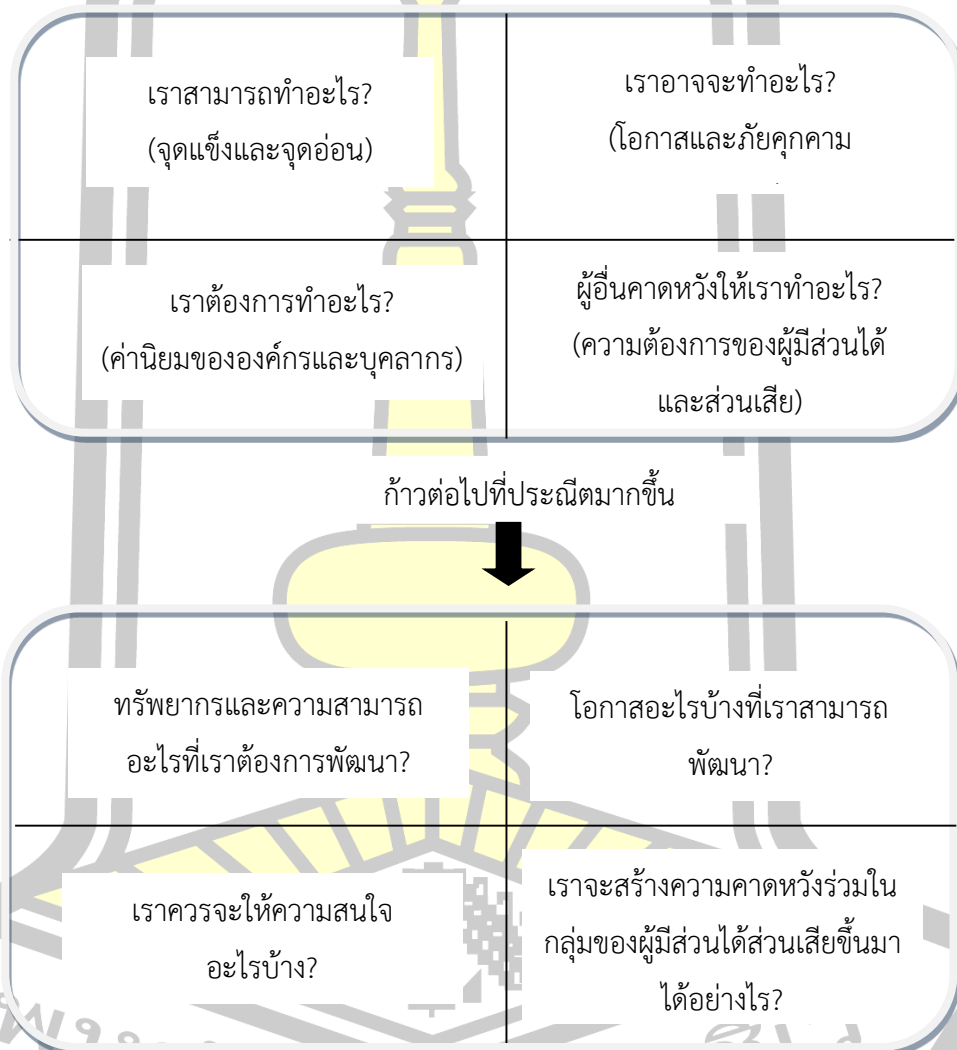
#### 2.5.1.2 เคนเนท แอนดริวส์ (Kenneth Andrews)

อีกค่ายหนึ่งที่กล่าวอ้างว่าเป็นต้นตอที่มาของ SWOT เช่นกันก็ต้องยกให้เป็นผลงานของศาสตราจารย์ เคนเนท แอนดริวส์ ที่ในค่ายนี้บอกว่าท่านเป็นผู้จัดเป็นผู้บุกเบิกในเรื่องของ SWOT นี้เลยทีเดียวโดยผลงานของท่านนั้นเกิดในปี 1971 ที่ท่านได้วางหลักการให้เกิดการเชื่อมโยงกันระหว่างความสามารถและทรัพยากรขององค์กรเข้ากับสภาพแวดล้อม โดยท่านได้กล่าวอ้างว่าเทคนิคตัวนี้เป็นนวัตกรรมตัวใหม่ที่มีขนาดเล็ก และไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการที่จะนำเอาจุดแข็งขององค์กรไปดึงเอาโอกาสที่อยู่ภายนอกมาใช้ และจุดแข็งจะไปช่วยปิดจุดอ่อน และต่อสู้กับภัยคุกคามที่จะมาได้

เส้นทางนี้ได้บรรยายไว้ว่าการทำธุรกิจในสมัยก่อนนั้น คือศตวรรษที่ 19 นั้น ไม่ยากเย็นเหมือนช่วงหลังๆ ในช่วงก่อนหน้านั้นโลกอยู่ในยุคอุตสาหกรรมที่ตลาดอยู่ในมือของผู้ผลิตและผู้ให้บริการ แต่เมื่อโลกก้าวเข้าสู่ยุคสารสนเทศตลาดได้เปลี่ยนไปอยู่ในมือของผู้ซื้อ การแข่งขันกันเองในผู้ประกอบการจึงเข้มข้นมากขึ้น ทว่าในช่วงต้นๆ เองนั้นธุรกิจก็ไม่ว่าจะอย่างไรกับมันดี นอกจากนั้น แนวความคิดของ อัดัม สมิท ที่บอกว่ามันมีมือที่มองไม่เห็นที่ท่านเรียกว่า Invisible Hand ที่คอยกำกับควบคุมอยู่ก็ยิ่งทำให้ธุรกิจไม่รู้จะอย่างไร

หลังจากนั้นไม่นานแนวความคิดเกี่ยวกับ มือที่มองไม่เห็นได้ถูกทำให้มีความชัดเจนขึ้นจนกลายเป็นมือที่มองเห็นได้โดย อัลเฟรด แซนด์เลอร์ ที่ออกคำกล่าวหาว่า ความจริงแล้วความจริงนี้เป็นมือที่มองเห็น ท่านใช้คำว่า Visible Hand ออกมาหักล้างกับ อัดัม สมิท ซึ่งมีความหมายแทนที่เราจะมารอคอยมือที่มองไม่เห็นมาชักจูง แท้จริงแล้วมันมีมือที่มองเห็นที่เราจะลงมือทำได้เพื่อ แก้ไขสิ่งเหล่านี้

มาในช่วงกลางศตวรรษที่ 19 การแข่งขันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงทำให้ Harvard Business School ที่เป็นองค์กรหลักแห่งหนึ่งในการประสาทความรู้ทางด้านธุรกิจต้องออกมาตีตัวในเรื่องนี้ ท่านที่ออกมามีบทบาทในการสร้างแนวความคิดก็คือศาสตราจารย์ เคนเนท แอนดริวส์ ที่ได้กล่าวว่า “องค์กรธุรกิจองค์กรย่อย หรือแม้แต่กระทั่ง แต่ละบุคคล ควรจะต้องกำหนดเป้าหมายของตัวเองออกมาเพื่อที่จะสามารถเดินไปข้างหน้าในทิศทางที่ถูกต้อง ไม่พลัดหลงออกไปนอกเส้นทางเสียก่อน



ที่มา: Kenneth Andrews (1971 อ้างถึงใน เอกชัย บุญญาภิธาน, 2553)

ภาพประกอบ 4 รูปแบบ SWOT ของ เคนเนท แอนดริวส์



คำถามสำคัญมี 4 คำถาม คือ

1) เราสามารถทำอะไร? คำถามนี้จะสอดคล้องกับจุดแข็ง และจุดอ่อนของการวิเคราะห์ SWOT

2) เราต้องการจะทำอะไร? คำถามนี้จะขึ้นกับค่านิยมขององค์กรและบุคลากร

3) เราอาจทำอะไร? คำถามนี้จะสอดคล้องกับโอกาสและภัยคุกคาม

4) ผู้อื่นคาดหวังให้เราทำอะไร? คำถามนี้จะสอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คำตอบสำหรับคำถามเหล่านี้ก็จะเป็นวัตถุดิบที่จะเอาไปสร้างกลยุทธ์ให้กับองค์กร นอกจากนั้นท่านยังได้พัฒนาคำถามขึ้นมาอีก 4 คำถามที่จะเป็นการวางหลักการที่ประณีตมากขึ้นไปอีกด้วย

SWOT เป็นการวิเคราะห์ภายในและภายนอกเพื่อการบริหารจัดการเชิงคุณภาพ ซึ่ง SWOT เป็นตัวย่อที่มีความหมาย ดังนี้

S = Strengths หมายถึง จุดแข็ง หรือข้อได้เปรียบ

W = Weaknesses หมายถึงจุดอ่อน หรือข้อเสียเปรียบ

O = Opportunities หมายถึง โอกาส

T = Threats หมายถึง อุปสรรค ข้อจำกัด หรือภัยคุกคาม

หลักการสำคัญของ SWOT ก็คือการวิเคราะห์โดยการตรวจสอบสภาพการณ์ 2 ด้าน คือ สภาพการณ์ภายในและสภาพการณ์ภายนอก ดังนั้นการวิเคราะห์ SWOT จึงเรียกได้ว่าเป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์ (Situation Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อให้รู้ตนเอง (รู้เรา) รู้จักสภาพแวดล้อม (รู้เขา) ชัดเจน และวิเคราะห์โอกาส-อุปสรรค การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารขององค์กรทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายนอกและภายในองค์กร ทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วและการเปลี่ยนแปลงในอนาคต รวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ที่มีต่อองค์กรธุรกิจ และจุดแข็ง จุดอ่อน และความสามารถด้านต่างๆ ที่องค์กรมีอยู่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์ และการดำเนินการตามกลยุทธ์ขององค์กรระดับองค์กรที่เหมาะสมต่อไป

#### 2.5.2 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ SWOT

วิเคราะห์ SWOT เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้แต่ละอย่างช่วยให้เข้าใจได้ว่ามีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างไร จุดแข็งขององค์กรจะเป็นความสามารถภายในที่ถูกใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่จุดอ่อนขององค์กรจะเป็นคุณลักษณะภายในที่อาจจะทำลายผลการดำเนินงาน โอกาสและสภาพแวดล้อมจะเป็นสถานการณ์ที่ให้โอกาสเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ในทางกลับกันอุปสรรคทางสภาพแวดล้อม



จะเป็นสถานการณ์ที่ขัดขวางการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ผลจากการวิเคราะห์ SWOT นี้จะเป็นแนวทางในการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้องค์กรเกิดการพัฒนาไปในทางที่เหมาะสม

### 2.5.3 ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการทำ SWOT Analysis

การวิเคราะห์ SWOT จะครอบคลุมขอบเขตของปัจจัย ที่กว้างด้วยการระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคขององค์กร ทำให้มีข้อมูลในการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายที่จะถูกสร้างขึ้นมาบนจุดแข็งขององค์กรและแสวงหาประโยชน์จากโอกาสทางสภาพแวดล้อม และสามารถกำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเอาชนะอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมหรือลดจุดอ่อนขององค์กรให้มีน้อยที่สุดได้ ภายใต้การวิเคราะห์ SWOT นั้นจะต้องวิเคราะห์ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### 1) การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

ประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กรจะเกี่ยวกับการวิเคราะห์และพิจารณาทรัพยากรและความสามารถภายในองค์กรทุกๆด้าน เพื่อที่จะระบุจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กรแหล่งที่มาเบื้องต้นของข้อมูลเพื่อการประเมินสภาพแวดล้อมคือระบบข้อมูลเพื่อการบริหารที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งในโครงสร้างระบบ ระเบียบ วิธีปฏิบัติงาน บรรยากาศในการทำงานและทรัพยากรในการบริหาร (คน เงิน วัสดุ การจัดการ) รวมถึงการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาขององค์กรเพื่อที่จะเข้าใจสถานการณ์และผลกลยุทธ์ก่อนหน้านี้ด้วย

จุดแข็งขององค์กร (S-Weaknesses) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในจากมุมมองของผู้ที่อยู่ภายในองค์กรนั่นเอง ว่าเป็นปัจจัยใดภายในองค์กรที่เป็นข้อได้เปรียบหรือจุดเด่นขององค์กรที่องค์กรควรนำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรได้ และควรกำหนดไว้เพื่อการสร้างเสริมความเข้มแข็งขององค์กร

จุดอ่อนขององค์กร (W-Weaknesses) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในมุมมองของผู้ที่อยู่ภายในองค์กรนั้นๆ เองว่าปัจจัยภายในองค์กรที่เป็นจุดด้อย ข้อเสียเปรียบขององค์กรที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือขจัดหมดไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

#### 2) การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก

ภายใต้การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรนั้น สามารถค้นหาโอกาสและอุปสรรคทางการดำเนินงานขององค์กรที่ได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจทั้งในและระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์กรเช่น อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจนโยบาย การเงิน การงบประมาณสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ระดับการศึกษาและอัตรารู้หนังสือของประชาชน การตั้งถิ่นฐานและการอพยพของประชาชน ลักษณะชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางการเมือง เช่น พระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา มติคณะรัฐมนตรี และ

สภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี หมายถึงกรรมวิธีใหม่ๆ และพัฒนาการด้านเครื่องมืออุปกรณ์ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตและให้บริการ

โอกาสทางสภาพแวดล้อม (O-Opportunities) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอกองค์กรปัจจัยใดที่สามารถส่งผลกระทบต่อประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินการขององค์กรในระดับมหภาค และองค์กรสามารถฉกฉวยข้อดีเหล่านี้มาเสริมสร้างให้หน่วยงานเข้มแข็งขึ้นได้

อุปสรรคทางสภาพแวดล้อม (T-Threats) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอกองค์กรปัจจัยใดที่สามารถส่งผลกระทบต่อในระดับมหภาค ในทางที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งองค์กรจำต้องหลีกเลี่ยงหรือปรับสภาพองค์กรให้มีความแข็งแกร่งที่จะเผชิญแรงกระทบดังกล่าวได้

### 3) ระบุสถานการณ์จากสภาพแวดล้อม

เมื่อได้ข้อมูลเกี่ยวกับ จุดแข็ง - จุดอ่อน โอกาส - อุปสรรค จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกด้วยการประเมินสภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกแล้วให้นำจุดแข็ง - จุดอ่อนภายในมาเปรียบเทียบกับโอกาส-อุปสรรค จากภายนอกเพื่อดูว่าองค์กรกำลังเผชิญสถานการณ์ใดและภายใต้สถานการณ์เช่นนั้น องค์กรควรจะทำอย่างไรโดยทั่วไปในการวิเคราะห์ SWOT ดังกล่าวนี้องค์กรจะอยู่ในสถานการณ์ 4 รูปแบบดังนี้

(1) สถานการณ์ 1 SO (จุดแข็ง - โอกาส) สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่พึงปรารถนาที่สุด ผู้บริหารขององค์กรควรกำหนดกลยุทธ์ในเชิงรุก (Aggressive - Strategy) เพื่อดึงเอาจุดแข็งที่มีอยู่มาเสริมสร้างและปรับใช้เพื่อฉกฉวยโอกาสต่างๆที่เปิดมาเพื่อหาประโยชน์อย่างเต็มที่

(2) สถานการณ์ 2 WT (จุดอ่อน - อุปสรรค หรือภัยคุกคาม) สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด เนื่องจากองค์กรกำลังเผชิญอยู่กับอุปสรรคจากภายนอกและมีปัญหาจุดอ่อนภายในหลายประการ ดังนั้นทางเลือกที่ดีที่สุดคือกลยุทธ์การตั้งรับเพื่อป้องกันตัว (Defensive Strategy) เพื่อพยายามลดหรือหลบหลีกภัยอุปสรรค หรือภัยคุกคามต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตลอดจนหามาตรการที่จะทำให้องค์กรเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด

(3) สถานการณ์ที่ 3 WO (จุดอ่อน - โอกาส) สถานการณ์ที่องค์กรมีโอกาเป็นข้อได้เปรียบด้านการแข่งขันอยู่หลายประการ แต่ติดขัดอยู่ตรงที่มีปัญหาอุปสรรคที่เป็นจุดอ่อนอยู่หลายอย่างเช่นกัน ดังนั้นการออกตัวคือกลยุทธ์การพลิกตัว (Turnaround - Oriented Strategy) เพื่อจัดหรือแก้ไขจุดอ่อนภายในต่างๆ ให้พร้อมที่จะฉกฉวยโอกาสต่างๆ ที่เปิดให้

(4) สถานการณ์ที่ 4 ST (จุดแข็ง - อุปสรรค) สถานการณ์นี้เกิดขึ้นจากการที่สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงาน แต่องค์กรมีข้อได้เปรียบที่เป็นจุดแข็งหลายประการ ดังนั้นแทนที่จะระอจนกระทั่งสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ก็สามารถที่จะเลือกกลยุทธ์การแตกตัว

หรือขยายขอบข่ายกิจกรรม (Diversification Strategy) เพื่อใช้ประโยชน์จากจุดแข็งที่มีสร้างโอกาสในระยะยาวด้านอื่นๆ

## 2.6 ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ

### 2.6.1 ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

กิบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2553) ได้กล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริมการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

คานเตอร์ (Kanter, 1997 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2553) กล่าวว่า อำนาจเป็นเสมือนตัวกำหนดโครงสร้างพฤติกรรมและทัศนคติขององค์กร อำนาจได้มาจากความสามารถ เพื่อให้เข้าถึงการสนับสนุน ข้อมูลข่าวสาร แหล่งทรัพยากรต่างๆ และโอกาสจากตำแหน่งหนึ่งๆ ในองค์กร การเข้าถึงโครงสร้างที่มีการเสริมพลังอำนาจ มีอิทธิพลต่อระดับอำนาจที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของแต่ละบุคคลในองค์กร อำนาจที่เพียงพอทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร

คอนเจอร์ และคานูโก (Conger & Kanungo, 1998 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2553) เน้นถึงการเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน เช่นเดียวกับ โทมัส และเวลเฮาส์ (Thomas and Velthouse, 1990) และสปริตเซอร์ (Spreitzer, 1995) ที่ให้ความหมายของการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ความหมายดังกล่าวเป็นการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพของบุคคลเพื่อทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายของงานหรือองค์กร

สุริยาภรณ์ อุทธิษ (2555) สรุปว่า การเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล หรือองค์กร มีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน มีการพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่จะเกิดความร่วมมือกัน ความเท่าเทียมกัน ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการถ่ายเทอำนาจให้เกิดความเท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับการส่งเสริม การช่วยเหลือ ชี้แนะให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเองได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตน

## 2.6.2 ความสำคัญของการเสริมพลังอำนาจ

บราวน์ (Brown, 1992 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2553) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจในงานแก่บุคลากรพยาบาล เป็นการทำให้พยาบาล มีความสามารถในการปฏิบัติวิชาชีพท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และพิวทซ์ (Puetz, 1988 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2553) กล่าวว่า บุคคลจะไม่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้อื่นได้ ถ้าตนเองยังอยู่ในความรู้สึกไร้อำนาจ พิวทซ์ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจในงานของพยาบาลไว้ 3 ประการ ได้แก่

ประการแรก พยาบาลเป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติ มีพลังอำนาจที่จะใช้ในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น

ประการที่สอง การใช้พลังอำนาจอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล และเป็นผลสะท้อนโดยตรงในความสามารถทางการพยาบาล

ประการที่สาม การใช้พลังอำนาจเพื่อวัตถุประสงค์ในทางบวกนั้น หมายรวมถึงการแบ่งปันพลังอำนาจนั้นแก่บุคคลอื่นด้วย ดังนั้นการเสริมพลังอำนาจในงาน จึงสามารถเสริมให้กับตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถที่จะไปถึงเป้าหมาย และเสริมให้กับผู้อื่นเพื่อให้เขามีความสามารถเช่นกัน การเสริมพลังอำนาจในงานแก่บุคลากรพยาบาล ถือเป็นกลยุทธ์การบริหารที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ เพราะการเสริมพลังอำนาจ มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานโดยรวมและความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร (Wilson & Laschinger, 1994 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2553)

## 2.6.3 ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจในองค์กร

2.6.3.1 การเสริมพลังอำนาจในองค์กร ของคานเตอร์ (Kanter, 1993 อ้างถึงใน (ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2553) เจ้าของทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจในองค์กร (Kanter's Theory of Organization Empowerment) เสนอว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อพฤติกรรมขององค์กรและทัศนคติของบุคคล ซึ่งถูกหล่อหลอมขึ้นมาจากการที่บุคคลที่มีตำแหน่งสูงขึ้น ทำให้มีอำนาจที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน แหล่งประโยชน์ซึ่งจะทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไป อำนาจดังกล่าวจะได้รับมาจาก 2 แหล่งคือ

1) อำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power) เป็นอำนาจที่พบในการทำงานที่มีรูปแบบที่เห็นได้ชัดเจนในองค์กร คืองานที่มีความยืดหยุ่น งานที่เป็นการยอมรับ งานที่ตัดสินใจด้วยความรอบคอบ งานที่มีความคิดสร้างสรรค์และมีการพัฒนา มีความสัมพันธ์กับกระบวนการร่วมมือสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

2) อำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power) เป็นอำนาจที่พัฒนามาจากความสัมพันธ์ของบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์กร เป็นอำนาจที่แต่ละคนมีอยู่ในตำแหน่งต่างๆ ในองค์กร เช่น บุคคลที่เกี่ยวข้องทางการเมือง ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นต้น

อำนาจทั้งสองส่วนนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

(1) การได้รับทรัพยากร หมายถึง ความสามารถในการจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ดังนี้

(1.1) ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย วัสดุอุปกรณ์ (Material) เงินทุน (Fund) ขอบเขต (Space) และเวลา (Time) ซึ่งวัสดุอุปกรณ์หมายถึง อาคารสถานที่ ที่ให้ความสะดวกหรือเอื้อต่อการปฏิบัติงานรวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย เงินทุน หมายถึง งบประมาณที่องค์กรจัดสรร เพื่อใช้ในกิจกรรมของแต่ละแผนก ขอบเขต หมายถึง การเปิดช่องว่างให้กว้างเพื่อให้บุคคลได้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ความสามารถ ส่วนเวลา หมายถึง การใช้เวลาที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

(1.2) ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองด้านบวก ทักษะการรับรู้ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นทรัพยากรภายในที่ผู้นำควรสนับสนุน ส่งเสริม ให้เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถนำทรัพยากรภายนอกให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย เป็นการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติงาน มีความผูกพันในงาน และทุ่มเทให้กับงานอย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์ขององค์กรและมีความสุขในการทำงาน

(2) ด้านการได้รับการสนับสนุน หมายถึง การที่ผู้บริหารสนับสนุนและส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้การยอมรับและเห็นชอบตามกฎหมาย ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและหมู่คณะเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงาน รวมไปถึงการที่ผู้บริหารสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (Proter-O' Grady, 1986) ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้โอกาสตัดสินใจแก้ปัญหาการปฏิบัติงานพัฒนางานหรือปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน (Feedback) การยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน การยอมรับในความผิดพลาด การแสดงความพึงพอใจในงานที่ทำสำเร็จ การแสดงความห่วงใย รับฟัง และเข้าใจปัญหาทุกด้านของบุคลากร ตลอดจนการแสดงไมตรีจิต ยิ้มแย้มและให้ความเป็นกันเองกับบุคลากร การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา จะทำให้บุคลากรรู้สึกสุขใจ และมีคุณค่า มีการรับรู้ถึงการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานเป็นแรงจูงใจให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานแล้ว ย่อมมีขวัญและกำลังใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังสามารถ มีความกระตือรือร้นขยันหมั่นเพียรและยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร



(3) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้แก่ ข้อมูลความรู้ทางเทคนิค ทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน และข่าวสารการเมือง ข้อมูลข่าวสารที่ผู้บริหารควรแบ่งปันให้ผู้ปฏิบัติควรเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ และวางแผนนโยบายและการตัดสินใจขององค์กร ข้อมูลข่าวสารที่ได้ ควรมีการสื่อสารแบบสองทาง ข้อมูลข่าวสารถูกต้องทันต่อเหตุการณ์ จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน และทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิผลขององค์กร (Gunden & Crissman, 1992) ผู้ปฏิบัติจะรู้สึกผิดหวังไม่พอใจกับการกระทำของผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานและประสิทธิผลขององค์กรต่ำลง

(4) การได้รับโอกาส ผู้บริหารต้องตระหนักถึงการเติบโตและความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่และการทำงาน รวมทั้งโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้วยซึ่งการได้รับโอกาสนี้คานเตอร์ (Kanter, 1977) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

(4.1) การได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) การส่งเสริมสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในการเลื่อนตำแหน่ง พิจารณาความดีความชอบ เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งอย่างยุติธรรม ให้โอกาสก้าวหน้าในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้น

(4.2) การได้รับความเพิ่มพูนทักษะความสามารถ (Competence and Skill) การให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานในการไปอบรม เพิ่มพูนความรู้ในการประชุมวิชาการ การศึกษาดูงาน หรือ ลาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

(4.3) การได้รับความชมเชยและยอมรับ (Reward and Recognition) การให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานดี โดยการกล่าวคำชมเชยประกาศเกียรติคุณ หรือให้รางวัล เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่ามีคุณค่า

#### 2.6.3.2 การเสริมพลังอำนาจในองค์กร ของคอนเจอร์และคาร์นุโก

คอนเจอร์และคาร์นุโก (Conger & Kanungo, 1988) กล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการสำหรับองค์กรที่ใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยเชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ถ้าได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชา และเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ย่อมส่งผลถึงการปฏิบัติงานที่ดีและมีประสิทธิภาพ กระบวนการเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ (Conditions Leading to a Psychological State of Powerlessness) คอนเจอร์และคาร์นุโก กล่าวว่า ภาวะไร้อำนาจของผู้ปฏิบัติงานสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ คือ

1) ปัจจัยด้านองค์กร (Organizational Factors) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบายระบบการบริหารงาน และการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการแข่งขัน



2) การนิเทศงาน (Supervision) เช่น การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างใกล้ชิด การลงโทษเกินกว่าเหตุ และการใช้อำนาจมากเกินไปในการดูแลผู้ปฏิบัติงาน

3) การระบบการให้รางวัล (Reward System) เช่น การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งตามความพอใจของผู้บริหาร การให้ค่าตอบแทนต่ำกว่าวิชาชีพอื่นๆ และ

4) ลักษณะงาน (Nature of Job) เช่น บทบาทหน้าที่ในแต่ละงานไม่ชัดเจน ขาดอิสระในการปฏิบัติงาน และขาดทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกไร้อำนาจ หมดพลังที่จะต่อสู้กับงานที่มีปริมาณมากและต้องใช้ความรับผิดชอบสูงในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อรักษาชีวิตของมนุษย์ แรงจูงใจในการทำงานลดลง ความพึงพอใจเริ่มน้อยลง ขาดความสนใจในงาน ลักษณะดังกล่าวส่งผลเสียต่อตัวผู้ปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพของหน่วยงาน และองค์กร

ขั้นที่ 2 การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ (The Use of Managerial Strategies and Techniques) ในขั้นตอนนี้เป็นการนำปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้อำนาจของผู้ปฏิบัติมาดำเนินการแก้ไข กลยุทธ์ที่คอนเจอร์และคาร์นูก์ เสนอไว้ คือ

1) การบริหารอย่างมีส่วนร่วม (Participative Management) ซึ่งหมายถึง การที่ผู้บริหารสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการวางแผน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติหรือการแก้ปัญหาของหน่วยงาน

2) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ในการบริหารงาน แต่ละหน่วยงานจะมีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ถ้าผู้บริหารเป็นผู้กำหนดฝ่ายเดียวโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนร่วมพลังอำนาจในการปฏิบัติย่อมจะไม่เกิดขึ้น เมื่อหน่วยงานเป็นของทุกคนที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นทุกคนก็ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งเป็นการสร้างความสามัคคี และมีเป้าหมายเดียวกันในการทำงานเพื่อองค์กร

3) ระบบการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback System) ในการทำงานร่วมกัน เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นหรือมีการประเมินผลงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเฉพาะบุคคล เฉพาะกลุ่ม หรือทั้งหน่วยงาน ก็ควรมีการบอกผลให้ทุกคนได้รับทราบ จะได้มีการแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้น และถ้าเป็นผลในทางที่ดี ผู้ปฏิบัติก็จะรู้สึกดีใจที่ได้รับทราบและทำให้เกิดกำลังใจในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารก็ควรให้ข้อมูลป้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าอยากจะทำปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการให้ข้อมูลป้อนกลับด้วย

4) การเป็นตัวอย่างที่ดี (Modeling) ในการที่ผู้บริหารจะจูงใจให้ผู้อื่นปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกทุกคนในหน่วยงานก่อน เพราะการที่หัวหน้าเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง ลูกน้องจะไว้วางใจ ให้ความศรัทธาแก่หัวหน้า และเลียนแบบหรือปฏิบัติตามในที่สุด

5) การเสริมแรง (Contingent/Competence-Based Reward) ในการปฏิบัติงาน บางครั้งการจูงใจด้วยวัตถุอย่างเดียว อาจไม่สามารถทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจได้ การเสริมแรงทางบวก โดยเฉพาะเรื่องที่มีผลต่อจิตใจ เช่น การยกย่องชมเชย ยอมรับในความสามารถของผู้ปฏิบัติและการให้อิสระในการปฏิบัติงาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงเสริมที่จะให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเต็มใจ และภาคภูมิใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบอยู่

6) การเพิ่มคุณค่าในงาน (Job Enrichment) เป็นการเพิ่มงานและความรับผิดชอบให้ผู้ปฏิบัติงานในการวางแผน ออกแบบงาน และประเมินผลงานด้วยตัวของผู้ปฏิบัติงานเอง แทนที่จะเป็นหน้าที่ของผู้บริหารและให้พนักงานปฏิบัติงานอย่างเดียว การเพิ่มคุณค่าในงานเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มแรงจูงใจในงาน

ขั้นที่ 3 การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (To Provide Self-Efficacy Information to Subordinates) เป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพเพียงพอต่อความรับผิดชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และสามารถทำงานนั้นได้สำเร็จโดยอาศัย

1) การไปสู่เป้าหมาย (Enactive Attainment) ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสได้รับรู้และทดสอบการมีทักษะและความสามารถในงานที่เพิ่มขึ้นของตนตามลำดับ

2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การสะสมประสบการณ์เป็นการนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติงานวิธีการหนึ่ง โดยศึกษาจากผู้มีประสบการณ์ เช่น การมีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยอำนวยความสะดวก ชี้แนะ และให้คำปรึกษาการทำงานของน้องจบใหม่ เป็นต้น

3) การจูงใจด้วยวาจา (Verbal Persuasion) เป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน เช่น การสอบถามปัญหาและอุปสรรคการทำงานที่ผู้บริหารพร้อมจะแก้ไขหรือให้การสนับสนุน การให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานได้สำเร็จ

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) บางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจทำงานด้วยความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความเกียจคร้าน ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถต่ำ ถ้าผู้บริหารสามารถลดความรู้สึกเหล่านี้ได้ ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมากขึ้น ในขั้นตอนการเพิ่มการรับรู้ความสามารถนี้ ต้องดำเนินควบคู่กับการขจัดปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติไร้อำนาจที่กล่าวไว้แล้วในขั้นที่ 1

ขั้นที่ 4 ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Results in Empowering Experience of Subordinates) เมื่อผู้บริหารสามารถขจัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงานได้ โดยมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในงาน และการช่วยให้ผู้ปฏิบัติรับรู้ถึงสมรรถนะในตน จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีความแข็งแกร่ง (Strengthening of Effort) มีความคาดหวังใน

ผลการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น (Performance Expectancy) และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ (Belief in Personal Efficacy) ในการทำงานให้สำเร็จ

ขั้นที่ 5 พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Leading to Behavioral Effects) เมื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อให้เกิดพลังในตัวผู้ปฏิบัติแล้ว ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน เช่น เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Initiative) และมีความอดทนต่อการทำงานที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมาย (Persistence of Behavior to Accomplish Task Objectives)

### 2.6.3.3 การเสริมพลังอำนาจในองค์กร ของเทรซี

เทรซี (Tracy, 1990) ได้กำหนดขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 10 ขั้นตอน ซึ่งเรียกว่า พีระมิดอำนาจ (Power Pyramid) มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1) ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ (Clearly Define Responsibilities) ของผู้ปฏิบัติงานและร่วมกันกำหนดเป้าหมายและภารกิจขององค์กร

2) มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate Authority) ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามขอบเขตของงานที่ได้รับมอบหมาย

3) กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set Standard of Excellence) องค์กรต้องให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานไปถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้

4) มีการฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and Development) ให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเองและการทำงานตามความสนใจและความสามารถ

5) ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide Knowledge and Information) เกี่ยวกับองค์กรที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน

6) ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give Feedback) เกี่ยวกับการทำงาน

7) ให้การยกย่องยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

8) ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ

9) ยอมรับข้อผิดพลาด (Permission to Fail) ผู้บริหารพร้อมที่จะยอมรับความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น โดยร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติงาน

10) ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน (Respect)

สรุปได้ว่า การเสริมพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงาน และแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้บรรลุสำเร็จของตนเองและองค์กร

## 2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### 2.7.1 ความหมายและพัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis, & McTaggart, 1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่นๆ ในเชิงเทคนิคแต่แตกต่างในด้านวิธีการซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) เป็น การวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

ซูเปอร์-สเคอร์ริท (Zuber-Skerritt, 1992) เป็นผู้นำที่มีชื่อเสียงในการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพวิชาการของบุคลากร (Staff Development) ในมหาวิทยาลัย ได้ให้ความหมายของคำว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปแบบ The CARSP Model ดังนี้

- 1) ร่วมมือในการสอบสวนปัญหาอย่างวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Collatorative)
- 2) สะท้อนผลการปฏิบัติการโดยผู้ปฏิบัติ (Reflective Practioners)
- 3) อธิบายขอค้นพบและเผยแพร่ (Accountable to Public)
- 4) ประเมินผลการปฏิบัติการของตน (Self Evaluation)
- 5) มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participative Problem-Solving) และการดำเนินการพัฒนากิจกรรมต่อไป

วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) ได้สรุปความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการศึกษารวบรวมเพื่อการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลายๆครั้งจนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

สมปอง พะมูลิลา (2554) ได้สรุปความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหามุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง เน้นที่การสร้าง

ความเปลี่ยนแปลงจนเกิดองค์ความรู้ต่างๆที่จะได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2557) ได้สรุปความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่ม ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานให้ได้ รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการ พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ได้สอดคล้องกับสภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่ เกี่ยวข้อง

องอาจ นัยวัฒน์ (2548: 338) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำโดย นักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อ นำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการ ปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับ โครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่นๆที่แวดล้อมหรือ เกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

2.7.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มีรูปแบบดังนี้

2.7.2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมาย ของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของการปฏิบัติงานโดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วย ในการวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอก เป็นผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิดวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยมา จากความคิดของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2.7.2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) เป็นการ วิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน แล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ ปฏิบัติสะท้อนและวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติจึงมีโอกาสเรียนรู้ กระบวนการวิจัย และมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดในประเด็นปัญหาการวิจัยที่มาจาก การปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้



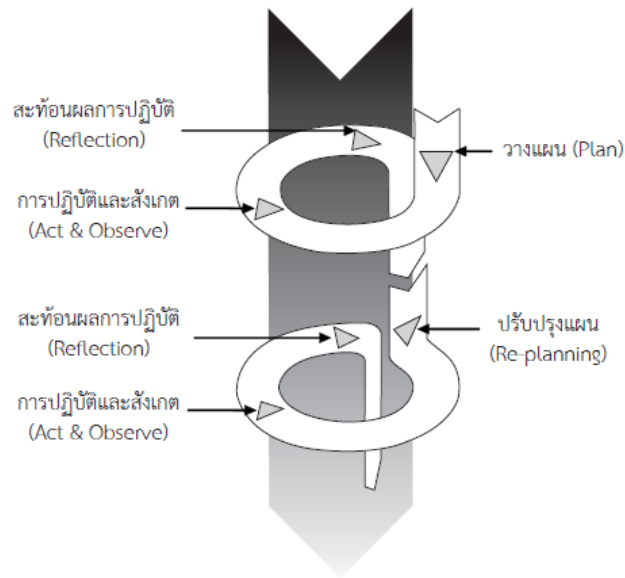
2.7.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็น การวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของ การวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 และแบบที่ 2 คือนอกจากพัฒนาประสิทธิภาพ การทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการ ให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่มีอยู่ในองค์กรให้ดีกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วม ด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ บริक्षाเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิม จะเห็นว่าแนวทางการ ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงาน จากผู้ปฏิบัติถูกครอบ ความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooptation) ซึ่งเป็นแบบแรกมาเป็นแบบที่สองร่วมกันทำงาน (Cooperation) และรูปแบบที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการ วิจัยเชิงปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติ การมากกว่าแบบอื่นๆ

### 2.7.3 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการการ เชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงๆ ในสนาม หรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยสะท้อนความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำตามแผนที่วางไว้สามารถแก้ไขปัญหาสำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้ง มีปัจจัยที่เกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่สภาวะการณที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึง ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องไป (Spiral of Steps)

2.7.3.1 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart, (1988: 11) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุง แผนการปฏิบัติงาน (Re-Planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตาม ภาพ



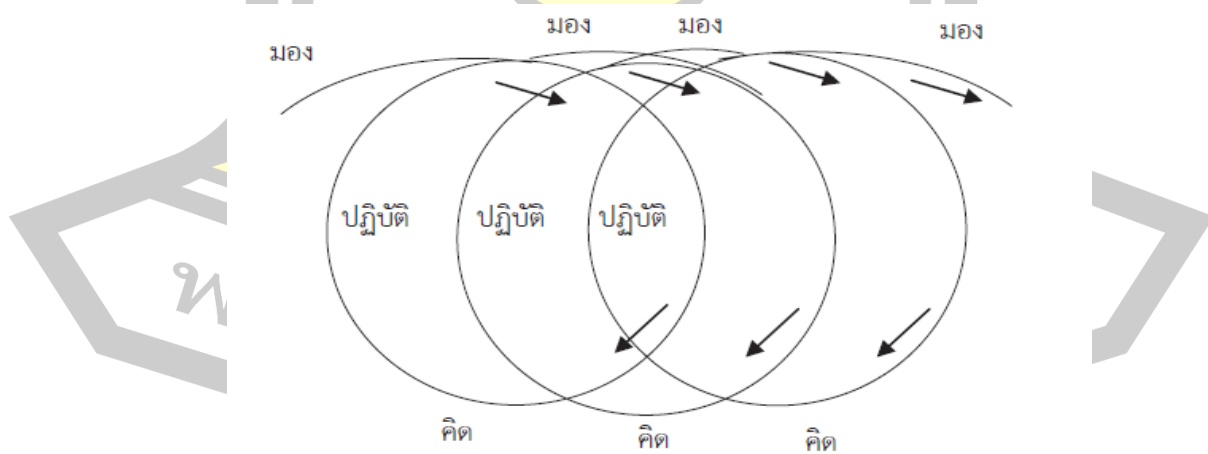


ที่มา: Kemmis & McTaggart (1988)

