

การพัฒนารูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

พญ. เมฆพยับ*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพงานของเดมมิง (The Deming Cycle) มาใช้พัฒนากระบวนการทำงาน ดำเนินการตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2558 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2559 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ แบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะทดลองจำนวน 17 ฉบับ ระยะดำเนินการจำนวน 124 ฉบับ หลังจากนั้นนำข้อมูลและผลการพัฒนา มาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบด้วย Independent Two Sample t-test ที่ระดับแอลฟา 0.05

ผลการศึกษาพบว่า แบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบทบัญญัติแห่งกฎหมายด้านสุขภาพ ผลการศึกษาในระยะทดลองพบว่า คะแนนการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนความถูกต้องสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนรวมความถูกต้องสูงขึ้นจากร้อยละ 35.9 เป็นร้อยละ 89.5 และในระยะดำเนินการพบว่า มีระดับคะแนนรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.5 อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาเรื่องการบันทึกความยินยอมโดยไม่ระบุเวลา การประเมินความพึงพอใจภาพรวมของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 84.2 โดยผู้บริหารร้อยละ 90.0 คณะกรรมการเวชระเบียนร้อยละ 85.7 และผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 77.0

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจหลักเกณฑ์การบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องการบันทึกเวลา ควรมีการขยายผลการพัฒนางานไปยังหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลเพื่อการให้ข้อมูลผู้ป่วยไปแนวทางเดียวกัน และการประเมินผลการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยผ่านตามเกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, แบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วย, การพัฒนาคุณภาพงานของเดมมิง, โรงพยาบาลโพธาราม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Development of patient's informed consent form in the Department of Medicine, Photharam Hospital, Ratchaburi Province

Phayoug Makpayab*

Abstract

This study was operational research with the objective of improving the format of the patient's consent form in the Department of Medicine, Photharam Hospital, Ratchaburi Province. The researcher has applied the Deming Cycle concept for the improvement of the working process. The research had been undertaken between 15th October 2558 B.E. and 15th February 2559 B.E. The studied sample were the "recorded" patient's consent forms of patients who had received hospital care from the Department of Medicine. There were 2 groups of forms; 17 sets during the research period and 124 sets after the research period. The comparison between the "former form" and the "improved form" had been analyzed by using descriptive statistics; percentage, mean and Independent Two Sample t-test $\alpha=0.05$

The study founded that the improved patient's consent form was more congruent with the templates issued by the National Health Security Office and the legislation relating to health. The study found that during the experimental period, the accuracy scores of the improved patient's consent form had been increased with a statistical significance of $p=0.05$. The accuracy score had been increased from 35.95% to 89.54%. During the post experimental period (operational period) the study found that 92.38% of the studied sample had a total score at the level of "very good" However the problem of "no specification of time" when recording the patient's consent form were still found. The overall satisfaction of the personnel of three groups was at a "very good" level, (84.24%); specifically, the administrators (90%), medical records committee (85.72%) and operational personnel (77%).

Recommendation: there should be communication with the operational personnel in order to increase the understanding about the criteria of recording the patient's consent forms, especially the recording of the time at which the recording was undertaken. There should be an expansion of the results of improvements in the patient's consent form to other units of the hospital so that the process of informing the patient and the recording of the patient's consent form would be unidirectional and in accord with the criteria issued by the National Health Security Office.

Key words: Development of patient's informed consent form, The deming cycle,
Photharam Hospital