ภาพประกอบ 5 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวความคิดของ Kemmis & McTaggart

2.7.3.2 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer

สตริงเกอร์ (Stringer, 1991 อ้างถึงใน วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ได้แบ่งกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การพินิจพิเคราะห์ (มอง) 2) การคิดวิเคราะห์ (คิด) และ 3) การปฏิบัติการ (ปฏิบัติ) ซึ่งเป็นไปตามภาพ



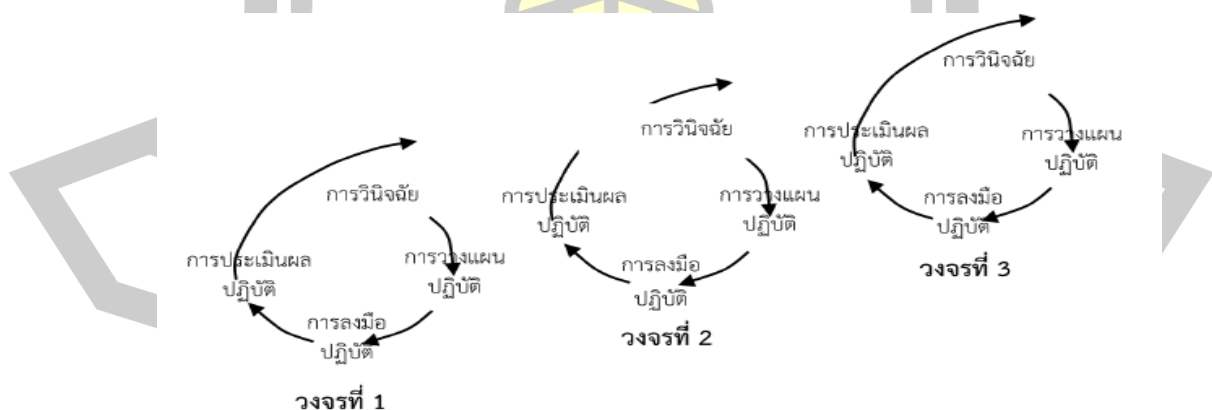
ที่มา: Stringer (1991 อ้างถึงใน วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

ภาพประกอบ 6 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer

กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (Recycling Set of Activities) การดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนแรกมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการบวนการวิจัยได้เข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการปรับปรุงแก้ไขและบริบทอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้และชัดเจน เพื่อที่จะได้คิดหาหนทางที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าวนี้ นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำการวิจัย บุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยามปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพรรณนารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อม โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ หรือการศึกษาเอกสารส่วนการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การตีความและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรกโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบความชัดเจนและขยายความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้นรวมทั้งการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลงมือปฏิบัติการแก้ไขปัญหามาให้สำเร็จลุล่วงไปตามที่ได้คิดวิเคราะห์ได้โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อการระบุความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาว່ายอยู่ที่ใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้องทำการแก้ไขในวงจรรอบต่อไป

#### 2.7.3.3 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick

ตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick (2001: 19 อ้างถึงใน วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ได้แบ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัย (Diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (Tacking Action) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (Evaluation Action) ซึ่งกระบวนการวิจัยเป็นไปตามภาพ



ที่มา: Coghlan และ Brannick (2001: 19 อ้างถึงใน วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

ภาพประกอบ 7 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ซึ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มต้นจากการวิจัยสภาพการณ์ของ ปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข รวมทั้งการระบุนกรอบแนวคิดทฤษฎี และหลักการพื้นฐานสำหรับใช้รองรับ การปฏิบัติงานจากนั้นจึงทำการวางแผนปฏิบัติการตามจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหาหรือโครงสร้าง พัฒนาที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการวินิจฉัยในขั้นตอนแรกและความร่วมมือร่วมใจของ บุคลากรฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินแล้วจึงลงมือปฏิบัติการตามแผนการที่วางไว้ทีละ ขั้นตอน เสร็จแล้วจึงทำการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เพื่อตรวจสอบ ความสำเร็จและความเหมาะสมของการวินิจฉัยและการปฏิบัติการตามแผนสารสนเทศที่ได้จากการ ประเมินผลในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงจรรอบต่อไป

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ออกแบบการวิจัยเป็น รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) โดยผู้วิจัยแสดงบทบาท เป็นที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน กล่าวคือผู้วิจัยได้ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ นำแนวคิด แผนงาน และโครงการที่ได้ร่วมกันจัดทำเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทีมสหวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้มีกระตุ้นให้ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันแลกเปลี่ยนและเสนอข้อคิดเห็นในการพัฒนา โดยดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) โดยจัดการประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหา และแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแนวทางการแก้ไข การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการ ขั้นการปฏิบัติ (Action) ดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการสังเกต (Observation) ติดตามผลการดำเนินงานรูปแบบ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และขั้นสะท้อนผลเพื่อแก้ไขปรับปรุง (Reflection) สรุปผลการดำเนินงานและจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหวิชาชีพเพื่อถอดบทเรียนผล การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

## 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ (2552) การศึกษาอิสระเรื่องการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม – ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม – ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 12 คน การเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม – ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนการพัฒนา คิดเป็น ร้อยละ 78.77 อยู่ในระดับคุณภาพพอใช้ หลังการพัฒนา คิดเป็น ร้อยละ 93.48 อยู่ในระดับคุณภาพดีมาก รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ตามกรอบตามการใช้กระบวนการทางการพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐานสำนักการพยาบาล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น

จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาหร่ายเรืองเดช (2546) ได้ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพจากข้อมูลผู้ป่วยในกับคุณลักษณะของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลที่น่าสนใจมีความถูกต้องของรหัสโรคสามารถนำมาใช้ได้ร้อยละ 70 และความถูกต้องของการลงรหัสหัตถการ ร้อยละ 62 ความถูกต้องดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์ผลของตัวชี้วัดได้ระดับพอใช้ โดยตัวชี้วัดบางกลุ่ม ต้องใช้ข้อมูลทั้งสามปีมาวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดตามรายกลุ่มพบว่า ตัวชี้วัดหัตถการไม่สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากหัตถการมีการทำน้อยในประเทศไทย และมีผลทำให้ไม่สามารถใช้ตัวชี้วัดอัตราตายของผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการนั้นๆ ด้วย ตัวชี้วัดอัตราการใช้บริการสามารถนำมาใช้ได้ 1 ตัว คือ Cesarean Section Rate ส่วนอีก 2 ตัว คือ Incidental Appendectomy Among Elderly และ Laparoscopic Cholecystectomy ต้องใช้ข้อมูลหลายปีรวมกันจึงสามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากจำนวนข้อมูลน้อย ตัวชี้วัดอัตราการตายของผู้ป่วยที่ทำหัตถการที่ทำหัตถการสามารถนำมาใช้ได้ 1 ตัว Craniotomy Mortality โดยต้องนำข้อมูลหลายปีมารวมกัน ตัวชี้วัดอัตราการตายด้วยสภาวะต่างๆ ในโรงพยาบาลพบว่าสามารถนำมาใช้ได้โดยใช้ข้อมูลของแต่ละปี 4 ตัวคือ Acute Myocardial Infarction, Congestive Heart Failure Mortality, Pneumonia Mortality, Stoke Mortality ส่วนตัวชี้วัดอีก 2 ตัวคือ Hip Fracture Mortality และ GI Hemorrhage Mortality ต้องใช้ข้อมูลหลายปีรวมกันในการประเมินตัวชี้วัดการใช้บริการเปรียบเทียบในพื้นที่พบว่า อัตราการใช้บริการ Hysterectomy และ Laminectomy สามารถนำมาใช้ได้ในส่วน CABG และ PTCA มาสามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากข้อมูลมีจำนวนไม่เพียงพอ ตัวชี้วัดที่แสดงภาวะที่หลีกเลี่ยงการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้สามารถนำมาใช้ทุกตัว ยกเว้น Uncontrolled Diabetes Mellitus ที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากไม่มีรหัสใน ICD 10 ให้ลง อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบผลของตัวชี้วัดระดับพื้นที่ดังกล่าวมีหลายจังหวัดมีข้อมูลที่ส่งเข้ามา

เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่รับผิดชอบน้อยมากทำให้ไม่สามารถนำตัวชี้วัดนั้นมาเปรียบเทียบผลการให้บริการระดับจังหวัดได้

ธนสุษฐ์ โชติกอาภา (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิด การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิด PDCA ของเดมมิ่ง โดยมีกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา ได้แก่ พยาบาลทีมพัฒนา 3 คน พยาบาลทีมบันทึก 7 คน พยาบาลทีมประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนการพัฒนา จำนวน 35 ฉบับ และหลังการพัฒนา จำนวน 20 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามปัญหา ที่เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อแบบบันทึก และคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คือ 1) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาลเฉพาะโรค แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์พยาบาล และแบบประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ 2) คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.63 เป็นร้อยละ 93.70 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดวงจร PDCA ของเดมมิ่ง สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ธนัญญา โพธาราม (2551) ได้ศึกษาทัศนคติต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล ไม่รวมพนักงานหัวหน้าหน่วยขึ้นไป ทั้งหมด 108 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐานได้แก่ การวิเคราะห์ความแตกต่างใช้การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัวที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยรวมและรายละเอียดรายด้าน ได้แก่ด้าน การประเมินผู้ป่วย ด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ด้านการวางแผนทางการแพทย์พยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการประเมินผล มีการบันทึกที่ระดับมาก พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุและประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลไม่ต่างกัน ทัศนคติด้านปัจจัยสนับสนุน 5 ด้าน โดยรวม พยาบาลวิชาชีพมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและการรับรู้ความสำคัญของ



การบันทึกมีระดับดีมากที่สุด ด้านการนิเทศและด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการพยาบาล มีระดับดี มาก ด้านการจัดอัตรากำลังบันทึก มีระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหน่วยงานต่างกัน มีการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแตกต่างกัน เป็นงานวิจัยที่มีความน่าสนใจ ทันเหตุการณ์ อีกทั้งเป็นงานวิจัยของโรงพยาบาลเอกชนที่มีชื่อเสียง เรื่องคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพไม่เกี่ยวกับประสบการณ์การทำงาน ด้านนโยบายและการรับรู้ความสำคัญของการบันทึกที่มีระดับดีมากที่สุด ด้านการนิเทศที่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับปัญหาและความสำคัญของการนำมาซึ่ง การพัฒนาทางการพยาบาล ที่ต้องมีย่างต่อเนื่อง

บุษบา บัวผัน (2548) ได้ศึกษาการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ดปี 2546-2547 ผลการศึกษาพบว่า การตรวจสอบความถูกต้องของแพทย์ในการสรุปเวชระเบียน (SA) พบว่าส่วนใหญ่ไม่พบความผิดพลาด คือ ร้อยละ 39.88 แต่ที่ผิดพลาดสาเหตุ คือ Discharge summary other (DX: Other) ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบหรือมากเกินไปร้อยละ 27.63 เมื่อเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ระหว่าง (SA) จำแนกรายโรงพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.005$

ประวิณ พิมพ์หอม (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพ ด้านการบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า หลังจากให้โปรแกรมการจัดการความรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 8.74 และ 7.77 ตามลำดับ เจตคติด้านการ บันทึกเวชระเบียนหลังมีค่าสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการจัดการความรู้โดยมีค่าเฉลี่ย 25.41 และ 25.16 ตามลำดับ การมีส่วนร่วมด้านการมีบันทึกเวชระเบียนหลังมีค่าสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการจัดการความรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 24.68 และ 24.13 ตามลำดับ และผลการประเมินด้านความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หลังมีค่าสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการจัดการความรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 98.13 และ 96.68 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างอย่างด้วยสถิติ pair t-test พบว่าความรู้และความ สมบูรณ์ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พัชรพร ตาใจ (2554) ทำการศึกษาอิสระเพื่อการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหริภุญชัย เมโมเรียล จังหวัดลำพูน วิธีดำเนินการศึกษาอาศัย กระบวนการปรับปรุงคุณภาพไฟกส์พีดีซีเอ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามในการ ประชุมกลุ่ม คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล และแบบประเมินการบันทึกทางการพยาบาล ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า เมื่อมีการใช้ไฟกส์พีดีซีเอ พยาบาลในการศึกษานี้สามารถระบุสาเหตุที่ทำให้การ บันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์ และเลือกแนวที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหา พยาบาลมีการ พัฒนาโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพที่ประกอบด้วย การจัดทำคู่มือ การเขียนบันทึกทางการพยาบาล



สำหรับแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทริภุญชัย เมโมเรียล จังหวัดลำพูน และนำไปฝึกอบรมพยาบาลให้ใช้คู่มือหลังจากอบรม 1 สัปดาห์ ได้มีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย และพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 56.94 เป็นร้อยละ 81.11 ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โฟกัสทีดีซีเอ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยใน และหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลแห่งนี้

เยาวเรศ คุณแก้ว (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์บาดติกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลเทคนิคและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ตักผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 11 คน โดยดำเนินการพัฒนา 3 ส่วน คือ 1) บันทึกทางการแพทย์ฉบับใหม่ 2) การบันทึกแผนการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง 3) การบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการศึกษาสภาพปัญหา จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ เดือน สิงหาคม – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 และจากการศึกษาผลการวิจัยภายในหน่วยงาน ขึ้นดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมาย ระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และเสนอแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสม ขึ้นประเมินผล ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการประชุม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ชนิดเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR -20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.74 ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ และสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการศึกษา พบว่า หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับความรู้สูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008) คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 80.62 มีระดับพอใช้ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หลังการพัฒนา ร้อยละ 93.77 ระดับดีมาก จากการศึกษา พบว่า ผลจากการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนาส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพยิ่งขึ้นช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วิไลรัตน์ จตุสุวรรณ์ศรี (2546) ได้ศึกษาการตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 78.18 โดยข้อมูลที่มีความครบถ้วนมากที่สุดได้แก่การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยในทุกหน้าการบันทึกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ บันทึกการให้ยา ร้อยละ 98.92 และบันทึกการยินยอมให้

รักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 95.87 ส่วนข้อมูลที่มีความครบถ้วนต่ำที่สุด ได้แก่ การบันทึกความก้าวหน้า ร้อยละ 4.80 และรองมาได้แก่ข้อมูลซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ร้อยละ 28.84

อุไรพร โคตะมี (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน มีกระบวนการในการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะประเมินผล ประชากรที่ศึกษา จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้, เจตคติ และการมีส่วนร่วม พบว่า หลังดำเนินงานค่าคะแนนเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.002, <0.001, 0.003 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทิมสหวิชาชีพ พบว่า 1) ทิมสหวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันมากขึ้น 2) มีแผนปฏิบัติที่ชัดเจน 3) มีการบันทึกเวชระเบียนได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมที่ดี ของทิมสหวิชาชีพ ก่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทำให้คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนครบถ้วน สมบูรณ์ขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังการพัฒนา เวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยมีการปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีการนำคู่มือมาใช้เป็นแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสร้างความตระหนัก และการฝึกการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และพัฒนารูปแบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในบริบทต่างๆ กัน เพื่อแก้ไขปัญหาทางการบันทึกที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน คือ ความรู้, ทักษะ, ทักษะที่ส่งเสริมในการปฏิบัติการบันทึกที่มีคุณภาพ ช่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทิมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

## 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
- 3.6 ขั้นตอนในการวิจัย
- 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีม สหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

พูน ปณ ทัต ชีเว

## 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 186 คน ประกอบไปด้วย แพทย์ จำนวน 29 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 146 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 6 คน และเจ้าพนักงานเวชสถิติ จำนวน 5 คน

### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างในขั้นที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จำนวน 104 คน

1) ขนาดตัวอย่าง คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (อรุณ จิรวินน์กุล, 2534)

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2\alpha/2 p(1-p)}$$

n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ 186 คน

p = สัดส่วนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของบุคลากรของกลุ่มตัวอย่างของ  
การศึกษาที่ผ่านมา เท่ากับ 0.837 (วิหาวดี สุวรรณศรล, 2559)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับเชื่อมั่น 95% ดังนั้น e = 0.05

$Z_{0.025} = 1.96$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{186 \times (1.96)^2 \times 0.837(1-0.837)}{(0.05)^2 \times (186-1) + (1.96)^2 \times 0.837(1-0.837)}$$

n = 99 คน

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าเท่ากับ 99 คน นำมาบวกเพิ่มอีก 5% เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน (Acceptable Error = 0.05) ของแบบสอบถาม ดังนั้นต้องเก็บตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน

2) การสุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เป็นกระบวนการในการสุ่มตัวอย่างจากประชากร ซึ่งดำเนินการสุ่มตั้งแต่ 3 ขั้นขึ้นไป ดังตาราง

ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (186)

ทีมสหวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง
แพทย์	29	14.42	15
พยาบาลวิชาชีพ	146	78.84	82
นักกายภาพบำบัด	6	3.86	4
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	5	2.88	3
รวม	186	100	104

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานขั้นที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ที่ทำหน้าที่บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 2) เป็นหัวหน้างานและรองหัวหน้างาน จำนวน 30 คน ซึ่งประกอบไปด้วย ดังนี้
  - (1) แพทย์ จำนวน 4 คน
  - (2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 24 คน
  - (3) นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน
  - (4) เจ้าพนักงานเวชสถิติ จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- (1) ผู้ที่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา
- (2) ผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษาได้

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้



### 3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

3.3.1.1 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form: IPD) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาในการบันทึกมีทั้งหมด 12 เรื่อง เกณฑ์การประเมินเรื่องละ 9 ข้อ คะแนนเต็ม 108 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

(1) เกณฑ์การให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน กรณีการบันทึกนั้นผ่านเกณฑ์ ให้ 1 คะแนน กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ให้ 0 คะแนน

(2) Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่า ไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง Missing

(3) NA (Not Available) หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อนั้นๆ (Consultation Record, Anesthetic Record, Operative Note, Labour Record, Rehabilitation Record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA

(4) No หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No

(5) กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่ Complete รายละเอียด ชื่อ-สกุล HN AN ของผู้ป่วยจะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก

การรวมคะแนน

(1) Full Score ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด (9 คะแนน) ในแต่ละหัวข้อเรื่องของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึกข้อยกเว้นหัวข้อเรื่องที่คุณประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กากบาทในช่อง NA ดังนั้นเวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (Full Score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน

(2) Sum Score ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยกรณีที่ประเมินในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

(3) การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum Score) ไปแปลผล ควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ได้โดยคิดเป็นร้อยละ

3.3.1.2 แบบสอบถาม (Questionnaire) เรื่อง พฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ของทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีทั้งหมด 30 ข้อ กำหนดให้ ข้อ 1 – 23 ตอบเฉพาะวิชาชีพแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ ข้อ 21 – 30 สำหรับวิชาชีพนักกายภาพบำบัด คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 23 คะแนน สำหรับวิชาชีพแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ มีค่าสูงสุด 10 คะแนน สำหรับวิชาชีพนักกายภาพบำบัด โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ชนิด 2 ตัวเลือก คือ ให้เลือก ใช่ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนนใช้เกณฑ์

ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน

ข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีทั้งหมด 14 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบชนิด 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด (ถนอมศรี หาญมนตรี, 2548 อ้างถึงใน ประวิณ พิมพ์หอม, 2556) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย โดยเกณฑ์การให้คะแนนใช้เกณฑ์ ดังนี้

ตาราง 3 เกณฑ์คะแนนทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
มากที่สุด = 5 คะแนน	มากที่สุด = 1 คะแนน
มาก = 4 คะแนน	มาก = 2 คะแนน
ปานกลาง = 3 คะแนน	ปานกลาง = 3 คะแนน
น้อย = 2 คะแนน	น้อย = 4 คะแนน
น้อยที่สุด = 1 คะแนน	น้อยที่สุด = 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น วิชาชีพแพทย์ 10 ข้อ พยาบาลวิชาชีพ 10 ข้อ และนักกายภาพบำบัด 10 ข้อ คะแนนการปฏิบัติเป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 10 คะแนน โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ชนิด 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และ ไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนใช้เกณฑ์ คือ

ข้อที่ตอบปฏิบัติให้ 1 คะแนน

ข้อที่ตอบไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

3.3.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบบันทึกการประชุม, แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.3.2.1 แบบบันทึกการประชุมการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการบันทึกที่ได้จากดำเนินการจัดประชุมระหว่างผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ

3.3.2.2 แบบสนทนากลุ่ม (Group Discussions) เป็นแบบบันทึกที่ได้จากการทำกระบวนการกลุ่ม เพื่อหาแนวทางร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.3.2.3 แบบสังเกต (Observation) โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในขั้นการสังเกต (Observe) เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยมีอุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

3.3.2.4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล

3.3.2.5 แบบวิเคราะห์ศักยภาพการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis) เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพในการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

### 3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย ประกอบไปด้วย เครื่องมือในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 ศึกษาเนื้อหา เอกสารตำรา แนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.2 ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์การบันทึกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3.4.3 ศึกษาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

3.4.4 นำเนื้อหาเอกสารตำราแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาเป็นมา กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.4.5 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้นำมาสร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหาวัตถุประสงค์การวิจัยและการวัดโดยนำแบบสอบถามให้ประธานกรรมการและ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา

### 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

#### 3.5.1 ด้านความตรง (Validity)

โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและ ประสบการณ์ เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1) ดร.มณฑิชา รักศิลป์ ตำแหน่ง อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุบลราชธานี

2) พญ.ดารณี คู่สกุลนิรันดร์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

3) นางสาวศศิธร ชำนาญผล ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์

4) นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5) นางสาวยุพิน ชัยเวชสกุล ตำแหน่ง นักเวชสถิติชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ- ประสงค์ เพื่อพิจารณาความถูกต้องความตรงเชิงเนื้อหาภาษาและความชัดเจนของภาษาโดยพิจารณาจาก ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามคำตอบกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Item-Objective Congruence) ซึ่งจะกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้ คะแนนในแต่ละข้อออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ให้ 1 เมื่อข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและ ครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย โดยคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนน ซึ่งมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง มีค่าเท่ากับ 0.81

### 3.5.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองกับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 35 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson : KR - 20) และ ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยที่แบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ

## 3.6 ขั้นตอนในการวิจัย

### 3.6.1 เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย มีดังนี้

3.6.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.6.1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับบริบททั่วไปของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมาของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

3.6.1.3 จัดทำและจัดเตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.6.1.4 ติดต่อประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อเตรียมแผนการจัดกิจกรรม และชี้แจงรายละเอียด ขอความร่วมมือในกระบวนการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

3.6.2 ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และ การสะท้อนผล (Reflection) โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้

3.6.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุม นำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต่อผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน

3) ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยใช้แผนผังสาเหตุแลผล (Cause and Effect Diagram) และคัดเลือกปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากที่สุด

4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิเคราะห์ศักยภาพการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis) เพื่อค้นหาศักยภาพในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

5) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Research)

3.6.2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ดำเนินประชุมกลุ่ม เพื่อปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และร่วมกันกำหนดแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจัด

2) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.6.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1) นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยดำเนินการสังเกตและบันทึกผลที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

2) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้



(1) เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โดยทำการ สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ช่วงเดือน พฤษภาคม – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 40 ฉบับ โดยจำนวนที่ตรวจสอบขึ้นกับปริมาณของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขนาดตัวอย่างที่ใช้ โดยอ้างอิง แนวคิดดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

(1.1) ร้อยละ 1 (HCFA, USA) ใช้ในกรณีที่เวชระเบียนมีจำนวนมาก

(1.2) Spowart (2002) ร้อยละ 5 เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศ ออสเตรเลีย ว่าควรมีจำนวนข้อมูลอย่างต่ำ ร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้ว ได้ต่ำกว่า 40 แพ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แพ้ม เป็นจำนวนขั้นต่ำ

(1.3) ประเทศไทย ใช้ร้อยละ 1 ของจำนวนแฟ้มเวชระเบียน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยใน อยู่ในช่วงการศึกษา ตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561- เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 4,012 ฉบับ ใช้เกณฑ์ประเทศไทย ร้อยละ 1 ของจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน เมื่อทำการคำนวณ ดังนี้

$$n = 4,012 \times 0.01$$

$$n = 40.12$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 40 ฉบับ สมชาย วรภิจเกษมสกุล (2554) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systemic Random Sampling) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร } K = \frac{N}{n}$$

K คือ ค่าคงที่  
N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด  
n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้น

$$K = \frac{4,012}{40}$$

$$= 100.30 = 100$$

ซึ่งหมายความว่า จำนวนเวชระเบียนทุก ๆ 100 ฉบับ จะได้รับการสุ่มตัวอย่าง 1 ฉบับ จนครบ 40 ฉบับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง ปี 2557 ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง แบ่งเป็น

(1) เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่

(1.1) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ (Discharge Summary: Diagnosis, Operation)

(1.2) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ (Discharge Summary)

(1.3) ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent)

(1.4) ใบบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (History)

(1.5) ใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)

(1.6) ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note and Doctor's Order Sheet)

(1.7) ใบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Note)

(2) เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติม ในบางราย 5 เรื่อง ได้แก่

(2.1) ใบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation Record)

(2.2) ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา (Anesthetic Record)

(2.3) ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note)

(2.4) ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด (Labour Record)

(2.5) ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 40 ฉบับ พบว่าไม่มีเวชระเบียนที่มีเนื้อหาในส่วนที่ต้องบันทึกเพิ่มเติม คือ ใบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation Record) จึงไม่มีเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

3.2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4) **ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)** ใช้เวลาในการดำเนินงาน 1 สัปดาห์ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของทีมสหวิชาชีพ เพื่อถอดบทเรียนผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี สรุปผลของกระบวนการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการปรับแผนใหม่ (Planning Revision) ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ได้แผนที่ปรับใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การสังเกตผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปปฏิบัติในวงรอบต่อไป

### 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการวิจัย ได้ดำเนินการดังนี้

3.7.1 ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.2 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือ เพื่อการวิจัย เสนอคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงนามเพื่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย

3.7.3 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3.7.4 ติดต่อขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบ พร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.5 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ ทีมดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเตรียมแผนการจัดกิจกรรม และชี้แจงรายละเอียด ขอความร่วมมือในกระบวนการวิจัย ตลอดจนผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้

3.7.6 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้แบบสอบถาม การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานีในระยะของการเตรียมการ

3.7.7 จัดตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.7.8 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกการประชุม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

3.7.9 ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

### 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการวิเคราะห์ข้อมูลนำแบบสอบถามที่ได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ทำคู่มือลงรหัสและประมวลผลด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ที่ใช้สำหรับงานวิจัยนี้ ได้แก่

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการจดบันทึก (Observation and Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วจะนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นคำถามจากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

### 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.9.1 การใช้หลักเอกสิทธิ์ (Autonomy) หมายถึง การคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและควมมีอิสระในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย การยินยอมร่วมศึกษาวิจัย ผู้ศึกษาให้สิทธิ์การตัดสินใจด้วยตนเอง พร้อมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ร่วมศึกษา หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจโดยขอความยินยอมด้วยวาจาและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.9.2 การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ร่วมศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่าการเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบแก่ผู้เข้าร่วมศึกษาแต่ประการใด จะไม่คุกคามหรือทำร้ายความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ร่วมการศึกษา

สามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการศึกษาหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆ ได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างปรากฏในการรายงานผลการศึกษา

3.9.3 การปกป้องความลับของผู้ป่วย ขออนุญาตการใช้ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา ยึดถือความซื่อสัตย์ยึดมั่นในพันธะสัญญา จะต้องปกปิดความลับหรือใช้ข้อมูลที่ได้มานั้นอย่างเหมาะสม และการขอให้ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวแก่ทีมสุขภาพ

3.9.4 งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH036/2561 ตามหลักฐานที่เสนอไว้ในภาคผนวก จ



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Stephen Kemmis & Mc Taggart.1988 ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) โดยใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และแบบสอบถามพฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) โดยใช้แบบบันทึกการประชุม แบบบันทึกสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกต แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบวิเคราะห์สภาพองค์กร ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทนค่า จำนวนประชากร
n	แทนค่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Max.	แทนค่า จำนวนที่มีค่ามากที่สุด
Min.	แทนค่า จำนวนที่มีค่าน้อยที่สุด
Mean	แทนค่า ค่าเฉลี่ย
SD	แทนค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนน
95% CI	แทนค่า ช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยความแตกต่าง



## 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้รายงานผลตามลำดับขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.2.1 บริบท และพฤติกรรมการณ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.2 ขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.3 ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

## 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

4.3.1.1 ศึกษาบริบททั่วไปของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

1) ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 299 หมู่ที่ 19 ตำบลเมืองเดช อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี เป็น 1 ใน 21 แห่งของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั่วประเทศไทย เปิดให้บริการผู้ป่วยใน จำนวน 292 เตียง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 25 แห่ง และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ในเขตรับผิดชอบ 3 แห่ง ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายเขตพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โซน 4 ประกอบด้วย อำเภอน้ำยืน บุณฑริก นาจะหลวย ท่งศรีอุดม น้ำขุ่น และเดชอุดม มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

ภารกิจหลัก ให้บริการ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ที่มีศักยภาพให้บริการรักษาพยาบาลระดับทุติยภูมิระดับสูง คือ มีบริการการแพทย์เฉพาะทาง 5 สาขาหลัก ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม สาธารณ โสต ศอ นาสิก รังสีวินิจฉัย นอกจากนี้ยังมีบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก บริการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ โดยแบ่งเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย บริการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ บริการเวชกรรมฟื้นฟูสุขภาพ บริการการแพทย์ปฐมภูมิและการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยมุ่งเน้นการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน และเทิดพระเกียรติเพื่อสนองพระราชโอบาย สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร

ภารกิจรอง การบริการวิชาการและการให้คำปรึกษา โดยเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษา หลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม รวมทั้งภารกิจงานด้านบริหารงานทั่วไป

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบระดับจังหวัด จำนวน 1,847,772 คน (ข้อมูลวันที่ 1 พฤษภาคม 2560) ระดับอำเภอ จำนวน 172,713 คน (ข้อมูลวันที่ 1 พฤษภาคม 2560) ประกอบด้วย สิทธิบัตรทอง จำนวน 133,943 คน สิทธิบัตรข้าราชการ จำนวน 8,101 คน สิทธิบัตรประกันสังคม จำนวน 28,887 คน และสิทธิบัตรอื่นๆ จำนวน 183 คน และระดับตำบล จำนวน 33,066 คน จำแนกเป็น 1 ตำบล มี 3 ศูนย์สุขภาพชุมชน

ประชากรในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม จำนวน 136,066 คน แบ่งเป็น 6 โซน รับผิดชอบ 16 ตำบล จำนวน 25 สถานีนอนามัย ดังนี้

ตาราง 4 จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

ลำดับ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนประชากร (คน)
1	นาสว่าง	8,999
2	นาเจริญ	6,870
3	ทุ่งเทิง	4,463
4	บัวเจริญ	3,487
5	สวนฝ้าย	3,926
6	แก้ง	7,961
7	ท่าโพธิ์ศรี	6,639
8	บัวงาม	7,056
9	หนองสนม	4,712
10	คำครั่ง	5,992
11	ม่วง	6,352
12	นาทุ่ง	5,700

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนประชากร (คน)
13	โนนกอย	6,866
14	โนนแคน	4,866
15	โพนดวน	2,818
16	เสาเล้า	3,821
17	กลาง	7,732
18	เม็กน้อย	6,359
19	นากระแซง	6,966
20	หนองเงินฮ้อย	5,987
21	หนองยาว	6,473
22	นิคมลำโดมใหญ่	2,046
23	ป่าโมง	2,789
24	ค้ำกลาง	1,727
25	ใหม่พัฒนา	5,455
	รวม	136,066

ในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก 259,286 ครั้ง ผู้มารับบริการผู้ป่วยใน 26,375 ครั้ง จำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS) 3.98 วัน อัตราการครองเตียงร้อยละ 94.35

## 2) สภาพแวดล้อมขององค์กร

วิสัยทัศน์ (Vision) โรงพยาบาลคุณธรรมนำ คุณภาพเด่น สมรรถนะสูง เป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ สร้างอำเภอสุขภาพดีเป็นต้นแบบความสำเร็จระดับประเทศ เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

## พันธกิจ (Mission)

1. บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และตติยภูมิ ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน
2. พัฒนาความเป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ
3. ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้วยหลักคุณธรรม

ค่านิยม (Values) ชื่อสัตย์ มีวินัย ใส่ใจบริการ

การจำแนกกลุ่มบุคลากร จำนวนบุคลากรทั้งหมด 838 คน ประกอบด้วย  
ข้าราชการ ร้อยละ 38.42 พนักงานราชการ ร้อยละ 1.20 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 27.68  
ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ร้อยละ 23.27 ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน ร้อยละ 7.28 และลูกจ้างประจำ ร้อยละ  
2.15

ระดับการศึกษา บุคลากรมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ  
47.13 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 52.87

### 3) ระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นหน่วย  
บริการด้านหน้า ที่ให้บริการเวชระเบียนแก่ผู้รับบริการทุกระดับ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด  
โดยขอขอบเขตการให้บริการงานเวชระเบียน มีดังนี้

(1) จัดระบบบริการงานเวชระเบียนและสถิติด้วยความถูกต้อง ครบถ้วน  
ทันเวลาและประทับใจ เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ

(2) จัดระบบบริการ ค้นหาและจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน  
พร้อมทั้งตรวจสอบปริมาณและคุณภาพเวชระเบียน

(3) จัดทำประวัติเวชระเบียนของผู้รับบริการโดยมีข้อมูลประวัติส่วนบุคคล  
อย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว เพื่อส่งต่อให้หน่วยงานรักษาพยาบาลได้ใช้ประกอบในการให้บริการ  
ทางการแพทย์

(4) จัดระบบการแปลผลลงรหัสโรค (Medical Coding) เวชระเบียนผู้ป่วย  
นอกและผู้ป่วยใน ให้รหัสโรคผู้ป่วย (International Statistical Classification of Diseases and  
Related Health Problems: ICD-10), รหัสหัตถการ (International Classification of Diseases  
9<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification: ICD-9 CM) ตามการวินิจฉัยโรค, ผลการรักษา, การผ่าตัด,  
โรคแทรกซ้อน, และสาเหตุการตาย

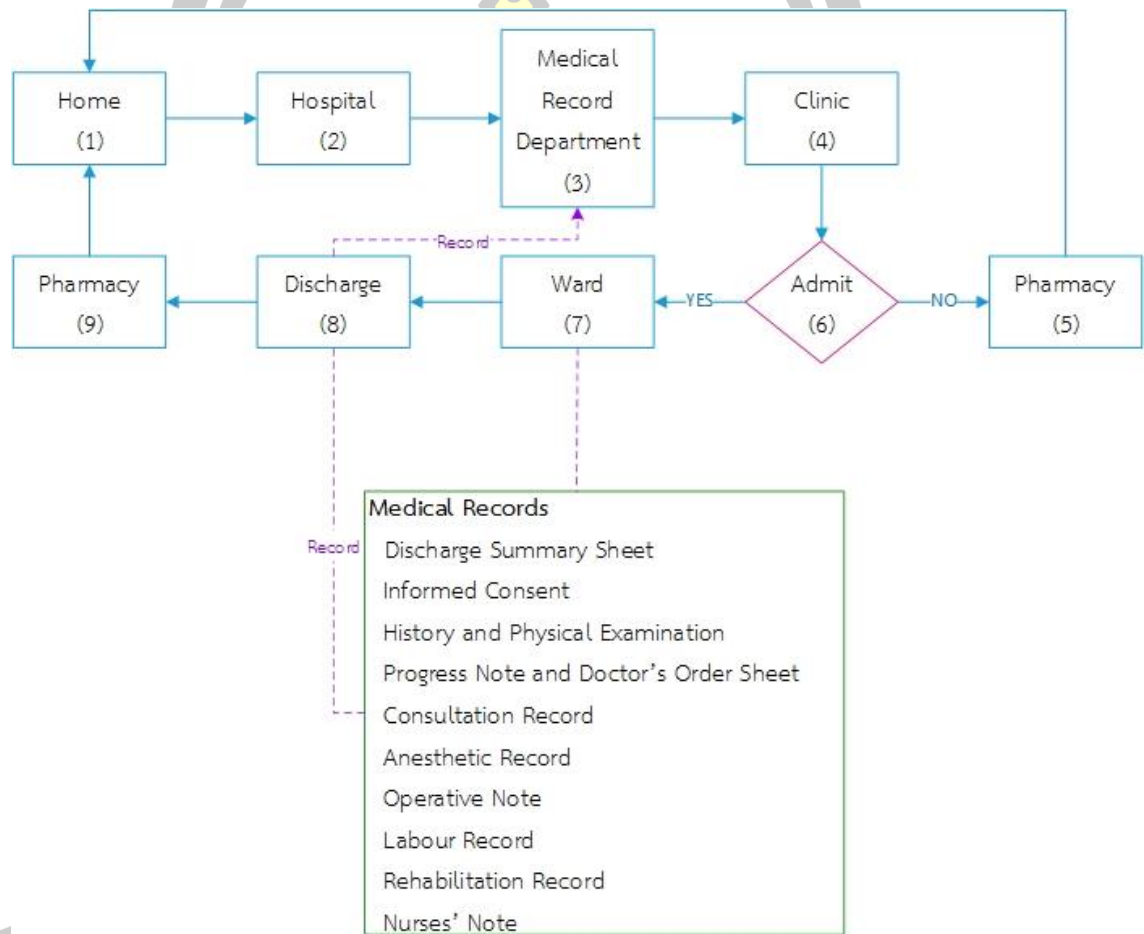
(5) จัดระบบการบันทึกและเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์ถูกต้อง มีระบบตรวจสอบ  
การบันทึกข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (Medical Record Audit)

(6) จัดระบบการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย มีการกำหนดรหัสผ่าน  
การเข้าถึงข้อมูล มีแบบยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วยให้บริการค้นหาสำเนาเวชระเบียน  
เพื่อการรักษาพยาบาล, การวิจัย, ประกันชีวิตและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

(7) พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record  
System: EMA) เพื่อตอบสนองการพัฒนาระบบบริการให้มีความเป็นเลิศในการให้บริการ

การให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ใช้ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน 2 รูปแบบ และ ระบบคอมพิวเตอร์ กระบวนการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ดังนี้

กระบวนการให้บริการผู้ป่วยในและการไหลเวียนเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม



หมายถึง การไหลเวียนเวชระเบียนผู้ป่วยใน

หมายถึง การไหลเวียนของผู้มารับบริการ

ที่มา: หน่วยงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (2561)

ภาพประกอบ 9 ผังการไหลเวียนกระบวนการให้บริการผู้ป่วยใน และการไหลเวียนเวชระเบียน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

4.3.1.2 ศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมาของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 (External Audit)

ตาราง 5 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 (n = 40)

Content of Medical Record	NA	Missing	NO	ผลรวมคะแนน
Discharge Summary : DX., OP.		0	0	93.89
Discharge Summary : Other		0	0	94.72
Informed Consent		0	0	93.61
History		0	1	86.67
Physical Exam		0	0	88.89
Progress Note		2	9	50.83
Consultation Record	40	0	0	0
Anesthetic	18	0	0	93.93
Operative Note	18	0	0	95.95
Labour Record	28	1	0	85.18
Rehabilitation Record	39	0	0	66.67
Nurse's Note Helpful		0	0	69.44
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน				84.24

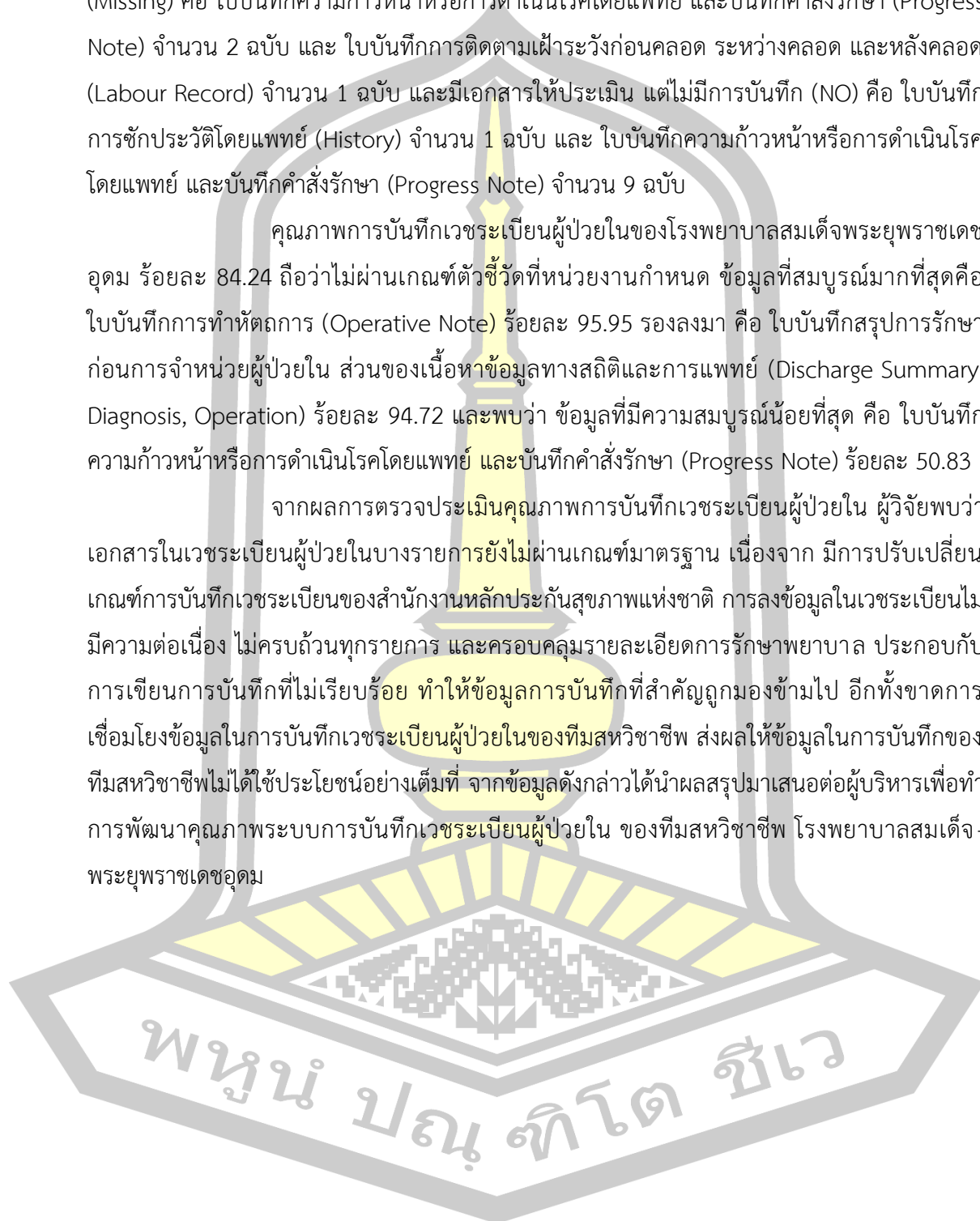
จากตาราง 5 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 จำนวน 40 ฉบับ พบว่า มีเวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องบันทึก (NA: Not Available) คือ ใบบันทึกการปรึกษาหารือระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation Record) จำนวน 40 ฉบับ, ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา (Anesthetic Record) จำนวน 18 จำนวน, ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note) จำนวน 18 ฉบับ, ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด (Labour Record) จำนวน 28 ฉบับ และใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record) จำนวน 39 ฉบับ



(ในส่วนนี้ไม่นำมาคิดคะแนน) มีเอกสารจำเป็นต้องบันทึกเวชระเบียนแต่ไม่มีเอกสารให้ประเมิน (Missing) คือ ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note) จำนวน 2 ฉบับ และ ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด (Labour Record) จำนวน 1 ฉบับ และมีเอกสารให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก (NO) คือ ใบบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (History) จำนวน 1 ฉบับ และ ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note) จำนวน 9 ฉบับ

คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ร้อยละ 84.24 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่หน่วยงานกำหนด ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุดคือ ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note) ร้อยละ 95.95 รองลงมา คือ ใบบันทึกสรุปการรักษา ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ (Discharge Summary: Diagnosis, Operation) ร้อยละ 94.72 และพบว่า ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด คือ ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note) ร้อยละ 50.83

จากผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้วิจัยพบว่า เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยในบางรายการยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจาก มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การลงข้อมูลในเวชระเบียนไม่มีความต่อเนื่อง ไม่ครบถ้วนทุกรายการ และครอบคลุมรายละเอียดการรักษาพยาบาล ประกอบกับการเขียนการบันทึกที่ไม่เรียบร้อย ทำให้ข้อมูลการบันทึกที่สำคัญถูกมองข้ามไป อีกทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ข้อมูลในการบันทึกของทีมสหวิชาชีพไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ จากข้อมูลดังกล่าวได้นำผลสรุปมาเสนอต่อผู้บริหารเพื่อทำการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม



ตาราง 6 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายข้อ โดยสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 (n = 40)

Content of Medical Record	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เกณฑ์ข้อ 8	เกณฑ์ข้อ 9
Discharge Summary : Diagnosis, Operation	97.50	95.00	100	82.50	95.00	90.00	100	97.50	87.50
Discharge Summary : Other	95.00	100	100	97.50	100	100	97.50	77.50	85.00
Informed Consent	97.50	95.00	97.50	100	95.00	90.00	80.00	87.50	100
History	90.00	85.00	70.00	95.00	92.50	87.50	87.50	92.50	90.00
Physical Exam	97.50	95.00	87.50	90.00	87.50	82.50	87.50	87.50	85.00
Progress Note	47.50	40.00	45.00	45.00	90.91	57.50	60.00	62.50	50.00
Consultation Record	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anesthetic	100	90.91	100	90.91	95.45	90.91	100	81.82	95.45
Operative Note	100	95.45	100	100	100	90.91	100	95.45	81.82
Labour Record	83.33	83.33	91.67	91.67	91.67	91.67	91.67	50.00	91.67
Rehabilitation Record	100	100	100	100	100	0	0	0	100
Nurse's Note Helpful	82.50	62.50	80.00	72.50	65.00	62.50	90.00	70.00	40.00

จากตาราง 6 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามรายข้อ พบว่า ใบบันทึกสรุปรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ (Discharge Summary : Diagnosis, Operation) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือเกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุปโดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ร้อยละ 87.50

ใบบันทึกสรุปรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน เนื้อหาอื่นๆ (Discharge Summary : Other) มีผลคะแนนน้อยที่สุด เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการให้รหัสเหตุการณ์ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 85.00

ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ (Informed consent) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ร้อยละ 80.00

ใบบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (History) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present Illness) ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในสวนประวัติการรักษาที่ผ่านมา ร้อยละ 70.00

ใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษานี้ (Problem List) ร้อยละ 82.50

ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก ร้อยละ 40.00

ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา (Anesthetic Record) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 8 บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (Post Anesthetic Round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา” ร้อยละ 81.82

ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ร้อยละ 81.82

ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด (Labour Record) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก Apgar Score (1 นาที 5 นาที 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial Assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องระบุ “ไม่มี” ร้อยละ 50.00

ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้, เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และเกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดการให้ Home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family Education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่องเท่ากัน ร้อยละ 0

ใบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note) มีผลคะแนนน้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึก วัน เดือน ปี เวลา และการลงลายมือชื่อ ร้อยละ 40.00 เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล และเกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เท่ากัน ร้อยละ 62.50

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยนำผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำไปปรับปรุงรายละเอียดของการบันทึกตามเกณฑ์ที่ได้คะแนนคุณภาพต่ำ

2) ผลพฤติกรรมกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 104)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	9	8.65
หญิง	95	91.35
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 31	62	59.62
31 - 39	29	27.88
40 - 48	11	10.58
49 ปีขึ้นไป	2	1.92
Min. = 22, Max. = 52, Mean = 30.44, SD = 6.740		
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	61	58.65
สมรส	41	39.42
หย่าร้าง	2	1.92
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3	2.88
ปริญญาตรี	96	92.31
ปริญญาโท	3	2.88
ปริญญาเอก	2	1.92

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>5. วิชาชีพ</b>		
แพทย์	15	14.42
พยาบาลวิชาชีพ	82	78.85
นักกายภาพบำบัด	4	3.85
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	3	2.88
<b>6. ประสบการณ์ทำงาน (ปี)</b>		
1 - 7	67	64.42
8 - 14	21	20.19
15 - 21	9	8.66
22 ปีขึ้นไป	7	6.73
Min. = 1, Max. = 29, Mean = 7.25, SD = 6.420		
<b>7. สถานภาพการปฏิบัติงาน</b>		
ข้าราชการ	57	54.81
พนักงานราชการ	4	3.85
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	7	6.73
ลูกจ้างชั่วคราว	36	34.62
<b>8. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ</b>		
ด้านการบริหาร	9	8.66
ด้านการบริการ	94	90.38
ด้านการสนับสนุนบริการ	1	0.96

จากตาราง 7 พบว่า บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ใน ส่วนใหญ่เป็นหญิง 95 คน ร้อยละ 91.35 เพศชาย 9 คน ร้อยละ 8.65 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี 62 คน ร้อยละ 59.62 รองลงมาอายุระหว่าง 31 - 39 ปี 29 คน ร้อยละ 27.88 น้อยที่สุดอายุมากกว่า 49 ปีขึ้นไป 2 คน ร้อยละ 1.92 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.44 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สถานภาพโสด 61 คน ร้อยละ 58.65 รองลงมาสถานภาพสมรส 41 คน ร้อยละ 39.42 น้อยที่สุด สถานภาพหย่าร้าง 2 คน ร้อยละ 1.92 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรี 96 คน ร้อยละ 92.31 รองลงมาระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า และระดับการศึกษาปริญญาโท 3

คน ร้อยละ 2.88 น้อยที่สุดระดับการศึกษาปริญญาเอก 2 คน ร้อยละ 1.92 วิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 82 คน ร้อยละ 78.85 รองลงมาวิชาชีพแพทย์ 15 คน ร้อยละ 14.42 น้อยที่สุดวิชาชีพเจ้าพนักงานเวชสถิติ 3 คน ร้อยละ 2.88 ประสบการณ์ทำงานส่วนใหญ่ประสบการณ์ทำงาน 1 – 7 ปี 67 คน ร้อยละ 64.42 รองลงมาประสบการณ์ทำงาน 8 – 14 ปี 21 คน ร้อยละ 20.19 น้อยที่สุดประสบการณ์ทำงาน 22 ปีขึ้นไป 7 คน จำนวน 6.73 โดยมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 7.25 ปี สถานภาพการปฏิบัติงานส่วนใหญ่สถานภาพการปฏิบัติงานเป็นข้าราชการ 57 คน ร้อยละ 54.81 รองลงมาสถานภาพการปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว 36 คน ร้อยละ 34.62 น้อยที่สุดสถานภาพการปฏิบัติงานพนักงานราชการ 4 คน ร้อยละ 3.85 ลักษณะงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านการบริการ 94 คน ร้อยละ 90.38 รองลงมาลักษณะงานที่ปฏิบัติงานด้านการบริหาร 9 คน ร้อยละ 8.66 น้อยที่สุดลักษณะงานที่ปฏิบัติด้านสนับสนุนบริการ 1 คน ร้อยละ 0.96

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ของความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
จำแนกตามรายชื่อ (n = 100)

ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	การตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. Discharge Summary ต้องบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาเท่านั้น	62	62.00
2. สามารถใช้ตัวย่อในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บได้	67	67.00
3. ในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) สามารถสรุปได้มากกว่า 1 โรค	36	36.00
4. ในการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ไม่จำเป็นต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ	57	57.00
5. กรณีบันทึก History ไม่ต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ ก็ได้	73	73.00
6. บันทึก Present Illness ในส่วน 5W, 2H อย่างน้อย 4 ข้อ	40	40.00



ตาราง 8 (ต่อ)

ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	การตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
7. บันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้น กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี	66	66
8. ไม่จำเป็นต้องบันทึกแผนการรักษาใน Physical Examination	78	78
9. บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก	63	63
10. Progress Note บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น	43	43
11. Doctor's Order Sheet ต้องมีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา ทุกครั้งที่มีการรักษา	82	82.00
12. Anesthetic Record ต้องบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระหว่าง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 10 นาที	58	58.00
13. หัตถการที่จำเป็นต้องบันทึกการทำหัตถการ ให้อิงตามหลักการ ให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM	74	74.00
14. บันทึกการประเมินทารก Apgar Score ทุก 5 นาที	60	60.00
15. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาต้องบันทึกทุกครั้ง	72	72.00
16. กรณีบันทึก History ไม่ต้องบันทึกการเจ็บป่วยในอดีตที่ได้ทำการรักษาหายแล้ว	70	70.00
17. การระบุปัญหาการพยาบาล มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับอาการ ด้านร่างกาย และหรือ จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	67	67.00
18. บันทึกการติดตามประเมินผลหลังการให้การักษา ประกอบด้วย บันทึกการตรวจ หรือการรักษาที่สำคัญ เช่น การเจาะปอด	63	63.00
19. กรณีผู้ป่วยจำหน่ายถึงแก่กรรม มีบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และ Psycho Support ญาติ หรือดูแลช่วยเหลือญาติ	72	72.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	การตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
20. เวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล	63	63.00
21. เวชระเบียนสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการได้	63	63.00
22. การบันทึกเวชระเบียนควรบันทึกให้สมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย	63	63.00
23. การบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยจาก สปสช. มากขึ้น	65	65.00

จากตาราง 8 พบว่า ส่วนใหญ่ที่มหาวิทยาลัย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์, พยาบาล วิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชสถิติ มีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน คือ Doctor's Order Sheet ต้องมีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบคำสั่งการรักษา ทุกครั้งที่มีการรักษา จำนวน 82 คน ร้อยละ 82.00 รองลงมา มีความรู้ ไม่จำเป็นต้องบันทึกแผนการรักษาใน Physical Examination จำนวน 78 คน ร้อยละ 78.00 และมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในต่ำที่สุด คือ ในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) สามารถสรุปได้มากกว่า 1 โรค จำนวน 36 คน ร้อยละ 36.00

พหุ ประถม วิชา

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ ของความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของนักกายภาพบำบัด  
จำแนกตามรายชื่อ (n = 4)

ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	การตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
21. เวชระเบียนสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการได้	1	25.00
22. การบันทึกเวชระเบียนควรบันทึกให้สมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย	3	75.00
23. การบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยจาก สปสช. มากขึ้น	2	50.00
24. Rehabilitation Record บันทึกการรักษาแต่ละครั้งโดยไม่ต้องระบุตำแหน่งอวัยวะที่ทำการบำบัด	2	50.00
25. บันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดทุกครั้งที่ทำกายภาพบำบัด	3	75.00
26. ไม่จำเป็นต้องบันทึกเป้าหมายและการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2	50.00
27. การบันทึก Rehabilitation Record สามารถลงลายมือชื่อกำกับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัดก็ได้	3	75.00
28. ไม่ต้องบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	3	75.00
29. บันทึกการซักประวัติอาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพ	4	100
30. การแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียนไม่ต้องลงนามกำกับ	2	50.00

จากตาราง 9 พบว่า ส่วนใหญ่วิชาชีพนักกายภาพบำบัด มีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมากที่สุด คือ บันทึกการซักประวัติอาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 4 คน ร้อยละ 100 รองลงมา มีความรู้เท่ากัน คือ การบันทึกเวชระเบียนควรบันทึกให้สมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย, บันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดทุกครั้งที่ทำกายภาพบำบัด, การบันทึก Rehabilitation Record สามารถลงลายมือชื่อกำกับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัดก็ได้ และไม่ต้องบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 3 คน ร้อยละ 75.00 และมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในน้อยที่สุด

คือ เวชระเบียนสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการได้ จำนวน 1 คน ร้อยละ 25.00

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ จำแนกตามรายชื่อ (n = 104)

ทศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	จำนวน					Mean (SD)
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	
1. ทีมสหวิชาชีพคิดว่าในการดูแล ผู้ป่วยจะต้องมีการประสานข้อมูล ระหว่างทีม เพื่อเป็นการส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วย	5 (4.80)	10 (9.60)	28 (26.90)	30 (28.80)	31 (29.80)	2.31 (1.141)
2. ทีมสหวิชาชีพเชื่อว่าการบันทึก เวชระเบียนจะทำให้การรักษามี คุณภาพ	5 (4.80)	18 (17.30)	22 (21.20)	29 (27.90)	30 (28.80)	2.41 (1.212)
3. ทีมสหวิชาชีพมีการวางแผน ก่อนบันทึกเวชระเบียนทุกครั้ง	4 (3.80)	17 (16.30)	23 (22.10)	28 (26.90)	32 (30.80)	2.36 (1.190)
*4. ทีมสหวิชาชีพคิดว่าการบันทึก เวชระเบียน ไม่ใช่หน้าที่และทำให้ เสียเวลา	4 (3.80)	19 (18.30)	24 (23.10)	26 (25.00)	31 (29.80)	3.59 (1.204)
*5. ในการทำงานทีมสหวิชาชีพ คิดว่าการบันทึกเวชระเบียนไม่ใช่สิ่ง สำคัญในการรักษา	17 (16.30)	31 (29.80)	24 (23.10)	16 (15.40)	16 (15.40)	2.84 (1.308)
*6. ทีมสหวิชาชีพคิดว่าการบันทึก เวชระเบียน บันทึกเฉพาะส่วนที่ สำคัญเท่านั้น	22 (21.20)	27 (26.00)	26 (25.00)	18 (17.30)	11 (10.60)	2.70 (1.276)

ตาราง 10 (ต่อ)

ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	จำนวน (ร้อยละ)					Mean (SD)
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	
	7. ทีมสหวิชาชีพเชื่อว่าข้อมูลใน การรักษาไม่จำเป็นต้องบันทึกใน เวชระเบียนเสมอไป	17 (16.30)	33 (31.70)	15 (14.40)	23 (22.10)	
8. ทีมสหวิชาชีพอ่านเอกสารและ คู่มือการบันทึกเวชระเบียนอย่าง พิจารณาและนำมาใช้ประโยชน์ใน การบันทึกเวชระเบียน	1 (1.00)	14 (13.50)	27 (26.00)	26 (25.00)	36 (34.60)	2.21 (1.094)
9. ทีมสหวิชาชีพเป็นบุคคลที่ที่พบ เวชระเบียนที่บันทึกไม่สมบูรณ์และ ดำเนินการให้ผู้เกี่ยวข้องการแก้ไข ให้สมบูรณ์	3 (2.90)	17 (15.40)	22 (21.20)	28 (26.90)	34 (32.70)	2.30 (1.173)
10. ทีมสหวิชาชีพคิดว่ากรบันทึก เวชระเบียนทำให้ท่านมีภาระงาน เพิ่มขึ้น	7 (6.70)	8 (7.70)	41 (39.40)	25 (24.00)	23 (22.10)	2.53 (1.123)
11. ทีมสหวิชาชีพคิดว่า การวินิจฉัยที่บันทึกด้วยลายมือที่ อ่านง่ายชัดเจนช่วยให้เกิดการ สื่อสารระหว่างบุคคลผู้รับผิดชอบ ที่ดี	16 (15.40)	16 (15.40)	14 (13.50)	31 (29.80)	27 (26.00)	2.64 (1.414)
12. ทีมสหวิชาชีพตั้งใจและ พร้อมที่จะทำให้เวชระเบียนของ หน่วยงานของท่าน ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน ร้อยละ 80	8 (7.70)	21 (20.20)	18 (17.30)	25 (24.00)	32 (30.80)	2.50 (1.322)

ตาราง 10 (ต่อ)

ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	จำนวน (ร้อยละ)					Mean (SD)
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	
13. ทีมสหวิชาชีพคิดว่าภาระงาน ทางการพยาบาลมากเกินไป ทำให้ การบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์	6 (5.80)	19 (18.30)	36 (34.60)	27 (26.00)	16 (15.40)	3.27 (1.108)
14. ทีมสหวิชาชีพคิดว่าเมื่อเกิด คดีความหรือข้อร้องเรียน เวช ระเบียนมีความสำคัญในการเป็น หลักฐานทางกฎหมายได้	8 (7.70)	4 (3.80)	18 (17.30)	38 (36.50)	36 (34.60)	2.13 (1.166)

\*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 10 พบว่า ส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพมีทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในเรื่องทีมสหวิชาชีพคิดว่าการบันทึกเวชระเบียน ไม่ใช่หน้าที่และทำให้เสียเวลา มีคะแนนเฉลี่ย 3.59 (SD = 1.204) รองลงมา ทีมสหวิชาชีพคิดว่าภาระงานทางการพยาบาลมากเกินไป ทำให้การบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์มีคะแนนเฉลี่ย 3.27 (SD = 1.108) และมีทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในน้อยที่สุด ในเรื่อง ทีมสหวิชาชีพคิดว่าเมื่อเกิดคดีความหรือข้อร้องเรียน เวชระเบียนมีความสำคัญในการเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ มีคะแนนเฉลี่ย 2.13 (SD = 1.166)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



ตาราง 11 จำนวน และร้อยละ การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของวิชาชีพแพทย์  
จำแนกตามรายชื่อ (n=15)

การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	มีการปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
1. แพทย์บันทึกผลการรักษาเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อมูลในเวชระเบียน	8	53.30
2. แพทย์ลงลายมือชื่อพร้อมเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมใน การบันทึกเวชระเบียน	8	53.30
3. แพทย์บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำ หัตถการในห้องผ่าตัด	7	46.70
4. แพทย์บันทึกการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional Diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ/หรือ ผลการตรวจร่างกาย	7	46.70
5. แพทย์บันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ	6	40.00
6. แพทย์บันทึก Progress Notes ทุกวันใน 3 วันแรก	7	46.70
7. แพทย์บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ใน 3 วันแรก	4	26.70
8. กรณีที่การดูแลผู้ป่วยมีการขอปรึกษาระหว่างแพทย์ แพทย์ระบุปัญหา ที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน	7	46.70
9. แพทย์บันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด	5	33.30
10. แพทย์บันทึกชื่อการทำหัตถการที่สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น	7	46.70

จากตาราง 11 พบว่า ส่วนใหญ่วิชาชีพแพทย์มีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในเรื่องแพทย์บันทึกผลการรักษาเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อมูลในเวชระเบียน และ แพทย์ลงลายมือชื่อพร้อมเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในการบันทึกเวชระเบียน เท่ากัน จำนวน 8 คน ร้อยละ 53.30 รองลงมา มีการปฏิบัติในการบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด, แพทย์บันทึกการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional Diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ/หรือ ผลการตรวจร่างกาย, ท่านบันทึก Progress Notes ทุกวันใน 3 วันแรก, กรณีที่การดูแลผู้ป่วยมีการขอปรึกษาระหว่างแพทย์ แพทย์ระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน และแพทย์บันทึกชื่อการทำหัตถการที่สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น จำนวน 7 คน ร้อยละ 46.70 และ มีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในน้อยที่สุด แพทย์

บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก  
จำนวน 4 คน ร้อยละ 26.70

ตาราง 12 จำนวน และร้อยละ การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของวิชาชีพพยาบาล  
จำแนกตามรายชื่อ (n = 82)

การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	มีการปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
1. พยาบาลบันทึกข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่ ลากลับบ้าน	56	68.30
2. พยาบาลบันทึกข้อมูลการประเมินแรกรับ ได้แก่ อาการสำคัญ ระยะเวลาที่เกิดอาการประวัติการเจ็บปวดปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง	48	58.50
3. พยาบาลบันทึกสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการในเวชระเบียน	49	59.80
4. พยาบาลบันทึก วันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพร้อม ทั้งลงลายมือชื่อในเวชระเบียน	57	69.50
5. พยาบาลบันทึกข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และ ภายนอกโรงพยาบาล	51	62.20
6. พยาบาลประเมินผู้คลอดระยะระคลอด สอดคล้องตามสภาพ ผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต Progress Labour Fetal Assessment และ Complication	43	52.40
7. พยาบาลบันทึกวันที่ ระยะเวลา ที่คลอดแต่ละระยะ (Stage)	38	46.30
8. พยาบาลบันทึกกิจกรรมพยาบาล และการดูแลกิจวัตรประจำวัน สอดคล้อง ที่ครอบคลุมอาการสำคัญตามสภาวะผู้ป่วย	45	54.90
9. พยาบาลบันทึกท่านบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแล ตนเองที่บ้าน	42	51.20
10. พยาบาลบันทึกกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะ ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง (Empowerment)	42	51.20

จากตาราง 12 พบว่า ส่วนใหญ่วิชาชีพพยาบาลมีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในเรื่องพยาบาลบันทึก วันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพร้อมทั้งลงลายมือชื่อในเวชระเบียน จำนวน 57 คน ร้อยละ 69.50 รองลงมา มีการปฏิบัติในเรื่องพยาบาลบันทึกข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน จำนวน 56 คน ร้อยละ 68.30 และ มีการปฏิบัติในเรื่องพยาบาลบันทึกน้อยที่สุด คือ บันทึกวันที่ ระยะเวลา ที่คลอດแต่ละระยะ (Stage) จำนวน 38 คน ร้อยละ 46.30

ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของวิชาชีพ

นักกายภาพบำบัด จำแนกตามรายชื่อ (n = 4)

การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	มีการปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
1. นักกายภาพบำบัดบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2	50.00
2. นักกายภาพบำบัดบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2	50.00
3. นักกายภาพบำบัดบันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด	3	75.00
4. นักกายภาพบำบัดบันทึกเป้าหมาย การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2	50.00
5. นักกายภาพบำบัดบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะและตำแหน่งที่ทำการบำบัด	3	75.00
6. ท่านบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	25.00
7. นักกายภาพบำบัดบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่าย	4	100
8. นักกายภาพบำบัดบันทึกรายละเอียดการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือแผนการดูแลต่อเนื่อง	4	100
9. นักกายภาพบำบัดบันทึกชื่อ-สกุลผู้ป่วย, HN, AN และวันเวลาที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ	3	75.00
10. นักกายภาพบำบัดลงลายมือชื่อทุกครั้งที่มีการบำบัด	1	25.00

จากตาราง 13 พบว่า ส่วนใหญ่นักกายภาพบำบัดมีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เรื่องนักกายภาพบำบัดบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่าย และนักกายภาพบำบัดบันทึกรายละเอียดการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือแผนการดูแลต่อเนื่อง เท่ากัน จำนวน 4 คน ร้อยละ 100 รองลงมา นักกายภาพบำบัดบันทึกเป้าหมายการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ, นักกายภาพบำบัดบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะและตำแหน่งที่ทำการบำบัด และนักกายภาพบำบัดบันทึกชื่อ-สกุลผู้ป่วย, HN, AN และวันเวลาที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 3 คน ร้อยละ 75.00 และมีการปฏิบัติน้อยที่สุดในเรื่องนักกายภาพบำบัดบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และนักกายภาพบำบัดลงลายมือชื่อทุกครั้งที่มีการบำบัดเท่ากัน จำนวน 1 คน ร้อยละ 25.00

จากข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดทักษะในการบันทึกที่ถูกต้อง การเอาใจใส่ และไม่เห็นความสำคัญการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อันจะส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และนำผลสรุปมาเสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการพัฒนา

4.3.1.3 แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประกอบด้วย ผู้บริหาร ทีมการจัดการสารสนเทศ (Information Management) เป็นประธานในการดำเนินการพัฒนา จำนวน 1 คน แพทย์ จำนวน 3 คน, หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพยาบาล จำนวน 1 คน เป็นกรรมการดำเนินการพัฒนา พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 คน, นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และเจ้าพนักงานเวชสถิติ จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ และนำเสนอข้อมูลในขั้นเตรียมการ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณา และร่วมกันกำหนดกิจกรรมในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีคุณภาพตามมาตรฐาน สามารถผ่านเกณฑ์การตรวจสอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.3.1.4 ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียน มีการระดมสมอง (Brainstorming) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แผนผังสาเหตุและผล (Cause and Effect Diagram) เป็นแผนผังที่ใช้แสดงความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบระหว่างสาเหตุหลายๆ สาเหตุ ที่เป็นไปได้ที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดหนึ่งปัญหา ซึ่งสาเหตุที่เป็นปัญหา มีดังนี้

1) ด้านผู้ปฏิบัติงาน ยังเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ ที่ขาดความรู้ ความตระหนัก ขาดประสบการณ์และทักษะในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2) ด้านกระบวนการ เจ้าหน้าที่ขาดการประสานงานกันในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานในกรณีส่งต่อผู้ป่วย ทำให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ขาดการนิเทศติดตาม กระบวนการทำงานมีหลายขั้นตอน ยุ่งยาก รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายและซับซ้อนของโรค ผู้ปฏิบัติงานต้องวิเคราะห์ข้อมูลและความคิดก่อนการบันทึกตามกระบวนการดูแลรักษา จึงทำให้การบันทึกที่ครบถ้วนเป็นไปได้ยาก

3) ด้านสิ่งแวดล้อม บางช่วงเวลามีจำนวนผู้ป่วยในที่มากเกินไป ทำให้เป็นอุปสรรคในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เนื่องจากต้องดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำการบันทึกได้ทันที

4) ด้านเครื่องมือ ใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความซ้ำซ้อน ทั้งบันทึกในคอมพิวเตอร์ และบันทึกในใบบันทึกที่เป็นกระดาษ ใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่ชัดเจนครอบคลุม และไม่มีคู่มือ/แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4.3.1.5 การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิเคราะห์ศักยภาพการพัฒนาระบบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis) เพื่อค้นหาศักยภาพในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โดยมองว่าการวิเคราะห์หาจุดแข็งหรือจุดเด่นภายในองค์กร (Strength) จะทำให้การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในบรรลุผลสัมฤทธิ์ และพยายามควบคุมจุดอ่อนหรือข้อด้อย (Weakness) ภายในองค์กรที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ ในขณะที่เดียวกันวิเคราะห์หาโอกาสหรือปัจจัยส่งเสริมจากภายนอก (Opportunity) ที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในบรรลุผลสัมฤทธิ์ และเฝ้าระวังอุปสรรคหรือภาวะคุกคามจากภายนอก (Threat) ที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ ใช้เวลาในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ในวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุมชัยพฤกษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 30 คน เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค โดยกำหนดกระดาษสีให้แต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 สีเขียว แทน จุดแข็ง (Strength)

กลุ่มที่ 2 สีส้ม แทน จุดอ่อน (Weakness)

กลุ่มที่ 3 สีฟ้า แทน โอกาส (Opportunity)

กลุ่มที่ 4 สีชมพู ใช้แทน อุปสรรค (Threat)

2) ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis) ลงบนกระดาษสีตามกลุ่มที่แบ่ง แล้วนำไปติดที่กระดานใหญ่ ตามหัวข้อการวิเคราะห์สถานการณ์

3) ร่วมกันวิเคราะห์และเลือกประเด็นที่สำคัญที่สุด โดยกำหนดให้ แต่ละคนมี คนละ 40 คะแนน และแบ่งคะแนนตามหัวข้อการวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT) ข้อละ 10 คะแนน โดยวิเคราะห์หาประเด็นที่ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าสำคัญที่สุด แล้วทำการลงคะแนน

4) สรุปผลคะแนน แล้วเลือกประเด็นที่มีคะแนนมากที่สุด จากประเด็น ดังนี้

ตาราง 14 การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis) ของทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

จุดแข็ง (Strength)	คะแนน
1. มีกลไกเครือข่ายในการทำงานที่หลากหลาย	40
2. ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาโรงพยาบาล มีการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล	100
3. มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังเป็นผู้ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในระดับเขต	90
4. มีทีมบริหารในโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง องค์กรแพทย์เป็นทีมที่มีเอกภาพสูง อีสระในการตัดสินใจ	30
จุดอ่อน (Weakness)	คะแนน
1. ไม่มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างสมบูรณ์	100
2. ปริมาณงานการบริการที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนของบุคลากร	80
3. บุคลากรยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	60
4. สวัสดิการด้านความปลอดภัยในการทำงานยังไม่ครอบคลุม	10
5. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่สามารถใช้งานได้อย่างรวดเร็ว	100
6. ไม่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงเครือข่ายและการส่งต่อระบบข้อมูลระหว่างกัน	20



ตาราง 14 (ต่อ)

โอกาส (Opportunity)	คะแนน
1. บุคลากรมีความขยัน หมั่นเพียร เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความร่วมมือในการทำงาน	100
2. หน่วยงานภายในมีความเชื่อมั่นต่อทีมบริหาร	10
3. การได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ทางด้านทรัพยากร	80
4. ทีมบริหารเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	90
5. บุคลากรภายในหน่วยงานมีความพร้อมต่อการพัฒนา	30
ภาวะคุกคาม (Threat)	คะแนน
1. ไม่มีแนวทางการบันทึก และแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่มีมาตรฐานเดียวกันซ้ำซ้อน	100
2. ขาดการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภายในองค์กร	100
3. มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	20
4. ขาดความตระหนักและจิตใต้สำนึกต่อการรับผิดชอบงาน	30

จากการสรุปผลคะแนน และเลือกประเด็นที่มีคะแนนมากที่สุด ทำให้ได้ ผลการวิเคราะห์ศักยภาพการพัฒนาระบบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

(1) จุดแข็ง (Strength)

S1 ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาโรงพยาบาล มีทีมบริหารในโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง องค์กรแพทย์เป็นทีมที่มีเอกภาพสูง อีสระในการตัดสินใจ ส่งผลให้ทีมมีความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพ

S2 ระบบคุณภาพของโรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังเป็นผู้ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในระดับเขต

(2) จุดอ่อน (Weakness)

W1 การพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลยังไม่มี ความชัดเจน และยังไม่มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้กระบวนการสร้างสรรค์ การจัดการความรู้ของบุคลากรยังไม่เป็นระบบ ทำให้สูญเสียองค์ความรู้จากปัจเจกบุคคล

W2 ปริมาณงานการบริการที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนของบุคลากร และสวัสดิการด้านความปลอดภัยในการทำงานยังไม่ครอบคลุม ทัวถึง ทำให้บุคลากรขาดขวัญ กำลังใจ ในการปฏิบัติหน้าที่

W3 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่สามารถใช้งานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงเครือข่ายและการส่งต่อระบบข้อมูลระหว่างกัน

### (3) โอกาส (Opportunity)

O1 ทีมบริหารเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

O2 การได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมทางด้านทรัพยากร

O3 บุคลากรมีความขยัน หมั่นเพียร เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความร่วมมือ

### (4) ภาวะคุกคาม (Threat)

T1 ไม่มีแนวทางการบันทึก และแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ซ้ำซ้อน ทำให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่ครบถ้วน

T2 ขาดการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภายในองค์กร ทำให้การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลการบันทึกไม่ครบถ้วน

จากการวิเคราะห์ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis) ผู้ร่วมประชุมนำทิศทางการพัฒนาตามศักยภาพไปใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

4.3.2 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้เลือกสาเหตุของปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากที่สุด จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แผนผังสาเหตุและผล (Cause and Effect Diagram) ในการดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมต่างๆ และร่วมกันคิด ร่วมกันทำ จึงได้ข้อสรุป และจัดทำแผนปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ภาคผนวก ค)