* Registered Nurse at Photharam, Ratchburi Province

บทนำ

การบันทึกคำยินยอมของผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นนั้นถือเป็นเอกสารที่สำคัญในเวชระเบียน (Medical record) ของผู้ป่วย เป็นเอกสารชนิดหนึ่งซึ่งใช้บันทึกเป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยได้ยินยอมให้แพทย์และพยาบาลได้ทำการรักษา การบันทึกความยินยอมนั้นจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่แพทย์มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา อธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการรักษานั้นแล้วผู้ป่วยและญาติยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะทำการหัตถการต่าง ๆ จึงลงลายมือชื่อไว้เพื่อแสดงเป็นหลักฐานทางเอกสารว่าได้มีการให้ข้อมูลแล้ว ดังนั้นการบันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงกับข้อมูลที่แท้จริงของบุคลากรทางการแพทย์ ถือเป็นความสมบูรณ์ของเวชระเบียน สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาการบันทึกคำยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีหลายประการ เนื่องจากไม่มีกฎหมายใดกำหนดไว้อย่างชัดเจน ฉัตรสุมน พลฤทธิบุญ (2555) ได้อธิบายถึงปัญหาเกี่ยวกับหนังสือคำยินยอมที่ใช้ในโรงพยาบาล ดังนี้ 1) ข้อความในหนังสือยินยอมบางตอนไม่ค่อยรัดกุมเนื่องจากไม่ได้ใช้ภาษาที่บัญญัติในกฎหมาย ซึ่งหากเกิดข้อพิพาทขึ้นอาจยุ่งยากในการตีความหรือพิสูจน์ข้อเท็จจริง 2) การขาดการเน้นความสำคัญของการตรวจรักษาด้วยวิธีพิเศษกับผู้ป่วย ซึ่งมักเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้บ่อย 3) บุคคลผู้มีอำนาจยินยอมแทนผู้ป่วยตามกฎหมายมิได้ระบุไว้ในหลายกรณี เช่น ในกรณีฉุกเฉิน อาจติดต่อญาติได้ไม่ทันเวลาที่หรือผู้นำส่งไม่ใช่บุคคลผู้มีอำนาจในการยินยอม 4) ผู้ป่วยทางจิตเวชที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้นมักมีอาการทางจิตมากจนไม่สามารถรับรู้ข้อเท็จจริงเลือกตัดสินใจและรับผิดชอบกับตัวเองได้จำเป็นต้องให้บุคคลอื่นให้ความยินยอมในการตรวจรักษาหรือลงนามแทน 5) กรณีผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยผู้พบเห็นหรือญาติพี่น้อง บุคลากรทางการแพทย์มิได้ลงนามแทนผู้ป่วยไปก่อนซึ่งไม่มีผลทางนิตินัยเช่นเดียวกับการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม มีดังนี้

1. ด้านรูปแบบหนังสือความยินยอม

รูปแบบหนังสือความยินยอมของผู้ป่วยมีความหลากหลายในแต่ละหน่วยงาน บางรูปแบบไม่ชัดเจน เนื้อหาไม่ครบถ้วน ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็นรูปแบบที่ปฏิบัติสืบทอดกันมานาน ไม่ทันสมัย ไม่มีการปรับปรุง ให้เหมาะสมสถานการณ์ในแผนกอายุรกรรมใช้หนังสือความยินยอมของผู้ป่วยสั้นกะทัดรัด ใช้ทำการผ่าตัด และการหัตถการทุกชนิด ไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับหัตถการใด ๆ ที่สำคัญ ไม่ระบุผลดี ผลเสีย ของการทำการหัตถการ

2. ด้านบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

กฎหมายบัญญัติให้มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้านการตัดสินใจ การให้ข้อมูล แต่ไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ชัดเจนมาให้ปฏิบัติ ดังนั้นการนำไปปฏิบัติใช้บางครั้งเกิดความสับสน และแนวคิดหลักกฎหมายเรื่องของความยินยอมนั้นโดยทั่วไปโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องทำเป็นหนังสือและอาจจะนำสืบพยานบุคคลว่ามีการให้ความยินยอมก็ย่อมทำได้ แต่การนำสืบพยานบุคคลอาจไม่เกิดความชัดเจนเท่ากับการนำสืบด้วยพยานเอกสาร ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงควรเน้นการบันทึกหนังสือความยินยอม

3. ด้านบุคลากร

บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ ทางด้านหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติใช้หนังสือความยินยอมของผู้ป่วย มุ่งปฏิบัติให้งานสำเร็จมากกว่าสนใจหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีบุคลากรปฏิบัติงานน้อย ภาระงานมาก ปัญหาแพทย์ผู้รักษามีเวลาให้ข้อมูลผู้ป่วยน้อย เนื่องจากมีภาระงานมาก ผู้ป่วยและญาติมักไม่เข้าใจ พยาบาลส่วนใหญ่จึงต้องทำหน้าที่แทนโดยการอธิบายและให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามข้อมูลความรู้ที่พยาบาลมีอยู่ อาจมีปัญหาด้านชัดเจนและความครบถ้วนของข้อมูล

จากการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พ.ศ. 2558 พบว่าผลคะแนนการประเมินแบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแผนกอายุรกรรมยังไม่มีมีการปรับปรุงแบบบันทึกความยินยอมให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักกฎหมายด้านสุขภาพ ยังใช้รูปแบบเก่าที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา ทำให้รูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยไม่ทันสมัย ไม่เป็นสากล ขาดข้อมูลและสาระสำคัญในแบบบันทึก ไม่สามารถนำไปใช้เป็นพยานเอกสารทางกฎหมายได้ จากปัญหาการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงคิดพัฒนารูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมขึ้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อให้มีรูปแบบใหม่ที่ถูกต้องตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ทันสมัย เป็นสากล ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมาตรฐานการบันทึกความยินยอมผ่านตามหลักเกณฑ์การประเมิน จากหน่วยงานภายนอก สามารถใช้เป็นพยานเอกสารทางกฎหมายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ที่พัฒนาขึ้นใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม โดยพิจารณาจากผลการประเมินการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นใหม่มีคะแนนสูงกว่ารูปแบบเดิม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพงานของเดมมิง (The Deming Cycle) ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม เพื่อให้ถูกต้องตามบทบัญญัติกฎหมาย และเกณฑ์การตรวจมาตรฐานคุณภาพเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทบทวนวรรณกรรม

การพัฒนาคุณภาพตามหลักของเดมมิง (Deming)

การพัฒนางานด้วยวงจรคุณภาพตามแนวคิดของเดมมิง ปัจจุบันจัดเป็นกระบวนการงานสากลที่ทุกคนรู้จักกันดี และถือเป็นเครื่องมือการบริหารงานที่จัดเป็นแกนร่วมของการบริหารงานที่หลากหลายบนพื้นฐานเดียวกัน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2016: 29) อธิบายว่า วงล้อแห่งการเรียนรู้และพัฒนา คือ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เมื่อไปใช้กับการออกแบบระบบงาน การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้ การเรียนรู้และปรับปรุงระบบจากภาพจะเห็นว่ามิติคุณภาพมีส่วนสำคัญในการกำหนดเป้าหมายของระบบ การกำหนดตัวชี้วัดที่จะใช้ประเมินความสำเร็จของระบบงาน

การพัฒนารูปแบบ

การนำไปสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Model Development) มีความหมายตามแนวคิดของสมชาติ ไตรรักษา (2548: 285-290) กล่าวว่ารูปแบบการดำเนินงานหมายถึง หลักการ โครงสร้าง ลักษณะ ส่วนประกอบ และวิธีการในการนำรูปแบบนั้นไปปฏิบัติหรือนำไปดำเนินการ ของการดำเนินการงานหนึ่งงานใดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด ของการดำเนินงานของงานนั้น

แนวคิดของการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วย

แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอนเนก ยมจินดา (2546: 73) กล่าวว่า ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ กระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีของการประกอบวิชาชีพแต่ละประเภทนั้น โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายหรือบอกเล่าให้เข้าใจว่าการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง และผลที่เกิดต่อผู้ป่วยในภายหลังจะเป็นอย่างไร ตลอดจนอันตราย หรือผลร้ายที่อาจ จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นหากมีจะมากน้อยเพียงใด

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

บุคลากรทางสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องแจ้งข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างเพียงพอที่ผู้ป่วยจะช่วยประกอบการตัดสินใจในการรับการรักษา หรือกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา บุคลากรทางสาธารณสุขต้องยุติการรักษานั้นตามหลักกฎหมาย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 บัญญัติรายละเอียดสำคัญไว้ในมาตรา 8

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้ ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้ และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

หลักเกณฑ์ของตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2557

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการกรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

2) กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียวซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล1คน โดยระบุชื่อ นามสกุลและตำแหน่งโดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการการใช้ยาระงับความรู้สึกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดีข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามิข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้ง (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

ขั้นตอนการพัฒนา

การพัฒนางานการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลใช้กระบวนการพัฒนางาน PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

1. การวางแผนการดำเนินงาน (Plan) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วย

1.2 กำหนดหน้าที่บุคลากรในการพัฒนางาน มี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มคณะกรรมการเวชระเบียน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

1.3 ทบทวนบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลักเกณฑ์มาตรฐานการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักฐานทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.4 ทบทวนกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการพิเศษต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผลเกิดข้างเคียงในขณะทำการรักษาในแผนกอายุรกรรมที่จำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยให้ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

2. การดำเนินงานตามแผน (Do) จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการบุคลากรในแผนกอายุรกรรม นำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปดำเนินการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วย เก็บข้อมูลปัญหาอุปสรรคเป็นระยะ

3. การตรวจสอบหรือการประเมินแผน (Check) ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำไปแก้ไขปรับปรุง และนำไปปฏิบัติการบันทึกความยินยอมในระยะดำเนินการ ในแผนกอายุรกรรม แบ่งขั้นตอนการนำรูปแบบใหม่ไปใช้ดังนี้

3.1 เก็บข้อมูลจากการสังเกต สอบถาม การบันทึกกิจกรรมและเหตุการณ์ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลองรูปแบบใหม่

3.2 มีการนิเทศและติดตามประเมินการใช้รูปแบบทุกวันพฤหัสบดี ในระยะ เวลา 1 เดือน รวมทั้งหมด 4 ครั้ง

3.3 มีการปรับปรุง และพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ตามความเหมาะสมเป็นระยะต่อเนื่อง