จากการดำเนินการขึ้นวางแผน ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้ทำการกำหนดกิจกรรมในการดำเนินการพัฒนาร่วมกัน โดยให้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ให้กับบุคลากร สร้างความตระหนักและฝึกการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และมีการปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีคะแนนคุณภาพต่ำ ให้มีการประเมินผลการตรวจคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และสะท้อนข้อมูลกลับหอยผู้ป่วย เพื่อทำการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีการจัดการความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นในเชิงคุณภาพ

#### 4.3.3 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียดดังนี้

4.3.3.1 ปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จากการวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า ใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีรายละเอียดในการบันทึกข้อมูลยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบันทึกข้อมูลไม่ครบ และเอกสารบางฉบับมีความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ดำเนินการประชุมกลุ่ม (Focus Group) ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น เพื่อปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และร่วมกันจัดทำคู่มือแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน เลือกใบบันทึกที่ทำการปรับปรุงจากผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 ที่ได้คะแนนคุณภาพต่ำ ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการ ดังนี้

##### 1) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary)

แนวทางการแก้ไข ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน จึงได้ร่วมกันปรับปรุงใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนจำหน่ายใหม่ โดยที่พื้นที่ในการบันทึกสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle Diagnosis) สำหรับการบันทึกเพียง 1 โรคเท่านั้น ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ใบบันทึกสรุปการรักษา ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ต้องเดินไปราวด์ผู้ป่วยด้วย ตอนสรุปวินิจฉัยโรคก็ต้องรีบเขียน”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 1, 2561: การสนทนากลุ่ม)

“ผมขอเสนอควรมีการปรับปรุงแบบบันทึกใหม่ ให้มีขนาดช่องสำหรับการสรุปโรคหลัก (Principle Diagnosis) ต่างหาก”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 4, 2561: การสนทนากลุ่ม)

“จัดขนาดของช่องไฟให้มีขนาดกว้างกว่า โรคร่วม โรคแทรก โดยเพิ่มช่องสำหรับสรุปโรคร่วมโรคแทรกด้วย บางเคสผู้ป่วยก็เป็นเรื้อรัง มีโรคร่วมเยอะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 3, 2561: การสนทนากลุ่ม)

2) ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ (Discharge Summary: Others)

แนวทางการแก้ไข เปลี่ยนวิธีการบันทึกใหม่โดยกำหนดให้จุด Admit เป็นผู้พิมพ์ใบบันทึก โดยสามารถพิมพ์ข้อมูลจากโปรแกรม HosXp ก่อนนำส่งผู้ป่วยขึ้นหอผู้ป่วยใน ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ไม่ต้องเขียนด้วยลายมือ เรามีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน HosXp อยู่แล้ว เราปรับแบบฟอร์มให้สามารถพิมพ์ข้อมูลผู้ป่วยได้”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 27, 2561: การสนทนากลุ่ม)

“ถ้าสามารถพิมพ์ออกมาจาก โปรแกรม HosXp ได้ จะเป็นลดระยะเวลาการทำเวชระเบียนได้นะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 5, 2561: การสนทนากลุ่ม)

3) ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress Note, Doctor's Order Sheet)

แนวทางการแก้ไข ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน จึงได้ทำการปรับปรุงใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ใหม่ โดยแบ่งรูปแบบของบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ตามอันดับโรคที่ผู้ป่วยนอนรักษามากที่สุด พร้อมระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่สำคัญ เพื่อให้แพทย์สะดวกต่อการบันทึก ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“การเขียนอาการสำคัญและแผนการรักษาแต่ละโรคก็มีความจำเพาะอยู่แล้ว ปรับฟอร์มด้าน Progress Note สำหรับโรคนั้นๆ ไปเลย”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 11, 2561: การสนทนากลุ่ม)

“ส่วนใหญ่ถ้าผู้ป่วยผ่าตัดก็เป็นนัดผ่าอยู่แล้ว ใกล้เคียงให้แพทย์ แล้วให้มาเติมอาการที่เปลี่ยนแปลงหรือแผนการรักษาเพิ่มเติม”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 8, 2561: การสนทนากลุ่ม)

4) ใบบันทึกการติดตามการเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour Record)

แนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้ให้ข้อเสนอแนะ พร้อมดำเนินการสั่งทำตราประทับโดยระบุ “ไม่มี” ประจำไว้ที่งานห้องคลอด เพื่อให้สะดวกต่อการบันทึก ในส่วนของใบบันทึกการติดตามการเฝ้าระวังหลังคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด ได้มีการปรับปรุงแบบบันทึกตามวิธีการคลอดของผู้ป่วย โดยให้อิงตามแบบบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้การบันทึกครบถ้วน ตรงประเด็น และให้สามารถพิมพ์ข้อมูลบางส่วนในแบบบันทึกการติดตามการเฝ้าระวังระหว่างระหว่างคลอด ที่ได้บันทึกลงใน โปรแกรม HosXp ได้ เช่น ข้อมูล น้ำหนักทารก

5) ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)

แนวทางการแก้ไข ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน จึงได้ปรับปรุงใบบันทึกจากข้อเสนอแนะระหว่างประชุม โดยยึดตามระบบของร่างกาย ประกอบด้วยแบบบันทึกการรักษาทางกายภาพบำบัดระบบประสาท ระบบทรวงอก ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการบาดเจ็บ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการปวด และระบบอื่นๆ มีรูปภาพการตรวจร่างกายเพื่อระบุบริเวณที่มีอาการได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งให้นักกายภาพบำบัด ระบุการทำหัตถการพร้อมรหัสหัตถการ (International Classification of Diseases 9<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification: ICD-9 CM) ทันทที่ทำกายภาพบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อป้องกันการบันทึกไม่ครบก่อนส่งเวชระเบียนผู้ป่วยหลังจำหน่าย ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

*“การทำกายภาพผู้ป่วย เราทำเฉพาะบริเวณที่ผู้ป่วยมีอาการ ทำฟอร์มโดยมีรายละเอียดตามระบบร่างกาย PT ก็บันทึกได้ง่าย”*

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 13, 2561: การสนทนากลุ่ม)

6) ใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurse’s Note) จากผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 พบว่าใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคะแนนรวมคุณภาพน้อยที่สุด

แนวทางการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับรูปแบบการบันทึกใหม่ เป็นแบบระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) เป็นรูปแบบการบันทึกให้ความสำคัญกับเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจมากกว่า

การบันทึกลำดับของปัญหา (Problem List) หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Medical Diagnosis) บันทึกเฉพาะสิ่งที่สำคัญ ที่ทีมดูแลสามารถใช้ประโยชน์ได้ มุ่งประเด็นสภาวะของผู้ป่วยในปัจจุบัน โครงสร้างการบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) แบ่งการบันทึกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ คือ Focus List และ 2) ส่วนที่เป็นรายละเอียดความก้าวหน้า คือ DRA (Data Action Respond) เป็นการบันทึกข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะของผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554)

ตาราง 15 สรุปการวิเคราะห์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พร้อมข้อเสนอแนะและการปรับปรุง

แบบการบันทึก	ผลการวิเคราะห์การบันทึก	ข้อเสนอแนะและการปรับปรุง
1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary)	บันทึกสรุปการวินิจฉัยโรคมกกว่า 1 โรค ในส่วนโรคหลัก	ปรับปรุงใบบันทึกสรุปการรักษา ก่อนจำหน่ายใหม่ โดยที่พื้นที่ในการบันทึกสรุปการวินิจฉัยโรค
2. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ (Discharge Summary: Others)	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้บันทึกข้อมูลในส่วนนี้ลงไม่ครบ และลายมืออ่านยาก ไม่ชัดเจน	เปลี่ยนวิธีการบันทึกใหม่โดยกำหนดให้จุด Admit เป็นผู้พิมพ์ใบบันทึก จากโปรแกรม HosXp ก่อนนำส่งผู้ป่วยขึ้นหอผู้ป่วยใน
3. ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress Note, Doctor's Order Sheet)	เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก และเกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกเนื้อหาไม่ครอบคลุม (Subjective, Objective, Assessment, Plan ใน 3 วันแรก มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด	ปรับปรุงใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งรักษาของแพทย์ใหม่ โดยแบ่งรูปแบบของบันทึกตามอันดับโรคที่ผู้ป่วยนอนรักษา มากที่สุด พร้อมระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่สำคัญ เพื่อให้แพทย์สะดวกต่อการบันทึก



ตาราง 15 (ต่อ)

แบบการบันทึก	ผลการวิเคราะห์การบันทึก	ข้อเสนอแนะและการปรับปรุง
4. ใบบันทึกการติดตามการเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour Record)	ในการประเมินสภาพทารก เบื้องต้น และประเมินภาวะแทรกซ้อน ไม่ทำการระบุภาวะแทรกซ้อน กรณีที่ไม่พบให้ทำการระบุ “ไม่มี” ในแบบบันทึก	ทำตราประทับโดยระบุ “ไม่มี” ประจำไว้ที่งานห้องคลอด เพื่อให้สะดวกต่อการบันทึก ในส่วนของใบบันทึกการติดตามการเฝ้าระวังหลังคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด ได้มีการปรับปรุงแบบบันทึกตามวิธีการคลอดของผู้ป่วย
5. ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)	เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกส่งมาทำกายภาพบำบัดจากแพทย์เป็นผู้ป่วยเฉพาะทาง ใช้เวลาในการบันทึกนาน	ปรับปรุงใบบันทึกจากโดยยึดตามระบบของร่างกาย ประกอบด้วย แบบบันทึกการรักษาทางกายภาพบำบัด ระบบประสาท ระบบทรวงอก ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการบาดเจ็บ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเนื่องจากการปวด และระบบอื่นๆ
6. ใบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note)	ใบบันทึกทางการพยาบาลมีคะแนนรวมคุณภาพน้อยที่สุด	ปรับรูปแบบการบันทึกใหม่ เป็นแบบระบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) เป็นรูปแบบการบันทึกให้ความสำคัญกับเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจมากกว่า การบันทึกลำดับของปัญหา (Problem List) หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Medical Diagnosis) บันทึกเฉพาะสิ่งที่สำคัญ

4.3.3.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐานของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ 1) ให้ความรู้ให้หัวข้อ “การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน” 2) บรรยายในหัวข้อ “การบันทึกนั้นสำคัญไฉน” และ 3) ฝึกปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1) กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ให้หัวข้อ “การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน”

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สร้างความสามัคคี ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในและพัฒนาขีดความสามารถและเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร

กลุ่มเป้าหมาย ทิมสหวิชาชีพ จำนวน 104 คน

ผลของการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ทิมสหวิชาชีพมีความสนใจในการเข้าร่วมประชุมเป็นอย่างมาก มีความกระตือรือร้น ตั้งใจฟังบรรยาย หัวหน้างานร่วมรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในการบันทึกเวชระเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะระหว่างสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ผลจากการประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า ทิมสหวิชาชีพ มีความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมากขึ้น ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้

“กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ผู้รักษาต้องทำการสรุปสาเหตุการตาย”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 85, 2561: การประชุมเชิงปฏิบัติการ)

“ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและบันทึกประเมินผู้ป่วยทุกเวรภายใน

24 ชั่วโมงค่ะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 1, 2561: การประชุมเชิงปฏิบัติการ)

“ในการประเมินผู้ป่วยแรกรับต้องระบุปัญหาทางการพยาบาลที่พบพร้อมระบุวันแรกรับด้วยค่ะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 20, 2561: การประชุมเชิงปฏิบัติการ)

“การสรุปโรคผู้ป่วยที่ทำการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ต้องสรุปโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหรือเจ็บป่วย เพียงโรคเดียวมาเป็นโรคหลักเท่านั้น จะเอาอาการหรืออาการแสดงของโรคมารวมเป็นโรคหลักไม่ได้”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 85, 2561: การประชุมเชิงปฏิบัติการ)

“เวลาทำการผ่าตัด หากผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือด ต้องบันทึกจำนวนเลือดที่สูญเสียไปลงในใบบันทึกการผ่าตัดด้วย”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 100, 2561: การประชุมเชิงปฏิบัติการ)

“โรคหลักคือโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล เป็นอยู่แล้ว มีอาการอยู่แล้วทำให้ต้องได้เข้ารับการรักษา”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 10, 2561: การประชุมเชิงปฏิบัติการ)

## 2) กิจกรรมการบรรยายในหัวข้อ “การบันทึกนั้นสำคัญไฉน”

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนัก สร้างทัศนคติที่ดีและความภาคภูมิใจในการปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในให้กับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

กลุ่มเป้าหมาย ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 104 คน

ผลของการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ทีมสหวิชาชีพ มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง เห็นความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พร้อมกันได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน คือ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ อันจะส่งผลให้กระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพ และผลที่ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในดีขึ้น ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกต ดังนี้

“ในการปฏิบัติงานเราต้องตระหนักด้วยว่า ผู้ป่วยมาหาเรา ไม่ใช่ว่าเขาสบายดีแล้วเดินมา เพราะเขาป่วยหรือมีภาวะเสี่ยง ฉะนั้นเราต้องดูแลเขาให้ดีที่สุด เราดูแลเขา เราต้องทำการบันทึกและประเมินอาการเขาอย่างละเอียด เพื่อที่ว่า ข้อมูลที่เราบันทึกนั้นจะส่งต่อไปยังสหวิชาชีพอื่นที่ดูแลต่อ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 57, 2561: การสัมภาษณ์)

“เราเป็นพยาบาล มีวิชาชีพ ในปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วย รักษาพยาบาล รวมไปถึงการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ก็เป็นหน้าที่ของเราต้องรับผิดชอบ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 38, 2561: การสัมภาษณ์)

“เราต้องบันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่าย และการบันทึกก็หมายถึง เราจดการทำงานของเราลงไปในกระดาษด้วย เพื่อวันหนึ่งเกิดผู้ป่วยเอาไปฟ้องร้อง เราจะได้มีเครื่องประกันการทำงานเราด้วยค่ะ”

(หัวหน้ากลุ่ม ก, 2561: การสัมภาษณ์)

“การบันทึกข้อมูลที่มีคุณภาพในเวชระเบียนก็ช่วยป้องกันกรณีที่อาจเกิดการร้องเรียนจากผู้ป่วยได้ค่ะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 41, 2561: การสัมภาษณ์)

“ถ้าเราทำการบันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม ก็เป็นการสะท้อนได้ว่าเรามีความใส่ใจบริการผู้ป่วยอย่างเต็มที่ค่ะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 58, 2561: การสัมภาษณ์)

### 3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทีมวิชาชีพได้ทักษะและแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มเป้าหมาย ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 104 คน

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติ พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และมีความตระหนักต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในดีขึ้น ทำให้ทีมสหวิชาชีพเกิดทักษะการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จากการให้คำแนะนำของทีมวิทยากร แต่พบว่าในบางประเด็นการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ยังมีความซ้ำซ้อน ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ได้เทคนิคการบันทึกจากวิทยากรมาเยอะเลยคะ เราไม่ต้องบันทึกเป็นความเรียงยาวๆ แค่บันทึกลงไปเฉพาะคำสำคัญก็พอ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 30, 2561: การสัมภาษณ์)

“ปกติบันทึกทุกครั้งที่มีการรักษาครบ แต่ฟอร์มการบันทึกเยอะเกินไป  
ซ้ำซ้อนก็มี น่าจะมีการปรับฟอร์มใหม่ ให้มีความครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ”

(หัวหน้ากลุ่ม ข. 2561: การสัมภาษณ์)

“การบันทึกต้องทำให้เป็นปัจจุบัน คือถ้ามีการรักษาผู้ป่วย และมีการ  
เปลี่ยนแปลง ก็ให้ทำการบันทึกไปเลย ป้องกันการลืมของตัวเอง”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 42, 2561: การสัมภาษณ์)

“พี่วิทยากรให้คำแนะนำในการบันทึก สอนการลงข้อมูลประเมินแรก  
รับผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวทางการลงข้อมูลมากขึ้น”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 35, 2561: การสัมภาษณ์)

สรุปผลการดำเนินการในขั้นการปฏิบัติ จากการอบรมเชิงปฏิบัติที่มหาวิทยาลัยได้ร่วมกัน  
กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน คือให้แต่ละหอผู้ป่วยในกำหนดตัวชี้วัดความสมบูรณ์ในการบันทึก  
เวชระเบียนผู้ป่วยใน จากการที่มีการปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในและนำไปใช้ผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมได้กำหนดให้มีการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก  
เวชระเบียนผู้ป่วยในประจำทุกเดือน และยังคงยอสนับสนุนทรัพยากรและเครื่องมือในการบันทึกข้อมูล  
เวชระเบียนผู้ป่วยในให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

#### 4.3.4 ขั้นการสังเกต (Observation)

นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน โดยดำเนินการสังเกตและบันทึกผลที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.3.4.1 ผลของการปฏิบัติการ จากการดำเนินงาน ภายใต้แผนปฏิบัติการที่ผู้ร่วม  
วิจัยได้วิเคราะห์ ระดมสมองในการวางแผน สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้

1) การนิเทศติดตามผลการดำเนินงานจากการปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน และร่วมกันจัดทำคู่มือแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า ทีมสหวิชาชีพมี  
ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมากขึ้นกว่าครั้งก่อน เนื่องจาก ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพ  
ระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้จัดทำคู่มือในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประจำทุกจุด  
และมีการให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในให้กับทีมสหวิชาชีพ ภายใน  
เวลาราชการ พร้อมทั้งมีการติดตามและนิเทศทางการพยาบาลจากหัวหน้างานหอผู้ป่วยใน ให้แก่  
ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนส่งไปยัง  
หน่วยงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และกำหนดตัวชี้วัดรายบุคคล และตัวชี้วัดประจำหอผู้ป่วย ในเรื่อง

คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพสามารถบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และชัดเจนมากขึ้น เช่น การลงข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย, การบันทึกการซักประวัติ โดยแพทย์, การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล, การบันทึกเวลาเริ่มต้น-สิ้นสุด การผ่าตัดหัตถการทางการแพทย์ และการลงลายมือชื่อที่ทำกรรักษาผู้ป่วย

2) จากการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ 1) ให้ความรู้ให้หัวข้อ “การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน” 2) บรรยายในหัวข้อ “การบันทึกนั้นสำคัญไฉน” และ 3) ฝึกปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน พบว่า ทีมสหวิชาชีพให้ความสนใจในการเข้าร่วมประชุมเป็นอย่างดี มีความกระตือรือร้น ตั้งใจฟังบรรยาย หัวหน้างานร่วมรับฟังความรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ทีมสหวิชาชีพ มีความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมากขึ้น สามารถบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกประเด็น มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง และเห็นความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4.3.4..2 ผลการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1) เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 16 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Content of Medical Record	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
Discharge Summary : DX., OP.	93.89	97.50	3.61
Discharge Summary : Other	94.72	97.22	2.50
Informed Consent	93.61	96.94	3.33
History	86.67	92.50	5.83
Physical Exam	88.89	94.17	5.28
Progress Note	50.83	85.56	34.73
Anesthetic Record	93.93	98.48	4.55



ตาราง 16 (ต่อ)

Content of Medical Record	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
Operative Note	95.95	97.98	2.03
Labour Record	85.18	95.37	10.19
Rehabilitation Record	66.67	94.44	27.77
Nurse's Note Helpful	69.44	87.50	18.06
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	84.24	93.82	9.58

จากตาราง 16 ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.24 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 93.82 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.58 โดยพบว่า ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note and Doctor's Order Sheet) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 34.73 รองลงมา ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 27.77 และที่เพิ่มขึ้นต่ำที่สุด คือ ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.03

2) เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตาราง 17 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Discharge Summary : DX., OP.	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	97.50	97.50	0.00
เกณฑ์ข้อ 2	95.00	100	5.00
เกณฑ์ข้อ 3	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 4	82.50	95.00	12.50
เกณฑ์ข้อ 5	95.00	97.50	2.50
เกณฑ์ข้อ 6	90.00	95.00	5.00
เกณฑ์ข้อ 7	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 8	97.50	100	2.50
เกณฑ์ข้อ 9	87.50	92.50	5.00
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	93.89	97.50	3.61

จากตาราง 17 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 93.89 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 97.50 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.61 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (Operating Room Procedure) ทุกครั้ง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.50 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 2 สรุปการวินิจฉัยในส่วนของวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือพิษจากสารเคมี (External Cause) (ถ้ามี) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน, เกณฑ์ข้อ 6 สรุปข้อมูลในส่วน Clinical Summary ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้ โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป และเกณฑ์ข้อ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุปโดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ร้อยละ 5.00 เท่ากัน

ตาราง 18 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
 ใบบันทึกสรุปรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ  
 ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Discharge Summary : Other	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	95.00	97.50	2.50
เกณฑ์ข้อ 2	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 3	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 4	97.50	100	2.50
เกณฑ์ข้อ 5	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 6	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 7	97.50	100	5.00
เกณฑ์ข้อ 8	77.50	87.50	10.00
เกณฑ์ข้อ 9	85.00	90.00	5.00
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	94.72	97.22	2.50

จากตาราง 18 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกสรุปรักษา  
 การรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพ  
 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 94.72 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวช  
 ระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 97.22 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.50 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์  
 เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 8 มีการให้รหัสโรค ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน เพิ่มขึ้น  
 ร้อยละ 10.00 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 7 มีข้อมูล ชื่อนามสกุล ผู้ใช้รหัสโรค และชื่อ นามสกุล ผู้ให้หัตถการ  
 และเกณฑ์ข้อ 9 มีการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.00  
 เท่ากัน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 19 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการรักษาหรือทำหัตถการ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Informed Consent	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	97.50	100	2.50
เกณฑ์ข้อ 2	95.00	100	5.00
เกณฑ์ข้อ 3	97.50	100	2.50
เกณฑ์ข้อ 4	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 5	95.00	97.50	2.50
เกณฑ์ข้อ 6	90.00	95.00	5.00
เกณฑ์ข้อ 7	80.00	87.50	7.50
เกณฑ์ข้อ 8	87.50	92.50	5.00
เกณฑ์ข้อ 9	100	100	0.00
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	93.61	96.94	3.33

จากตาราง 19 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 93.61 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 96.94 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.33 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เกณฑ์ข้อ 7 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสีย ของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.50 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา, เกณฑ์ข้อ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการการใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และเกณฑ์ข้อ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.00 เท่ากัน

ตาราง 20 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก  
การซักประวัติโดยแพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระ  
ยุพราชเดชอุดม (n = 40)

History	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	90.00	95.00	5.00
เกณฑ์ข้อ 2	85.00	92.50	7.50
เกณฑ์ข้อ 3	70.00	87.50	17.50
เกณฑ์ข้อ 4	85.00	87.50	2.50
เกณฑ์ข้อ 5	92.50	95.00	2.50
เกณฑ์ข้อ 6	87.50	92.50	5.00
เกณฑ์ข้อ 7	87.50	90.00	2.50
เกณฑ์ข้อ 8	92.50	95.00	2.50
เกณฑ์ข้อ 9	90.00	97.50	7.50
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	86.67	92.50	5.83

จากตาราง 20 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกการ  
ซักประวัติโดยแพทย์ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 86.67  
หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 92.50 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น  
ร้อยละ 5.83 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 3 บันทึก Present  
Illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือใน ส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยา  
เองจากบ้านหรือการจัดการการดูแลตนเองอื่นๆที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีที่ไม่ได้รักษาที่ได้มา  
ก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด” เพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.50 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 2 บันทึก Present  
Illness: ในส่วน 5W, 2H (What, Where, When, Why, Who, How, How many) โดยต้องมีอย่างน้อย  
3 ข้อและเกณฑ์ข้อ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติ  
เก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.50 เท่ากัน

ตาราง 21 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Physical Exam	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	97.50	100	2.50
เกณฑ์ข้อ 2	95.00	100	5.00
เกณฑ์ข้อ 3	87.50	92.50	5.00
เกณฑ์ข้อ 4	90.00	92.50	2.50
เกณฑ์ข้อ 5	87.50	95.00	7.50
เกณฑ์ข้อ 6	82.50	87.50	5.00
เกณฑ์ข้อ 7	87.50	92.50	5.00
เกณฑ์ข้อ 8	87.50	92.50	5.00
เกณฑ์ข้อ 9	85.00	95.00	10.00
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	88.89	94.17	5.28

จากตาราง 21 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 88.89 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 94.17 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.28 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกายโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ History) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.00 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.50

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ตาราง 22 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไบบันทึก  
ความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา ก่อนและหลัง  
การดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Progress Note	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	47.50	90.00	45.50
เกณฑ์ข้อ 2	40.00	92.50	52.50
เกณฑ์ข้อ 3	45.00	87.50	42.50
เกณฑ์ข้อ 4	45.00	90.00	45.00
เกณฑ์ข้อ 5	50.00	92.50	42.50
เกณฑ์ข้อ 6	57.50	77.50	20.00
เกณฑ์ข้อ 7	60.00	82.50	22.50
เกณฑ์ข้อ 8	62.50	77.50	15.00
เกณฑ์ข้อ 9	50.00	80.00	30.00
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	50.83	85.56	34.73

จากตาราง 22 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไบบันทึก  
ความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพ  
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 50.83 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึก  
เวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 85.56 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 34.73 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความ  
สมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลาทุกครั้งที่บ้านพัก Progress  
Note เพิ่มขึ้นร้อยละ 45.50 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยแพทย์  
ผู้ดูแล หรือ การรักษาหรือให้ยาหรือมีการทำ Invasive Procedure เพิ่มขึ้นร้อยละ 45.00

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตาราง 23 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Anesthetic Record	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 2	90.91	95.45	4.54
เกณฑ์ข้อ 3	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 4	90.91	100	9.09
เกณฑ์ข้อ 5	95.45	100	4.55
เกณฑ์ข้อ 6	90.91	100	9.09
เกณฑ์ข้อ 7	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 8	81.82	90.91	9.09
เกณฑ์ข้อ 9	95.45	100	4.55
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	93.93	98.48	4.55

จากตาราง 23 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 93.93 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 98.48 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.55 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 4 มีบันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (Pre Anesthetic Round) โดยทีมวิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการรักษาการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้, เกณฑ์ข้อ 6 มีบันทึก Intake, Output, Blood Loss, Total Intake และ Total Output, และเกณฑ์ข้อ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (Post Anesthetic Round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา” เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.09 เท่ากัน รองลงมา เกณฑ์ข้อ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที และเกณฑ์ข้อ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อที่อ่านออกได้และระบุชื่อทีมวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.55 เท่ากัน

ตาราง 24 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไบบันทึก

การทำหัตถการ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม  
(n = 40)

Operative Note	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 2	95.45	95.45	0.00
เกณฑ์ข้อ 3	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 4	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 5	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 6	90.91	95.45	4.54
เกณฑ์ข้อ 7	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 8	95.45	100	4.55
เกณฑ์ข้อ 9	81.82	90.91	9.09
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	95.95	97.98	2.03

จากตาราง 24 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไบบันทึกการทำหัตถการ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 95.95 หลังการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 97.98 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.03 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.09 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 8 มีบันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ Scrub Nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.09

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 25 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไบบันทึก

การติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Labour Record	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	83.33	91.67	8.34
เกณฑ์ข้อ 2	83.33	91.67	8.34
เกณฑ์ข้อ 3	91.67	100	8.33
เกณฑ์ข้อ 4	91.67	100	8.33
เกณฑ์ข้อ 5	91.67	100	8.33
เกณฑ์ข้อ 6	91.67	100	8.33
เกณฑ์ข้อ 7	91.67	100	8.33
เกณฑ์ข้อ 8	50.00	83.33	33.33
เกณฑ์ข้อ 9	91.67	91.67	0
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	85.18	95.37	10.19

จากตาราง 25 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 85.18 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 95.37 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.19 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 8 มีบันทึกการประเมินทารก Apgar Score (1 นาที 5 นาที 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial Assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องระบุ “ไม่มี” เพิ่มขึ้น ร้อยละ 33.33 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 1 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: Obstetric History (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational Age), ANC History, Complication, Risk Monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล และเกณฑ์ข้อ 2 การประเมินผู้คลอดระยะแรกคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต Progress Labour (Uterine Contraction, Cervical Dilatation and Effacement, Membrane), Complication และเกณฑ์ข้อ 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.34

ตาราง 26 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก  
การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด ก่อนและการดำเนินการพัฒนา  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (n = 40)

Rehabilitation Record	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 2	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 3	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 4	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 5	100	100	0.00
เกณฑ์ข้อ 6	0.00	50.00	50.00
เกณฑ์ข้อ 7	0.00	100	100
เกณฑ์ข้อ 8	0.00	100	100
เกณฑ์ข้อ 9	100	100	0.00
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	66.67	94.44	27.77

จากตาราง 26 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ใบบันทึกการให้  
การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึก  
เวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 66.67 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ร้อยละ 94.44 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 27.77 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด  
คือ เกณฑ์ข้อ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพิ่มขึ้น  
ร้อยละ 100 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของ  
การฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50.00

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตาราง 27 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก  
 ทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม  
 (n = 40)

Nurses' Note	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	เพิ่มขึ้น
เกณฑ์ข้อ 1	82.50	95.00	12.50
เกณฑ์ข้อ 2	62.50	90.00	27.50
เกณฑ์ข้อ 3	80.00	92.50	12.50
เกณฑ์ข้อ 4	72.50	87.50	15.00
เกณฑ์ข้อ 5	65.00	75.00	10.00
เกณฑ์ข้อ 6	62.50	85.00	22.50
เกณฑ์ข้อ 7	90.00	90.00	0.00
เกณฑ์ข้อ 8	70.00	82.50	12.50
เกณฑ์ข้อ 9	40.00	90.00	50.00
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	85.18	87.50	2.32

จากตาราง 27 พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในใบบันทึก  
 ทางการพยาบาล ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 85.18  
 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 87.50 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น  
 ร้อยละ 2.32 โดยพบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เกณฑ์ข้อ 9 การบันทึก  
 วัน เดือน ปี เวลา และการลงลายมือชื่อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.00 รองลงมา เกณฑ์ข้อ 2 การระบุปัญหา  
 ทางการพยาบาล เพิ่มขึ้น ร้อยละ 27.50

พหุ ประถมศึกษา



3) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของ  
ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 28 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ของทีมสหวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 100)

ความรู้ด้านการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน	Mean	SD	Mean Difference	95% CI
ก่อนดำเนินงาน	14.48	2.634	-3.400	3.937 – 2.869
หลังดำเนินงาน	17.88	2.302		

จากตาราง 28 พบว่า ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล  
และเจ้าพนักงานเวชสถิติ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ก่อนดำเนินการพัฒนา  
14.48 คะแนน (SD = 2.634) และค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังดำเนินการ  
พัฒนา 17.88 คะแนน (SD = 2.302) ซึ่งมีความมากกว่าก่อนการดำเนินงาน 3.400 คะแนน

ตาราง 29 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ของวิชาชีพนักกายภาพบำบัด ก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 4)

ความรู้ด้านการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน	Mean	SD	Mean Difference	95% CI
ก่อนดำเนินงาน	6.25	1.258	-2.75	4.273 – 1.226
หลังดำเนินงาน	9.00	1.414		

จากตาราง 29 พบว่า นักกายภาพบำบัดมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึก  
เวชระเบียนผู้ป่วยใน ก่อนดำเนินการพัฒนา 6.25 คะแนน (SD = 1.258) และมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้าน  
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังดำเนินการพัฒนา 9.00 คะแนน (SD = 1.414) ซึ่งมีความมากกว่า  
ก่อนการดำเนินงาน 2.75 คะแนน

ตาราง 30 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทิมสห  
วิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 104)

ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	Mean	SD	Mean	95% CI
	Difference			
ก่อนดำเนินงาน	2.62	.4407	-1.06	1.151 - .9643
หลังดำเนินงาน	3.68	.2761		

จากตาราง 30 พบว่า ทิมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล  
นักรกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานเวชสถิติ มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ก่อนดำเนินการพัฒนา 2.619 คะแนน (SD = .4407) และค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยในหลังดำเนินการพัฒนา 3.677 คะแนน (SD = .2761) ซึ่งมีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินงาน  
1.057 คะแนน

ตาราง 31 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของวิชาชีพ  
แพทย์ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา (n = 15)

การปฏิบัติในการบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยใน	Mean	SD	Mean	95% CI
	Difference			
ก่อนดำเนินงาน	4.40	.349	-4.20	4.988 -3.411
หลังดำเนินงาน	8.60	.214		

จากตาราง 31 พบว่า วิชาชีพแพทย์ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึก  
เวชระเบียนผู้ป่วยใน ก่อนดำเนินการพัฒนา 4.40 คะแนน (SD = .349) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติใน  
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังดำเนินการพัฒนา 8.60 คะแนน (SD = .214) ซึ่งมีค่ามากกว่า  
ก่อนการดำเนินงาน 4.20 คะแนน

ตาราง 32 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา (n = 82)

การปฏิบัติในการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน	Mean	SD	Mean Difference	95% CI
ก่อนดำเนินงาน	5.76	1.689	-2.29	2.746 -
หลังดำเนินงาน	8.05	1.041		1.839

จากตาราง 32 พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนดำเนินการพัฒนา 5.76 คะแนน (SD = 1.689) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังดำเนินการพัฒนา 8.05 คะแนน (SD = 1.041) ซึ่งมีความมากกว่าก่อนการดำเนินงาน 2.29 คะแนน

ตาราง 33 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ของนักกายภาพบำบัด ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา (n = 4)

การปฏิบัติในการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน	Mean	SD	Mean Difference	95% CI
ก่อนดำเนินงาน	6.25	.957	-3	5.905 -
หลังดำเนินงาน	9.25	.957		.095

จากตาราง 33 พบว่า นักกายภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนดำเนินการพัฒนา 6.25 คะแนน (SD = .957) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังดำเนินการพัฒนา 9.25 คะแนน

สรุปผลจากการดำเนินการในขั้นการสังเกต โดยการเน้นให้ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา มีการกระตุ้นให้มีการเสนอความคิดเห็น และร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ร่วมรับฟังข้อเสนอแนะระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทำให้ได้คู่มือในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พร้อมทั้งการดำเนินงานแบบบูรณาการของทั้งองค์กร มีการติดตาม นิเทศงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นประจำ และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมสำเร็จไปได้ด้วยดี

#### 4.3.5 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยได้จัดเวทีการประชุมเพื่อคืนข้อมูล ถอดบทเรียนสรุปผลการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลจากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 วัน ในวันที่ 21 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุมสัตตบุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม ดังนี้

4.3.5.1 ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สรุปได้ดังนี้

1) ด้านผู้ปฏิบัติงาน การเพิ่มพูนความรู้, การสร้างความตระหนัก และการฝึกปฏิบัติโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากร ทำให้ทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทำให้ทีมสหวิชาชีพเกิดการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่งผลให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีคุณภาพมากขึ้น

2) ด้านเครื่องมือ/เทคโนโลยี ส่งเสริมให้มีการสำรวจความต้องการ การใช้ข้อมูลของผู้ใช้งานแบบเชิงรุกและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานภายในระยะเวลาที่เหมาะสม พัฒนาโปรแกรม HosXp ที่สามารถบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยใน ในโปรแกรมและสามารถพิมพ์แบบบันทึกได้ เพื่อลดการบันทึกซ้ำซ้อนของผู้ใช้งาน

3) ด้านกระบวนการ มีการกำกับ และติดตามตามผลคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกเดือน ให้ทำเป็นงานประจำที่มีคุณภาพ และสรุปผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทุก 6 เดือน โดยการสุ่มตรวจไขว้ห่อผู้ป่วยใน เพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นและทำการพัฒนาต่อไป และกำหนดให้มีตัวชี้วัดรายห่อผู้ป่วยและรายบุคคล เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน จากหัวหน้างานห่อผู้ป่วยใน และการตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จากหัวหน้าเวร เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความรับผิดชอบและการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4) ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้วิจัยและทีมเอกสารได้ปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และจัดทำคู่มือในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความครบถ้วน ความสมบูรณ์ และถูกต้องตามมาตรฐาน

5) ด้านนโยบายของผู้บังคับบัญชา ผู้บริหารเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จึงได้ประกาศนโยบายคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยใน ให้กำหนดตัวชี้วัดความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเห็นถึงความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีการให้ขวัญกำลังใจแก่ทีมสหวิชาชีพ การเพิ่มศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงาน

#### 4.3.5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จากการปรับปรุงใบบันทึก Progress Note โดยที่แบ่งตามโรคและความสอดคล้องตามบริบทแต่ละหอผู้ป่วยใน ปัญหาการบันทึก SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก ยังคงมีอยู่ เนื่องจากแพทย์มีภาระงานมากในช่วงเวลาที่มาตรวจรักษาผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในเป็นช่วงเวลาเช้า ซึ่งในขณะเดียวกันต้องรับผิดชอบในการตรวจรักษาผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกด้วย ทำให้บันทึกได้ไม่ครบ และมีแพทย์หมุนเวียน ระยะ 3 เดือน ทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง และแพทย์ใหม่ไม่ได้รับการปฐมนิเทศให้คำแนะนำในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ดังนั้น ในส่วนนี้ผู้วิจัยทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน นำปัญหานี้แจ้งองค์กรแพทย์ ดำเนินการพิจารณาการแก้ไขและดำเนินการพัฒนาในรอบที่ 2 ต่อไป ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“หนูยังเห็นว่ากรบันทึก SOAP ไม่ครบเลยคะ ทั้งๆ ที่ ก็แจ้งแพทย์แล้ว  
หาลตึกเกอร์มาติดในส่วนที่แพทย์ยังบันทึกไม่ครบ เวรต่อมาก็เจออีก”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 1., 2561: การสัมภาษณ์)

“แก้ไขได้ยาก ภาระงานของแพทย์ก็เยอะ โดยส่วนมากจะพบในเวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน ที่บันทึกด้วยแพทย์ Intern”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 5., 2561: การสัมภาษณ์)

“ก็พยายามตามแพทย์ และแจ้งแพทย์ให้กลับมาเขียนให้ครบก่อนส่งชาร์ตไป  
ห้องเวชระเบียน แต่ผู้ป่วยก็กลับบ้านไปแล้ว แพทย์ก็เลยไม่ได้ขึ้นมาตรวจ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม คนที่ 10., 2561: การสัมภาษณ์)

ด้านการใช้คู่มือการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า ทีมสหวิชาชีพ มีการใช้คู่มือการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยควบคุมกับการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เนื่องจากบุคลากรบางท่าน มีองค์ความรู้เดิมอยู่แล้ว และบาง

ช่วงเวลามีภาระงานในกระบวนการทางพยาบาลที่มากเกินไป ทำให้ไม่มีเวลาศึกษาคู่มือเพิ่มเติม และการปรึกษาปัญหา พร้อมขอข้อเสนอแนะจากทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทำได้น้อย เพราะช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นวันหยุดนักชัตฤกษ์ ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ส่วนใหญ่เรามีองค์ความรู้เดิมอยู่แล้ว ประกอบกับช่วงที่ขึ้นเวร ปริมาณผู้ป่วยมีเยอะ และเป็นวันหยุด ทำให้เราไม่มีเวลาได้ศึกษาหรือเปิดคู่มือเพิ่มเติม”

(หัวหน้ากลุ่ม ข., 2561: การสัมภาษณ์)

“บางเวรก็เจอเคสผู้ป่วย ที่หนูไม่ทราบว่า จะบันทึกกิจกรรมพยาบาลแนวทางไหน จะ ปรึกษาทีมก็พบว่า เป็นเวรตึก”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ด., 2561: การสัมภาษณ์)

“ในคู่มือการบันทึกน่าจะ ทำตัวอย่างการบันทึกด้วยค่ะ ถ้าผู้ป่วยมีอาการมาแบบนี้มา ควรบันทึกแบบ Focus List ยังไง”

(ผู้เข้าร่วมประชุม พ., 2561: การสัมภาษณ์)

4.3.5.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรครวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 วัน ในวันที่ 21 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุม สัตตบุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม พบว่า กิจกรรมที่ดำเนินงานนั้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีความแตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่า ระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนร้อยละ 91.46 บุคลากรมีความเข้าใจด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และมีความตระหนัก พร้อมทั้งรับรู้ประโยชน์ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมากขึ้น พร้อมทั้งเกิดการประสานงานกันระหว่างทีมสห



วิชาชีพ เกิดเป็นกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการพัฒนา คือ

1) วัฒนธรรมการทำงานแบบพี่สอนน้อง ซึ่งเห็นได้จากการดำเนินกิจกรรม ฝึกปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน มีการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหัวหน้างาน หรือผู้ที่อาวุโสกว่าและบุคลากร มีการสนับสนุนและให้ความร่วมมือร่วมใจในกิจกรรมต่างๆ ที่นอกเหนือจากงานประจำ การดูแลเอาใจใส่ระหว่างบุคลากรในองค์กร เสมือนการอยู่ ร่วมกันแบบ ครอบครัว ส่งผลให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กร เกิดเป็นพลังที่ขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพ ระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในได้ ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ดังนี้

“การดูแลเอาใจใส่ ช่วยสอนงานบุคลากรในองค์กร ทำให้รู้สึกเหมือน การอยู่กับครอบครัว ทำให้เราเองตั้งใจทำงานมากขึ้น”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ป., 2561: การสนทนากลุ่ม)

“ตอนฝึกปฏิบัติการบันทึก ครั้งแรกก็ไม่ค่อยเข้าใจการเขียนเวชระเบียน ได้พี่ๆ ค่อยชี้แนะตลอด พี่ก็จะถามเสมอว่าบันทึกได้ไหม บันทึกครบไหม ทำให้ทุกวันนี้หนูบันทึกข้อมูล ในเวชระเบียนได้ครบ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ภ., 2561: การสัมภาษณ์)

“การที่มีพี่ๆ มาช่วยเทรนงานน้องใหม่ ทำให้หนูที่เพิ่งเข้ามาทำงานได้ไม่นาน รู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองมากขึ้น ทำให้เรารักในการทำงานร่วมกับผู้อื่น”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ป., 2561: การสัมภาษณ์)

2) การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ซึ่งเห็นได้จากการ ดำเนินงานในชั้นการปฏิบัติการ โดยที่หัวหน้างานผลักดันให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมการปรึกษา แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในสิ่งที่บุคลากรต้องการแก้ไข เพื่อให้ระบบ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีคุณภาพมากขึ้น ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสนทนากลุ่มและ การสัมภาษณ์ ดังนี้

“การทำงานเป็นทีม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้การดำเนินงาน ประสบผลสำเร็จได้ครับ”

(หัวหน้ากลุ่ม ง. , 2561: การสนทนากลุ่ม)

“ทีมมีการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย มีการทำงานแบบบูรณาการ ทำให้การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนมีความครอบคลุมและสมบูรณ์มากขึ้น”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ฟ., 2561: การสัมภาษณ์)

3) การสนับสนุนของผู้บริหาร ค่อยสนับสนุนทรัพยากร จะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมนั้นต้องใช้ทรัพยากรในการดำเนินการเพื่อให้สำเร็จลุล่วง และเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ ให้กับทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมและสนับสนุน การดำเนินงานเป็นอย่างมาก ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการการสัมภาษณ์ ดังนี้

“สิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้คือการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ไม่ว่าจะเป็ในเรื่องของทรัพยากรหรือการได้รับกำลังใจคะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ด., 2561: การสัมภาษณ์)

“การพัฒนาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วย ผู้บริหารและหัวหน้างานเห็นความสำคัญของปัญหา ได้ร่วมกันหาทางแก้ไข และช่วยกันปรับปรุงและดำเนินงานคะ”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ก., 2561: การสัมภาษณ์)

4) การกำหนดนโยบายของผู้บริหาร และเป็นผู้ดำเนินการพาบุคลากรในหน่วยงานทำงานคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ เห็นได้จากการการดำเนินกิจกรรมในชั้นการปฏิบัติการ ผู้บริหารได้เข้าร่วมในการดำเนินการพัฒนาเกือบทุกกิจกรรม โดยมีผู้บริหารคอยกระตุ้นให้บุคลากรตระหนักและเห็นคุณค่าของเป้าหมายในการทำงาน ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการการสัมภาษณ์ ดังนี้

“มีท่านผู้อำนวยการเข้าร่วมการดำเนินการด้วย ทำให้เรามีความตั้งใจในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมากขึ้น”

(ผู้เข้าร่วมประชุม ล., 2561: การสัมภาษณ์)

“ขนาดผู้บริหารยังเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนา ให้เกียรติมาร่วมดำเนินการ ถ้าเราไม่ทำ เหมือนเป็นการไม่รักบ้านตัวเองเลยครั้บ

(ผู้เข้าร่วมประชุม น., 2561: การสัมภาษณ์)

5) การนิเทศติดตามงานจากหัวหน้างานเป็นประจำ ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในลงพื้นที่ เพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาในการขึ้นสังเกต ในการปฏิบัติงานนั้นหัวหน้างานมีการนิเทศและคอยติดตามงานเป็นประจำ ซึ่งจะช่วยทำให้รู้ปัญหาข้อผิดพลาดที่ต้องดำเนินการแก้ไขได้ทันท่วงที ในระหว่างนั้นที่บุคลากรปฏิบัติงานผิดพลาด หัวหน้างานจะใช้วิธีการเสนอแนะ ให้ข้อแนะนำแทนการตำหนิ และให้กำลังใจพร้อมทั้งกล่าวชมเชยเมื่อบุคลากรปฏิบัติงานได้ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเต็มใจและภาคภูมิใจในงานที่รับผิดชอบอยู่ ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ดังนี้

“การนิเทศติดตาม ถือเป็นการทำงานอีกครั้งหนึ่ง ทำให้งานมีคุณภาพมากขึ้น”

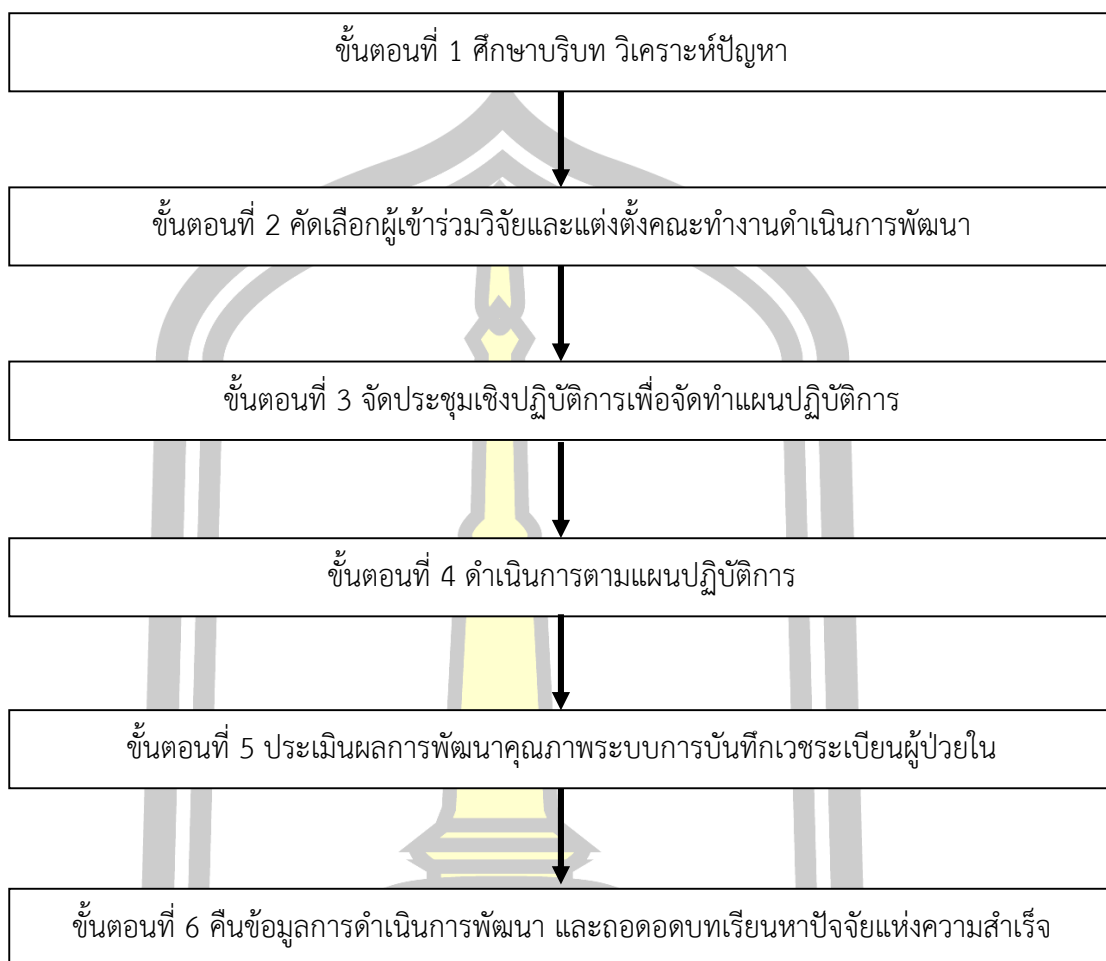
(หัวหน้ากลุ่ม ส. , 2561: การสนทนากลุ่ม)

“ก่อนส่งเวชระเบียนไปยังห้องบัตร หัวหน้าจะคอยตรวจสอบความเรียบร้อยของเวชระเบียนก่อนว่า เรียบบันทึกครบทุกใบ และบันทึกได้ถูกต้องหรือเปล่า ทำให้เวชระเบียนฉบับนั้นมีความสมบูรณ์มากขึ้น”

ผู้เข้าร่วมประชุม อ., 2561: การสัมภาษณ์)

กล่าวโดยสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี คือ 1) วัฒนธรรมการทำงานแบบพี่สอนน้อง 2) การทำงานเป็นทีม 3) การสนับสนุนของผู้บริหาร 4) การกำหนดนโยบายของผู้บริหาร และเป็นผู้ดำเนินการและพบบุคลากรในหน่วยงานทำงานคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ 5) การนิเทศ ติดตาม และให้กำลังใจ เสนอแนะแทนการตำหนิ เมื่อทำงานผิดพลาด

การวิจัยการพัฒนาคูณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี ได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการนำกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis & Mc Taggart.1988 มาเป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการดำเนินการพัฒนาคูณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ สามารถสรุปเป็นขั้นตอนที่มีความชัดเจน ดังนี้



ภาพประกอบ 10 สรุปขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของ تیمสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม



## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 อภิปรายผลการวิจัย
- 5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis & Mc Taggart มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) สามารถสรุปผลการวิจัยดังนี้

5.1.1 ศึกษาบริบท และพฤติกรรมกรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยการตรวจประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 (External Audit) พบว่า คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ร้อยละ 84.24 ซึ่งผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจาก การปรับเปลี่ยนเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การลงข้อมูลในเวชระเบียนไม่มีความต่อเนื่อง ไม่ครบถ้วนทุกรายการ และครอบคลุมรายละเอียดการรักษาพยาบาล ประกอบกับการเขียนการบันทึกที่ไม่เรียบร้อย ทำให้ข้อมูลการบันทึกที่สำคัญถูกมองข้ามไป อีกทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ข้อมูลในการบันทึกของทีมสหวิชาชีพไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.35 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 59.62 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.44 ปี (SD. = 6.740) สถานภาพโสด ร้อยละ 58.65 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 92.31 เป็นผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 78.85 มีประสบการณ์ทำงาน เป็นระยะเวลา 1 – 7 ปี ร้อยละ 64.42 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 7.25 ปี (SD = 6.420) สถานภาพการปฏิบัติงานส่วนใหญ่รับราชการ ร้อยละ 54.81 และลักษณะงานที่ปฏิบัติด้านการบริการ ร้อยละ 90.38

ข้อมูลพฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า แพทย์,พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชสถิติ มีความรู้ต่ำสุด ในเรื่องการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) สามารถสรุปได้มากกว่า 1 โรค ร้อยละ 36.00 และนักกายภาพบำบัดมีความรู้สูงที่สุดในเรื่องบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 100 และมีความรู้ต่ำสุดในเรื่องเวชระเบียนสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการได้ ร้อยละ 25.00

ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในเรื่องทีมสหวิชาชีพคิดว่าเมื่อเกิดคดีความหรือข้อร้องเรียน เวชระเบียนมีความสำคัญในการเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ มีคะแนนเฉลี่ย 2.13 (SD = 1.166)

การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในน้อยที่สุด คือ วิชาชีพแพทย์บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก ร้อยละ 26.70 วิชาชีพพยาบาล มีการปฏิบัติในการบันทึกน้อยที่สุด คือ บันทึกวันที่ ระยะเวลา ที่คลอດแต่ละ Stage ร้อยละ 46.30 และวิชาชีพนักกายภาพบำบัด มีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในน้อยที่สุด คือ บันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และลงลายมือชื่อทุกครั้งที่มีการบำบัดเท่ากัน ร้อยละ 25.00

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดทักษะในการบันทึกที่ถูกต้อง การเอาใจใส่ และไม่เห็นความสำคัญการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5.1.2 ศึกษาขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย



ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี นำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยใช้แผนผังสาเหตุและผล (Cause and Effect Diagram) อบรมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กรในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร (SWOT Analysis) และร่วมกันจะทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยและทีมดำเนินการจัดประชุมตามแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพระบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร่วมกันปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ข้อเสนอแนะและกำหนดแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สร้างความสามัคคี และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายใน

ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยดำเนินการสังเกตและบันทึกผลกิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) พบว่า ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม บุคลากรให้ความสนใจในการเข้าร่วมประชุมเป็นอย่างดี มีความรู้ ความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มากขึ้น พร้อมทั้งมีการจัดทำคู่มือในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในส่วนของผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จึงได้ประกาศนโยบายคุณภาพของการการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย กำหนดตัวชี้วัดหน่วยงานและตัวชี้วัดรายบุคคลเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความรับผิดชอบ ต่องาน กำหนดให้มีทบทวนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในประจำหอผู้ป่วย ทุกเดือน และให้ทีมตรวจประเมิน สรุปผลคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ทุก 6 เดือน โดยการสุ่มตรวจแบบไขว้หอผู้ป่วยใน เพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นและทำการพัฒนาต่อไป

ขั้นที่ 4 การสะท้อนย้อนผล (Reflection) จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ ดังนี้

1) ด้านผู้ปฏิบัติงาน การเพิ่มพูนความรู้ การสร้างความตระหนัก และการฝึกปฏิบัติโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากร ทำให้ทีมสหวิชาชีพเกิดการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่งผลให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีคุณภาพมากขึ้น

2) ด้านเครื่องมือ/เทคโนโลยี ที่สามารถบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยใน ในโปรแกรมและสามารถพิมพ์แบบบันทึกได้ เพื่อลดการบันทึกซ้ำซ้อนของผู้ใช้งาน

3) ด้านกระบวนการ มีการกำกับ และติดตามตามผลคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกเดือน ให้ทำเป็นงานประจำที่มีคุณภาพ

4) ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้วิจัยและทีมเอกสารได้ปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และจัดทำคู่มือในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่งผลให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีความครบถ้วน ความสมบูรณ์ และถูกต้องตามมาตรฐาน

5) ด้านนโยบายของผู้บังคับบัญชา ผู้บริหารเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จึงได้ประกาศนโยบายคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในให้แต่ละหอผู้ป่วยใน

5.1.3 ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.24 หลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 93.82 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.58 โดยพบว่า ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ใบบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งรักษา (Progress Note and Doctor's Order Sheet) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 34.73 รองลงมา ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 27.77 และที่เพิ่มขึ้นต่ำที่สุด คือ ใบบันทึกการทำหัตถการ (Operative Note) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.03

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทิมสหวิชาชีพ พบว่า ทิมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าพนักงานเวชสถิติ มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการบันทึกเวชระเบียน ก่อนดำเนินการ 14.48 คะแนน (SD = 2.634) และค่าเฉลี่ยความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังดำเนินการ 17.88 คะแนน (SD = 2.302) ซึ่งมีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า นักกายภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ก่อนดำเนินการ 6.25 คะแนน (SD = 1.258) และค่าเฉลี่ยความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการ 9.00 คะแนน (SD = 1.414) ซึ่งมีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทิมสหวิชาชีพ พบว่า ทิมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานเวชสถิติ มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนดำเนินการ 2.62 คะแนน (SD = .4407) และค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังดำเนินการ 3.68 คะแนน (SD = .2761) ซึ่งมีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทิมสหวิชาชีพ พบว่า วิชาชีพแพทย์ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนดำเนินการพัฒนา 4.40 คะแนน (SD = .349) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังดำเนินการพัฒนา 8.60 คะแนน (SD = .214) ซึ่งมีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ

พยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนดำเนินการพัฒนา 5.76 คะแนน (SD = 1.689) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังดำเนินการพัฒนา 8.05 คะแนน (SD = 1.041) ซึ่งมีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ

นักกายภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนดำเนินการพัฒนา 6.25 คะแนน (SD = .957) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังดำเนินการพัฒนา 9.25 (SD = .957) คะแนน ซึ่งมีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ

5.1.4 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนและหาปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทิมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) วัฒนธรรมการทำงานแบบพี่สอนน้อง 2) การทำงานเป็นทีม 3) การสนับสนุนของผู้บริหาร 4) กำหนดนโยบายการทำงานประจำให้มีคุณภาพ และ 5) คือ การนิเทศ ติดตาม ให้กำลังใจ

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

5.2.1 บริบทและสภาพปัญหาในพื้นที่ ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทีมสหวิชาชีพยังขาดความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในส่วนสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น ในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) สามารถสรุปได้มากกว่า 1 โรค ร้อยละ 35.00 และเวชระเบียนสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการได้ ร้อยละ 25.00 ซึ่งหากขาดการบันทึกในส่วนสำคัญนี้ไป จะก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ให้กับโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจหลักเกณฑ์การบันทึกทั้งหมดและยังขาดการอบรมให้ความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธาณี ศิริวัลย์ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาลพบพระ พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลประจำการ ก่อนการพัฒนามีคะแนนความรู้เฉลี่ยในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.07 ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่มีการจัดอบรมหรือจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการประเมินความรู้

ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่าทัศนคติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ทีมสหวิชาชีพคิดว่าเมื่อเกิดคดีความหรือข้อร้องเรียน เวชระเบียนมีความสำคัญในการเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย 2.13 คะแนน (SD = 1.166) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ยังขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ที่ส่งผลให้เกิดการงุนงง อารมณ์ ทัศนคติที่ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรพร โคตะมี (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 และการศึกษาของ จิตรศิริ ชันเงิน (2552) ที่พบว่าทัศนคติต่อการเขียนบันทึกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ การพยาบาล ถึงแม้จะจัดโครงการให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วย แต่เนื่องจากตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์ที่จัดทำขึ้นไม่มีตัวอย่างครอบคลุมการเขียนปัญหาทางด้านจิตใจ จึงอาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติกร ไม่สามารถเขียนบันทึกได้อย่างครบถ้วน

การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่าทีมสหวิชาชีพ ยังมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนครอบคลุม รายละเอียดการรักษาพยาบาล เช่น แพทย์บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก จำนวน 4 คน ร้อยละ 26.70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โอเล็ด ศรีมุกดา (2558) ที่ทำการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติกรบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า การปฏิบัติกรบันทึกทางการพยาบาล ตามแบบฟอร์มการบันทึกมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้แต่ยังบันทึกได้ไม่ครบถ้วน และถูกต้องตามรายละเอียดของแบบประเมินการบันทึก

5.2.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จากผลการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทีมสหวิชาชีพ ได้ให้ความร่วมมือในการพัฒนาเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การระดมสมองเพื่อปรับปรุงใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การดำเนินการในขั้นการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยและทีมดำเนินการ ออกนิเทศ และติดตามผลคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจากปรับปรุงใบบันทึกและนำไปใช้แล้วที่หอผู้ป่วยใน พบว่า บางหัวข้อ ก็ยังขาดความครบถ้วน เช่น การบันทึก S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก แต่โดยส่วนใหญ่การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่ทำการปรับปรุงใบบันทึกแล้วนั้นเกือบครบถ้วนทุกรายการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ (2552) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลตึกอายุรกรรม-ศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกต่างๆ ให้เหมาะสม และเน้นถึงความสามารถของการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยลดความซ้ำซ้อนของการเขียน จัดรูปแบบให้สะดวกในการใช้ในกรณีที่เกิดปกติ และเขียนเพิ่มเติมข้อความได้ในกรณีที่เกิดปกติ และได้มีการจัดทำคู่มือในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจในการบันทึกมากขึ้น จากการสัมภาษณ์ “ไม่รู้จะบันทึกอาการผู้ป่วยแบบไหนดี ควรที่จะบันทึกเป็นข้อความยาวๆ หรือบันทึกเป็นคำเฉพาะ ตั้งแต่มีคู่มือมาทำให้เราทราบว่า ควรบันทึกเฉพาะอาการสำคัญ ในแต่ละโรค แบบนี้” สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนสฤษฎ์ โชติกอภา (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังจากที่มีการนำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ สามารถเข้าใจได้ง่าย ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลมีความชัดเจนมากขึ้น การบันทึกทางการพยาบาลไม่ซ้ำซ้อนลดระยะเวลาในการบันทึกมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ต่อในหน่วยงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติขวัญ นวมะชิตี (2557) ที่ทำการศึกษา การพัฒนา



รูปแบบบันทึกทางการแพทย์แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) ของกลุ่มงาน ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินการครบตามวงจรการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม มีการจัดทำคู่มือการบันทึกรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ แบบต่างๆ อันเป็นแนวทางการบันทึก ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการนำไปใช้ ดังที่ พชรินทร์ เลิศวีรพล (2555) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพการบันทึกที่ดีขึ้นควรมีคู่มือประกอบการใช้เพื่อเป็นแนวทางการบันทึกและการใช้เทคนิคตามการบันทึก

5.2.3 การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี การเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ ก่อนการดำเนินการพัฒนา ร้อยละ 84.24 และภายหลังการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.82 ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.58 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทวดี สุวรรณศรล (2559) ที่ได้ทำการศึกษาคู่มือการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้จัดประชุมส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนและการตรวจบันทึกทางการแพทย์ การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์ พร้อมทั้งมีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เป็นประจำทุกสัปดาห์ ส่งผลให้คะแนนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.70 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่กำหนดให้มีความมากกว่า ร้อยละ 80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวเรศ คุณแก้ว (2551) ศึกษาคุณภาพทางการบันทึกทางการแพทย์ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น พบว่าก่อนการพัฒนา มีคะแนนคุณภาพ ร้อยละ 80.62 อยู่ในระดับพอใช้ จากการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนา หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทดลองใช้ 1 เดือน พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์มีคะแนนโดยรวม ร้อยละ 93.77 อยู่ในระดับดีมาก จากการทบทวนประเมินสภาพปัญหาการบันทึกที่ผ่านมา มีการวิเคราะห์และปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์ ที่สะท้อนให้เห็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยได้ชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการบันทึกข้อมูลเป็นระบบปิดมากขึ้น

การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของ แพทย์,พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ก่อนการดำเนินการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ย 4.40, 5.76 และ 6.25 คะแนน ตามลำดับ (SD = .349, 1.689 และ .957) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา มีคะแนนการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน คะแนนเฉลี่ย 8.60, 8.05 และ 9.25 คะแนน



ตามลำดับ (SD = .214, 1.041 และ .957) ซึ่งมีความมากกว่าก่อนการดำเนินการพัฒนา จากผลการวิจัยสามารถบอกได้ว่า เมื่อทีมสหวิชาชีพที่ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ดีขึ้น เห็นถึงประโยชน์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และกระบวนการนิเทศ ติดตาม พร้อมให้ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และหัวหน้างาน ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพเกิดการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

### 5.3 ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

5.3.1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน แต่ละหอผู้ป่วยใน และให้มีการนิเทศ ติดตาม จากหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติกรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้มีความครบถ้วน และมีคุณภาพ และ ควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สนับสนุนงานคุณภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง

5.3.1.2 บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ควรจัดให้มีการประชุมเพิ่มพูนความรู้ และฝึกอบรมเกี่ยวกับการเขียนบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้มีความถูกต้อง และทันสมัยอยู่เสมอ

5.3.1.3 ควรนำคู่มือแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วยใน เพื่อให้บุคลากรนำไปใช้ควบคู่กับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อความรวดเร็ว ถูกต้อง และลดระยะเวลาในการบันทึก

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การพัฒนาโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ที่สามารถรองรับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์ (E-Medical Records) ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน และลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล

5.3.2.2 ควรมีศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลใหม่ และทันสมัย เช่น การพัฒนาในรูปแบบของโมบาย

5.3.2.3 ควรขยายเวลาในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาเกิดความยั่งยืน

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

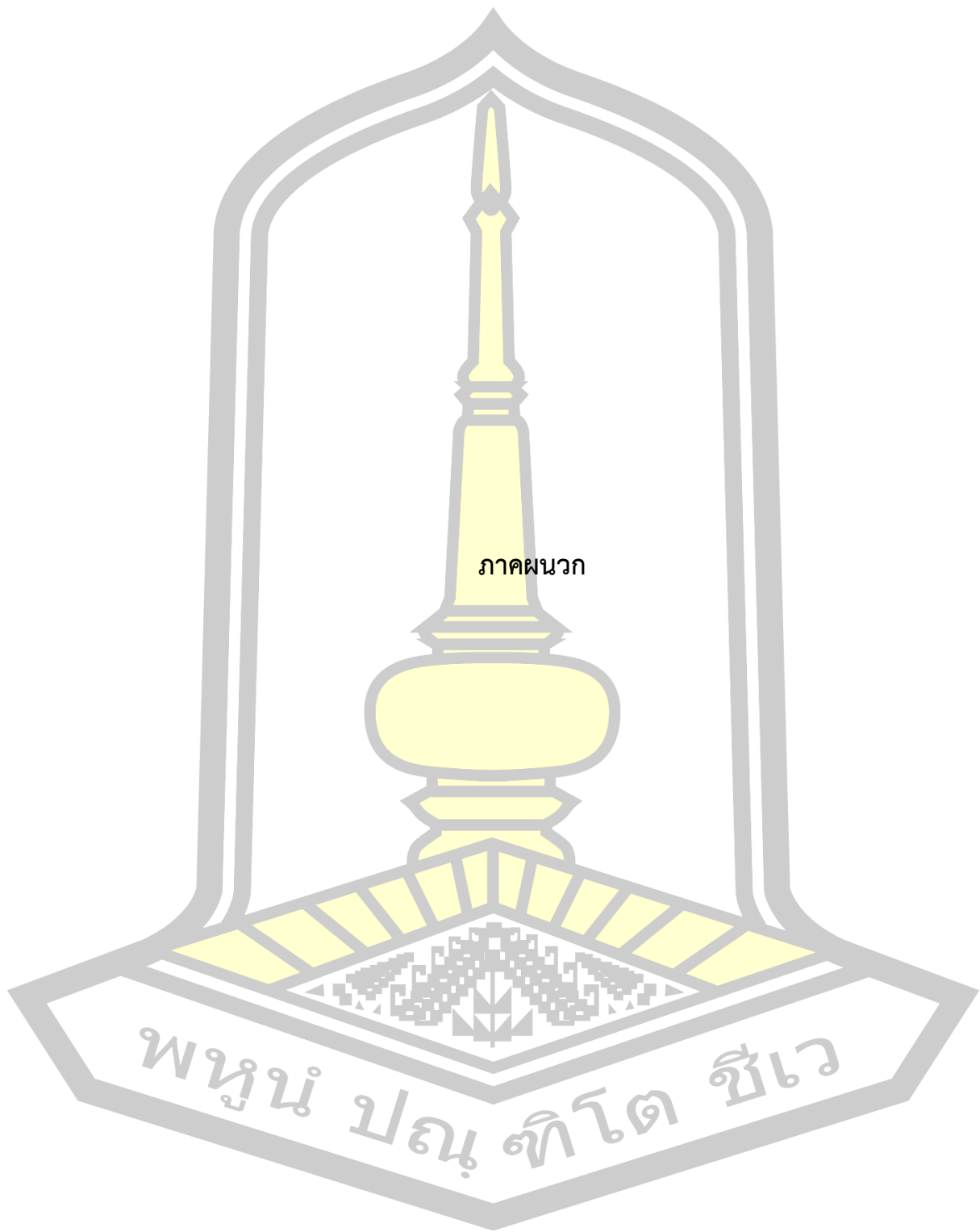
- กัตัญญู หิรัญญสมบุรณ์. (2545). *การจัดการธุรกิจขนาดย่อม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ. (2557). *TQM การบริหารเพื่อคุณภาพโดยรวม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.
- เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์. (2552). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วย อายุรกรรม – ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. การศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. (2559). *รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม*. อุบลราชธานี: งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.
- จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาหร่ายเรืองเดช. (2546). *ตัวชี้วัดคุณภาพจากข้อมูลผู้ป่วยใน*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิตรศิริ ชันเงิน. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฐิติขวัญ นวมะขิดิ. (2557). *การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus Charting Record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธนสฤษฏ์ โชติกอภา. (2557). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคออรั่มิค จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนัญญา โพธาราม. (2551). *ทัศนคติต่อการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล*. วิทยานิพนธ์ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ธารินี ศิริวัลย์. (2557). *การพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาลพบพระ*. *การพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 187–199.

- นพมาส เครือสุวรรณ. (2559). *การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นิตยา เงินประเสริฐศรี. (2555). *การบริหารคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุษบา บัวผัน. (2548). *การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ด*. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
- ประวีณ พิมพ์หอม. (2556). *ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ปรียาดี ผลเอนก. (2556). *การจัดการคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรพร ตาใจ. (2554). *การศึกษาอิสระเพื่อการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลหริภุญชัย เมืโมะเรียล จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรินทร์ เลิศวีรพล. (2555). *การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2554). *บันทึกการพยาบาล*. เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวเรศ คุณแก้ว. (2551). *พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีนจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2556). *การพัฒนาองค์การ*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- วรภรณ์ อาชีนากร. (2558). *รูปแบบของการจัดการคุณภาพการให้บริการต่อความพึงพอใจของลูกค้า ธนาคารพาณิชย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ.
- วิหวดี สุวรรณศรี. (2559). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก*. โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 4(3), 128–136.
- วีไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี. (2546). *การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนศูนย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา*. *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 1–12.
- วีรพจน์ ลือประสิทธิ์กุล. (2540). *TQM Living Handbook : An Executive Summary*. กรุงเทพฯ: บีพีอาร์แอนด์ทีคิวเอ็มคอนซัล.

- วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *ราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 2558.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2557). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. Retrieved December 1, 2559, from <https://www.gotoknow.org/posts/483324/Actionresearch.pdf>
- ศิริรัตน์ จารุรัชกุล. (2553). *ปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมพลังอำนาจในงาน และการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพของโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญา* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2546). *Best Practices Patient Safety*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย)*. กรุงเทพฯ: หนังสือวันดี จำกัด.
- สมชาย วรภิเษมสกุล. (2554). *สถิติประยุกต์เพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: อักษรศิลป์การพิมพ์.
- สมปอง พะมูลิลา. (2554). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. Retrieved December 2, 2018, from <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>.
- สมพร เอกรัตน์. (2537). *เวชระเบียนศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพบันทึกเวชระเบียน ฉบับปรับปรุง ปี 2557*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สุริยาภรณ์ อุทร์ักษ์. (2555). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แสงเทียน อยู่เถา. (2551). *เวชระเบียน*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2534). *ชีวสถิติ*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- อุไรพร โคตะมี. (2560). *การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. ปริญญา* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เอกชัย บุญญาธิฐาน. (2553). *คู่มือวิเคราะห์ SWOT อย่างมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.

- โอเล็ท ศรีมุกดา. (2558). ความรู้ ทักษะคตติ และการปฏิบัติกรบ้นทีกทงการพยาบาลของพยาบาล  
โรงพยาบาลคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *พยาบาลสาร*, 42(1),  
141–152.
- Conger, J. A. & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory  
and practice. *Academy Management Review*, 13(3), 471–482.
- Gunden, E. & Crissman, S. (1992). Leadership skills for empowerment. *MEDLINE*, 16(3),  
6–10.
- Kanter. (1977). Workplace Empowerment, Work Engagement and Organizational  
Commitment of New Graduate Nurses. *Nursing Leadership*, 19(3), 43–60.  
Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Heather  
\\_Laschinger/publication/6755559%0A %09 \\_Workplace\\_Empowerment\\_  
Work\\_Engagement\\_and\\_Organizational\\_Commitm%0A %09ent\\_of\\_New\\_  
Graduate\\_Nurses/links/0912f50aae6a2d23c7000000/Workplace- %0A  
%09Empowerment-Work-Engagement-and-Organizational-Commitment-of-  
New-%0A %09Graduate-Nurses.pdf%0A](https://www.researchgate.net/profile/Heather_Laschinger/publication/6755559%0A%09_Workplace_Empowerment_Work_Engagement_and_Organizational_Commitment_of_New_Graduate_Nurses/links/0912f50aae6a2d23c7000000/Workplace-%0A%09Empowerment-Work-Engagement-and-Organizational-Commitment-of-New-%0A%09Graduate-Nurses.pdf%0A).
- Kemmis, S. & Mc Taggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Victoria:  
Deakin University Press.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions,  
Measurement, and Validation. *The Academy of Management Journal*, 38(5),  
1442–1465.
- Thomas, K.W. and Velthouse, B.A. (1990). Cognitive Elements of Empowerment.  
*Academy of Management Review*, 15, 666–681.
- Tracy, D. (1990). *10 Steps to empowerment: A common-sense guide to managing  
people*. New York: Willeiam Marrow.
- Zuber-Skerritt, O. (1992). *Action Research in Higher Education : Examples and  
Reflections*. Biddles: Gulldford.