4. นำผลการประเมินมาพัฒนาแผน (Act) ผู้วิจัยนำผลการติดตามข้อมูลต่าง ๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ในการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติงาน (Work Instruction) แนวทางการปฏิบัติ (Flow chart) แบบฟอร์มการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมประเภทต่าง ๆ
2. แบบสอบถามการปฏิบัติตามการบันทึกความยินยอมของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานการบันทึกความยินยอมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม
3. แบบประเมินผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2557
4. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรในแผนกอายุรกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ผลการปฏิบัติตามการบันทึกความยินยอมของผู้ปฏิบัติในแผนกอายุรกรรม โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ผลคะแนนการประเมินผลการแบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ในระยะทดลองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบด้วย Independent Two Sample t-test ที่ระดับแอลฟา 0.05
3. วิเคราะห์ผลคะแนนการประเมินผลการแบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยในระยะดำเนินการ โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
4. วิเคราะห์ผลความพึงใจในการพัฒนางานโดยใช้สถิติพรรณนาด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลโพธาราม ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ดีกว่ารูปแบบเดิม โดยพิจารณาข้อมูลด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลการปฏิบัติงานการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม

จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษามากที่สุด ร้อยละ 96.7 รองลงมา คือหลักเกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน ร้อยละ 93.3 และหลักเกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบายร้อยละ 80 ส่วนการปฏิบัติที่มีการบันทึก

บางครั้ง ได้แก่ หลักเกณฑ์ในข้อที่ 6 ข้อที่ 7 และข้อที่ 8 มีคะแนนเท่ากัน คือ ร้อยละ 36.7 และการปฏิบัติที่ไม่มีบันทึกเลย ได้แก่ หลักเกณฑ์ในข้อที่ 9 เรื่องของการลงบันทึกเวลา ร้อยละ 100

1. ผลคะแนนการประเมินผลการแบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยในระยะทดลอง

ในระยะทดลองได้นำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ในแผนกอายุรกรรมหญิง จำนวน 17 ฉบับ และนำผลคะแนนมาเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม จากการศึกษาพบว่าคะแนนการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม หลังการพัฒนาแบบ มีคะแนนความถูกต้องสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนรวมความถูกต้องสูงขึ้นจากร้อยละ 35.95 เป็นร้อยละ 89.54 ดังตารางที่ 2.1 และ 2.2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการบันทึกความยินยอมระหว่างรูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา) กับรูปแบบใหม่ (หลังพัฒนา)

รูปแบบการพัฒนา	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	Sig.
รูปแบบเดิม	17	6.11	6.27	- 4.00	16	0.03
รูปแบบใหม่	17	15.22	2.68			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการบันทึกความยินยอมระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

หลักเกณฑ์การประเมิน	รูปแบบเดิม (n=17)		รูปแบบใหม่ (n=17)	
	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)
เกณฑ์ข้อ 1	14 (82.4)	3 (17.6)	17 (100)	0 (0)
เกณฑ์ข้อ 2	13 (76.5)	4 (23.5)	17 (100)	0 (0)
เกณฑ์ข้อ 3	9 (52.9)	8 (47.1)	15 (88.2)	2 (11.8)
เกณฑ์ข้อ 4	13 (76.5)	4 (23.5)	14 (82.4)	3 (17.6)
เกณฑ์ข้อ 5	6 (35.3)	11 (64.7)	14 (82.4)	3 (17.6)
เกณฑ์ข้อ 6	0 (0)	17 (100.0)	17 (100.0)	0 (0.0)
เกณฑ์ข้อ 7	0 (0)	17 (100.0)	17 (100.0)	0 (0.0)
เกณฑ์ข้อ 8	0 (0)	17 (100.0)	17 (100.0)	0 (0.0)
เกณฑ์ข้อ 9	0 (0)	17 (100.0)	9 (52.9)	8 (47.1)
รวม	55 (35.9)	98 (64.1)	137 (89.5)	16 (10.5)

2. ผลคะแนนการประเมินผลการแบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยในระยะดำเนินการ

ในระยะดำเนินการได้นำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงแก้ไขต่อเนื่องจากระยะทดลองมาใช้บันทึกจริงในแผนกอายุรกรรมทั้งหมด 124 ฉบับ จากการศึกษาพบว่า การประเมินผลคะแนนการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม มีระดับคะแนนรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.38 ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3 การประเมินผลคะแนนการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม (n=124)

หลักเกณฑ์การประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผลการประเมิน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เกณฑ์ข้อ 1	124 (100)	0 (0)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 2	119 (96.0)	5 (4.0)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 3	116 (93.5)	8 (6.5)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 4	103 (83.1)	21 (16.9)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 5	115 (92.7)	9 (7.3)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 6	124 (100.0)	0 (0.0)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 7	124 (100.0)	0 (0.0)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 8	124 (100.0)	0 (0.0)	ดีมาก
เกณฑ์ข้อ 9	82 (66.1)	42 (33.9)	ปานกลาง
รวม	1,031 (92.4)	85 (7.6)	ดีมาก