ภาคผนวก

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

คู่มือแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

คู่มือ แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ของ تیمสหวิชาชีพ



## คำนำ

คู่มือแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ ใ้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม นำไปใช้เป็นแนวทางในการบันทึกบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

คณะผู้พัฒนาจัดทำคู่มือฉบับนี้ โดยรวบรวมความรู้ทางด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญ จัดทำคู่มือฉบับนี้โดยให้มีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย ประกอบด้วย คำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ และแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

คณะผู้พัฒนาคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมจะช่วยให้การทำงานในการเขียนบันทึก ได้อย่างถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลาในการทำงาน และทำให้คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

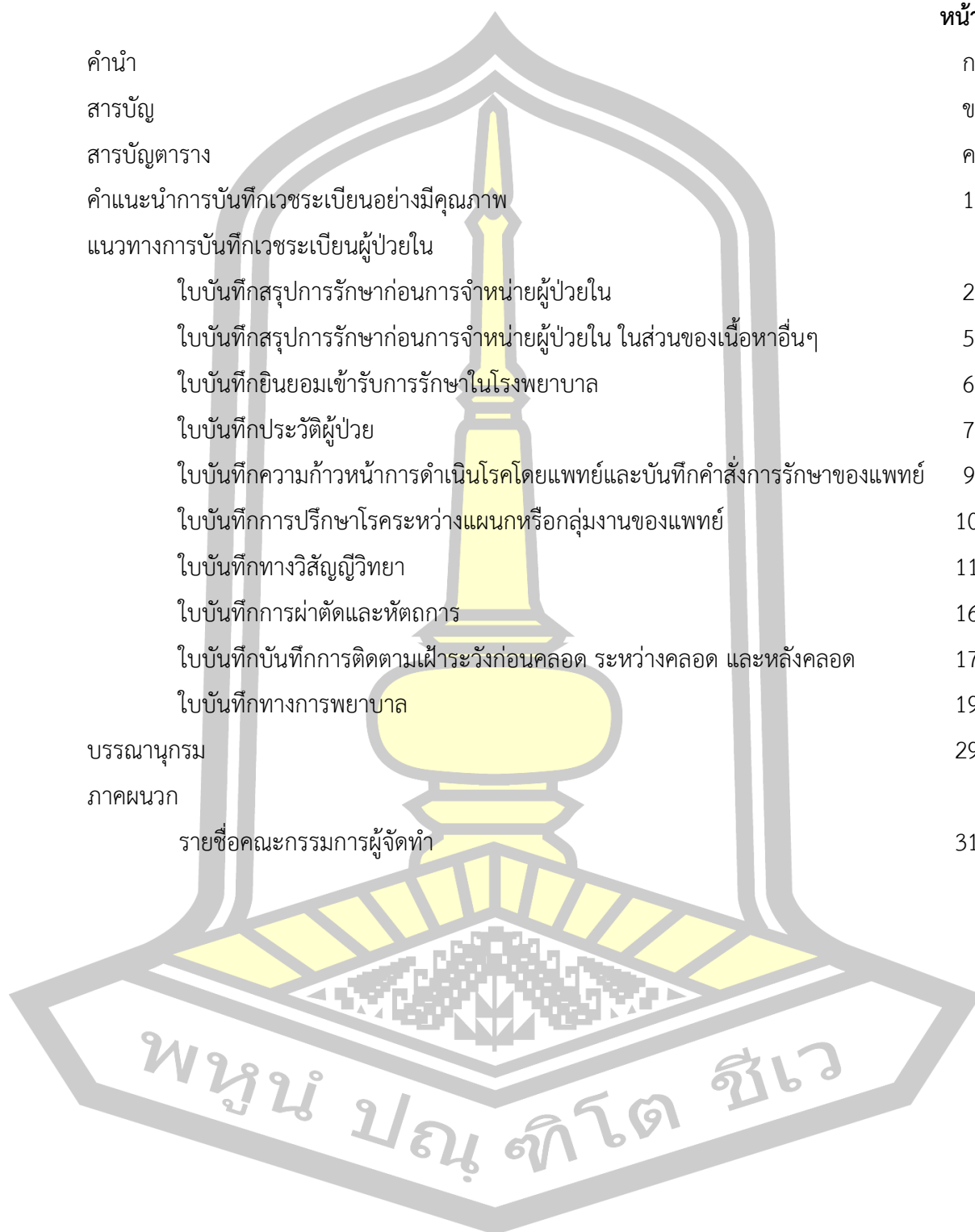
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

16 พฤษภาคม 2561

พูน ปรนุ ทิโต ชีเว

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
คำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ	1
แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	
ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน	2
ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ	5
ใบบันทึกยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	6
ใบบันทึกประวัติผู้ป่วย	7
ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์	9
ใบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์	10
ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา	11
ใบบันทึกการผ่าตัดและหัตถการ	16
ใบบันทึกบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด	17
ใบบันทึกทางการพยาบาล	19
บรรณานุกรม	29
ภาคผนวก	
รายชื่อคณะกรรมการผู้จัดทำ	31

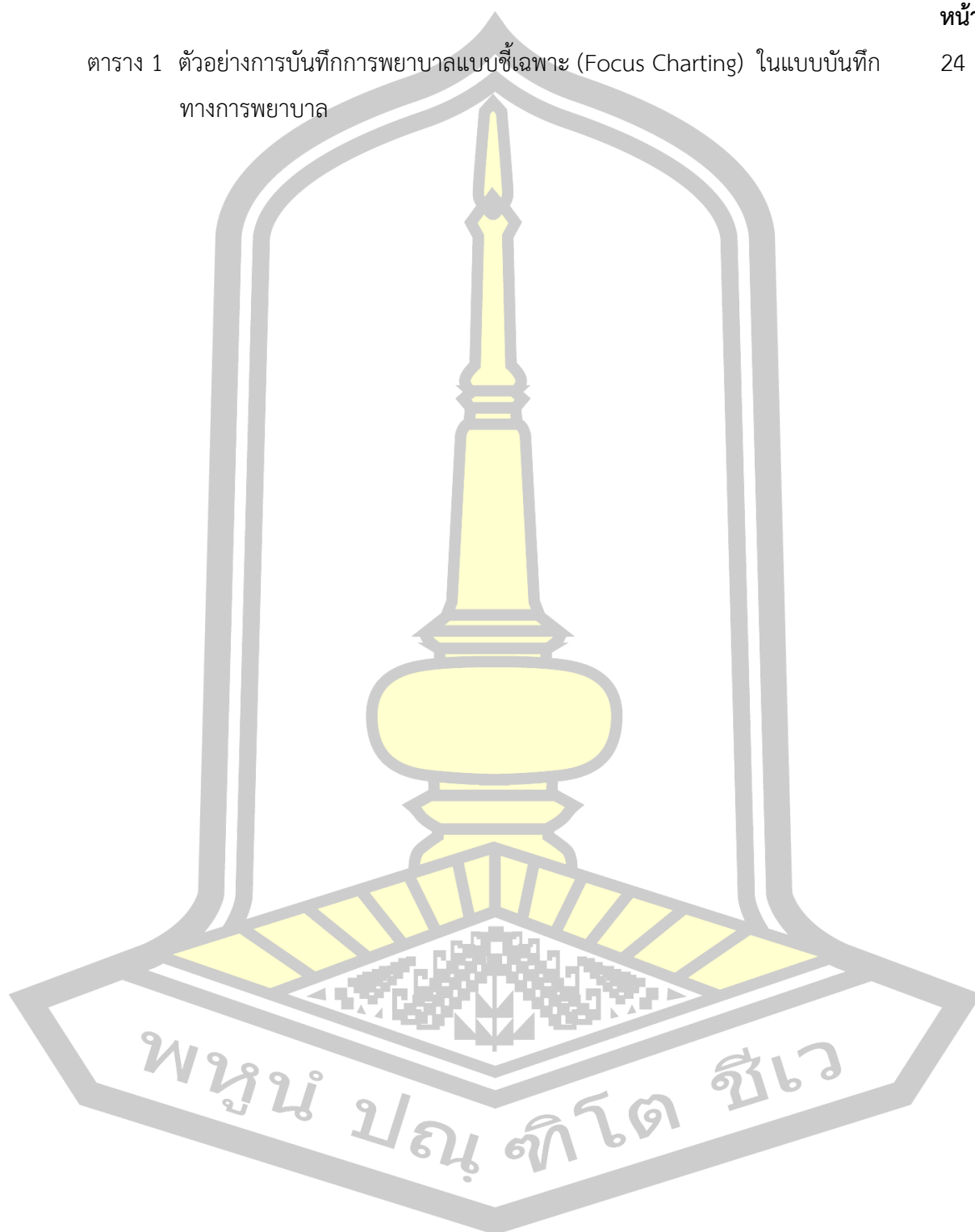


## สารบัญตาราง

ตาราง 1 ตัวอย่างการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ในแบบบันทึก  
ทางการพยาบาล

หน้า

24





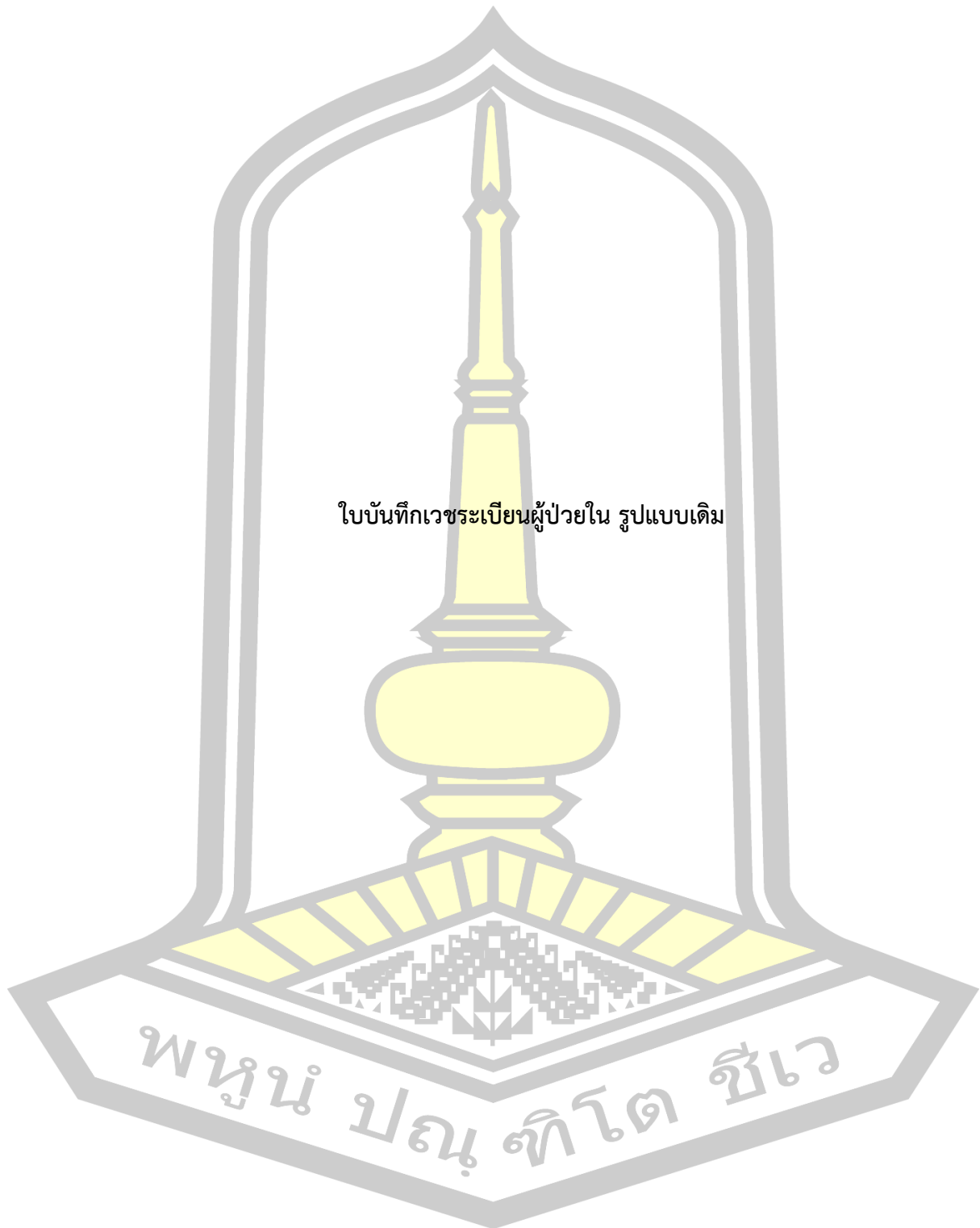


ภาคผนวก ข


ใบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

อำเภอดะชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว



แบบฟอร์ม IPD 01-02 Discharge Summary



โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (Detodom Crown Prince Hospital) จังหวัดอุบลราชธานี

In-Patient Discharge Summary

เลขที่ 299 หมู่ 19 ค.เมืองเดช อ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานี โทร.045-361333-4 โทรสาร 045-362099

<b>H</b>	เลขบัตรประชาชนหรือบัตรต่างด้าว: [REDACTED]	สิทธิการรักษา	
<b>ชื่อ</b>	HN: [REDACTED] AN: [REDACTED]	<input type="checkbox"/> บัตรประกันสุขภาพ	
<b>นาม</b>	ชื่อชาติ <input checked="" type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... สัญชาติ <input checked="" type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	
<b>อายุ</b>	ศาสนา <input checked="" type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... อาชีพ.....		
<b>ผู้ป่วย</b>	สถานะภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input checked="" type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ	
<b>วันเดือนปีเกิด</b>	อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน Gravidity.....Parity.....Living.....	<input type="checkbox"/> จ่ายตรง	
<b>วันที่รับเข้ารักษา</b>	GA.....wk BW.....gm	<input type="checkbox"/> เบิกคืนสังกัด	
<b>วันที่รับเข้ารักษา</b>	วันจันทร์ที่ 22 7 60 16 7 6	<input type="checkbox"/> พรบ.	
<b>เวลา</b>	เวลา 06.59 08.58	Appar	
<b>ที่อยู่</b>	1 นาที=..... 5 นาที=..... 10 นาที=.....	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ	
	44 ม. 2 ม.ท.บว อ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
<b>ชื่อผู้ติดต่อได้</b>	[REDACTED] เกี่ยวข้องเป็น <b>บุพการี</b>	<b>Clinical Summary</b>	
<b>ที่อยู่</b>	<input type="checkbox"/> บ้านเดียวกัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	ปัญหาหรืออาการเรื้อรัง	แผนการรักษา
			แผนการรักษา
<b>Diagnosis</b>	Code	ผลการวินิจฉัย	ผลการรักษา
Principal Diagnosis	Atypical chest pain	ผลการชันสูตร	tropT 37.3 → 34.6
Comorbidity	HTA CVD stage III	การวินิจฉัย	observe
Complication		การรักษาและการดำเนินโรค	
Other Diagnosis		ผลการรักษา	Improve
External Cause (กรณีเฝ้าระวังการระบุชื่อ)		แผนการรักษา	FU
Direct Cause of Death		<b>Home Medication</b>	
- Due to		- M.tussis รับประทาน # 1 - Folic (๒) 1x1 Qpc # 15 - Escabimint (๓๐๐) 1x2 Qpc # 3 - FF 1x3 Qpc # 45 - Lose (๒๐) 1x1 Qac # 15 - Glipizide (๒) 1x1 Qac # 15	
<b>Operative Procedure</b>	Date Start Finish		
<b>Non Operative Procedure</b>			
<input type="checkbox"/> Episiotomy	<input type="checkbox"/> Induction Labour	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> .....Cast
<input type="checkbox"/> Resp. suppor.....hr	<input type="checkbox"/> PRC/FFP.....ครั้ง	<input type="checkbox"/> ICD	<input type="checkbox"/> .....Slap/Splint
<input type="checkbox"/> ET Tube	<input type="checkbox"/> Tap.....	<input type="checkbox"/> LP	<input type="checkbox"/> Skin Traction
<input type="checkbox"/> O2 Therapy.....วัน	<input type="checkbox"/> Cut Down	<input type="checkbox"/> EGD	<input type="checkbox"/> Photo Rx.....วัน
<input type="checkbox"/> Streptokinase	<input type="checkbox"/> Colonoscopy	<input type="checkbox"/> EGD+Bx	<input type="checkbox"/> Gastric Lavage
<input type="checkbox"/> PT(ระบุ).....	<input type="checkbox"/> CT.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	วันที่...../...../.....
Perineal tear <input type="checkbox"/> No tear <input type="checkbox"/> 1 <sup>o</sup> tear <input type="checkbox"/> 2 <sup>o</sup> tear <input type="checkbox"/> 3 <sup>o</sup> tear <input type="checkbox"/> 4 <sup>o</sup> tear <input type="checkbox"/> Laceration of cervix <input type="checkbox"/> Other tear			Lab ก่อนพบแพทย์
<b>Discharge Status</b>	<b>Discharge Type</b>		
1. Complete Recovery	6. Normal Child Discharge with Mother	1. With Approval	5. Other
2. Improved	7. Normal Child Discharge Separately	2. Against Advice	6. Dead, Autopsy
3. Not Improved	8. Stillbirth	3. Escape	7. Dead, No Autopsy
4. Normal Delivery	9. Dead	4. By Refer ไปที่ รพ.....	
5. Undelivered		เหตุผลเพราะ.....	
Physician <b>พญ. อิศรา เมืองเหนือ</b> (..... 2.55175.....)	Approved By.....	บันทึกข้อมูล HosXP	วันที่...../...../.....
		บันทึก E-Clam	วันที่...../...../.....
		DRG.....	Adj.RW.....

ภาพประกอบ 11 ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary)



รูปแบบเดิม

Admission Note โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม						
<b>History</b>						
Chief Complaint: .....						
Present Illness: .....						
แน่นหน้าอก 5 hr PRA @ 37.5 ใน @ 20						
Past Illness: .....						
Past History:	โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....	วัคซีน <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ.....				
	การแพ้ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....	พัฒนาการ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....				
	การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....	LMP.....				
	สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....	ดื่มสุรา <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....				
โรคประจำตัวหรือพันธุกรรมในครอบครัว : <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....						
Review of system :	General <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
	HEENT <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
	RS <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
	CVS <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
	GI <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
	GU <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
	NEURO <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
	EXTREMITIES <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....					
แหล่งที่มาของข้อมูล: <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ใบส่งตัว <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....						
<b>Physical Examination</b>						
Vital signs:	BW <u>63</u> kg	Ht <u>160</u> cm	BT <u>36.5</u> °C	BP <u>130/80</u> mm Hg	PR <u>68</u> /m	RR <u>20</u> /m
General appearance:	<input type="checkbox"/> Healthy	<input type="checkbox"/> Active	<input type="checkbox"/> Drowsy	<input type="checkbox"/> Restless	<input type="checkbox"/> Thin	<input type="checkbox"/> Obesed
HEENT :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
Heart :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
Lungs :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
Abdomen :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
Back and CVA :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
GU :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
Extremities and skin :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
Neuro signs :	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/>				
Others :	.....					
Provisional diagnosis:	<u>Atypical chest pain</u>					
Plan of treatment:	.....					
Estimated duration of Stays:	.....					
Doctor signature: .....				พญ. อินทิรา เมืองเพ็ญ 7.55175		
Name	Age	HN		HN :	AN :	
Department <u>Med</u>	Ward <u>37</u>	Attending Physician		นาย		
				หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุ 75 ปี		

ภาพประกอบ 12 ใบบันทึกประวัติผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (Admission Note) รูปแบบเดิม

แบบฟอร์ม IPD 06 Doctor Order & Progress Note

**Doctor Orders Sheet & Progress Note (แบบติดตามและสั่งการรักษา)**  
โรงพยาบาล.....จังหวัดอุบลราชธานี

Patient / Progress Notes	Date/Hours	Orders for One Day	Date/Hours	Orders for Continuation
HN: [redacted] AN: [redacted] นาม: [redacted] [redacted] หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ๑๒ Diagnosis/Progress Notes S UGZH O Hot stool ๑๑! A P	๑๑/๗/๖๐	Adult. - CBC, WBC, E - BUN - Cer - Elec 12 lead - PT PTT INR - o.d. renal	๑๑/๗/๖๐	- mpo - lose ๑๗-
HN: [redacted] AN: [redacted] นาม: [redacted] [redacted] Progress Notes S O A P		- Hot stool - Set OR for EGD under mask		ปฏิเสธแพ้ย่า (ญาติ/Com/ผู้ป่วย) ตรวจสอบประวัติยาเดิมแล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี (ดูใบ MRC อีกครั้ง) ๑๑/๗/๖๐
HN: [redacted] AN: [redacted] นาม: [redacted] [redacted] หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ๑๒ 57 1 S ๑๑/๗/๖๐ 16.๒๓ O notify hypo K, K=3.3 A น. สุจิตร์ น.ทวน น. Anas P น.ทวน				

**หมายเหตุ**

1. ให้มีการบันทึก Progress Note ใน 3 วันแรกของกรรการรักษาในรูปแบบของ SOAP หากไม่เขียน SOAP กำกับขอให้บันทึกครบถ้วนตามหลัก SOAP
2. ให้มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ที่ดูแล การรักษา การให้ยา การทำ Invasive Procedure และการประเมินหรือแปลผล Investigation
3. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้โดยง่าย และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง โดยให้สามารถระบุได้ว่าบันทึกแพทย์ท่านใด
4. พยาบาลลงลายมือชื่อและตำแหน่งที่สามารถอ่านออกได้ทุกครั้งขณะลงนามในแบบฟอร์มการตรวจรักษาของแพทย์หรือมอบระบุวันเวลาที่รับคำสั่ง

แบบฟอร์มนี้ประกาศใช้โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 27 มิถุนายน 2556

ภาพประกอบ 13 ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress Note, Doctor's Order Sheet) รูปแบบเดิม



From 8/1.1 แผ่นที่.....

ว.ด.ป. เวลา	ปัญหา	กิจกรรมการพยาบาล	เวลา	ประเมินผล	ผู้บันทึก ตำแหน่ง
20 พ.ค. 60 (16-24)	ถ่ายอุจจาระ bleeding	- obs vs q 4 hr - obs clinical + obs bleedly - Hygiene Care - ใส่ถุงมือ B - ทำกิจวัตรก่อนและหลัง - ดูแลให้ดื่มน้ำ	22.00	vs ถ่ายอุจจาระ 9.15 AM ปกติ ไม่มีเลือดปน MV 2 ครั้ง ใส่ถุงมือ B หลังถ่าย obs ok	นางสาว น. น.
31/5/60 (10-8)	ถ่ายอุจจาระ มีเลือดปน	- obs. vs q 4 hr - ประเมินสัญญาณชีพ - on INP - obs. Abd. pain + bleeding - ใส่ถุงมือ B - obs. N/V, ถ่ายอุจ. - quiet Bed rest	06	pt ถ่ายอุจจาระ V/S ปกติ No bleeding ใส่ MV ใส่ถุงมือ B หลังถ่าย ไม่มีอาการปวดท้อง ใส่ถุงมือ B หลังถ่าย	นางสาว น. น.
31/11/60 (09-16.00)	ถ่ายอุจจาระ มีเลือดปน	- obs vs q 4 hr - Hygiene Care - ใส่ถุงมือ B - quiet bed rest - ดูแลให้ดื่มน้ำ	12.00	pt ถ่ายอุจจาระ vs ปกติ quiet bed rest ใส่ถุงมือ B หลังถ่าย ใส่ถุงมือ B หลังถ่าย ใส่ถุงมือ B หลังถ่าย	นางสาว น. น.
31 พ.ค. 60 (16-24)	ถ่ายอุจจาระ มีเลือดปน	- ใส่ถุงมือ B - obs vs q 4 hr - obs อุจจาระ ; MV - Abd sign - quiet Bed rest - quiet Bed rest - quiet Bed rest	20.00	pt ถ่ายอุจจาระ V/S ปกติ ใส่ MV ใส่ถุงมือ B หลังถ่าย No bleeding. EMV rest for obs	นางสาว น. น.

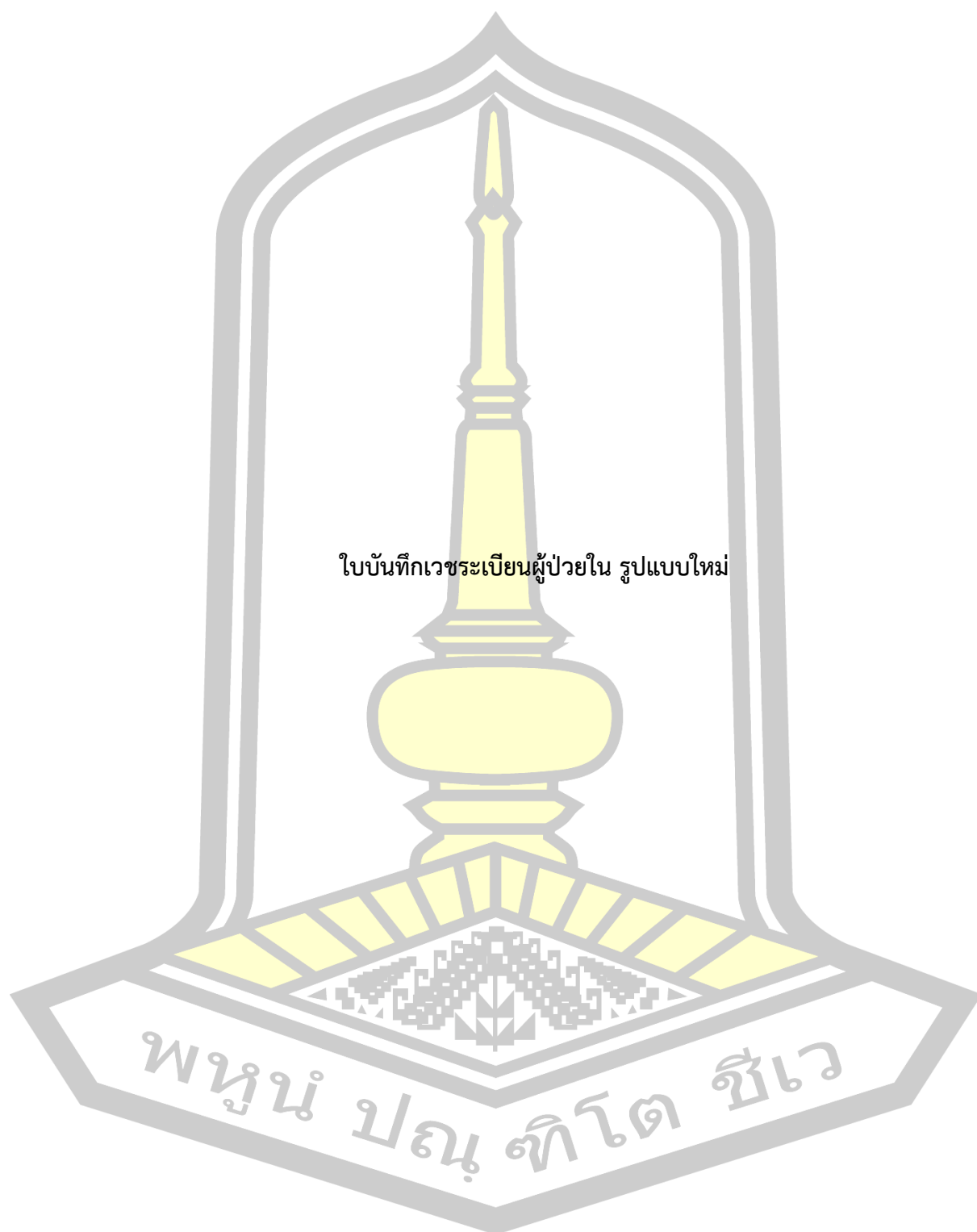
  

Nam	Age	Ward	H.N.	A.N.
Dep	VIP น. น.	Attending Physician	น. น.	

ใบบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวีจุฬาภรณ์

ภาพประกอบ 14 ใบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) รูปแบบเดิม





โบบันทิกเวชระเบียงผู่ปวอยใน รุบบแบบใหม่

พหูนัน ปณ ทิกโต ชีเว

แบบฟอร์ม FM-MRS-001-00

AN XXXXXXXXXX

**Discharge Summary** โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (Detodom Crown Prince Hospital) จังหวัดอุบลราชธานี  
 เลขที่ 299 หมู่ 19 ต.เมืองเดช อ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานี โทร.045-361133-4 โทรสาร 045-362099

HN <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>		ID <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>		สิทธิการรักษา <b>32</b>	
ชื่อ-นามสกุล <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>		เชื้อชาติ ไทย	ศาสนา พุทธ	ห้องผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	
วัน เดือน ปีเกิด 1 ก.ค. 2544	อายุ 16	เพศ ชาย	สถานะภาพ ปลอดภัย	Gravidity.....0 Parity.....0 Living.....0	
วันที่รับเข้ารักษา 17 มี.ค. 2561	วันจำหน่าย 20 มี.ค. 61	จำนวนวันนอน		น้ำหนัก.....42.....กก.	GA.....Wk
เวลา 10:31:00	เวลา 10:00	วัน 7 มี.ค.	Appar 1 นาที	Appar 5 นาที	Appar 10 นาที
ที่อยู่ผู้มารับบริการ 50 หมู่ 7 ต.คณา อ.อำนาจเจริญ จ.อุบลราชธานี		ที่อยู่ / ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อ <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>		โทร <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>	

<b>Principal Diagnosis</b> Uterine Infection @	Code	Clinical Summary
		ปัญหาหรืออาการกรับ
		ผลการชันสูตร
		การวินิจฉัยการรักษาและการดันทันโรค Uterine Infection @
		แผนการรักษา off NSA
<b>Comorbidity</b>		
<b>Complication</b>		
<b>Other Diagnosis</b>		
<b>External Cause (ตาม ICD)</b>		ผลการรักษา Hygiene
<b>Direct Cause of Death-Due to</b>		

Operative Procedure	Date	Start	Finish	Code
off NSA @	18 มี.ค.	10	11:30	

Non Operative Procedure					
<input type="checkbox"/> Resp.support-96hr.(9671)	<input type="checkbox"/> HD(3995)	<input type="checkbox"/> Episiotomy(736)	<input type="checkbox"/> EGD(4513)	<input type="checkbox"/> Cast (9353)	<input type="checkbox"/> ESWL(9851)
<input type="checkbox"/> Resp.support-96hr.(9672)	<input type="checkbox"/> LP (0331)	<input type="checkbox"/> Photo Rx.....วัน(9983)	<input type="checkbox"/> EGD+Bx.....	<input type="checkbox"/> Slap/Splint(9354)	<input type="checkbox"/> IVP(8773)
<input type="checkbox"/> PRC.....ครั้ง(9904)	<input type="checkbox"/> ICD(3404)	<input type="checkbox"/> Perineal tear .....degree	<input type="checkbox"/> EGD+stop bleed.....	<input type="checkbox"/> Skin Traction(9346)	<input type="checkbox"/> MRI.....
<input type="checkbox"/> FFP.....ครั้ง(9907)	<input type="checkbox"/> Cut Down (3894)	<input type="checkbox"/> Induction Labour(734)	<input type="checkbox"/> EGD+EVL.....	<input type="checkbox"/> FOL (3142)	<input type="checkbox"/> U/S.....
<input type="checkbox"/> ET Tube(9604)	<input type="checkbox"/> Tap.....	<input type="checkbox"/> D/C abortion6902	<input type="checkbox"/> Colonoscopy.....	<input type="checkbox"/> Remove foreign	<input type="checkbox"/> CT.....
<input type="checkbox"/> Tracheostomy(311)	<input type="checkbox"/> NG Lavage	<input type="checkbox"/> F/C 6909	<input type="checkbox"/> Colonoscopy+Bx.....	body.....	<input checked="" type="checkbox"/> PT manipulation during 7th
<input type="checkbox"/> CPR (9960)	<input type="checkbox"/> Other.....		<input type="checkbox"/> Inject-inner ear (2072)	<input checked="" type="checkbox"/> PT head pain 9759	

Discharge Status		Discharge Type	
1.Complete Recovery	5.Undelivered Normal	1.With Approval	5.Other
2.Improved	6.Normal Child Discharge with Mother	2.Against Advice	6.Dead, Autopsy
3.Not Improved	7.Normal Child Discharge Separately	3.Escape	7.Dead, No Autopsy
4.Normal Delivery	8.Stillbirth Dead	4. By Refer ไปที่รพ.....เหตุผลเพราะ.....	

Physician.....**รพ.อศศักดิ์ ประวิทย์ธนา**.....  
 Approved By.....**รพ.อศศักดิ์ ประวิทย์ธนา**.....  
 (.....**2.24085**.....) (.....**2.24085**.....)

บันทึก E-Claim.....บันทึก HosXP.....  
 Adj. RW .....Coder by .....

**2.24085**

ภาพประกอบ 15 ใบบันทึกสรุปรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) รูปแบบใหม่ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ

Admission Note FM-MRS-005-00

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

History

Chief Complain: เจ็บในช่องอกขวา

Present Illness: 3 days PTA IV ไข้สูง: ทวี ๓ วัน  
วันที่ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล controller ไม้ใหญ่ อ. พะวงอุบล

Past Illness: last admit : pneumonia ( 9/1/61) IV (cef-3 H.M. Roxithromycin)

Past History: โรคประจำตัว  ไม่มี  มี asthma      วัคซีน  ครบ  ไม่ครบ  
 การแพทย์  ไม่มี  มี  
 การผ่าตัด  ไม่เคย  เคย  
 สูบบุหรี่  ไม่เคย  เคย  
 การดื่มสุรา  ไม่เคย  เคย  
 โรคประจำตัวหรือพันธุกรรมในครอบครัว:  ไม่มี  มี      ประวัติยาแพ้

Review of system : General  ปกติ  ผิดปกติ  
 HEENT  ปกติ  ผิดปกติ  
 RS  ปกติ  ผิดปกติ asthma  
 CVS  ปกติ  ผิดปกติ  
 GI  ปกติ  ผิดปกติ  
 GU  ปกติ  ผิดปกติ  
 NEURO  ปกติ  ผิดปกติ  
 EXTREMITIES  ปกติ  ผิดปกติ

แหล่งที่มาของข้อมูล  ผู้ป่วย  ผู้ปกครอง ญาติ  ใบส่งตัว  สมุด ANC  อื่นๆ

Physical Examination

Vital signs : BW 65 kg    Ht 150 cm    BT 38.5 °C    BP 130/90 mm Hg    PR 130 /m    RR 26 /m

General Appearance:  Healthy  Active  Drowsy  Restless  Thin  Obesed

HEENT :  WNL  injected P.T

Heart :  WNL

Lungs :  WNL  coarse crepitation & rhonchi RL

Abdomen :  WNL

Back and CVA :  WNL

GU :  WNL

Extremities and skin :  WNL

Neuro signs :  WNL

PV..... Cx dilate.....cm    Efface.....%    Station..... presentation..... MI..... MR..... FHR.....bpm

Others : .....

Provisional diagnosis : sepsis C

Problem list : 1) sepsis 2) dyspnea 3) vno asthma

Plan of treatment : IV ATB

Estimated duration of stays : 5-7 d.

Physician signature: ท. นิมิต      นายแพทย์ อนันตคุณ

Name	LN: [redacted] AN: [redacted]	Age	HN	AN
Departme	เลขผู้ป่วยออกสูรกรรมหญิง ๑๑๕ ๕๘ ปี	Attending Physician	<u>ท. นิมิต</u>	BED

ภาพประกอบ 16 ใบบันทึกรับไว้นอนโรงพยาบาล (Admission Note) รูปแบบใหม่ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ



CM-MED-006-00

### Care Map Ischemic Stroke โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชเศรษฐี

Order One day	Order Continue	Nursing care												
<p><b>DAY 1</b> Date: 14 / 5 / 61 Progress note</p> <p>Rt. hand paresthesia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">GCS</td> <td style="text-align: center;">E 4</td> <td style="text-align: center;">V 5</td> <td style="text-align: center;">M 6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Motor power</td> <td style="text-align: center;">Rt V</td> <td style="text-align: center;">V</td> <td style="text-align: center;">Lt V</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">V</td> <td style="text-align: center;">V</td> <td></td> </tr> </table> <p> <input checked="" type="checkbox"/> CT brain non contrast <input checked="" type="checkbox"/> CXR → no consolidation  <input checked="" type="checkbox"/> EKG stat at ER or OPD  <input checked="" type="checkbox"/> DTX stat. 11g keep 80 - 160 mg%  <input checked="" type="checkbox"/> CBC  <input checked="" type="checkbox"/> BUN / Cr, Electrolyte  <input checked="" type="checkbox"/> PT, PTT, INR  <input checked="" type="checkbox"/> VDRL Non Reactive  <input checked="" type="checkbox"/> TPHA  <input checked="" type="checkbox"/> FBS  <input checked="" type="checkbox"/> Lipid profile                 </p> <p>                     114 1900 0.6                      364 237,000 0.6                      137 42 1.7                      101 124 0.73                      FW: 45                      Lipid: Tri 207                 </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Record V/S q 4 hr.                      Keep BP ≤ 220/120 mmHg  <input checked="" type="checkbox"/> Record N/S &amp; motor power q 4 hr.                      If GCS drop ≥2 pupil change notify  <input checked="" type="checkbox"/> EKG monitor present AF notify  <input checked="" type="checkbox"/> dtx premeal hrs. Keep 80-160 mg%                      If 161 - 200 mg% RI 2 u SC                      201 - 250 mg% RI 4 u SC                      251 - 300 mg% RI 6 u SC                      301 - 350 mg% RI 8 u SC                      351 - 400 mg% RI 10 u SC                      &gt;400 mg% notify                 </p> <p>                     Medication (plan IV hydration 3 day)  <input checked="" type="checkbox"/> 0.9%NSS 1000 ml IV rate 80 ml/hr.  <input type="checkbox"/> 5%DNSS 1000 ml IV rate .....ml/hr                      (if DTX &lt; 80 mg%)  <input type="checkbox"/> ASA gr V 1 tab oral stat at .....(ER)  <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ให้ ASA เพราะ ASA (81) 1x1 pc 5hr                      Plavix (75) 1x1 pc 5hr                 </p> <p>ชื่อแพทย์: <u>Intarawan</u></p>	GCS	E 4	V 5	M 6	Motor power	Rt V	V	Lt V		V	V		<p><b>DAY 1</b></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Record V/S, GCS, motor power q 4 hr.                      Keep BP ≤ 220/120 mmHg                      วัดห่างกัน 20 นาที 2 ครั้ง if &gt; 220/120 mmHg.  <input type="checkbox"/> Captopril (25) 1 tab oral stat เวลา.....  <input type="checkbox"/> Nicardipine 2 mg IV slow push in 2 min  <input type="checkbox"/> Nicardipine 5 mg/hr. IV drip เวลา.....                      (แทน Nicardipine 20 mg + D5W 100 ml)                      Start IV drip 25 mcd/min. (max 75 mcd)                      titrate ครั้งละ 13 mcd/min q 15 นาที                      Keep BP ↓ 10 - 15% (BP 180/105 mmHg)                      **ยา antihypertensive เป็น one day dose**                 </p> <p>                     Nurse intervention                      - swallowing test <u>Positive</u>                      - O2sat keep ≥ 95% <u>11.4 / 2A</u>                      - If &lt; 95 % on Oxygen canular 3 LPM                      - monitor EKG observe AF 24-48 hr.                      - Aspiration precaution                      - Bleeding precaution                      - Fall precaution                      - seizure precaution                 </p> <p>                     Nutrition  <input type="checkbox"/> swallowing test ผ่าน regular diet  <input type="checkbox"/> swallowing test ไม่ผ่าน                      feed BD (1:1) ..... ml x 4 feed  <input type="checkbox"/> NPO เน้นยา                 </p> <p>                     Medication  <input type="checkbox"/> ASA gr V 1x1 pc  <input checked="" type="checkbox"/> or ASA (81) 1x1 pc  <input checked="" type="checkbox"/> Plavix (75) 1x1 pc  <input checked="" type="checkbox"/> simvastatin (20) 1x1 pc  <input checked="" type="checkbox"/> Folic acid 1x1 pc  <input checked="" type="checkbox"/> Omeprazole (20) 1x1 ac  <input checked="" type="checkbox"/> B complex 1x3 pc                 </p> <p>                     ควบคุมระดับน้ำตาล รับประทานยาลดไขมัน                      รับประทานยา                 </p>	<p><b>DAY 1</b></p> <p><b>Assessment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- physical examination</li> <li>- Assess risk factor</li> <li>- Assess respiratory status</li> <li>- Assess swallowing status</li> <li>- Assess voiding status</li> <li>- V/S monitor q 4 hr.</li> <li>- N/S monitor q 4 hr.</li> </ul> <p><b>Nursing Intervention</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientation to unit</li> <li>2. Hygiene care</li> <li>3. Skin care</li> <li>4. Mental support</li> <li>5. Record neurological signs q 4 hr.</li> <li>6. Record vital signs q 4 hr.</li> <li>7. Record I/O q 4 hr.</li> </ol> <p><b>Nursing precaution</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า หรือ ปรับหัวเตียงสูง 45 องศา ขณะให้และหลังให้อาหาร อย่างน้อย 30 นาทีในรายที่ feed BD</li> <li>- ช่วยพลิกตะแคงตัว ๆ 2 ชั่วโมง ประเมินการเกิดแผลกดทับทุกแหว</li> <li>- ดูแลกิจวัตรประจำวัน และการขับถ่าย ยกไม้กั้นเตียง และนำญาติมาเฝ้าระวัง</li> <li>- คุยเรื่อง พลัดตก หล่น</li> </ul> <p>                     ควบคุมระดับน้ำตาล รับประทานยาลดไขมัน                      รับประทานยา                 </p> <p>                     ชื่อพยาบาล: <u>กัญญา</u>                      ควบคุมระดับน้ำตาล รับประทานยาลดไขมัน                      รับประทานยา                 </p>
GCS	E 4	V 5	M 6											
Motor power	Rt V	V	Lt V											
	V	V												
<p>ชื่อ-สกุล..... อายุ 65 ปี ..... ปี แพทย์เจ้าของไข้.....</p> <p>HN..... AN..... Ward.....</p>														