3. ได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่

รูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติงาน (Work Instruction) แนวทางการปฏิบัติ (Flow chart) แบบบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมทั่วไป แบบบันทึกความยินยอมเฉพาะหัตถการทางอายุรกรรม และแบบบันทึกความยินยอมในการรักษาวิธีพิเศษต่าง ๆ

แบบบันทึกความยินยอม (แบบเดิม)

ส่วนที่ 1 คำรับรองการยินยอม/ไม่ยินยอม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธาราม (บันทึกทุกครั้งที่เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน) คำรับรองเหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าอายุยังไม่ถึงยี่สิบปี หรือมีความบกพร่องทางกายและจิต ต้องเป็นญาติใกล้ชิดเป็นผู้ลงนาม		
วันที่..... อำเภอ..... (ชื่อผู้ป่วย หรือชื่อญาติ)..... เป็น () ผู้ป่วย () ญาติ ของ (ชื่อผู้ป่วย).....ยินยอม / ไม่ยินยอม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธาราม โดยแพทย์/เจ้าหน้าที่โดยรับยาในโรงพยาบาลโพธาราม เข้าใจถึงวิธีการ และผลดี ผลเสียในการรักษาในครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย และอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน ลงนาม..... ผู้ป่วย..... ลงนาม..... พยาน..... ลงนาม..... ญาติ..... ลงนาม..... แพทย์/เจ้าหน้าที่..... ผู้เป็น (บิดามารดา บุตร ญาติ (ระบุ)..... ของผู้ป่วย)		
ส่วนที่ 2 กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว / ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่มีญาติ ที่จำเป็นต้องเร่งด่วนในการรักษา		
วันที่..... อำเภอ..... จังหวัด..... ได้ประเมินแล้วเห็นควร รักษาผู้ป่วยชื่อ..... ด้วยวิธีการ..... หากไม่ดำเนินการทันทีผู้ป่วยอาจมีภาวะ..... ลงนาม..... แพทย์ผู้รักษา..... ลงนาม..... พยาน.....		
ส่วนที่ 3 คำรับรอง ยินยอม/ไม่ยินยอม เจาะเลือดตรวจหาเชื้อ HIV คำรับรองเหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าอายุ ยังไม่ถึง 15 ปี บิดามารดาหรือมีความบกพร่องทางกายและจิต ต้องเป็นญาติใกล้ชิดเป็นผู้ลงนาม		
วันที่..... อำเภอ..... (ชื่อผู้ป่วย หรือชื่อญาติ)..... เป็น () ผู้ป่วย () ญาติ ของ (ชื่อผู้ป่วย)..... [] ยินยอม [] ไม่ยินยอม เจาะเลือดหาเชื้อ HIV โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย และอ่านข้อความ เข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน ลงนาม..... ผู้ป่วย..... ลงนาม..... พยาน..... ลงนาม..... ญาติ..... ลงนาม..... แพทย์/เจ้าหน้าที่..... ผู้เป็น (บิดามารดา บุตร ญาติ (ระบุ)..... ของผู้ป่วย) สิทธิการรักษา..... เลขที่บัตร.....		
Name of Patient	Age	Hospital Number
Department	Ward	Attending Physician

Consent Form

Form 2/3

FR-MEDบัญชีแม่บท (Master List)

ชนิดเอกสาร ☐ คู่มือคุณภาพ ☐ ระเบียบปฏิบัติ ☐ วิธีปฏิบัติ
☐ แบบฟอร์ม ☐ เอกสารสนับสนุน ☐ เอกสารอ้างอิง ☐ CPG

ลำดับ	ชื่อเอกสาร	ระบบคุณภาพ		รหัสเอกสาร	ปรับปรุงครั้งที่ / วันที่ประกาศใช้				
		ทักษะบริการ	สวท · มอก		0	1	2	3	4
1	หนังสือแสดงความยินยอมรับการ รักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโพ ธาราม	/		FR-MED- 001	4/01/59				
2	หนังสือแสดงความยินยอมการเจาะ ช่องเยื่อหุ้มปอดและตัดชิ้นเนื้อเยื่อ หุ้มปอด	/		FR-MED- 002	4/01/59				
3	หนังสือแสดงความยินยอมการเจาะ ช่องเยื่อหุ้มปอดใส่ท่อระบายจาก ปอด	/		FR-MED- 003	4/01/59				
4	หนังสือแสดงความยินยอมในการ เจาะสารถ้ำจากช่องท้อง	/		FR-MED- 004	4/01/59				
5	หนังสือแสดงความยินยอมในการ เจาะน้ำไขสันหลัง	/		FR-MED- 005	4/01/59				
6	หนังสือแสดงความยินยอมในการ เจาะข้อ	/		FR-MED- 006	4/01/59				
7	หนังสือแสดงความยินยอมการใส่ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	/		FR-MED- 007	4/01/59				
8	หนังสือแสดงความยินยอมส่อง กล้องการตรวจรักษาทางเดินอาหาร ส่วนต้น	/		FR-MED- 008	4/01/59				
9	หนังสือแสดงความยินยอมใส่ เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ชั่วคราว	/		FR-MED- 009	4/01/59				
10	หนังสือแสดงความยินยอมรับการ รักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด	/		FR-MED- 010	4/01/59				
11	หนังสือแสดงความยินยอมรับการ รักษาภาวะสมองขาดเลือด	/		FR-MED- 011	4/01/59				

ลำดับ	ชื่อเอกสาร	ระบบ คุณภาพ		รหัส เอกสาร	ปรับปรุงครั้งที่ / วันที่ ประกาศใช้				
		ทักษะ บริการ	สวล · มอก		0	1	2	3	4
	ฉีดยาพ่นโดยการใช้อยาละลายลิ้ม เลือด								
12	หนังสือแสดงความยินยอมตรวจ เลือดเอดส์	/		FR-MED- 012	4/01/59				
13	หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับ การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม	/		FR-MED- 013	4/01/59				
14	หนังสือแสดงความยินยอมการรักษา โดยการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง	/		FR-MED- 014	4/01/59				
15	หนังสือแสดงความยินยอมการเจาะ หลอดลมคอ	/		FR-MED-015	4/01/59				

ตัวอย่างแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น



FR - MED - 002

ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอมการเจาะช่องเยื่อหุ้มปอด และตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอด

คำอธิบาย

การเจาะเยื่อหุ้มปอดและตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอด เป็นวิธีการสืบค้นเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคของเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยที่ตรวจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจากภาพรังสี โดยการใช้เข็มเจาะบริเวณช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อนำน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมาส่งตรวจ และใช้เข็มตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอดเพื่อมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา นอกจากนี้ในบางกรณียังใช้เพื่อระบายน้ำที่มีปริมาณมากออกจากเยื่อหุ้มปอดเพื่อช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยของผู้ป่วยด้วย

ขั้นตอนการทำ

1. ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณที่จะได้รับการเจาะ
2. ได้รับการเจาะช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยเข็มขนาดเล็ก และดูน้ำมาตรวจเพื่อการวินิจฉัย
3. ในกรณีที่ต้องตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอด แพทย์จะใช้ใบมีดขนาดเล็กกรีดผิวหนังเป็นแนวยาวประมาณ 0.5 ซม. แล้วใช้เข็มสำหรับตัดเยื่อหุ้มปอดเจาะผ่านซี่โครงเข้าไปทำการตัดเยื่อหุ้มปอดอย่างน้อย 3 ชิ้น
4. หลังจากการตัดเยื่อหุ้มปอดแพทย์จะเย็บแผล 1 เข็ม ทำความสะอาดแผล และใช้ผ้าปิดแผลบริเวณที่เจาะ
5. ได้รับการเจาะเลือดจากบริเวณท้องแขนเพื่อตรวจสอบเปรียบเทียบกับน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ปริมาณ 10 มล.

ผลแทรกซ้อน

ในระหว่างการเจาะช่องเยื่อหุ้มปอดและตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอด หรือภายหลังการตรวจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

1. เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมชั่วขณะ
2. เกิดเลือดออก ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ราย
3. เกิดภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ราย
4. เกิดภาวะน้ำท่วมปอดจากการขยายตัวของปอด
5. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้ยาเฉพาะที่

ข้อปฏิบัติตนภายหลังการเจาะปอด

1. นอนพักบนเตียงประมาณ 1 ชั่วโมง
2. หากมีอาการปวดบริเวณที่เจาะให้รับประทานยาแก้ปวดตามแพทย์สั่ง

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยใน
 ฐานะ...(เช่น ญาติ พี่ น้อง สามี หรือบุตร).....ได้อ่านหรือรับทราบข้อมูลในเอกสารนี้แล้ว
 ได้แสดงความ () ยินยอม () ไม่ยินยอมรับการรักษา ลงบันทึก ณ เวลา.....น.
 วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล
 (.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ พยานเจ้าหน้าที่
 (.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทน

ลงชื่อ.....พยานผู้ป่วย
 (.....)

ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4. การประเมินผลงานและความพึงพอใจของบุคลากร

การประเมินผลความพึงพอใจของบุคลากรในแผนกอายุรกรรม จากการศึกษาพบว่าบุคลากรใน
 แผนกอายุรกรรมมีระดับความพึงพอใจรวม ระดับดี ร้อยละ 84.24 โดยผู้บริหารมีระดับความพึงพอใจ
 ร้อยละ 90.00 คณะกรรมการเวชระเบียนร้อยละ 85.72 และผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 77.00 ดัง
 ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรแผนกอายุรกรรม (n=45)

บุคลากร แผนกอายุรกรรม	ระดับความพึงพอใจ					ความ พึงพอใจรวม (ร้อยละ)	ระดับการ ประเมินผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)		
1. ผู้บริหาร (n=8)	2	6	0	0	0	90.00	มาก
2. กรรมการ เวชระเบียน (n=7)	1	6	0	0	0	85.72	มาก
3. ผู้ปฏิบัติงาน (n=30)	4	19	7	0	0	77.00	มาก
รวม	7	21	7	0	0	84.24	มาก

5. ปัญหา อุปสรรคข้อเสนอแนะ และการแสดงความคิดเห็น

พบปัญหาด้านการติดตามนิเทศงานโดยคณะกรรมการเวชระเบียนทำได้ไม่ครบถ้วน
 เนื่องจากคณะกรรมการเวชระเบียน คือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต้องทำหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ
 ก่อน ด้านการสื่อสารหลักเกณฑ์การบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยไม่ชัดเจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานบันทึก

ยังไม่ครบถ้วนนอกจากนี้ยังพบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการปรับปรุงเป็นระยะเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบันทึกความยินยอมของโรงพยาบาลซึ่งทำได้ยาก เนื่องจากมีขั้นตอนยุ่งยากต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย

อภิปรายผล

ในแผนกอายุรกรรม โดยการนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีการปรับปรุงแก้ไขต่อเนื่องจากระยะทดลองมาใช้บันทึกจริงในแผนกอายุรกรรมทั้งหมด 124 ฉบับ จากการศึกษาพบว่า การประเมินผลคะแนนการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม มีระดับคะแนนรวม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.38 จากผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ประวีณ พิมพ์หอม (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่าหลังจากให้โปรแกรมการจัดการความรู้ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติการมีส่วนร่วมและความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า ความรู้และความสมบูรณ์ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในระยะดำเนินการพบปัญหาในเกณฑ์ข้อที่ 4 กำหนดไว้ว่า ต้องมีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อนามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มากคนเดียว ต้องระบุว่า “มากคนเดียว” ปัญหาที่พบในทางปฏิบัติของเกณฑ์ข้อนี้มีหลายประการ เช่น 1) รูปแบบบันทึกไม่ได้ชี้แจงข้อมูล ไม่มีข้อความเน้นไว้ให้ผู้ปฏิบัติบันทึก 2) พยานฝ่ายผู้ป่วย เป็นเพื่อนบ้าน เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เช่น ตำรวจ มูลนิธิประชาชนผู้พบเห็นต่าง ๆ ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไม่กล้าเซ็นเป็นพยานให้ รอญาติหรือผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยมาลงลายมือชื่อด้วยตนเองเอง เมื่อตามญาติมาในภายหลังก็ไม่ได้ติดตามให้มาลงลายมือชื่อ เนื่องจากลืม ไม่มีการทบทวนเวชระเบียนซ้ำ และแผนกอายุรกรรมเป็นแผนกมีภาระงานมาก 3) พยานฝ่ายผู้ป่วยใช้ลายเซ็นชื่อไม่ระบุว่าเป็นใคร 4) ไม่มีการบันทึกในส่วนนี้เลย

ในระยะดำเนินการพบปัญหาในเกณฑ์ข้อที่ 5 กำหนดไว้ว่า ต้องมีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่งโดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย ปัญหาที่พบในทางปฏิบัติของเกณฑ์ข้อนี้มีหลายประการ เช่น 1) ไม่ระบุพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่เลย 2) พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ใช้ลายเซ็นชื่อไม่ระบุว่าเป็นใครไม่ระบุตำแหน่ง 3) ลืมลงลายมือชื่อ 4) แผนกอายุรกรรมมีภาระงานมาก 5) ไม่มีการทบทวนเวชระเบียนซ้ำ

การวิเคราะห์เกณฑ์ข้อที่ 4 และ 5 ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลถือว่ามีความยินยอมโดยปริยายอยู่แล้ว เพราะผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อวัตถุประสงค์สำคัญคือต้องการบุคลากรการแพทย์ดูแลรักษาด้วยความสมัครใจ การลงบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยทำให้มีความชัดเจนทางใน ทางปฏิบัติมากขึ้น และการลงนามพยานทั้งสองฝ่ายอาจไม่จำเป็นในแบบบันทึกความ

ยินยอมรับการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดของเนธิภัททิ์ เสฎฐิตานันท์ (2557) กล่าวว่า การแสดงความยินยอม กฎหมายไม่ได้บังคับว่าต้องทำเป็นหนังสือหรือทำเป็นลายลักษณ์อักษร เพราะการแสดงความยินยอมสามารถทำได้ด้วยวาจา หรือการแสดงออกโดยปริยาย เมื่อกฎหมายไม่ได้บังคับว่าความยินยอมต้องทำเป็นหนังสือ ก็แสดงว่าไม่ได้บังคับให้มีพยาน ดังนั้นไม่จำเป็นต้องมีการลงชื่อพยานก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติควรมีพยานเพื่อป้องกันการโต้แย้งในภายหลัง สอดคล้องกับแนวคิดของแสวง บุญเฉลิมवास และอนเนก ยมจินดา (2546: 76) การนำสืบพยานบุคคลอาจไม่ชัดเจนเท่าพยานเอกสาร ในทางปฏิบัติจึงมักทำเป็นหนังสือเฉพาะกรณีที่ต้องผ่าตัด ตมยาระงับความรู้สึก หรืออันตรายที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของพิฑูร ธรรมธานนท์ (2554: 63) กล่าวว่า มีผู้เข้าใจผิดว่าวิธีการให้ความยินยอมจะต้องให้ทำเป็นหนังสือพร้อมกับมีลายเซ็นของผู้รับบริการเท่านั้น แต่ที่จริงแล้วกฎหมายไม่ได้บังคับว่าต้องทำเป็นหนังสือ ผู้รับ บริการสามารถให้ความยินยอมโดยวิธีอื่นได้ เช่นยินยอมด้วยวาจาหรือยินยอมโดยปริยายก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามกรณีทำหัตถการหรือการตรวจรักษาที่มีอันตรายอย่างรุนแรงมีข้อเสนอแนะว่าควรทำเป็นลายลักษณ์อักษรเสมอเพื่อป้องกันการโต้แย้งในภายหลัง

หลักเกณฑ์ข้อที่ 9 เรื่องการไม่ลงบันทึก เวลา เช่นเดียวกับในระยะทดลอง ปัญหาที่พบในทางปฏิบัติของเกณฑ์ข้อนี้มีหลายประการ เช่น 1) แบบบันทึกไม่เน้นให้เห็นชัดเจนว่าต้องระบุเวลาที่ยินยอม 2) ผู้ปฏิบัติเคยชินกับรูปแบบเดิมที่ไม่เคยลงบันทึกเวลา ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ หัตยา ภูระพัฒน์ (2556) ได้ทำการศึกษาแนวทางการพัฒนาการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ มหาวชิราลงกูยขอนแก่น พบมีคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเรื่องการบันทึกความยินยอมรับการรักษาลด้อยร้อยละ 88.65 พบว่ามีปัญหาเรื่องการไม่ระบุ วัน เดือน ปี ที่รับทราบและยินยอมรับการรักษา

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนางานการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม จากการศึกษาพบว่า ได้รูปแบบการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบทบัญญัติแห่งกฎหมายด้านสุขภาพ จากการประเมินคะแนนรวมการบันทึกความยินยอมอยู่ในระดับดีมาก และความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับดี จึงควรมีการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล และควรกำหนดเป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกให้ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของหน่วยงานภายนอก

เอกสารอ้างอิง

ฉัตรสมน พดุมิภิญโญ. (2555). กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล: กฎหมายว่าด้วยสารบัญญัติและวิธีพิจารณาความ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประวีณ พิมพ์หอม. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. สารนิพนธ์ปริญญา. มหาวิทยาลัยพะเยา.
- แพทยสภา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการเรียนรู้การสอนเวชวิทยาศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- วิทยา ศรีดาม. (2547). หัตถการทางการแพทย์ทางด้านอายุรศาสตร์. โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ฉบับที่ 17. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศูนย์ตี พิมพ์เคชั่น.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2552). HA UPDATE 2009. 10th Lean and Seamless Healthcare.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). จินตนาการสร้างสรรค์คุณภาพ HA UPDATE 2015. 16th HA National Forum: Imagination for Quality.
- สง่า นิลวางกุล, จินตนา ศิรินาวัน (บรรณาธิการ). (2533). การปฏิบัติการและหัตถการทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สโมสรนักศึกษาแพทยศิริราช.
- สมชาติ โตรักษา. (2548). หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์กรและหน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท เอส. พี. เอ็น. การพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical record audit guideline).
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอนเนก ยมจินดา. (2546). กฎหมายการแพทย์: วิเคราะห์ปัญหากฎหมายเริ่มต้นของชีวิตในครม.มาถึงภาวะแกนสมองตาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2556). กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์พยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2554). การให้ความยินยอมในการรับบริการสาธารณสุขและความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรา 8 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม.
- หัตยา ภูระพัฒน์. (2556). แนวทางการพัฒนาการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ศูนย์หัวใจ สิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เนธิภัทท์ เสฎฐิตานันท์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สภาการพยาบาลสัจจและเครือข่ายสภาการพยาบาล วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2557.
- Thai International Health care Standard Training Center (TITC). Informed consent. Available online: from: <http://www.hkp-hospital.go.th>. เข้าสืบค้นข้อมูล 18 กันยายน 2558.