ภาพประกอบ 17 ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress Note, Doctor's Order Sheet) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบใหม่ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

Care Map Ischemic Stroke  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเคชอุดม

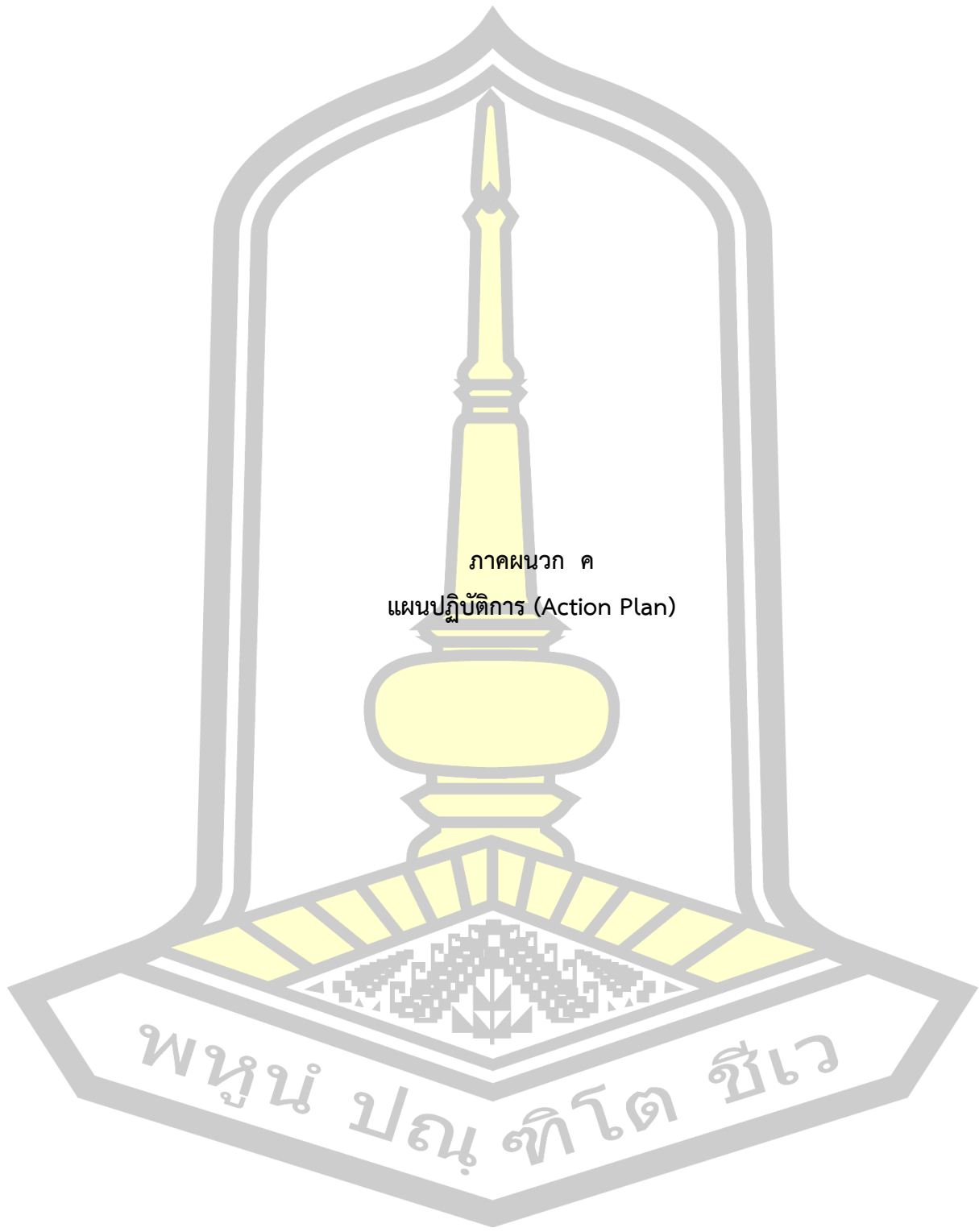
Order One day	Order Continue	Nursing care
<p><b>DAY 2</b> Date: 19, 5, 11 Progress note</p> <p>GCS E... V... M... 6</p> <p>Motor power Rt. V V Lt. V V</p> <p>LAB If VDRL reactive plan LP ส่ง</p> <p><input type="checkbox"/> CSF VDRL, cell count, cell diff, sugar</p> <p><input type="checkbox"/> เซื้อ G/S, C/S ไร่ 2 ชุด dtx หลัง LP</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Medication</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 0.9%NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr</p> <p><input type="checkbox"/> 5%DNSS 1000 ml IV rate ml/hr</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ชื่อแพทย์: นพ. วีระ อ. สวรรค์</p>	<p><b>DAY 2</b> Date: 19, 5, 11</p> <p>-Consult Stroke nurse ร่วมประเมิน</p> <p>***Recurrent stroke notify MED***</p> <p>-Consult PT โปรแกรมฟื้นฟูการภาพบำบัด</p> <p>-Consult โภชนากร advice diet control</p> <p>-Consult เภสัชกร</p> <p><input type="checkbox"/> Consult คลินิกบำบัดเด็กหู ตูรา</p> <p><input type="checkbox"/> Consult โปรแกรมเคลื่อนไหวเชิงสติปัญญา</p> <p>EVALUATE pupil 20RTU</p> <p>V/V loss of sensory</p> <p>V/V</p> <p>-swallowing test</p> <p>- ทดสอบการกลืนอาหาร</p> <p>และ ปรอทวัด, ปรอทวัด</p> <p>หน้าจอสว่างขึ้น</p> <p>นางสาวจันทิมา สารพันธ์</p> <p>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ</p> <p>ชื่อแพทย์: น. วีระ</p>	<p><b>DAY 2</b> Nursing intervention as same day 1</p> <p>- ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>- เตรียมผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>- ดูแลโภชนาการและสารน้ำตามแผนการรักษา</p> <p>- ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนภาพผู้ป่วย</p> <p>- เตรียม discharge planning</p> <p>อาการที่ต้องรายงานแพทย์ทันที</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ปวดศีรษะ pain score &gt; 3 คะแนน</li> <li>อาเจียน วิงเวียน สับสน ซึมลง</li> <li>motor power ลดลงจากเดิม</li> <li>monitor EKG present AF</li> <li>BT &gt; 37.8 °C 2 peck</li> <li>GCS drop &gt; 2 pupil change</li> <li>หลังให้ยา 1hr. BP &gt; 220/110 mmHg.</li> </ol> <p>นางสาวจันทิมา สารพันธ์</p> <p>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ</p> <p>ชื่อพยาบาล: ...</p>
<p><b>DAY 3</b> Date: 16, 5, 11 Progress note</p> <p>GCS E... V... M... 6</p> <p>Motor power Rt. V V Lt. V V</p> <p>Medication</p> <p><input type="checkbox"/> 0.9%NSS 1000 ml IV rate ml/hr</p> <p><input type="checkbox"/> 5%DNSS 1000 ml IV rate ml/hr</p> <p>ชื่อแพทย์: ...</p>	<p><b>DAY 3</b> Date: 16, 5, 11</p> <p>รับนัด F/U 090 Med. 1 mo</p> <p>Lab ก่อนพบแพทย์</p> <p>HOME MED ISCHEMIC STROKE</p> <p><input type="checkbox"/> ASA gr V 1x1 pc 1 เดือน # tab</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> or ASA (81) 1x1 pc # 1 tab</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Plavix ( 75 ) 1x1 pc # 1 tab</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> simvastatin (20) 1xhs # 1 tab</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> or atorvastatin (40) 1xhs # 1 tab</p> <p>( ระวัง High risk LDL สูง &gt; 100, keep LDL &lt; 70 )</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Folic acid 1x1 pc # 90 tab</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Omeprazole (20) 1x1 ac # 90 tab</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> B complex 1x3 pc # 90 tab</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ชื่อแพทย์: น. วีระ</p>	<p><b>DAY 3</b> Nursing intervention as same day 1</p> <p>Discharge plan โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>- STROKE PROGRAM ทำกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>โดยพยาบาล ลงชื่อ น. วีระ</p> <p>- ภายหลังการนัดวางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยม</p> <p>- โภชนากรสอนเตรียมอาหารทางสายยาง และ diet control เฉพาะรายมีปัญหาก่อนจำหน่าย</p> <p>- เภสัชกรให้คำแนะนำการรับประทานยา และอื่นๆ</p> <p>- ส่งปรึกษาคลินิกบำบัดต่อศูนย์เฉพาะรายก่อนจำหน่าย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ส่ง HHC ในเขต <input type="checkbox"/> ส่ง HHC นอกเขต</p> <p>โดย <input type="checkbox"/> กายภาพ <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Stroke nurse</p> <p>นางสาวจันทิมา สารพันธ์</p> <p>ผู้ส่ง HHC ลงชื่อ</p> <p>ชื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ: ...</p>
<p>ชื่อ-สกุล: ...</p> <p>HN: ... AN: ...</p>	<p>ชื่อ-สกุล: ...</p> <p>HN: ... AN: ...</p> <p>อายุ 65 ปี</p>	<p>เจ้าของไข้: ...</p> <p>stroke unit</p>

ภาพประกอบ 18 ใบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress Note, Doctor's Order Sheet) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบใหม่ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ









ภาคผนวก ค  
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

### แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินงาน	เครื่องมือเก็บ รวบรวม ข้อมูล	ระยะ เวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>1. ขั้นวางแผน(Planning)</b></p> <p>1.ศึกษาบริบทและรวบรวมข้อมูลทั่วไป ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดช อุดม</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหา การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ไม่ได้ มาตรฐาน</p> <p>2. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อน ดำเนินการวิจัย</p> <p><b>กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p>-คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน -ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 104 คน</p>	<p>-ประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ วิเคราะห์สภาพ ปัญหาและกำหนด แนวทางการแก้ไข ปัญหาร่วมกัน -ตรวจประเมิน คุณภาพการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2561 -ทำแบบสอบถาม พฤติกรรมกรบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน</p>	<p>-แบบตรวจ ประเมิน คุณภาพ การบันทึก เวชระเบียน ผู้ป่วยใน -แบบสอบถาม พฤติกรรม การบันทึก เวชระเบียน ผู้ป่วยในของ ทีมสหวิชาชีพ</p>	5 วัน	<p>-นางรัตนา อุจรินทร์ -นางสาว สวรรณ แก้วศรีทัศน์</p>

พูน ปณ ทิโต ชีเว

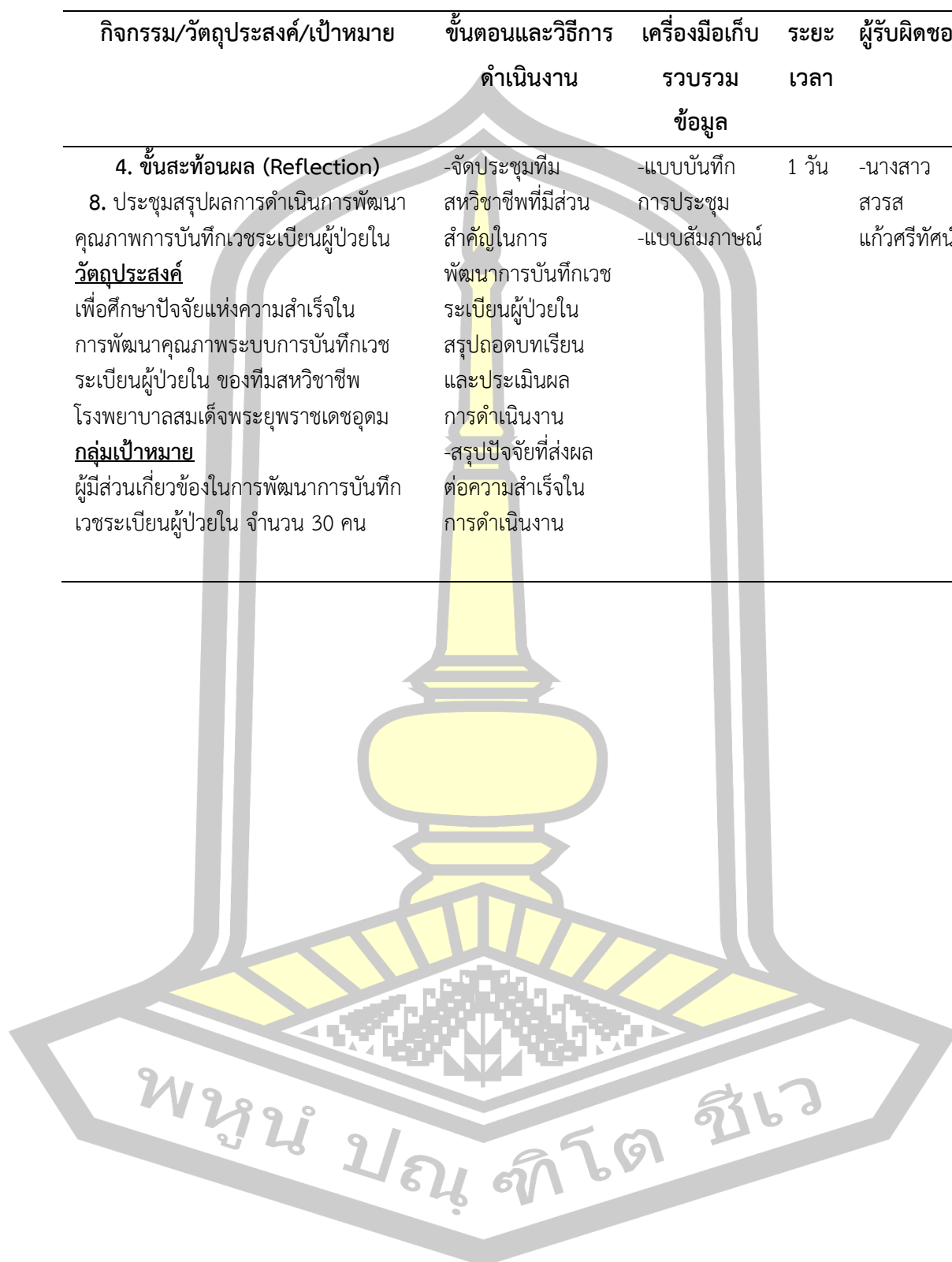
กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินงาน	เครื่องมือเก็บ รวบรวม ข้อมูล	ระยะ เวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. <b>ขึ้นวางแผน (Planning) (ต่อ)</b></p> <p>2. ประชุมทีมสหวิชาชีพกำหนดแนวทาง การพัฒนารูปแบบการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ <b>วัตถุประสงค์</b> -เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ไม่ได้ มาตรฐาน <b>กลุ่มเป้าหมาย</b> ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน</p>	<p>-ประชุมชี้แจงผลการ ประเมินคุณภาพการ บันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน ต่อผู้บริหาร เพื่อดำเนินการ พัฒนาคุณภาพ การบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยใน ต่อไป</p>	<p>-แบบบันทึก การประชุม</p>	1 วัน	นางสาว สรวส แก้วศรีทัศน์
<p>3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กร <b>วัตถุประสงค์</b> -เพื่อค้นหาศักยภาพในการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพระบบการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้เทคนิค SWOT Analysis <b>กลุ่มเป้าหมาย</b> ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน</p>	<p>-ประชุมเชิง ปฏิบัติการวิเคราะห์ สภาพแวดล้อมของ ประกอบด้วย จุดแข็ง, จุดอ่อน, โอกาส และอุปสรรค</p>	<p>-แบบวิเคราะห์ ศักยภาพ การพัฒนา ระบบคุณภาพ เวชระเบียน ผู้ป่วยใน</p>	1 วัน	-วิทยากร ภายนอก

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินงาน	เครื่องมือเก็บ รวบรวมข้อมูล	ระยะ เวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p>2. <b>ขั้นปฏิบัติ (Action)</b></p> <p>4. จัดประชุมกลุ่ม ปรับปรุง แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อปรับปรุงใบบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยในและให้มี แนวทางในการบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยใน</p> <p><b>กลุ่มเป้าหมาย</b> ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ พัฒนาการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน</p>	<p>จัดประชุมกลุ่มร่วม เพื่อปรับปรุงแบบ บันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน พร้อม กำหนดแนวทางใน การปฏิบัติในการ บันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน</p>	<p>-การสังเกต -แบบสอบถาม -แบบบันทึกการ ประชุม</p>	2 สัปดาห์	-นางสาวสวรรส แก้วศรีทัศน์
<p>5. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยในตามมาตรฐาน</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ใน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามมาตรฐาน</p> <p><b>กลุ่มเป้าหมาย</b> ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึก บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 104 คน</p>	<p>จัดประชุมให้ความรู้ ด้านการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน บรรยายในหัวข้อ การบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยในตาม มาตรฐาน, หัวข้อ การบันทึกนั้นสำคัญ ไหน และหัวข้อการ ฝึกปฏิบัติในการ บันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน</p>	<p>-การสังเกต -แบบสอบถาม -แบบบันทึกการ ประชุม</p>	2 สัปดาห์	-พญ. ณัชชชารีย์ ศิริพงษ์รัตน์ -นางรัตนา อุจรินทร์ -นางสาวจันทร์ทิพย์ บัววัด -นางสาวอรุณณา แพงบุตดี

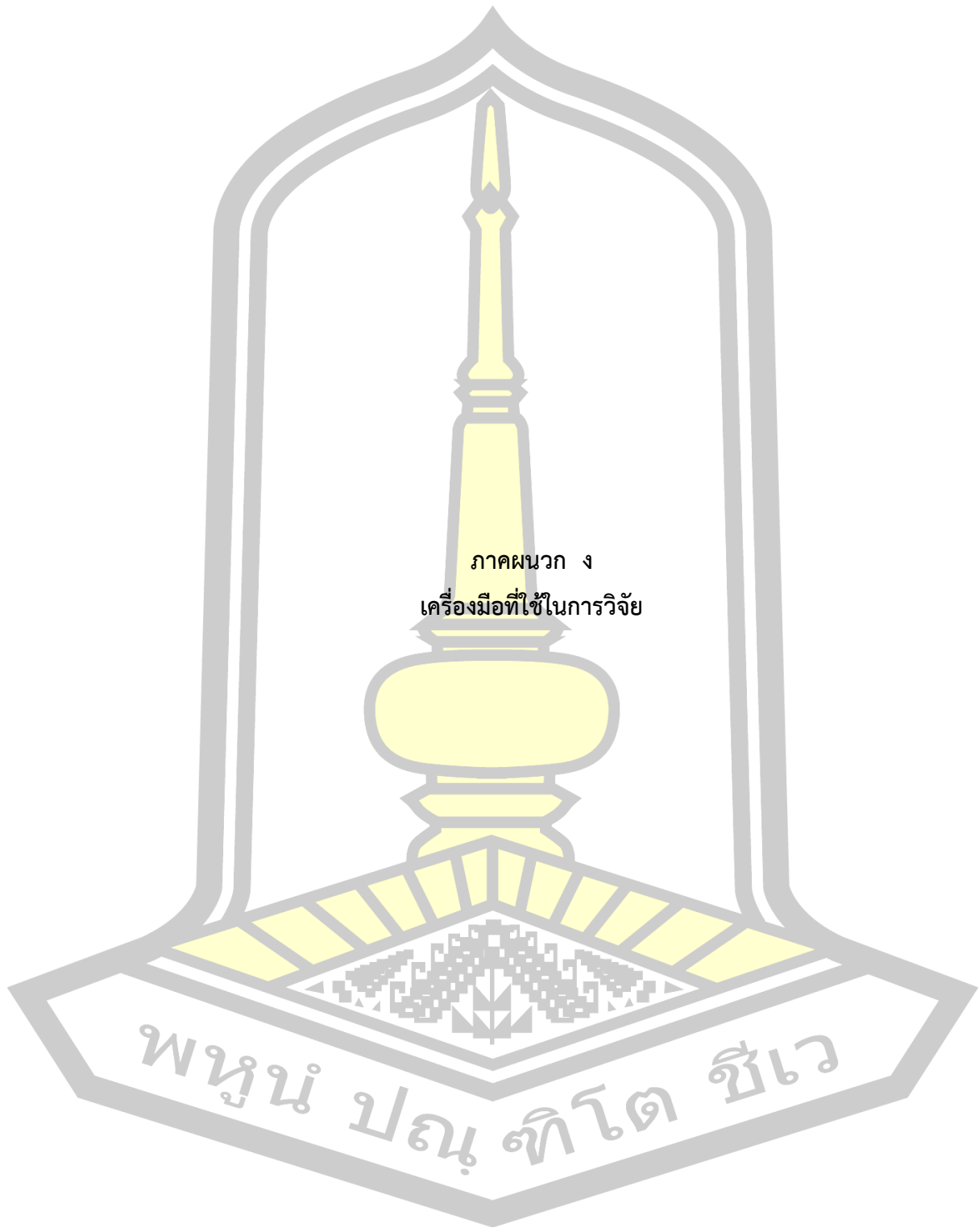
พญ. ปณ. ทิ. โต. ช. เว

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินงาน	เครื่องมือเก็บ รวบรวมข้อมูล	ระยะ เวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>3. ชั้นสังเกต</b> <b>(Observation)</b></p> <p>6. การติดตามและสังเกต ผลการดำเนินงาน <b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อศึกษาผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน <b>กลุ่มเป้าหมาย</b> ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ พัฒนาการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน</p>	<p>ผู้วิจัยและทีมพัฒนา คุณภาพการบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยในออก นิเทศและติดตาม เก็บรวบรวมผลที่ได้ จากแผนกิจกรรม</p>	<p>แบบสัมภาษณ์ เชิงลึก</p>	1 สัปดาห์	<p>-นางบัวเรียน ศรีวัฒนสมบัติ -นางสาวสวรรส แก้วศรีทัศน์</p>
<p><b>3. ชั้นสังเกต</b> <b>(Observation) (ต่อ)</b></p> <p>7. ประเมินผลการ ดำเนินงาน<b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อประเมินผลการ ดำเนินงานที่ได้จากการ ดำเนินโครงการวิจัย <b>กลุ่มเป้าหมาย</b> - ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ พัฒนาการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน -ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 104 คน</p>	<p>-เปรียบเทียบผล การประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน -เปรียบเทียบข้อมูล ก่อนและหลังการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมกรรมการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ</p>	<p>- แบบตรวจ ประเมินคุณภาพ การบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วย ใน-แบบสอบถาม พฤติกรรมการ บันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสห วิชาชีพ</p>	1 สัปดาห์	<p>-นางรัตนา อุจรินทร์ -นางสาวสวรรส แก้วศรีทัศน์</p>

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินงาน	เครื่องมือเก็บ รวบรวม ข้อมูล	ระยะ เวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>4. ชั้นสะท้อนผล (Reflection)</b></p> <p>8. ประชุมสรุปผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน <b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม <b>กลุ่มเป้าหมาย</b> ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน</p>	<p>-จัดประชุมทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในสรุปถอดบทเรียนและประเมินผล การดำเนินงาน</p> <p>-สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน</p>	<p>-แบบบันทึกการประชุม</p> <p>-แบบสัมภาษณ์</p>	1 วัน	-นางสาว สวรรส แก้วศรีทัศน์







ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว



เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

## คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์ จากท่าน ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง คำตอบของท่านมีค่าและประโยชน์อย่างยิ่ง โดยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวท่านแต่อย่างใด

2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพมีจำนวน 30 ข้อ ของทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพมีจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพมีจำนวน 30 ข้อ ของทีมสหวิชาชีพ

ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวसरส แก้วศรีทัศน์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง และในแต่ละข้อตอบได้เพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อคำถาม	
1. เพศ [ ] 1. ชาย [ ] 2. หญิง	
2. ปัจจุบันท่าน อายุ .....	ปี
3. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน [ ] 1. โสด [ ] 2. สมรส [ ] 3. หย่าร้าง [ ] 4. หม้าย	
4. ระดับการศึกษา [ ] 1. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า [ ] 2. ปริญญาตรี [ ] 3. ปริญญาโท [ ] 4. ปริญญาเอก	
5. วิชาชีพ [ ] 1. แพทย์ [ ] 2. พยาบาลวิชาชีพ [ ] 3. นักกายภาพบำบัด [ ] 4. เจ้าพนักงานเวชสถิติ	
6. ประสบการณ์การทำงาน.....ปี	
7. สถานภาพการปฏิบัติงาน [ ] 1. ข้าราชการ [ ] 2. พนักงานราชการ [ ] 3. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข [ ] 4. ลูกจ้างชั่วคราว	
8. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ [ ] 1. ด้านการบริหาร [ ] 2. ด้านการบริการ [ ] 3. ด้านการสนับสนุน	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความรู้ของท่าน โดยให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด (วิชาชีพแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ ให้ตอบคำถามข้อ 1-23 นักกายภาพบำบัด ให้ตอบคำถามข้อ 20-30)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. Discharge Summary ต้องบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาเท่านั้น		
2. สามารถใช้ตัวย่อในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บได้		
3. ในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) สามารถสรุปได้มากกว่า 1 โรค		
4. ในการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ไม่จำเป็นต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ		
5. กรณีบันทึก History ไม่ต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ ก็ได้		
6. บันทึก Present Illness ในส่วน 5W, 2H อย่างน้อย 4 ข้อ		
7. บันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้น กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี		
8. ไม่จำเป็นต้องบันทึกแผนการรักษาใน Physical Examination		
9. บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ใน 3 วันแรก		
10. Progress Note บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น		
11. Doctor's Order Sheet ต้องมีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบคำสั่งการรักษา ทุกครั้งที่มีการรักษา		
12. Anesthetic Record ต้องบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฟื่อระหว่าง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 10 นาที		
13. หัตถการที่จำเป็นต้องบันทึกการทำหัตถการ ให้อิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM		
14. บันทึกการประเมินทารก Apgar Score ทุก 5 นาที		
15. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษา ต้องบันทึกทุกครั้ง		
16. กรณีบันทึก History ไม่ต้องบันทึกการเจ็บป่วยในอดีตที่ได้ทำการรักษาหายแล้ว		

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
17. การระบุปัญหาการพยาบาล มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับอาการ ด้านร่างกาย และหรือ จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย		
18. บันทึกการติดตามประเมินผลหลังการให้การรักษา ประกอบด้วย บันทึกการตรวจ หรือการรักษาที่สำคัญ เช่น การเจาะปอด		
19. กรณีผู้ป่วยจำหน่ายถึงแก่กรรม มีบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และ Psycho Support ญาติ หรือดูแลช่วยเหลือญาติ		
20. เวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์		
21. เวชระเบียนสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการได้		
22. การบันทึกเวชระเบียนควรบันทึกให้สมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย		
23. การบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยจาก สปสช. มากขึ้น		
24. Rehabilitation Record บันทึกการรักษาแต่ละครั้ง โดยไม่ต้องระบุตำแหน่งอวัยวะที่ทำการบำบัด		
25. บันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดทุกครั้งที่ทำ กายภาพบำบัด		
26. ไม่จำเป็นต้องบันทึกเป้าหมายและการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
27. การบันทึก Rehabilitation Record สามารถลงลายมือชื่อ กำกับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัดก็ได้		
28. ไม่ต้องบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
29. บันทึกการซักประวัติอาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพ		
30. การแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียนไม่ต้องลงนามกำกับ		

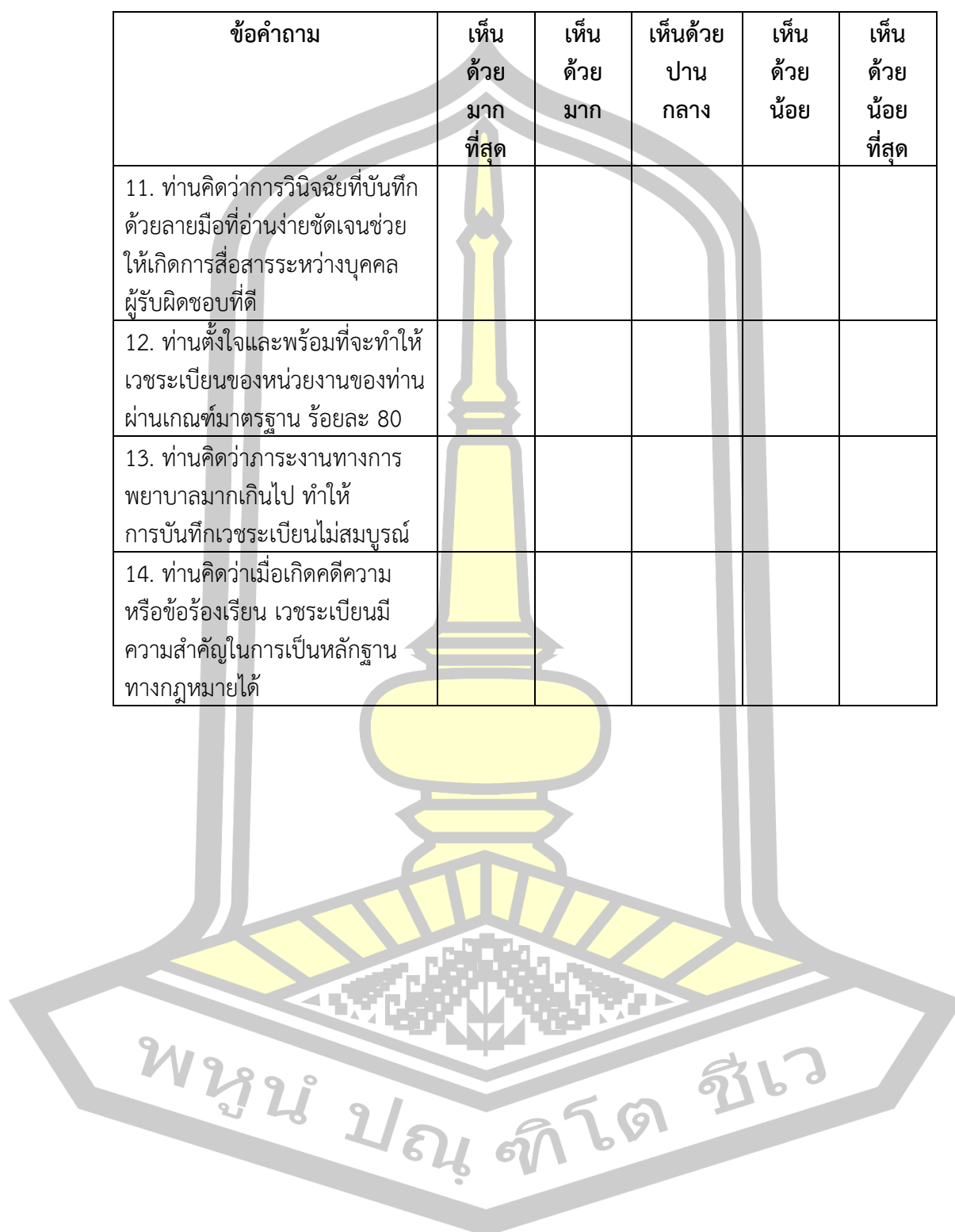


**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด โดยให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการประสานข้อมูลระหว่างทีม เพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย					
2. ท่านเชื่อว่าการบันทึกเวชระเบียนจะทำให้การรักษาามีคุณภาพ					
3. ท่านมีการวางแผนก่อนบันทึกเวชระเบียนทุกครั้ง					
4. ท่านคิดว่าการบันทึกเวชระเบียนไม่ใช่หน้าที่และทำให้เสียเวลา					
5. ในการทำงานท่านคิดว่าการบันทึกเวชระเบียนไม่ใช่สิ่งสำคัญในการรักษา					
6. ท่านคิดว่าการบันทึกเวชระเบียนบันทึกเฉพาะส่วนที่สำคัญเท่านั้น					
7. ท่านเชื่อว่าข้อมูลในการรักษาไม่จำเป็นต้องบันทึกในเวชระเบียนเสมอไป					
8. ท่านอ่านเอกสารและคู่มือการบันทึกเวชระเบียนอย่างพิจารณาและนำมาใช้ประโยชน์ในการบันทึกเวชระเบียน					
9. ท่านเป็นบุคคลที่ที่พบเวชระเบียนที่บันทึกไม่สมบูรณ์และดำเนินการให้ผู้เกี่ยวข้องการแก้ไขให้สมบูรณ์					
10. ท่านคิดว่าการบันทึกเวชระเบียนทำให้ท่านมีภาระงานเพิ่มขึ้น					

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
11. ท่านคิดว่าการวินิจฉัยที่บันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่ายชัดเจนช่วยให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคคลผู้รับผิดชอบที่ดี					
12. ท่านตั้งใจและพร้อมที่จะทำให้เวชระเบียนของหน่วยงานของท่านผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80					
13. ท่านคิดว่าภาระงานทางการพยาบาลมากเกินไป ทำให้การบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์					
14. ท่านคิดว่าเมื่อเกิดคดีความหรือข้อร้องเรียน เวชระเบียนมีความสำคัญในการเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้					



**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด โดยให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านตามใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (วิชาชีพเจ้าพนักงานเวชสถิติไม่ต้องตอบคำถามในส่วนที่ 4)

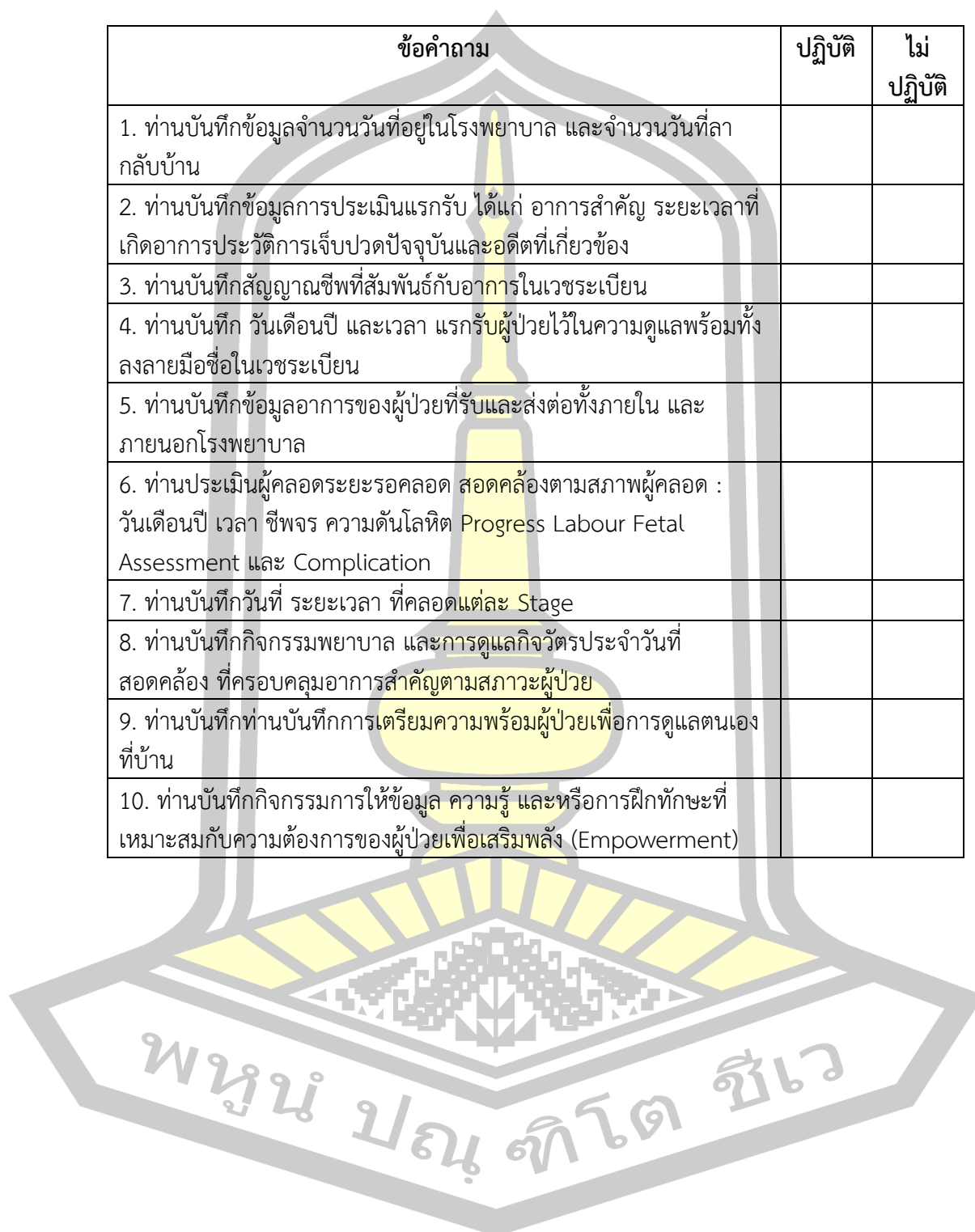
**แพทย์**

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านบันทึกผลการรักษาเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถูกต้องครบถ้วน ตามข้อมูลในเวชระเบียน		
2. ท่านลงลายมือชื่อพร้อมเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมในการบันทึกเวชระเบียน		
3. ท่านบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในหัตถผ่าตัด		
4. ท่านบันทึกการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ/หรือ ผลการตรวจร่างกาย		
5. ท่านบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ		
6. ท่านบันทึก Progress notes ทุกวันใน 3 วันแรก		
7. ท่านบันทึกเนื้อหาครอบคลุม SOAP ใน 3 วันแรก		
8. กรณีที่การดูแลผู้ป่วยมีการขอปรึกษาระหว่างแพทย์ ท่านระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน		
9. ท่านบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด		
10. ท่านบันทึกชื่อการทำหัตถการที่สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น		

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

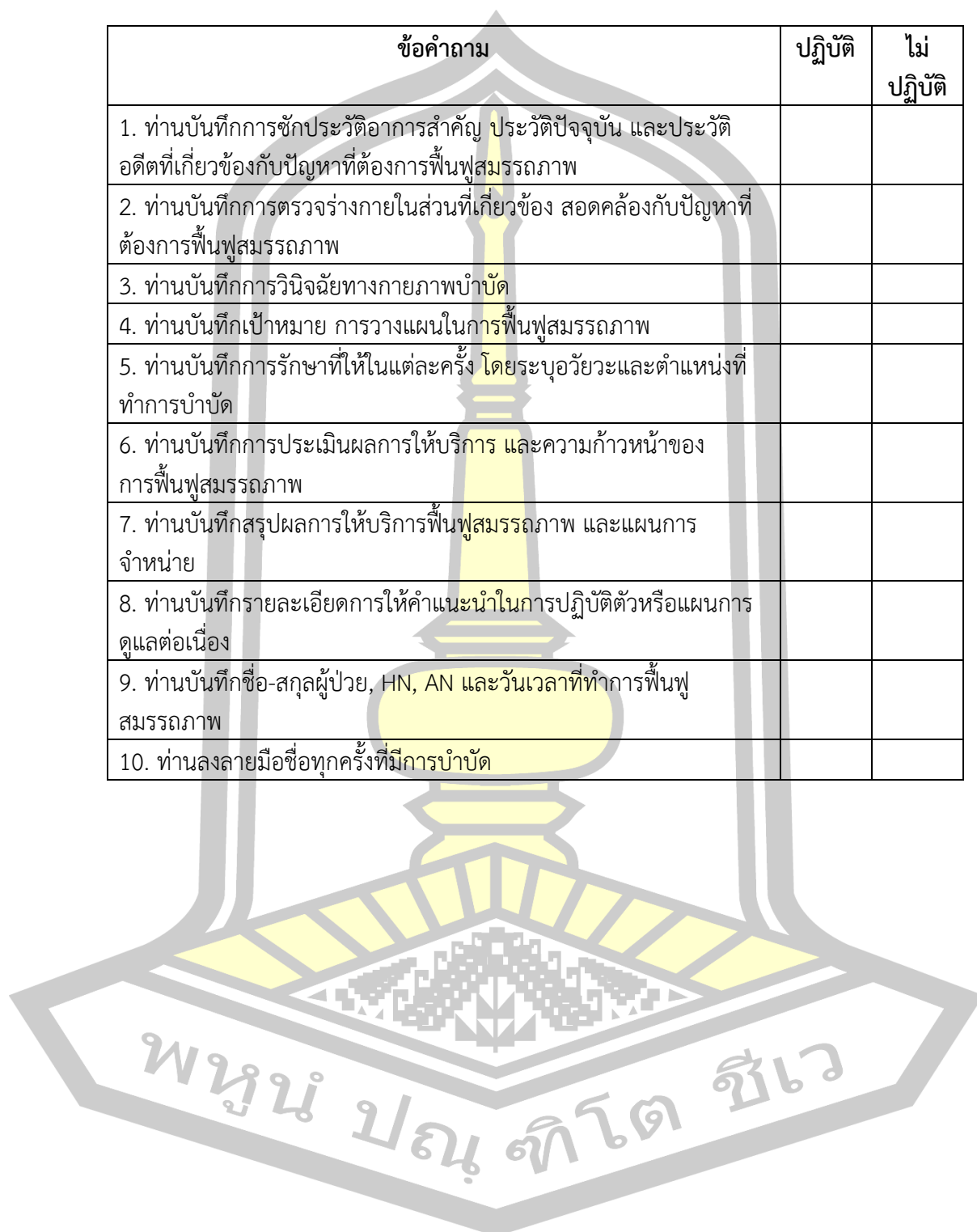
## พยาบาลวิชาชีพ

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านบันทึกข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน		
2. ท่านบันทึกข้อมูลการประเมินแรกรับ ได้แก่ อาการสำคัญ ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บปวดปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง		
3. ท่านบันทึกสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการในเวชระเบียน		
4. ท่านบันทึก วันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพร้อมทั้งลงลายมือชื่อในเวชระเบียน		
5. ท่านบันทึกข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล		
6. ท่านประเมินผู้คลอดระยะรอคคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด : วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต Progress Labour Fetal Assessment และ Complication		
7. ท่านบันทึกวันที่ ระยะเวลา ที่คลอดแต่ละ Stage		
8. ท่านบันทึกกิจกรรมพยาบาล และการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่สอดคล้อง ที่ครอบคลุมอาการสำคัญตามสภาวะผู้ป่วย		
9. ท่านบันทึกท่านบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน		
10. ท่านบันทึกกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง (Empowerment)		



### นักรายภาพบำบัด

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
2. ท่านบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
3. ท่านบันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด		
4. ท่านบันทึกเป้าหมาย การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
5. ท่านบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะและตำแหน่งที่ทำกายภาพบำบัด		
6. ท่านบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
7. ท่านบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่าย		
8. ท่านบันทึกรายละเอียดการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือแผนการดูแลต่อเนื่อง		
9. ท่านบันทึกชื่อ-สกุลผู้ป่วย, HN, AN และวันเวลาที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
10. ท่านลงลายมือชื่อทุกครั้งที่มีการบำบัด		



## แบบบันทึกการประชุม

รายงานการประชุม การพัฒนาคุณภาพพระบวรการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ครั้งที่ ...../.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ณ ห้องประชุมสัตตบุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

### ผู้เข้าร่วมประชุม

- |          |                     |
|----------|---------------------|
| 1. ....  | ประธานกรรมการ       |
| 2. ....  | รองประธานคณะกรรมการ |
| 3. ....  | กรรมการ             |
| 4. ....  | กรรมการ             |
| 5. ....  | กรรมการ             |
| 6. ....  | กรรมการ             |
| 7. ....  | กรรมการ             |
| 8. ....  | กรรมการ             |
| 9. ....  | กรรมการ             |
| 10. .... | กรรมการ             |
| 11. .... | กรรมการ             |
| 12. .... | กรรมการ             |
| 13. .... | กรรมการ             |
| 14. .... | กรรมการ             |
| 15. .... | กรรมการ             |
| 16. .... | กรรมการ             |
| 17. .... | กรรมการ             |
| 18. .... | กรรมการ             |
| 19. .... | กรรมการ             |
| 20. .... | เลขานุการ           |

### ผู้ไม่เข้าประชุม

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | กรรมการ |
| 2. .... | กรรมการ |

เริ่มประชุมเวลา .....น.



ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

1.1.....

1.2.....

1.3.....

-ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

- ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมหลังจากที่มีการขอแก้ไขแล้ว

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1.....

3.2.....

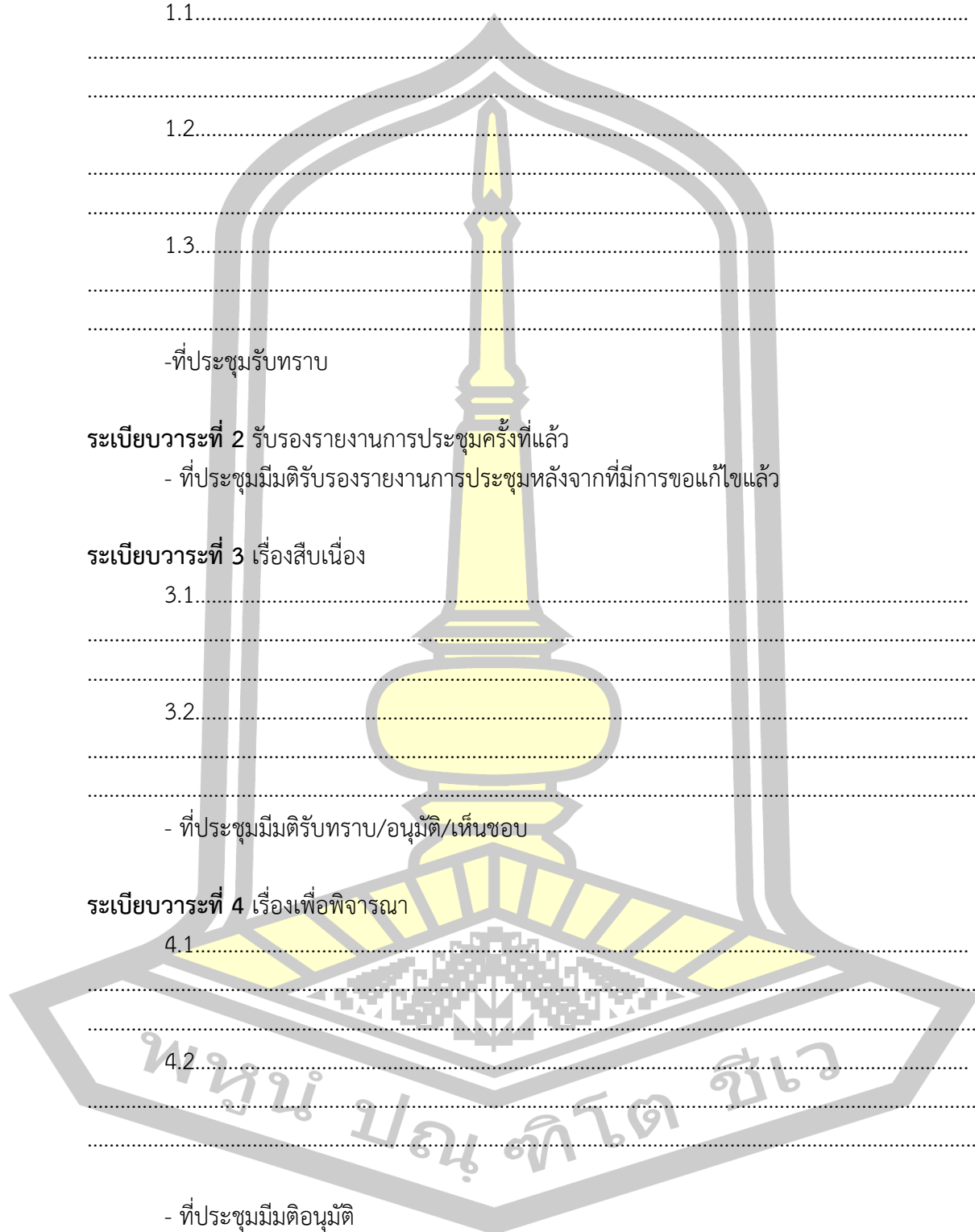
- ที่ประชุมมีมติรับทราบ/อนุมัติ/เห็นชอบ

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1.....

4.2.....

- ที่ประชุมมีมติอนุมัติ



## ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1.....

- ที่ประชุมมีมติ.....

5.2.....

- ที่ประชุมมีมติ.....

เลิกประชุมเวลา.....น.

ลงชื่อ.....เลขานุการ

(.....)

ผู้บันทึกการประชุม

ลงชื่อ.....ประธานการประชุม

(.....)

ผู้ตรวจรายงานการประชุม



พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโตะ ชีเว

## แบบบันทึกสนทนากลุ่ม (Group Discussion)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

ดำเนินสนทนากลุ่ม เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

พิธีกร..... ผู้จัดบันทึก .....

ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการการสนทนากลุ่ม.....

1. รายชื่อสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนา

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

2. ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในคืออะไรบ้าง?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าแบบบันทึกในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นอย่างไร?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### แบบบันทึกการสังเกต (Observation)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

วัน เดือน ปี ที่ทำกิจกรรม.....สถานที่.....

ชื่อกิจกรรมหลัก.....

กิจกรรมย่อย	การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	การแสดงความ คิดเห็น/เสนอแนะ ในขณะดำเนิน กิจกรรม	ข้อดี / ข้อเสีย
1..... 2..... 3.....			

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

### แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ ..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
สถานที่ .....  
วันที่สัมภาษณ์.....  
เริ่มการสัมภาษณ์ เวลา.....เสร็จการสัมภาษณ์ เวลา.....

1. ท่านมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพอย่างไร?

ครบถ้วน

.....  
.....

ทันเวลา

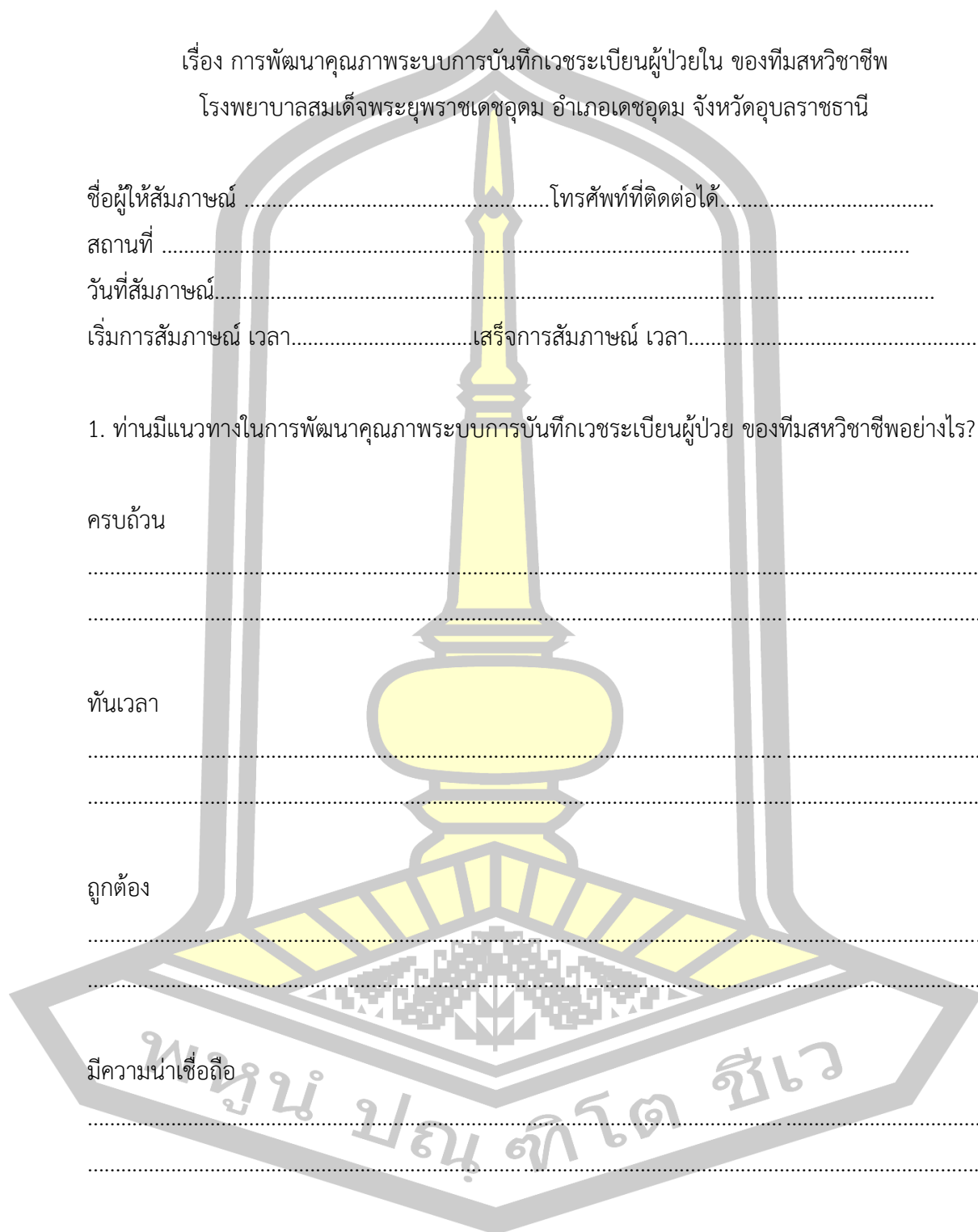
.....  
.....

ถูกต้อง

.....  
.....

มีความน่าเชื่อถือ

.....  
.....





2. ท่านคิดว่าอุปสรรคของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ของทีมสหวิชาชีพ อะไรบ้าง?

บุคลากร

อุปกรณ์ เครื่องมือ

กระบวนการทำงาน

สิ่งแวดล้อม

3. ท่านคิดว่าแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการปรับปรุงขึ้นใหม่ เป็นอย่างไรบ้าง?

พญานุ ปรณ ทิโต สีเว

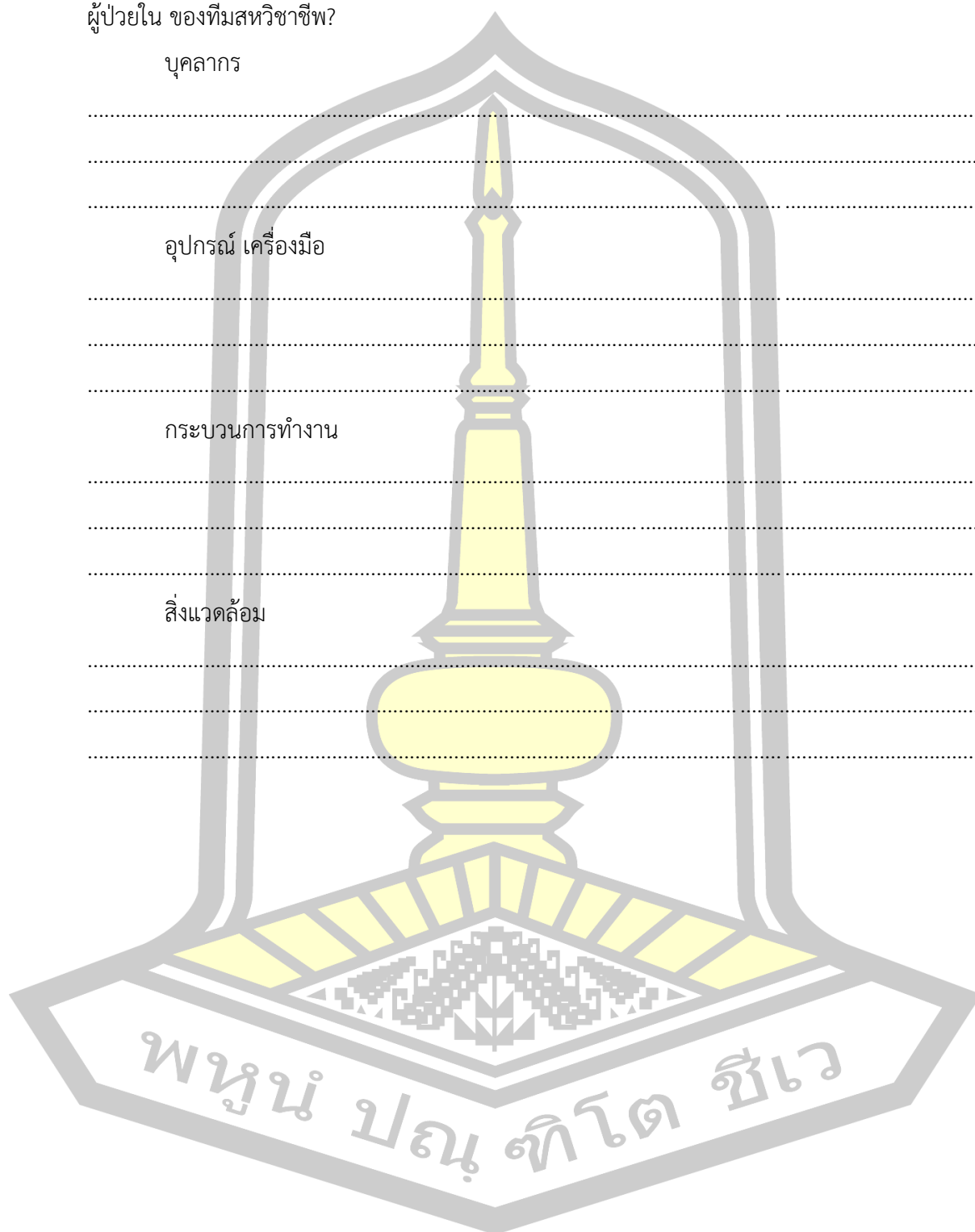
4. ท่านคิดว่าอะไรคือปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ?

บุคลากร

อุปกรณ์ เครื่องมือ

กระบวนการทำงาน

สิ่งแวดล้อม



แบบวิเคราะห์ศักยภาพการพัฒนาระบบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กร

ปัจจัย	การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength)	การวิเคราะห์จุดอ่อน (Weakness)
1. คน		
2. เงิน		
3. วัสดุ/อุปกรณ์		
4. วิธีการปฏิบัติงาน		

## การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกองค์กร

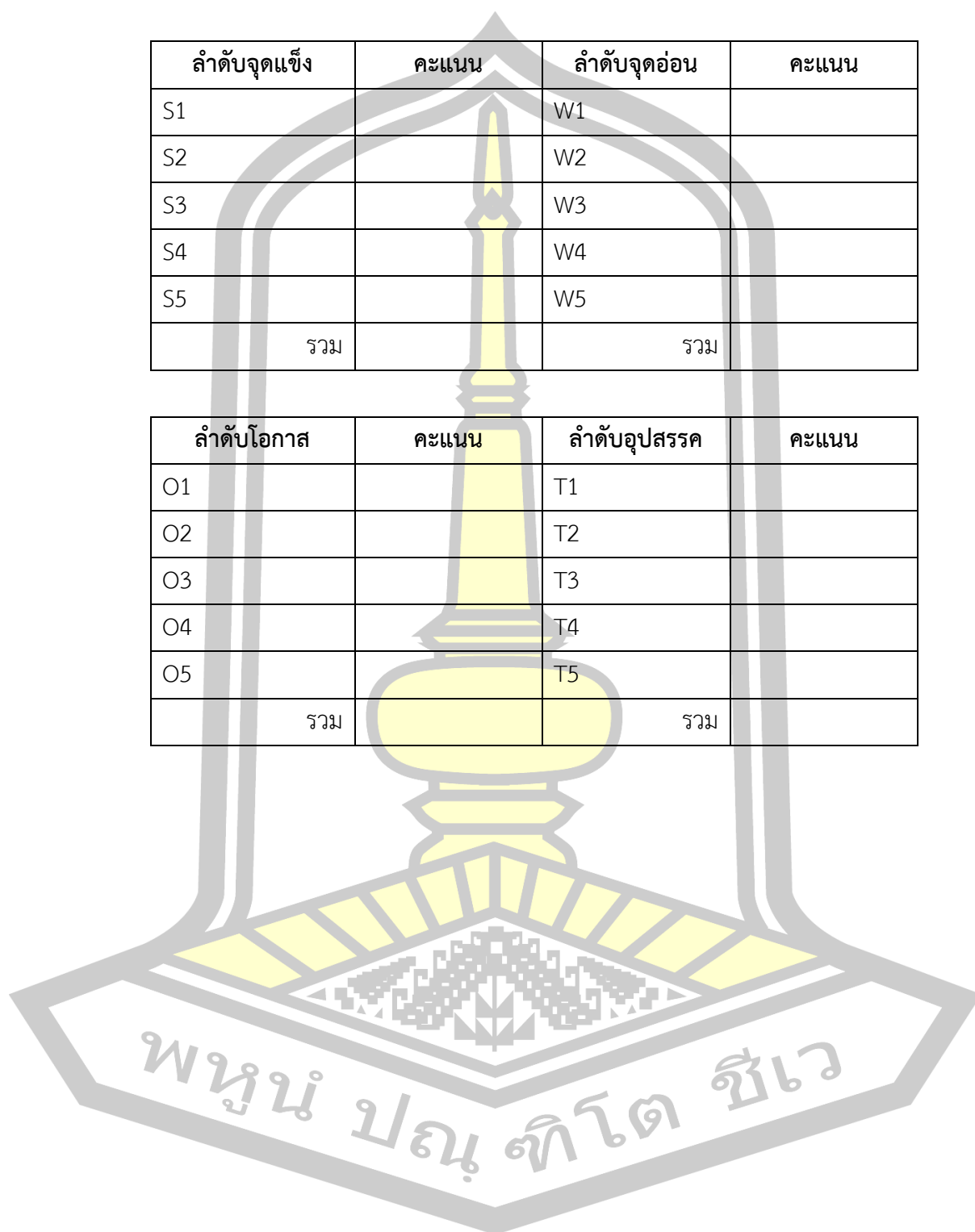
ปัจจัย	โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threat)
1. นโยบาย		
2. วัฒนธรรม		
3. เทคโนโลยี		
4. เศรษฐกิจ		

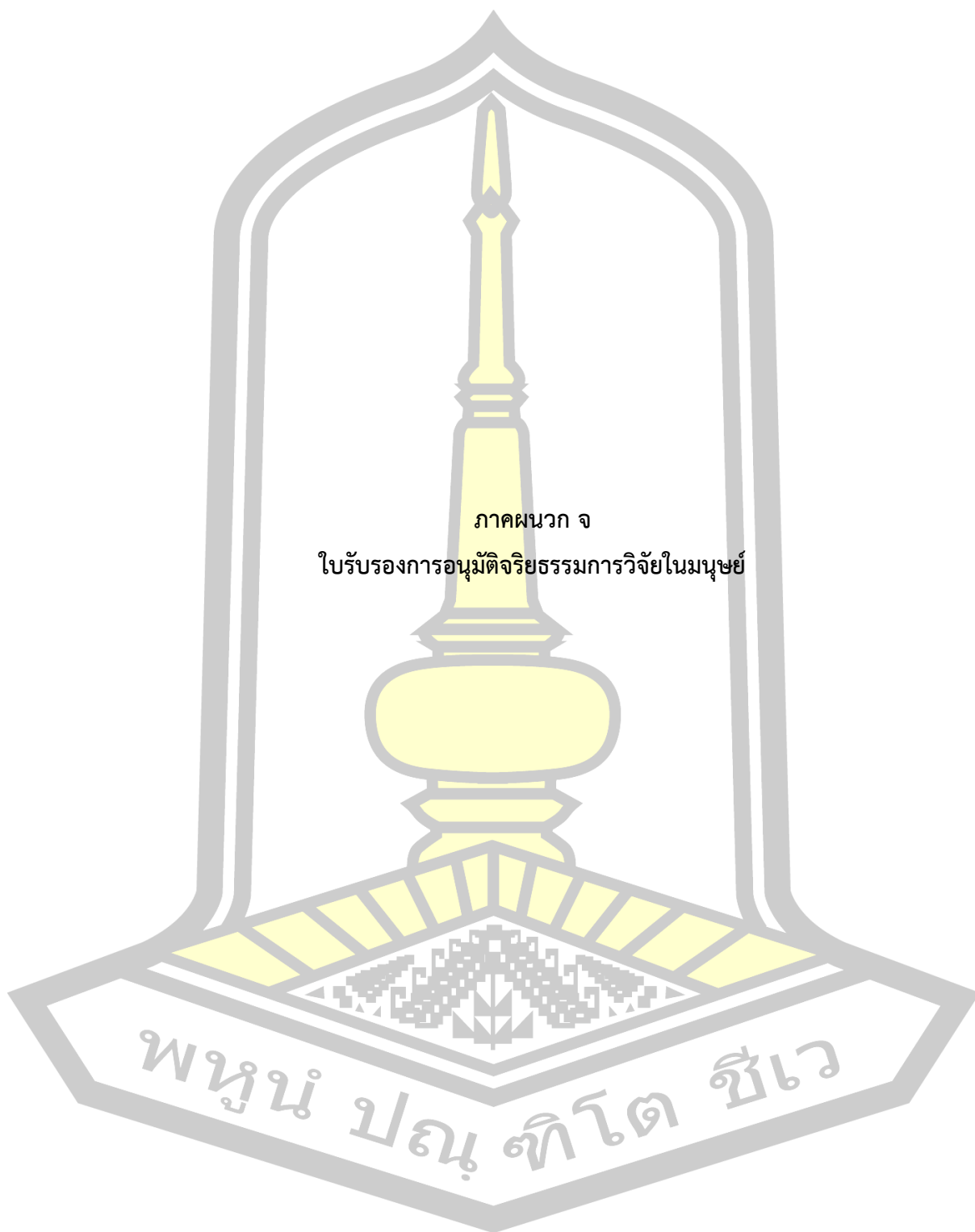
พหุบัณฑิต ชีวะ

คะแนนวิเคราะห์ศักยภาพการพัฒนาระบบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ลำดับจุดแข็ง	คะแนน	ลำดับจุดอ่อน	คะแนน
S1		W1	
S2		W2	
S3		W3	
S4		W4	
S5		W5	
รวม		รวม	

ลำดับโอกาส	คะแนน	ลำดับอุปสรรค	คะแนน
O1		T1	
O2		T2	
O3		T3	
O4		T4	
O5		T5	
รวม		รวม	





ภาคผนวก จ

ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุบัณฑิตวิทยาลัย





คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 036 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบ Smart Recodes System ของทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย : นางสาวสวรส แก้วศรีทัศน์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

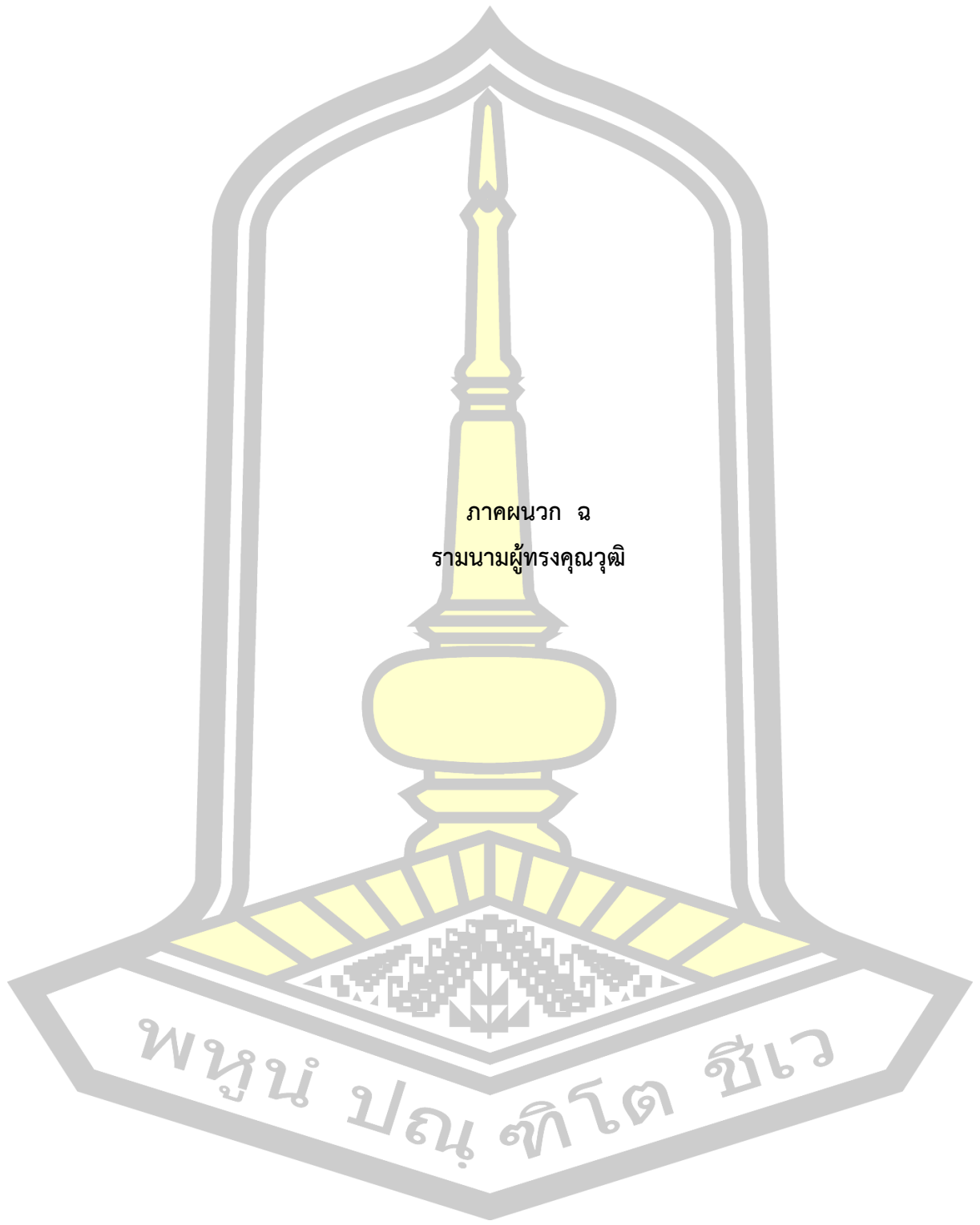
วันที่รับรอง : 27 กุมภาพันธ์ 2561

วันหมดอายุ : 26 กุมภาพันธ์ 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะอนุกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย สีทองดี)

ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



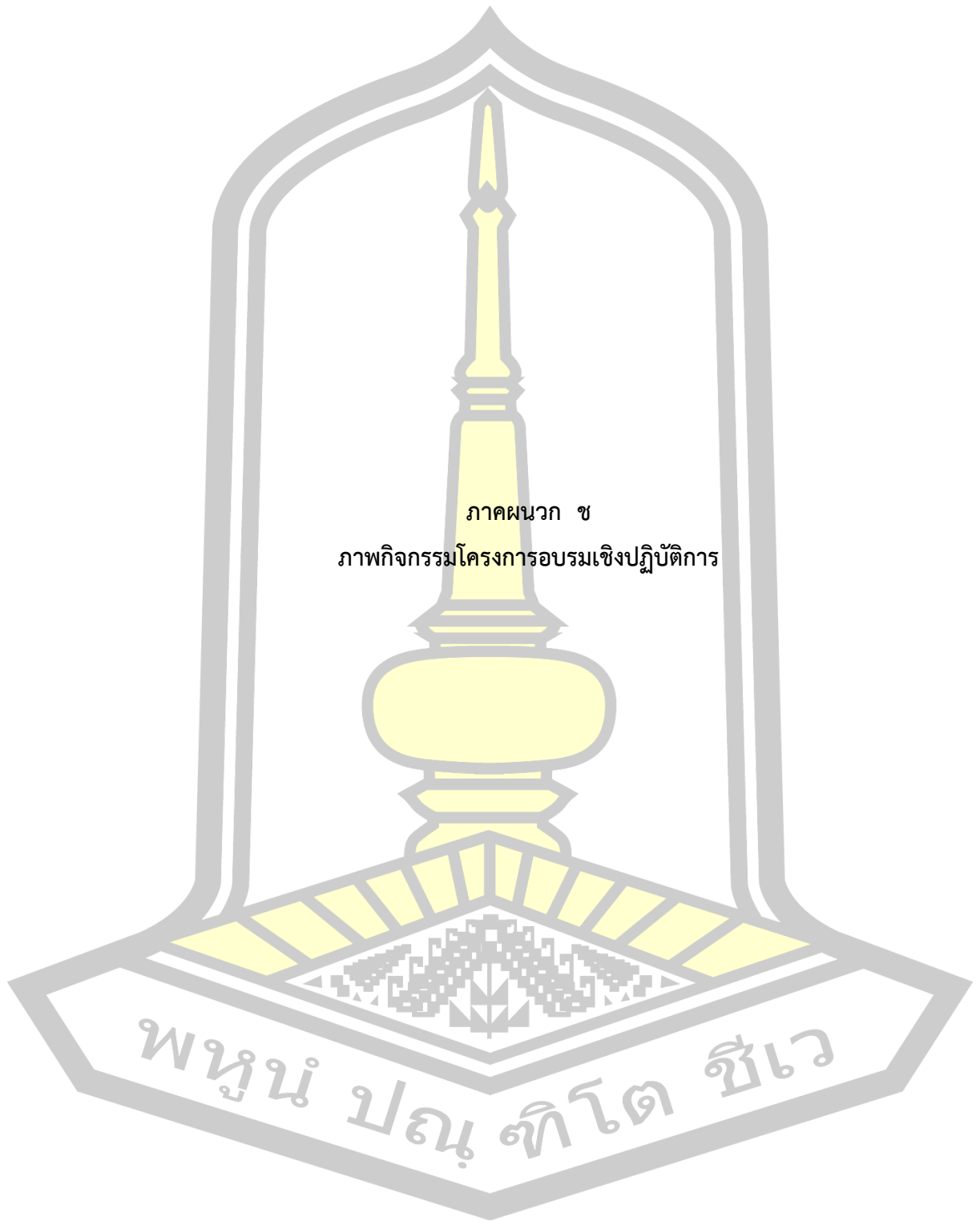
ภาคผนวก ฉ  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้เชี่ยวชาญ ดร. มณฑิชา รักศิลป์  
 วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
 ตำแหน่ง อาจารย์  
 สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. ผู้เชี่ยวชาญ พญ. ดารณี คู่สกุลนิรันดร์  
 วุฒิการศึกษาสูงสุด แพทย์ศาสตรบัณฑิต สาขา วิสัญญีวิทยา  
 ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
3. ผู้เชี่ยวชาญ นางสาวศศิธร ชำนาญผล  
 วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
4. ผู้เชี่ยวชาญ นางสาวยุพิน ชัยเวชสกุล  
 วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
 ตำแหน่ง นักสถิติชำนาญการ  
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
5. ผู้เชี่ยวชาญ นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ  
 วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ช  
ภาพกิจกรรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 20 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและคัดเลือกสาเหตุของปัญหาเพื่อทำการแก้ไข





ภาพประกอบ 21 การอบรมเชิงปฏิบัติการการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของ  
ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม





ภาพประกอบ 22 การอบรมเชิงปฏิบัติการการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของ  
ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม



ภาพประกอบ 23 การอบรมเชิงปฏิบัติการการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามมาตรฐาน ของ  
ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม





ภาพประกอบ 24 การดำเนินการปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน



ภาพประกอบ 25 การนิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสวรส แก้วศรีทัศน์
วันเกิด	วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2534
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 103 หมู่ 9 บ้านโนนงาม ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34160
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าพนักงานเวชสถิติ ปฏิบัติงาน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตำบลเมืองเดช อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34160
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2544 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2551 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2555 ประกาศนียบัตรวิชาชีพเฉพาะระเบียบ วิทยาลัยทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว