

บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ : แนวคิด
วิธีบันทึก และการใช้ประโยชน์

**Nursing and Midwifery Documentation :
Concepts, methods and utilization**

ประคิน สุจนายา และคณะ

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พ.ศ 2549

ISBN

บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ : แนวคิด วิธีบันทึก
และการใช้ประโยชน์

Nursing and Midwifery Documentation : Concepts, methods and utilization

ประคิน	สุจนายา
วิจิตร	ศรีสุพรรณ
โรจน์	จินตนาวัฒน์
กุดดา	พฤติวรรณ
ศรีมณฑา	นิยมคำ

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้เป็นของคณะวิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2549

คำนำ

ในการประชุมระดมสมองของนักวิชาการ นักปฏิบัติและนักวิจัยทางการแพทย์บาลกลุ่มหนึ่งเกี่ยวกับประเด็นที่ยังเป็นปัญหา ที่ยังขาดความชัดเจน ที่ต้องแก้ไข ปรับปรุง เพื่อพัฒนาให้ระบบบริการพยาบาลทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีประสิทธิภาพเมื่อปี พ.ศ. 2547 ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นั้น ได้มีการระบุประเด็นปัญหาที่ต้องศึกษาวิจัยหลายเรื่อง และการบันทึกทางการแพทย์และผดุงครรภ์ เป็นประเด็นหนึ่งที่ถูกระบุว่าเป็นประเด็นที่ควรพัฒนา หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องตระหนักว่า การบันทึกทางการแพทย์และผดุงครรภ์ที่กำลังทำอยู่นั้น ยังไม่สะท้อนบทบาทการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างแท้จริง และเป็นเอกสารที่มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยหรือพัฒนาบริการพยาบาลน้อย เมื่อเทียบกับเวลาที่ต้องใช้ในการบันทึก นอกจากนี้คณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้มีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องพัฒนาบันทึกการพยาบาล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาบันทึกทางการแพทย์และผดุงครรภ์ แนวคิด วิธีการ และการใช้ประโยชน์

สำหรับรายงานฉบับนี้การพยาบาลจะหมายถึงการพยาบาลและการผดุงครรภ์เสมอ เพราะในประเทศไทยสองวิชาชีพนี้อยู่คู่กัน ผู้ที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น 1 และชั้น 2 กับสภาการพยาบาลจะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในที่นี้จึงขอเรียกสั้นๆว่า "การพยาบาล"

รายงานฉบับนี้มุ่งที่การเสนอการทบทวนวรรณกรรม ประกอบกรณีศึกษาเท่านั้น สารที่นำเสนอในรายงานฉบับนี้ยังไม่ได้นำเสนอเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนมากอย่างที่ได้เคยวางแผนไว้ และกรณีศึกษายังจำกัดเพียง 3 แห่ง โดยยังไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละเอกสารอย่างละเอียด

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณเพื่อการวิจัย และขอขอบคุณ คุณสาgun สิ้นไชย ที่สนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ และการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.ยุวดี เกตุสัมพันธ์ และคุณราศรี แก้วนพรัตน์ ที่ร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการพัฒนาโครงการ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมในการประชุมระดมสมอง ผู้ศึกษากรณีศึกษา หน่วยงาน และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2549

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
สารบัญ	ii
บทสรุปผู้บริหาร	iii
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 3 การบันทึกทางการพยาบาล : กรณีศึกษา	30
บทที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา	40
เอกสารอ้างอิง	44
ภาคผนวก	47
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย	48
ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาล	49

บทสรุปผู้บริการ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ เป็นการสื่อสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างพยาบาลและผดุงครรภ์ และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผดุงครรภ์ และผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ โดยพยาบาลและผดุงครรภ์จะบันทึกข้อมูลดิบ ข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจทางคลินิก ลงในแบบฟอร์มต่างๆ ตามที่หน่วยงานกำหนด นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นหลักฐานของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ประเทศไทยยังไม่ได้กำหนดมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับชาติ ฝ่ายบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ของโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ ต่างมีการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ของหน่วยงานขึ้น จากกรณีศึกษาในโรงพยาบาลรัฐ 3 แห่ง พบว่าแต่ละแห่งต่างตื่นตัวและพยายามพัฒนารูปแบบและวิธีการในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบในเรื่องนี้ และมีการประชุมชี้แจงบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจ แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ อันเนื่องจากระบบบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ พยาบาลและผดุงครรภ์ บันทึก และระบบสนับสนุน

ในเอกสารการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและผดุงครรภ์ บันทึกของพยาบาลและผดุงครรภ์ ตามกระบวนการพยาบาลนับว่าเป็นเอกสารฉบับหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งที่จะสะท้อนองค์ความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลและผดุงครรภ์ ในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สถานการณ์พยาบาล ควรทำงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นเอกสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้รับบริการอย่างแท้จริง

Executive Summary

Nursing and midwifery documentation is the written communication between nurses, midwifery and other health professionals in health team about patient's signs and symptoms, nursing and midwifery diagnosis, interventions and outcomes. Nurses and midwives record data, information and their clinical judgment in various forms set by the institutions from admission of patient up to discharge. Good nursing and midwifery documentation will lead to proper response to patients needs continuity of care, evidences for nursing interventions given and legal evidences.

There is no national standards of nursing and midwifery documentation in Thailand. Nursing and Midwifery division in the secondary and tertiary care hospitals have developed system approaches or methods of nursing and midwifery documentation for their own use. From 3 care studies, it was found that each nursing and midwifery division is alert and puts efforts in developing approaches and methods for nursing and midwifery documentation. A committee to oversee this work has been appointed. A meeting to build understanding among nursing and midwifery staff was conducted. However, problems related to documentation were identified . These were due to the problems in relation to nursing and midwifery service system, nurses and midwives, records and supportive system

Among nursing and midwifery documents, nurse's and midwife's note based on nursing and midwifery process is one of the important document that reflects body of knowledge and skills of nurses and midwives. In development of nursing and midwifery documentation Nursing Council should work together with stakeholders to develop effective nursing and midwifery documentation that can be beneficial to health care professionals and health care consumers.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพราะจะเอื้อต่อการประสานการดูแลอันจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง บันทึกทางการพยาบาล (nursing documentation) เป็นการสื่อสารวิธีหนึ่งในรูปของการเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วย โดยมีการบันทึกเพื่อสื่อสารเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การตรวจรักษาที่ให้ แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำให้ ผลการปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วย และแผนการพยาบาลที่ปรับแล้ว นับว่าบันทึกทางการพยาบาลเป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่สุดระหว่างบุคลากรพยาบาลในทีมการพยาบาล หรือทีมสุขภาพ รับรู้เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้สามารถติดตามและประเมินการรักษาและอาการผู้ป่วย และปรับวิธีการดูแล รักษาได้อย่างเหมาะสม อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแล นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาล ยังใช้เป็นเอกสารสำคัญในการประกันคุณภาพการพยาบาลหรือการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ตลอดจนใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งการนำมาใช้เพื่อกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการพยาบาล การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล การสอนการวิจัย เป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการทางการพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

การบันทึกทางการพยาบาลที่ดี ควรเป็นการบันทึกข้อเท็จจริง (factual) ที่พรรณนาข้อมูลตามสภาพที่พยาบาลเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น ได้สัมผัส โดยเป็นข้อมูลที่สามารถวัดหรือสังเกตได้ โดยใช้เครื่องมือต่างๆ (objective data) หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และซักประวัติผู้ป่วยและหรือครอบครัว (subjective data) นอกจากนี้สิ่งที่บันทึกต้องสะท้อนข้อมูลหรือการวัดที่ถูกต้อง (accurate) ชัดเจน มีความสมบูรณ์ (complete) และเป็นปัจจุบัน โดยครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วย และการรักษา คำสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด ยาและการรักษาที่ได้รับ การเตรียมผู้รับบริการเพื่อการวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษ และการผ่าตัด อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ การรักษาในภาวะฉุกเฉินและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ผู้ที่ถูกตามมาดูอาการ การรับใหม่ การย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่น การจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการเสียชีวิต ทั้งนี้การบันทึกต้องทำอย่างเป็นระบบเป็นลำดับ (organized)

วิธีการบันทึกเอกสารมีหลายลักษณะ ได้แก่ (1) การบันทึกแบบพรรณนา (narrative documentation) เพื่อแสดงลำดับของเหตุการณ์ (2) การบันทึกทางการแพทย์โดยมุ่งเน้นปัญหา (problem oriented medical records - POMR) ที่ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน รายการปัญหา แผนการดูแลและบันทึกความก้าวหน้า (3) การบันทึกแบบ SOAP ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลจากผู้ป่วย (subjective data) ข้อมูลจากการวัดและการสังเกต (objective data) การประเมิน (assess) และแผน (plan) (4) การบันทึกแบบ PIE ประกอบด้วย ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (problem) การปฏิบัติการพยาบาล (intervention) และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (evaluation) หรือ (5) การทำแผนที่การดูแล (care map) หรือเส้นทางการดูแลที่สำคัญ (critical pathway) โดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนการจัดการผู้ป่วยแบบรายกรณี (care management plan)

บันทึกทางการแพทย์ประกอบด้วย แบบฟอร์ม (forms) ประเภทต่างๆ ได้แก่ (1) แบบฟอร์มเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยแรกรับ ซึ่งรวมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (2) แบบฟอร์มบันทึกประจำวัน (flow sheet) เกี่ยวกับสิ่งที่วัดและสังเกตในผู้ป่วย เช่น แบบฟอร์มสัญญาณชีพ แบบฟอร์มประเมินความเจ็บปวด แบบฟอร์มบันทึกสารน้ำที่ได้รับและการขับถ่าย (3) แบบฟอร์มการบันทึกการสอนผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะรวมถึงการประเมินความต้องการ ระดับความรู้ความสามารถในการเรียนรู้ ความพร้อมที่จะเรียนรู้ (4) แบบสรุปการดูแลผู้ป่วย หรือคาร์เด็กซ์ (client care summary หรือ kardex) ซึ่งจะรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอย่างสั้นและเป็นปัจจุบัน การวินิจฉัยในเบื้องต้น คำสั่งการรักษาของแพทย์ แผนการพยาบาล คำสั่งทางการพยาบาล กำหนดการตรวจและทดสอบ การป้องกันความปลอดภัย กิจกรรมประจำวัน บุคคลที่สามารถติดต่อได้เมื่อฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์กรณีฉุกเฉิน และประวัติการแพ้ (5) ใบบันทึกจำนวนชั่วโมงการดูแลและจำนวนบุคลากรสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ซึ่งขึ้นกับชนิดและจำนวนของการปฏิบัติการพยาบาล (acuity charting) (6) แผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน (standardized nursing care plan) (7) แบบบันทึกของพยาบาล (nurse's note) เพื่อระบุนวณข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและสภาพผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาหรือเวร และ (8) แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างย่อ (discharge summary form) ซึ่งจะมีปัญหาของผู้ป่วยที่ยังคงมีอยู่ และการดูแลต่อเนื่องที่ต้องการภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

แผนการพยาบาล และบันทึกของพยาบาล นับว่าเป็นบันทึกทางการแพทย์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลควรได้จัดทำสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาจทำเป็นฉบับเต็มหรืออย่างย่อโดยเป็นการประมวลข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากแบบฟอร์มต่างๆ รวมทั้งข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์และทีมสุขภาพ เพื่อบ่งชี้ปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลซึ่งเรียกว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) จากนั้นมีการกำหนด วัตถุประสงค์การพยาบาล (objective) วิธีการปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/action) วิธีการประเมินผลการพยาบาล (nursing evaluation) และ ผลการพยาบาล (nursing care outcome) โดยการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นอาจเขียนตามแนวทางของแบบแผนสุขภาพ

11 แบบแผนของกอร์คอน (functional health pattern) แนวทางที่กำหนดโดยสมาคมวินิจัยทางการพยาบาลของอเมริกาเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association : NANDA) หรือตามแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ หรือตามแนวทางอื่นๆ ส่วนการปฏิบัติการพยาบาล ก็จะนำมาจากการศึกษาเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับเกี่ยวกับวิธีการลด ความคลุมอากาและอาการแสดง ตลอดจนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพ ความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ทั้งนี้แผนการพยาบาลจะมีการประเมินทุกวัน เพื่อปรับแผนให้สอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วยและอาจเป็นเอกสารเฉพาะหรือบูรณาการในบันทึกของพยาบาล

สำหรับบันทึกของพยาบาล (nurse's note) ที่พยาบาลแต่ละเวรเขียน เพื่อไว้สื่อสารกับพยาบาลคนอื่นๆ และบุคลากรทางสุขภาพนั้น ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา จะไม่มีแบบบันทึกของผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละประเภท แต่จะมีแบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ที่ผู้ให้บริการทุกคนสามารถเขียนร่วมกัน ทำให้เอกสารมีการอ่านโดยบุคลากรกลุ่มต่างๆ และนำไปสู่การดูแล ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยเริ่มมีแนวคิดที่จัดทำเอกสารในแนวนี

ในประเทศสหรัฐอเมริกา บันทึกทางสุขภาพต้องจัดทำตามมาตรฐานของคณะกรรมการรับรององค์การการให้บริการสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization - JCAHO) เพื่อใช้เป็นเอกสารรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และลดการถูกฟ้องร้อง ตามมาตรฐานของการบันทึกผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องได้รับการประเมินความต้องการทาง กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับความรู้และแผนการจำหน่าย โดย JCAHO กำหนดว่าการบันทึกต้องเขียนในบริบทของกระบวนการพยาบาล รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การสอน ครอบครัว และแผนการจำหน่าย และเมื่อไม่นานมานี้ได้รวมเรื่องการจัดการความเจ็บปวดและการประเมินผลการพยาบาลที่ประกอบด้วยระดับความก้าวหน้าและความสำเร็จของผลลัพธ์ของการดูแลด้วย

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานใดที่กำหนดรูปแบบหรือมาตรฐานของบันทึกทางการพยาบาลไว้ในระดับชาติ นอกจากกองการพยาบาลที่ให้แนวทางสำหรับฝ่ายบริการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนแต่ละแห่งจะกำหนดแบบฟอร์ม วิธีการบันทึกเอง โดยใช้แนวคิดต่างๆเป็นฐานในการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการใช้ประโยชน์ในหน่วยงานนั้นๆ จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องยังไม่พบข้อมูลสถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากสิ่งที่พยาบาลบันทึก ดังนั้นในเบื้องต้นนี้คณะผู้ศึกษาจึงมีความสนใจจะศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบันทึกทางการพยาบาล และนำเสนอกรณีศึกษาบันทึกทางการพยาบาลที่มีในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล และมีแนวทางในการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล ให้เป็นเอกสารในการให้บริการพยาบาล เอกสารทาง

กฎหมายที่คุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพ แนวทางการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ และการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิด ประเภท และวิธีการของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. เพื่อศึกษบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
3. ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนามบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ตามแนวคิดทางวิชาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลควรเป็นอย่างไร
2. บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ใช้ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการบันทึกอย่างไร บันทึกมีการพัฒนามาจากแนวคิดอะไร และมีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง
3. แนวทางการพัฒนามบันทึกทางการแพทย์พยาบาลควรเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

เอกสารฉบับนี้เป็นการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารของโรงพยาบาล และการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ หรือพยาบาลผู้บันทึก ข้อมูล นำเสนอแบบเชิงพรรณนาตามแนวคิด ทฤษฎี และกรณีศึกษา 3 แห่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาแนวคิด ประเภท และวิธีการของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และศึกษบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิ รวมทั้งศึกษาแนวทางการพัฒนามบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย

1. เอกสารบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 3 แห่ง
2. ผู้รับผิดชอบงานบันทึกเอกสารทางการแพทย์พยาบาล
3. พยาบาลระดับปฏิบัติการ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. เอกสารบันทึกทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จากหอผู้ป่วย 4 แผนกคือ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูติกรรม
2. ผู้รับผิดชอบงานบันทึกเอกสารทางการแพทย์
3. พยาบาลระดับปฏิบัติการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างของเอกสารบันทึกทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจากหอผู้ป่วย 4 แผนกคือ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูติกรรม กำหนดโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือแผนกละ 50 เอกสาร
2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้รับผิดชอบงานบันทึกเอกสารทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก กำหนดโดยเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ต้องเป็นกรรมการหรือผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานที่ทำการศึกษา จำนวน 2 คน
3. จำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ใช้ในการจัดสนทนากลุ่ม กำหนดกลุ่มสมาชิกระหว่าง 6-9 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับผิดชอบงานบันทึกเอกสารทางการแพทย์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเป็นคำถามปลายเปิด ทั้งหมด 11 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ ความเหมาะสมและความสำคัญของแบบบันทึก ปัญหาที่พบ และแนวทางการพัฒนา
2. แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มกับพยาบาลระดับปฏิบัติการ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเป็นคำถามปลายเปิด ทั้งหมด 17 ข้อ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการแพทย์ ดังรายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก
3. แบบตรวจสอบและประเมินบันทึกทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของแบบบันทึกทางการแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างมี ได้แก่ Kardex, Nursing care plan, Progress note และ/หรือ Nurse's note, Discharge summary, Discharge planning, flow sheet ต่างๆ และอื่นๆ
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินบันทึกทางการแพทย์ เป็นแบบตรวจสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการบันทึกข้อมูลใน Kardex, Nursing care plan, Progress note และ/หรือ Nurse's note,

Discharge summary, Discharge planning, flow sheet ต่างๆ และอื่นๆ โดยในการประเมินบันทึกทางการพยาบาลต้องประเมินใน 2 ด้าน คือ ด้านความสมบูรณ์ และคุณภาพ

การประเมินด้านความสมบูรณ์ มีเกณฑ์การประเมินดังนี้

- NA = ไม่จำเป็นต้องมี (Not applicable) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบางรายไม่รับใช้บริการการปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ จึงไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ
- 0 = ไม่มี
- 1 = มี ไม่สมบูรณ์
- 2 = สมบูรณ์ตามที่กำหนด

การพิจารณาความสมบูรณ์ของ Kardex

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่ สมาชิกในครอบครัวที่ติดต่อได้ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ประวัติการแพ้ยา
2. ชื่อแพทย์ผู้รักษา ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง
3. การวินิจฉัยโรค ต้องเป็นตัวเต็มหรือตัวย่อสากล
4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย ปัญหาและสาเหตุหรือเหตุผลของการเกิดปัญหา
5. คำสั่งการรักษา
 - 5.1 ยา ประกอบด้วย ชื่อยา ปริมาณ วิธีทาง เวลา
 - 5.2 อาหาร ประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ วิธีทาง เวลา
 - 5.3 สารน้ำ ประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ เวลา อัตราหยด
 - 5.4 Treatment ประกอบด้วย บริเวณที่ทำ treatment ความถี่ในการทำ เวลา
 - 5.5 การทำหัตถการ ประกอบด้วย บริเวณที่ทำ treatment ความถี่ในการทำ เวลา
 - 5.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย สิ่งที่ต้องตรวจ ปริมาณ เวลา
 - 5.7 การปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ผู้รับการปรึกษา เรื่อง เวลา
 - 5.8 กิจกรรมที่ผู้ป่วยควรทำ / จำกัด
 - 5.9 สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 5.10 สิ่งที่ต้องระวัง

การพิจารณาความสมบูรณ์ของ Nursing care plan

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ การวินิจฉัยโรค
2. ประเมินร่างกายตามระบบ ซึ่งประเมินตามความเชื่อทางทฤษฎี และ/หรือตามความจำเป็น ประกอบด้วย ระบบร่างกายที่ตรวจ ความผิดปกติที่พบ
3. ระบุปัญหาสำคัญทางการพยาบาล ประกอบด้วย ปัญหาและสาเหตุ หรือเหตุผลของการเกิดปัญหา
4. วันที่เกิดปัญหา และวันที่ปัญหาได้รับการแก้ไข ประกอบด้วย วัน เดือน ปี
5. กำหนดเป้าหมาย
6. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ประกอบด้วย สิ่งที่คาดหวัง และกำหนดระยะเวลา
7. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยหรือกิจกรรมการพยาบาล

การพิจารณาความสมบูรณ์ของ Progress note และ/หรือ Nurse's note

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ
2. อาการและสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย General appearance, อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ เช่น สาย drain, การ On oxygen
3. ระบุปัญหาที่พบหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า
4. กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมที่ทำให้กับผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมที่เป็น PRN
5. ประเมินผลการให้การพยาบาล

การพิจารณาความสมบูรณ์ของ Discharge summary และ Discharge planning

ตามที่ระบุในแบบตรวจสอบและประเมินบันทึกทางการพยาบาล

เกณฑ์การประเมินด้านคุณภาพ มีเกณฑ์การประเมินดังนี้

- NA = ไม่จำเป็นต้องมี (Not applicable) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ใช้บริการการปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ จึงไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ
- 0 = ไม่มีการบันทึก
- 1 = มี อ่านไม่เข้าใจ
- 2 = มี แต่ขาดสาระสำคัญ ตามที่กำหนดในการประเมินความสมบูรณ์ ครบถ้วน
3. = มีครบถ้วน สื่อความหมายได้ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนตรงตามหลักการบันทึก (สำหรับ Discharge planning วันที่วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต้องเป็นวันแรกของการรับใหม่)

วิธีการเก็บข้อมูลของแบบบันทึกทางการพยาบาลแต่ละประเภท มีดังนี้

1. Kardex เลือกเก็บวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. Nursing care plan, Progress note (Nurse's note), แบบบันทึกสารน้ำเข้า / ออก ในร่างกาย

และแบบบันทึกสัญญาณชีพ

 ส้อมเลือก เวย์เช้า 25 ชุด

 เวย์บ่าย 15 ชุด

 เวย์ดึก 10 ชุด

โดยแต่ละเวย์ให้เก็บข้อมูลก่อนวันสุดท้ายที่ออกจากโรงพยาบาล 1 วัน

3. Discharge summary เก็บข้อมูลวันสุดท้ายของการอยู่โรงพยาบาล
4. Discharge planning เก็บข้อมูลวันที่ 1 หรือ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
5. แบบบันทึกการให้ยา และแบบบันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

 ส้อมเลือก เวย์เช้า 25 ชุด

 เวย์บ่าย 15 ชุด

 เวย์ดึก 10 ชุด

โดยแต่ละเวย์ให้เก็บข้อมูลก่อนวันสุดท้ายที่ออกจากโรงพยาบาล 1 วัน หรือหากไม่มีคำสั่งการรักษาของแพทย์ในวันนั้น ให้เลือกเอาวันอื่นๆ ที่มีการบันทึก

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือทำได้โดยนำแบบตรวจสอบและประเมินบันทึกทางการพยาบาลไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยปริกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบตรวจสอบและประเมินบันทึกทางการพยาบาลมาหาค่า Interater agreement ซึ่งต้องมีค่ามากกว่า 0.8 แล้วนำมาคำนวณหาค่า Content validity index (CVI) ที่ยอมรับได้คือ 0.7

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ทำได้โดยให้ผู้เก็บข้อมูล 2 คน เก็บตัวอย่างรายงานบันทึกทางการพยาบาลแล้วนำมาคำนวณหา Interater agreement ซึ่งต้องมากกว่า 0.8

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ต้องการศึกษาทั้ง 10 แห่ง ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงและทำความเข้าใจในวิธีการเก็บข้อมูลให้ตรงกัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดที่ผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวข้อง
3. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานบันทึกเอกสารทางการแพทย์และพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย
4. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลจากบันทึกเอกสารทางการแพทย์
5. ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานบันทึกเอกสารทางการแพทย์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
6. ผู้ช่วยวิจัยจัดสนทนากลุ่มกับพยาบาลระดับปฏิบัติการ พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
7. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมและสรุปรายงานเป็นกรณีศึกษา

หนึ่งในการรายงานฉบับนี้ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ แบบการบันทึกต่างๆ รวมทั้งการประชุมสัมมนาผู้เกี่ยวข้อง ยังไม่ได้ดำเนินการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษารวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ โดยไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงาน หรือผลอย่างอื่นใดที่จะได้รับ และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ต้องการเปิดเผย และข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้นำเสนอโดยภาพรวม ไม่ระบุชื่อของผู้ถูกสัมภาษณ์ หรือชื่อของผู้ป่วยที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วและเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบแสดงความจำนงค์เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการทำสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลจากแบบตรวจสอบและประเมินบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการประสานการดูแลและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง บันทึกทางการพยาบาล (nursing documentation) เป็นการสื่อสารวิธีหนึ่งที่สำคัญอยู่ในรูปของการเขียนบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยบันทึกสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การตรวจรักษาที่ได้รับ แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำ ผลการปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วย และแผนการพยาบาลที่ปรับแล้วซึ่งเป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่สุดระหว่างทีมการพยาบาล หรือบุคลากรในทีมสุขภาพทำให้สามารถติดตามและประเมินอาการผู้ป่วย รับรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพ และมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาล ยังใช้เป็นเอกสารสำคัญส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาลหรือการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลด้านกระบวนการ (ทศนีย์ ทองประทีป และ เบญญา เตากล่ำ, 2543) ซึ่งการประกันคุณภาพการพยาบาลนี้ จะเป็นหลักประกันที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (Marquis & Huston, 2000) นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งการนำมาใช้เพื่อกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการทางการพยาบาล การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล การสอนการวิจัย และเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการให้บริการทางการพยาบาล

ความหมายของ การบันทึกทางการพยาบาล

ทศนีย์ ทองประทีป และ เบญญา เตากล่ำ (2543) ให้ความหมายของ “การบันทึกทางการพยาบาล” ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลวิชาชีพเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษา และการให้การพยาบาล ทั้งนี้บันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนการแสดงถึงองค์ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์จะช่วยให้งานของพยาบาลเป็นที่ยอมรับของพยาบาลร่วมวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ

พอทเทอร์ และเพอร์รี่ (Potter และ Perry, 2005) ให้ความหมายของ “การบันทึก” ว่าเป็นทุกๆ สิ่งที่ถูกเขียนหรือพิมพ์เพื่อเป็นบันทึกหรือพิสูจน์สำหรับบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และการบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และรักษาผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลที่สำคัญ ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องมีความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจ และมีความยืดหยุ่นพอในการค้นหาข้อมูลที่สำคัญ ดำรงไว้ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพยาบาล และมาตรฐานของการบริการพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่บันทึกจะบ่งบอกถึงระดับของคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ประหยัดเวลา และลดความเสี่ยงของข้อผิดพลาดต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

วูทิลไลเนน ไอโซลา และเมอร์ริน (Voutilainen, Isola, & Muurinen, 2004) ได้ให้ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาลว่า เป็นการบันทึกแผนการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาล หรือผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และต่อเนื่อง นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง และทันสมัยจะช่วย ส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพในด้านการดูแลมีประสิทธิภาพขึ้น

ดังนั้น การบันทึกทางการพยาบาล จึงหมายถึง การเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ที่เกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพ ผลการประเมินอาการของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล ลงในแบบรายงานต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งในด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งการบันทึกข้อมูลเหล่านี้ถือว่าเป็นข้อมูลที่ถาวร และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย (ทัศนีย์ ทองประทีป และ เบญญา เตากล่ำ, 2543; Bjorvell, Wredling, & Thorell- Ekstrand, 2003; Carpenito, 1999; Craven & Hirnle, 2003; Potter & Perry, 2005; Taylor, et al, 2001) และคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ (Voutilainen, Isola, & Muurinen, 2004) นอกจากนี้ยังมีความสำคัญ ดังนี้

1. ข้อมูลที่บันทึกนำมาใช้เพื่อการติดต่อสื่อสาร (communication) เกี่ยวกับภาวะและความก้าวหน้าในอาการผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ
2. ข้อมูลที่บันทึกสามารถนำมารวบรวม เปรียบเทียบและประเมินความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ (assessment)

3. ช่วยในการวางแผนการพยาบาล (care planning) และให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย
4. ช่วยในการแยกแยะบทบาทของพยาบาลจากวิชาชีพอื่น
5. ให้เกณฑ์ในการจำแนกผู้ป่วย (patient classification)
6. ให้ข้อมูลแก่ฝ่ายบริหารเพื่อการวางแผน
7. นำมาใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย (quality assurance) และเป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและโรงพยาบาล
8. ใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล (reimbursement)
9. เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (legal documentation)
10. เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษา และวิจัย (education and research)

แนวทางของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องปฏิบัติ ดังนี้ (Craven & Hirnle, 2003; Meiner, 1999; Potter & Perry, 2005; Timby, 2003)

1. บันทึกตามข้อเท็จจริง (factual basis) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการดูแลที่ได้รับต้องเป็นตามความจริง เป็นสิ่งที่พยาบาลเห็น ได้ยิน สัมผัสได้ และได้กลิ่น โดยไม่ต้องแปลความ
2. บันทึกถูกต้องตรงตามความเป็นจริง (accurate) และเชื่อถือได้ (reliable) โดยเฉพาะการบันทึกตัวเลขต่างๆ เช่น ให้บันทึกว่า ผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใส จำนวน 450 ซี.ซี. แทนการบันทึกว่า ผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณพอควร
3. บันทึกครบถ้วน มีรายละเอียดที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์ (complete detail)
4. บันทึกสั้น กระชับ ได้ความหมายชัดเจน (brief and concise)
5. ข้อมูลอันนี้ต้องสามารถบอกแหล่งที่มา และบริบทได้ (objectivity)
6. บันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตรงตามเวลา และบันทึกทันทีหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้วเสร็จ (timely with current data)
7. บันทึกข้อมูลอย่างเป็นลำดับและระบบ (logical organization data) เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และควรบันทึกตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
8. สิ่งที่บันทึกควรเป็นเรื่องปกปิด (confidentiality) ผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ไม่สามารถเข้าถึงบันทึกได้ ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นกรณี
9. บันทึกด้วยตัวหนังสือ หรือลายมือที่สวยงาม เรียบร้อย อ่านง่าย (legibility) เพื่อให้เข้าใจได้ตรงกัน

หลักของการบันทึกทางการแพทย์

ในการบันทึกทางการแพทย์ จะต้องคำนึงถึงหลักการของการบันทึก ดังนี้

1. บันทึกวัน เดือน ปี เวลา และเหตุการณ์ ตามลำดับ ก่อน หลัง
2. บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เป็นจริง โดยไม่ต้องแปลความหมาย
3. บันทึกด้วยปากกา ให้ชัดเจน ลายมืออ่านง่าย
4. แก้ไขข้อความที่ผิดพลาดทันที โดยห้ามลบ หรือป้ายข้อความด้วยน้ำยาลบคำผิด ถ้าเขียนผิด

ให้ขีดเส้นทับ เขียนชื่อกำกับ แล้วเขียนใหม่ให้ถูกต้อง

5. ห้ามเว้นช่องว่างไว้ให้เติม และไม่ต้องเว้นบรรทัด
6. ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล เข้าใจตรงกัน และสะดวกให้ถูกต้อง
7. ห้ามเขียนข้อคิดเห็นส่วนตัวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย
8. หลีกเลี่ยงการใช้คำที่มีความหมายกว้าง เช่น อาการปกติ อาการดี เป็นต้น
9. บันทึกด้วยตนเอง
10. เขียนชื่อ นามสกุล และตำแหน่งอย่างชัดเจนทุกครั้งเมื่อจบการบันทึก

โดยทั่วไปข้อมูลที่จะบันทึกจะครอบคลุมถึง ข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง อาการและอาการแสดง พฤติกรรมของผู้รับบริการ กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ ยาที่ให้ แผนการรักษาของแพทย์ คำแนะนำที่ให้ และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น

รูปแบบของการบันทึก (format)

รูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในปัจจุบัน มีหลายแบบ (Meiner, 1999; Potter & Perry, 2005; Timby, 2003) ดังนี้

1. การบันทึกตามแหล่งที่มาของข้อมูล (Source-Oriented Records) เป็นการบันทึกในรูปแบบฟอร์มต่างๆ แยกตามสาขาวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยบุคลากรสุขภาพแต่ละฝ่ายจะบันทึกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะในส่วนของตนเอง การบันทึกชนิดนี้มีข้อด้อย คือยากแก่การแสดงให้เห็นภาพรวมของการดูแล และการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งดูเหมือนว่าแต่ละฝ่ายจะทำงานอิสระจากกัน

2. การบันทึกแบบรายการปัญหา (Problem-Oriented Medical Record : POMR) เป็นการบันทึกตามรายการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข รายการปัญหานั้นจะถูกตัดทิ้งหรือขีดฆ่า พร้อมลงลายเซ็น และวันที่ ประกอบด้วย

2.1 Database : เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่รวบรวมได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงปัจจุบัน เช่น ความเจ็บป่วยในอดีต การตรวจวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

2.2 Problem list : รายการปัญหา เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ แล้วนำมาเขียนเป็นรายการปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่พบปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งนี้ต้องมีการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วย

2.3 Nursing care plan : แผนการพยาบาล เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละปัญหา ประกอบด้วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลที่คาดว่าจะได้รับ

2.4 Progress notes : แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกมีหลายรูปแบบ ดังนี้

2.4.1 Narrative Notes เป็นการบันทึกที่เกี่ยวกับอาการ หรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก รวมถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละผลัดการทำงาน โดยจะบันทึกเป็นเรียงความ เรียงตามลำดับการเกิดเหตุการณ์ ก่อน หลัง และตามเวลาที่เกิดขึ้นจริง

2.4.2 SOAP Notes เป็นการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

S = Subjective data	ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย
O = Objective data	ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต รู้สึก ได้กลิ่น หรือ ได้ยิน ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
A = Assessment	การวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้
P = Plan	แผนการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ แก้ปัญหา
ในบางกรณีอาจบันทึกในรูปแบบของ SOAPIER ซึ่งจะคล้ายกับ SOAP แต่เพิ่ม	
I = Intervention	กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้แก้ปัญหา
E = Evaluation	การประเมินผลการพยาบาล
R = Revision	แผนการพยาบาลที่ปรับ

2.4.3 PIE Notes เป็นการบันทึกตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยรวมแผนการพยาบาลเข้าไปอยู่ใน progress notes จึงต้องบันทึกปัญหาทางการพยาบาลในทุกผลัดของการทำงาน PIE notes ประกอบด้วย

P = Problem	ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
-------------	--

I = Intervention	กิจกรรมการพยาบาล
E = Evaluation	การประเมินผลการพยาบาล

2.4.4 Focus DAR Notes เป็นการบันทึกตามปัญหาเฉพาะกรณี โดยไม่เน้นเฉพาะปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ แต่สามารถบันทึกเหตุการณ์อื่นๆที่สำคัญได้ เช่นสิ่งที่เกิดจากการให้คำแนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยเป็นต้น Focus DAR notes ประกอบด้วย

D = Data	ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวัดผลการตรวจต่างๆ
A = Action	กิจกรรมการพยาบาล
R = Response	การตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบมีข้อดีข้อด้อยที่

แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

2.4.5 การบันทึกที่นอกเหนือจากข้อความมาตรฐาน (Charting by Exception: CBE)

สถาบันมีการกำหนดมาตรฐานของการดูแล (standard of care) ไว้แล้ว การบันทึกแบบนี้อนุญาตให้พยาบาลทำการบันทึกเฉพาะสิ่งหรือปัญหาสุขภาพที่นอกเหนือจากที่มีอยู่ในมาตรฐานการดูแลนั้นๆในรูปของ progress note ทำให้ง่าย และประหยัดเวลาของการบันทึก ส่วนปัญหาสุขภาพที่พบตามแบบมาตรฐานการดูแลที่กำหนดไว้แล้วให้ทำการบันทึกโดยการทำเครื่องหมายหน้าข้อความดังกล่าว

3. การบันทึกเชิงพรรณนา (narrative nurse note)

เป็นแบบที่ใช้บันทึกเพื่อบรรยายการสังเกต การปฏิบัติกิจกรรม และการตอบสนองต่อการดูแล เป็นการเขียนแบบง่ายที่เริ่มด้วย วัน เวลา ข้อมูล ต่อด้วยรายละเอียด และตำแหน่งแบบด้วยย่อ ซึ่งอาจใช้เพื่อเขียนผลการประเมินผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน รายละเอียดการทำกิจกรรม แต่วิธีนี้ไม่ค่อยเป็นที่นิยมเพราะต้องเขียนยาว ใช้เวลามาก และมีคนอ่านน้อย มีหลายลักษณะ เช่น การบันทึกที่มุ่งที่ผลลัพธ์ (outcome based charting) การบันทึกจะเน้นที่พฤติกรรมผู้ป่วยภายหลังการให้การพยาบาล

4. การบันทึกในแผ่นบันทึกการเปลี่ยนแปลงประจำวัน (flowsheets in charting)

การบันทึกแบบนี้ใช้สำหรับการดูแลที่ต้องทำเป็นประจำ เป็นเวลาหลายวัน เพื่อให้ง่ายและสะดวกที่จะบอกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย เช่น บันทึกสารน้ำที่ได้รับ หรือที่สูญเสีย เป็นต้น

5. การบันทึกที่เป็นแผนการจัดการผู้ป่วยเป็นรายกรณี และเส้นทางการดูแล (Case management plan และ critical pathway)

การบันทึกประเภทนี้เป็นการบันทึกการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขา ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะร่วมกันวางแผนกำหนดมาตรฐานการดูแล และการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ป่วย ระบบนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยบางประเภทได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

มีอาการแปรปรวน คาดคะเนไม่ได้ มีความเสี่ยงทางเศรษฐกิจและสังคม มีการเข้าโรงพยาบาลบ่อยด้วยโรคเรื้อรัง และหรือต้องใช้สหวิชาชีพในการดูแล ทั้งนี้ต้องมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย (case manager) โดยส่วนใหญ่มักเป็นพยาบาล จากนั้นมีการทำเส้นทาง โดยคาดการณ์การดูแลที่ต้องทำให้ผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า แล้วเปรียบเทียบกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก่อนสรุปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค หรือตามสถานะของผู้ป่วย (critical pathway) โดยในแนวทางดังกล่าวจะมีการกำหนดปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและการรักษาหลัก ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยนี้จะถูกนำมาใช้ตลอดระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยถูกกำหนดขึ้นโดยบุคลากรในทีมสุขภาพทุกสาขา และใช้การบันทึกร่วมกันเพื่อเสนอภาพโดยรวมในการดูแลผู้ป่วย จึงช่วยลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกได้ (Potter & Perry, 2005)

อย่างไรก็ตามการบันทึกในแต่ละระบบมีข้อดีและข้อด้อยที่ต้องพิจารณา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : ข้อดีข้อด้อยของการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยแต่ละรูปแบบ (Craven & Hirnle, 2003)

รูปแบบของการบันทึก	ข้อดี	ข้อด้อย
Narrative notes	- ง่ายต่อการเรียนรู้ - ง่ายต่อการปรับความยาวตามต้องการ - สามารถอธิบายได้ละเอียด	- ใช้เวลามาก - ยากที่จะนำข้อมูลออกมา - มักจะรวมข้อมูลที่ไม่สำคัญ - ขาดจุดเน้น (unfocused) และไม่มีการจัดระบบ
SOAP notes	- มุ่งไปที่ปัญหาของผู้รับบริการ - สมาชิกในทีมสุขภาพใช้ร่วมกันได้ - ง่ายต่อการนำอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมาระบุปัญหา - สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน	- ค่อนข้างยาวและใช้เวลามาก - ยากที่จะครอบคลุมทุกเรื่อง - อาจยากแก่การประเมิน
PIE notes	- สามารถรวมแผนการดูแลเข้าไป และประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มการประกันคุณภาพ - การทบทวนประจำวันเป็นการกำหนดความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง - ลดความซ้ำซ้อน ปรับการเขียนได้ง่าย	- ต้องอ่าน note จึงจะสามารถวางแผนให้การดูแลได้ - ถ้าปัญหาไม่ได้รับการพิจารณาจะทำให้ข้อมูลไม่ใช่ multidisciplinary

รูปแบบของการบันทึก	ข้อดี	ข้อด้อย
Focus DAR notes	- ครอบคลุมได้กว้างทุกประเด็นที่สำคัญ - กระทัดรัด ยึดหยุ่น - ใช้ได้ดีใน long term care และ ambulatory care	- ไม่สัมพันธ์กับ nursing care plan - ยากแก่การจัดลำดับเหตุการณ์ - ไม่ใช่ multidisciplinary
Charting by exception (CBE)	- ใช้เวลาของพยาบาลในการบันทึกน้อย - การใช้แบบฟอร์มในการบันทึกทำให้ง่ายต่อการวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย - มีแนวทาง (outline) ในการประเมินผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ต้องการชัดเจน	- สถาบันต่างๆต้องใช้เวลาและงบประมาณมากในการพัฒนามาตรฐานของการดูแลและแบบฟอร์มต่างๆที่ใช้ในการบันทึก - ไม่มีจุดเน้นในด้านการป้องกัน - ไม่เหมาะสมที่จะใช้ใน long term หรือ ambulatory care

การบันทึกทางการแพทย์โดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วย (Computer-assisted records)

ปัจจุบันระบบบันทึกของผู้ป่วยโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computer based patient record) มีการพัฒนา เพื่อรวบรวมข้อมูลการบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ การให้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค การเบิกจ่ายของจากหน่วยจ่ายกลาง แผนการดูแลผู้ป่วย การบันทึกต่างๆ รวมไปถึงค่ารักษาพยาบาล โดยทุกแผนกในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ได้ ซึ่งจะช่วยลดเวลาในการส่งต่อข้อมูล ทั้งยังใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว

บันทึกทางการแพทย์โดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยได้มีการพัฒนาขึ้นเช่นกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ลดระยะเวลาที่ต้องใช้ในการบันทึก บุคลากรพยาบาลจะได้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น ทั้งยังช่วยลดความผิดพลาดในเรื่องของการลืมของผู้บันทึก (human recall) ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล และทำให้ข้อมูลมีความทันสมัยอยู่เสมอ (Castonguay, 2001) แต่ทั้งนี้เนื่องจาก ข้อมูลของผู้ป่วยถือเป็นความลับ ดังนั้นผู้ที่เข้าถึงข้อมูลเหล่านี้จึงต้องมีรหัสผ่าน (passwords) สำหรับแต่ละบุคคล

อย่างไรก็ตาม ความผิดพลาดจากการใช้คอมพิวเตอร์ก็มีได้เช่นกัน เช่น ระบบขัดข้องไม่สามารถเรียกใช้ข้อมูลที่มีอยู่ได้ และหากมีผู้บันทึกข้อมูลผิดพลาดก็จะก่อให้เกิดความเสียหายและอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การใช้คอมพิวเตอร์อาจส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรสุขภาพลดลง และบุคลากรสุขภาพต้องมีความรู้และทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ เพื่อลดข้อผิดพลาดในการบันทึก (Castonguay, 2001)

กรณีที่น่าคอมพิวเตอร์มาช่วยช่วยสนับสนุนการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลสามารถเลือกระบบ หรือแบบที่ทำอยู่แล้วมาใช้ได้ โดยจัดเตรียมข้อความใส่ไว้ให้มาก เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเลือกจากรายการได้

ประเภทของบันทึกทางการแพทย์

ประเภทของบันทึกที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลักในการบันทึก มีดังนี้

1. **คาร์เด็กซ์ (Kardex)** แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลโดยสรุป ซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การผ่าตัด ความต้องการการดูแล โดยทั่วไป ความต้องการการดูแลเฉพาะ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น โดยจะเป็นข้อมูลที่มีการปรับให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ พยาบาลจะใช้คาร์เด็กซ์ในการรายงานด้วยวาจาในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมพยาบาลในผลัดของการทำงานต่อไป เพื่อให้พยาบาลในเวรถัดไปได้รับรู้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย การดูแลที่ได้ทำไว้ การดูแลที่ต้องทำในเวรถัดไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่คาร์เด็กซ์จะเป็นเอกสารขนาดเล็กที่ใช้แยกต่างหากจากแบบบันทึกอื่น

2. **แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยของพยาบาล (Nursing assessment note)** เป็นแบบบันทึกผลการประเมินผู้ป่วยของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยใช้กรอบแนวคิดต่างๆ เช่น ถ้าประเมินโดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ ต้องประเมินในด้าน (1) สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (2) การหายใจ (3) การไหลเวียนโลหิต (4) สุขอนามัยผิวหนัง (5) อาหารและการเผาผลาญอาหาร (6) การขับถ่าย (7) กิจกรรมและการออกกำลังกาย (8) การพักผ่อนและการนอนหลับ (9) เพศและการเจริญพันธุ์ (10) สติปัญญาและการรับรู้ (11) สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมและการปรับตัว และ (12) ค่านิยมและความเชื่อ

3. **แบบบันทึกสรุปปัญหา (Problem list)** เป็นแบบสรุปรายการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่พบตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล เลขที่โรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่จำหน่าย เป้าหมายของการดูแล ปัญหาทางการแพทย์ ข้อมูลสนับสนุน วันที่สิ้นสุดของปัญหา สรุปผลการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และชื่อผู้ประเมิน

4. **แบบประเมินผู้ป่วยในระหว่างการรักษา (Intra-admission assessment note)** เป็นแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ ระหว่างที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น แบบรวบรวมข้อมูลความเจ็บปวด แบบประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ แบบเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

5. **แบบบันทึกของพยาบาล (Nurse's note)** เป็นแบบบันทึกที่ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบ ประกอบด้วย วัน เวลา รายการปัญหา แผนการพยาบาล ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น การประเมินรวมทั้งอาการและการพยาบาลอื่นที่ให้โดยจะทำการบันทึกและประเมินผลการพยาบาลในทุกผลัดของการทำงาน

6. **แบบบันทึกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล (progress note)** ใช้บันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย อันเป็นผลสืบเนื่องจากการรักษาและการพยาบาลที่ให้ ซึ่งอาจเป็นการบันทึกของแต่ละวิชาชีพในเอกสารคนละชุด หรือเขียนร่วมกันในเอกสารชุดเดียวกัน เป็นลำดับของการให้การรักษาดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ควรบันทึกเฉพาะอาการที่เปลี่ยนแปลง การสนทนากับผู้ป่วยและญาติ หรือสิ่งที่ทำให้บริการต่างๆ ควรสังเกต ให้ความช่วยเหลือ

7. **แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning)** เป็นแผนที่พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพได้ทำเพื่อระบุความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ร่างกายสามารถดำรง หรือทำหน้าที่ได้อย่างสูงสุด ภายหลังที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งผลการประเมินทำให้พยาบาลอาจต้องสอนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถจัดการสถานการณ์ที่บ้านได้ หรือต้องส่งต่อผู้ป่วยหรือครอบครัวไปรับบริการที่จำเป็น ทั้งนี้พยาบาลควรจัดทำแผนจำหน่ายนี้ตั้งแต่แรกรับ จากเดิมรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พยาบาลต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพราะอาจต้องปรับหรือเพิ่มเติมแผน หากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย อารมณ์แปรปรวน มีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดซ้ำ หรือกิจกรรมการรักษที่บ้านมีความซับซ้อน

8. **แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย และการสอนเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อการส่งต่อ (nurse's discharge note)** เป็นแบบสรุปสถานภาพของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย การส่งต่อ และบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่สอนหรือแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย ตามแนวของ DMETHOD (Disease, Medication, Environment and Economic, Treatment, Health, Out Patient referral, and Diet) และผลของการสอน หากเป็นการสอนเรื่องทั่วไป ไม่จำเป็นต้องบันทึก

9. กราฟ และแบบฟอร์มต่างๆ (Graphic Sheet and Flow Sheet) เช่น

9.1 **แบบบันทึกแบบกราฟ** ใช้บันทึกสัญญาณชีพ (vital sign) ซึ่งรวมใช้บันทึกอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตในลักษณะของรูปกราฟ นอกจากนี้ยังใช้บันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณสารน้ำที่เข้า และออกจาก ร่างกายใน 1 วัน จำนวนครั้งของการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ซึ่งถ้าข้อมูลต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่จำเป็นต้องเขียนซ้ำในบันทึกความก้าวหน้า

9.2 **แผ่นบันทึกการให้ยาบริหารประทานทางปาก (Medication Administration Record)** ใช้บันทึกชื่อยา ขนาด จำนวน วิธีทาง การให้ยา และวัน เวลาที่ให้ยา พยาบาลผู้ทำการให้ยาต้องลงชื่อ และตำแหน่งกำกับด้วย

9.3 **แผ่นบันทึกการให้ยาฉีด** ใช้บันทึกชื่อยา ขนาดจำนวน วันและเวลาที่ให้ยา วิธีทางโดยการฉีดเข้าใต้ชั้นผิวหนัง กล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำ ซึ่งพยาบาลผู้ทำการให้ยาต้องลงชื่อ และตำแหน่งกำกับด้วย

9.4 **แผ่นบันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ** ใช้บันทึกชนิด จำนวน อัตราการไหลของสารละลายทางหลอดเลือดดำที่ให้แก่ผู้ป่วยตามลำดับเวลา และชื่อผู้ให้

9.5 แผ่นบันทึกการรับ-การเสียน้ำ ของเสีย (Fluid Intake and Output 24 Hours Record)
ใช้บันทึกเกี่ยวกับปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับทั้งทางปาก และทางหลอดเลือดดำ ส่วนปริมาณการเสียน้ำตวงจากอาเจียน น้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร ปริมาณสารคัดหลั่งจากท่อระบายต่างๆ ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น

แบบฟอร์มในแฟ้มรายงานของผู้ป่วย

ในแฟ้มรายงานประจำตัวของผู้ป่วย (chart) แต่ละราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากบันทึกทางการแพทย์ดังกล่าวในข้อก่อนหน้าแล้วยังมีแบบฟอร์มต่างๆที่ต้องมีการบันทึก โดยส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็นผู้บันทึก เป็นผู้รวบรวม เป็นผู้ที่ต้องอ่าน เพื่อไปดำเนินการต่อ เอกสารต่างๆ ได้แก่

1. **บัตรผู้ป่วยนอก (Out Patient Department Card: O.P.D. card)** เป็นบัตรที่ใช้บันทึกเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น ชื่อ นามสกุล เกิดวันที่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่ อาชีพ ชื่อบิดา มารดา สามี/ภรรยา นอกจากนี้ยังใช้บันทึกข้อมูลพิเศษ เช่น โรคประจำตัวที่สำคัญ เป็นต้น เป็นบัตรที่จัดทำโดยแผนกผู้ป่วยนอก และบันทึกการวินิจฉัยการรักษาที่ได้โดยแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก บัตรนี้จะเก็บไว้ที่ด้านนอก หรือส่วนต้นของแฟ้มรายงานของผู้ป่วย

2. **แผ่นบันทึกการตรวจโรคผู้ป่วยนอก** ซึ่งจะใช้บันทึกประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น ในหลายกรณีแผ่นนี้จะเชื่อมรวมกับบัตรผู้ป่วยนอก

3. **แบบบันทึกแรกรับ (Admission note)** สำหรับแพทย์ประจำหอผู้ป่วยเพื่อบันทึกอาการสำคัญ ประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค และแผนการรักษา เมื่อแรกรับ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

4. **แผ่นคำสั่งการรักษา (Doctor's Order Sheet)** สำหรับแพทย์ในการบันทึกคำสั่งการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบไปด้วยคำสั่งการรักษาเฉพาะวัน และคำสั่งการรักษาตลอดไป และการยุติการรักษา ซึ่งการรักษารวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ การส่งไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมทั้งการดูแลพิเศษที่พยาบาลควรทำ

5. **หนังสือแสดงความยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด และรับเลือด** ซึ่งจะใช้เป็นหลักฐานเพื่อแสดงว่าผู้ป่วยได้ยินยอมให้คณะแพทย์ทำการรักษาพยาบาล และ/หรือทำการ ผ่าตัดโดยการวางยาสลบ และปฏิบัติการรักษาพยาบาล และยินยอมรับเลือดที่ทางโรงพยาบาลจัดหาให้ในกรณีฉุกเฉิน

6. **แบบบันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Patient instruction record)** เป็นบันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเมื่อแรกรับรักษา ระหว่างรับไว้ในการรักษา และการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เป็นต้น

7. **แบบสรุปการรักษาผู้ป่วย (Discharge Summary)** ใช้สรุปการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย การผ่าตัด หรือยาที่ได้รับ ลักษณะของผู้ป่วย ก่อนการจำหน่าย และประเภทของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น

8. **ใบสรุปผู้ป่วยจำหน่าย** ใช้บันทึก ชื่อ นามสกุล อายุ วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หอผู้ป่วย สาเหตุของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ความเจ็บป่วยร่วม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล การตรวจ การผ่าตัดที่สำคัญ และการวางแผนการรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น ใบนี้จะบันทึกโดยแพทย์

9. **แบบบันทึกการขอรับการปรึกษาระหว่างแผนก (Request for Consultation)** เป็นแบบบันทึกที่แพทย์ใช้เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางต่างแผนก หรือบุคลากรสุขภาพประเภทอื่นในการวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟู ซึ่งหลังจากแพทย์เฉพาะทางผู้รับการปรึกษามาดูอาการของผู้ป่วยจะบันทึกผลการตรวจเยี่ยม และคำแนะนำไว้ด้านหลังของแบบบันทึก

10. **แบบสำรวจผู้ป่วยก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด** เป็นแบบบันทึกที่บุคลากรห้องผ่าตัดใช้สำรวจความเรียบร้อยของการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด เช่น ใบอนุญาตผ่าตัด ใบยินยอมรับเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมบริเวณผ่าตัด เป็นต้น

11. **รายงานการผ่าตัด** เป็นแบบบันทึกที่แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้บันทึก โดยจะบันทึกวันและเวลาที่ทำการผ่าตัด ชื่อของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ผู้ช่วยผ่าตัด พยาบาลผู้ส่ง เครื่องมือ แพทย์ผู้ให้ยาสลบ การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ขั้นตอนและสิ่งที่พบจากการผ่าตัด และการวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด

12. **แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ได้แก่ ผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ อุจจาระ

13. **แบบบันทึกการผิดพลาดในการให้ยา (medical error record)** และแบบรายงานสิ่งที่เกิดขึ้น (incident report) หรือรายงานเหตุการณ์ (event record) หรือ รายงานสิ่งที่ปรากฏ (concerns report) เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ แบบเหล่านี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแฟ้มรายงานผู้ป่วย แต่จะบันทึกเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น โดยจัดทำเพื่อจัดการความเสี่ยง (risk management) (Meiner, 1999)

14. **แบบบันทึกอื่นๆ** เช่น แบบบันทึกพัฒนาการเด็ก แบบบันทึกการเล่นของเด็ก Chest drain record sheet, Bladder irrigation record sheet ใบขอเลือดฉุกเฉิน ใบขอตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

การบันทึกของการพยาบาลกับกระบวนการพยาบาล

การบันทึกของการพยาบาล (nurse's note) ในอดีตจะเน้นเขียนกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเป็นความเรียงตามเวลาที่ให้บริการ โดยมีได้ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านั้นให้เพื่อแก้ปัญหาใดของผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ซึ่งกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องสะท้อนให้เห็นถึงการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจะต้องแสดงให้เห็นถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพอย่างชัดเจน

พยาบาลวิชาชีพ และองค์การวิชาชีพพยาบาลต่างมีการตื่นตัวในการพัฒนาระบบที่ช่วยเสริมการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยมุ่งที่ระบบที่สามารถให้แนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ในการเขียนบันทึกของพยาบาลสามารถเขียนได้หลายวิธี แต่ทุกวิธีการสะท้อนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. **NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association) สมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลของอเมริกาเหนือ ได้มีการกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) และมีการให้ความหมายของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ว่าเป็นการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) ที่เกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ ทั้งในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว และปัญหาสุขภาพที่เสี่ยง รวมทั้งกระบวนการการดำเนินชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลยังเป็นพื้นฐานในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลรับทางการพยาบาลตามที่พยาบาลรับผิดชอบ” (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA], 1999 อ้างใน Johnson, Bulechek, Dochterman, Mass, & Moorhead, 2001; Duke University School of Nursing, 2006a) ซึ่งการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (1) ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (actual problem) (2) ปัญหาที่เสี่ยงต่อการเกิด (risk for problem) และ (3) ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Duke University School of Nursing, 2006) สำหรับองค์ประกอบของการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะใช้ข้อความ “PES statement (Problem, Etiology, และ Sign & Symptom)” คือ การระบุปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุ หรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา อาการและอาการแสดง

วิธีของ NANDA แบ่งออกเป็น 9 แบบแผนตามการตอบสนองของมนุษย์ (human response patterns) (NANDA อ้างใน สุปาณี เสนาดีสัย และ วรรณภา ประไพพาณิชย์, 2547; Duke University School of Nursing, 2006b) ดังนี้

- (1) แบบแผนการแลกเปลี่ยน (exchanging) เช่น การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโภชนาการ การขับถ่าย การติดเชื้อ และการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ เป็นต้น
 - (2) แบบแผนการสื่อสาร (communicating) เช่น ผิดปกติในการพูด เป็นต้น
 - (3) แบบแผนความสัมพันธ์ (relating) เช่น ผิดปกติในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลง และการแสดงบทบาทที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น
 - (4) แบบแผนการคำนึง (valuing) เช่น ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นต้น
 - (5) แบบแผนการเลือก (choosing) เช่น ไม่สามารถเผชิญปัญหาส่วนบุคคล หรือ ครอบครัว การไม่สามารถจัดการกับแผนการรักษา เป็นต้น
 - (6) แบบแผนการเคลื่อนไหว (moving) เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหว การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ และความเครียดจากการย้ายที่อยู่ เป็นต้น
 - (7) แบบแผนการรับรู้ (perceiving) เช่น ปัญหาภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกสิ้นหวังหรือไร้พลังอำนาจ เป็นต้น
 - (8) แบบแผนความรู้ (knowing) เช่น ความรู้ในการดูแลตนเองพร้อม กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลง และ จำไม่ได้ เป็นต้น
 - (9) แบบแผนความรู้สึก (feeling) เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความกลัว เป็นต้น
- ระบบของ NANDA ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยถูกนำมาแปลถึง 9 ภาษา และใช้ในมากกว่า 20 ประเทศ (Johnson, Bulechek, Dochterman, Mass, & Moorhead, 2001) รวมทั้งประเทศไทย

2. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC) เป็นระบบที่ พัฒนขึ้นจากกลุ่มพยาบาล ของมหาวิทยาลัยไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประโยชน์ในการบันทึกทางคลินิก (clinical documentation) การติดต่อสื่อสารการดูแลในทุกสถานที่ (settings) การประเมินผลการวิจัย และการศึกษา ซึ่งการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลจะรวมไปถึงกิจกรรมการพยาบาลทั้งที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้โดยอิสระ และกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรสุขภาพอื่น รวมทั้งกิจกรรมการดูแลโดยตรง และโดยอ้อม ทั้งนี้ได้มีการกำหนดความหมายของคำว่า การปฏิบัติกิจกรรม (intervention) ว่าเป็น การรักษาใดๆ ที่พยาบาลกระทำภายใต้การตัดสินใจทางคลินิกและความรู้ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (McCloskey & Bulechek, 2000) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมของ NIC จะประกอบด้วย ชื่อ ความหมาย แต่ละชุดของกิจกรรมที่จะนำไปสู่การกระทำและการคิด เกี่ยวกับการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วย (Johnson, Bulechek, Dochterman, Mass, & Moorhead, 2001)

ระบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลนี้ แบ่งออกเป็น 7 หมวด (domain) ในแต่ละหมวดยังแบ่งออกเป็น กลุ่มย่อย (class) รวมทั้งสิ้น 30 กลุ่ม และกำหนดกิจกรรมในแต่ละกลุ่มย่อย จำนวนทั้งสิ้น 486 กิจกรรม ((Johnson, Bulechek, Dochterman, Mass, & Moorhead, 2001; McCloskey & Bulechek, 2000) คือ

(1) หมวดสรีรวิทยาขั้นพื้นฐาน (physiological: Basic) เช่น กลุ่มกิจกรรม และการออกกำลังกาย กลุ่มการจัดการกับการขับถ่าย และการจัดการกับการเคลื่อนไหว เป็นต้น

(2) หมวดสรีรวิทยาที่ซับซ้อน (physiological: complex) เช่น กลุ่มการจัดการภาวะกรดและด่าง รวมทั้งอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มการจัดการกับยา กลุ่มการดูแลก่อนผ่าตัด เป็นต้น

(3) หมวดพฤติกรรม (behavior) เช่น กลุ่มการส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร กลุ่มการช่วยเหลือในการปรับตัว และ กลุ่มการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น

(4) หมวดความปลอดภัย (safety) ประกอบด้วย กลุ่มการจัดการภาวะเสี่ยง และ กลุ่มการจัดการกับภาวะวิกฤติ

(5) หมวดครอบครัว (family) เช่น กลุ่มการดูแลเด็ก และความผาสุกของครอบครัว เป็นต้น

(6) หมวดระบบสุขภาพ (health system) เช่น กลุ่มการจัดการระบบสุขภาพ และกลุ่มการจัดการกับข้อมูล เป็นต้น

(7) หมวดชุมชน (community) ประกอบด้วย กลุ่มการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และกลุ่มการจัดการความเสี่ยงของชุมชน

ปัจจุบันระบบของ NIC ได้รับการแปลแล้ว 5 ภาษา และกำลังอยู่ระหว่างการแปลอีก 5 ภาษา และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น นอกจากนี้ระบบ NIC ยังสามารถใช้ได้กับระบบอื่นๆ เช่น ระบบของ NANDA ระบบ Omaha และระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) เป็นต้น

3. การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC)

ระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นวิธีที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มพยาบาลของมหาวิทยาลัยไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา เช่นกัน โดยเน้นวิธีการประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้รับ ซึ่ง คำว่า “ผลลัพธ์” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวกับสภาวะ พฤติกรรม หรือการรับรู้ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล โดยในแต่ละผลลัพธ์ จะประกอบไปด้วย ชื่อ ความหมาย และตัวชี้วัดในการประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ (5 Likert scale) และความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ (Johnson, Bulechek, Dochterman, Mass, & Moorhead, 2001)

การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาลฉบับปี พ.ศ. 2543 นี้ แบ่งออกเป็น 7 หมวด (domain) ในแต่ละหมวดยังแบ่งออกเป็น กลุ่มย่อย (class) รวมทั้งหมด 29 กลุ่ม และกำหนดผลลัพธ์การพยาบาล

(outcomes) จำนวนทั้งสิ้น 260 ผลลัพธ์ (Johnson, Bulechek, Dochterman, Mass, & Moorhead, 2001) ซึ่งต่างจากฉบับแรกที่มีเพียง 190 ผลลัพธ์ (Johnson & Maas, 1997) ดังนี้

- (1) หมวดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกาย (functional health)
- (2) หมวดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (physiological health)
- (3) หมวดสุขภาพจิต (psychological health)
- (4) หมวดความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health knowledge and behavior)
- (5) หมวดการรับรู้สุขภาพ (perceived health)
- (6) หมวดสุขภาพครอบครัว (family health)
- (7) หมวดสุขภาพชุมชน (community health)

โดยทั่วไปวิธี NIC ยังสามารถใช้ได้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น NANDA Omaha และการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล (NIC) เป็นต้น

4. การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับนานาชาติ (International Classification of Nursing Practice: ICNP) ระบบนี้พัฒนาขึ้นโดยสภาพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses: ICN) ประกอบไปด้วยการจัดกลุ่มปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (nursing phenomenon) หรือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) และผลลัพธ์ของการพยาบาล (nursing outcome) (International Council of Nurses, 2006a; 2006) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างภาษาสากลในการอธิบายปรากฏการณ์และกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งใช้ในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างทีมสุขภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (สุปณี เสนาดีสัย และ วรณภา ประไพพาณิชย์, 2547; International Council of Nurses, 2006a) ดังมีรายละเอียด คือ

(1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หมายถึงชื่อของปรากฏการณ์ที่พยาบาลกำหนดหรือระบุเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้ผลการประเมินผู้ป่วย โดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจ ซึ่งในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเน้นการผสมคำจากแกน (axes) ที่กำหนดไว้ 8 แกน คือ จุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล (focus of nursing practice) การตัดสินใจ (judgment) ความถี่ (frequency) ระยะเวลา duration) การแบ่งส่วนทางกายภาพ (topology) ตำแหน่งบนร่างกาย (body site) โอกาสของการเกิดปรากฏการณ์ (Likelihood) และ ผู้รับบริการ (bearer) แต่แกนที่ต้องบรรจุอยู่ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเสมอ คือ จุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล และการตัดสินใจ หรือโอกาสของการเกิดปรากฏการณ์ ส่วนแกนอื่นๆ ให้เลือกใช้ตามความเหมาะสม

(2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ สภาวะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ณ เวลาหนึ่งหลังจากให้กิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้กำหนดโดยใช้แนวทางเดียวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ระบุจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล และการตัดสินใจ หรือโอกาสของการเกิดปรากฏการณ์ ส่วนแกนอื่นๆ ให้เลือกใช้ตามความเหมาะสม

(3) กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การกระทำเพื่อตอบสนองข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วยแกน 8 แกน คือ ชนิดของการกระทำ (action type) เป้าหมาย (target) วิธีการ (means) เวลา (time) การแบ่งส่วนทางกายภาพ (topology) ตำแหน่ง (location) วิถีทาง (route) และ ผู้ได้รับประโยชน์ (beneficiary) แต่แกนที่ต้องบรรจุอยู่ในกิจกรรมการพยาบาลเสมอ คือ ชนิดของการกระทำ ส่วนแกนอื่นๆ ให้เลือกใช้ตามความเหมาะสม

ปัจจุบัน ICN ได้พัฒนาโปรแกรมการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล เรียกว่า “ICN ® version 1” ซึ่งโปรแกรมนี้ได้แบ่งแกนในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ออกเป็น 7 แกน (seven axes model) (International Council of Nurses, 2006b) คือ

แกนที่ 1: จุดเน้น (focus) คือ ปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่สนใจ เช่น ความเจ็บปวด การขับถ่าย และความรู้ เป็นต้น

แกนที่ 2: การตัดสินใจ (judgment) คือ การตัดสินใจทางคลินิกที่สัมพันธ์กับปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่สนใจ เช่น ระดับ ความเสี่ยง การเพิ่ม และสิ่งที่ผิดปกติ เป็นต้น

แกนที่ 3: วิธีการ (means) คือ บุคคลหรือวิธีที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรมการพยาบาล เช่น การบริการของนักโภชนาการ (nutritionist service) เป็นต้น

แกนที่ 4: การกระทำ (action) เป็นกระบวนการที่ตั้งใจที่จะให้ หรือกระทำโดยผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้ (educating) การเปลี่ยนแปลง (changing) และการติดตาม (monitoring) เป็นต้น

แกนที่ 5: เวลา (time) คือ จุดของเวลา ช่วงเวลา หรือระยะเวลาของปรากฏการณ์ เช่น การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (admission) การคลอด (child birth) และการเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic) เป็นต้น

แกนที่ 6: ตำแหน่ง (location) คือตำแหน่งทางกายภาพของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาล เช่น ด้านหลัง (posterior) บริเวณท้อง (abdomen) โรงเรียน และศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน (community health centre) เป็นต้น

แกนที่ 7: ผู้รับบริการ (client) คือบุคคลที่ระบุในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือบุคคลที่เป็นผู้รับกิจกรรมการพยาบาล เช่น ทารกแรกคลอด (newborn) ผู้ดูแล (caregiver) ครอบครัว (family) และ ชุมชน (community) เป็นต้น

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลโดยใช้ ICN ® version 1 จะต้องระบุนรายละเอียดของจุดเน้น และ การตัดสินใจ รวมทั้งอาจรวมรายละเอียดจากแกนอื่นๆ ได้ตามความจำเป็น ส่วนการเขียนกิจกรรมการพยาบาลจะต้องระบุนรายละเอียดของการกระทำ และเป้าหมาย โดยยกเว้นแกนการตัดสินใจ จะเห็นได้ว่าการใช้ ICN ® version 1 จะช่วยให้อธิบายปรากฏการณ์ทางการ

พยาบาลโดยภาพรวมได้ง่ายขึ้น ซึ่ง ICN ยังคงพัฒนาโปรแกรมนี้อย่างต่อเนื่อง (International Council of Nurses, 2006a)

5. **ระบบของโอมาฮา (Omaha system)** เป็นระบบที่ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลเยี่ยมบ้านในโอมาฮา ซึ่งประกอบด้วยการจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (รุจา ภูไพบูลย์, 2542 อ้างใน สุปาณี เสนาคิสัย และ วรรณภา ประไพพาณิชย์, 2547) โดยการจำแนกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) สิ่งแวดล้อม (2) จิตสังคม (3) สรีรภาพ และ (4) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) การสอน แนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ (2) การทำหัตถการและการบำบัดรักษา (3) การจัดการ ประสานการดูแล และการใช้แหล่งประโยชน์ และ (4) การสำรวจค้นหาสุขภาพในชุมชน ส่วนการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) ความรู้ (2) พฤติกรรม และ (3) ด้านสภาพของผู้รับบริการ (สุปาณี เสนาคิสัย และ วรรณภา ประไพพาณิชย์, 2547)

6. **การจำแนกการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Classification: HHCC)** เป็นวิธีการที่พัฒนาขึ้น เพื่อคาดคะเนความต้องการการบริการพยาบาลของผู้สูงอายุ และผู้พิการที่อยู่ภายใต้ระบบการดูแลของรัฐ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่รวมการประเมินการดูแล การสอน และการจัดการ (สุปาณี เสนาคิสัย และ วรรณภา ประไพพาณิชย์, 2547)

การใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนช่วยให้การบันทึกทางการพยาบาลมีระบบระเบียบและมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ ของพยาบาลอย่างมาก รวมทั้งพยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีและยอมรับ รวมทั้งมองเห็นประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการใช้กระบวนการพยาบาลด้วย

7. **แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน** แบบแผนประกอบด้วย (1) สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (2) การหายใจ (3) การไหลเวียนโลหิต (4) สุขอนามัย/ผิวหนัง (5) อาหารและแร่ธาตุอาหาร (6) การขับถ่าย (7) กิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ (8) เพศและการเจริญพันธุ์ (9) สติปัญญาและการรับรู้ (10) สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และการปรับตัว (11) ค่านิยมและความเชื่อ พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพแล้วกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาที่พบในแต่ละแบบแผน

ประเด็นปัญหาและความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ควรเป็นการบันทึกสิ่งที่พยาบาลสังเกตได้ ประเมินได้ การตัดสินใจ ตลอดจนการพยาบาลที่ให้ อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ (Lee & Chang, 2004) อย่างไรก็ตาม การบันทึกทางการแพทย์จะสมบูรณ์ และมีคุณภาพ ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้บันทึกอย่างมาก จึงมักพบความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์อยู่เสมอ ซึ่งประเด็นปัญหาและความผิดพลาดของการบันทึกทางการแพทย์ ที่ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่ได้มาตรฐาน และไม่มีคุณภาพ มักเกิดจากหลายสาเหตุ ดังนี้ (Bjorvell, Wredling, Thorell-Ekstrand, 2003a; (Bjorvell, Wredling, Thorell-Ekstrand, 2003b; Frank-Stromborg & Christensen, 2001a; Frank-Stromborg & Christensen, 2001b)

1. ผู้บันทึกขาดทักษะและความชำนาญในการใช้กระบวนการพยาบาล
2. ผู้บันทึกขาดความรู้ ทักษะในการสังเกต และการบันทึก
3. ผู้บันทึกขาดแรงจูงใจในการบันทึก
4. ผู้บันทึกมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบันทึกทางการแพทย์
5. ผู้บันทึกไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์
6. ผู้บันทึกทำการบันทึกล่วงหน้า และบันทึกข้อมูลที่ไม่สำคัญ
7. แบบฟอร์มการบันทึกมีรูปแบบที่ไม่เหมาะสม และระบบการบันทึกไม่สมบูรณ์
8. ไม่มีเวลาในการบันทึก
9. ระบบการบันทึกมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขาดความคงที่
10. การบันทึกมีความแตกต่างกันมาก เช่น ภาษาที่ใช้บันทึก
11. ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยงาน และเพื่อนร่วมงาน
12. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และนโยบายของหน่วยงาน
13. หน่วยงาน หรือองค์กรไม่ให้การสนับสนุน

สรุป

บันทึกทางการแพทย์เป็นเอกสารสำคัญอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่พยาบาลจัดทำขึ้น สำหรับการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการให้การพยาบาล โดยมีแนวทางและรูปของการบันทึกที่มุ่งความถูกต้อง ชัดเจน เป็นปัจจุบัน ระบบการบันทึกมีหลายลักษณะ ตลอดจนมีหลายแบบฟอร์ม ซึ่งทั้งนี้ขึ้นกับแต่ละสถาบันที่เป็นผู้กำหนดขึ้น การบันทึกทางการแพทย์ไม่ว่าจะอยู่ในระบบหรือรูปแบบใดควรแสดงถึงบทบาทของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีการใช้ข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยมาประกอบ ทั้งนี้ เอกสารบันทึกของพยาบาล (nurse's note) เป็นเอกสารสรุปรวมที่สำคัญมากที่สุดฉบับหนึ่งของการ

บันทึกทางการแพทย์ที่แสดงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เอกสารที่จัดทำเฉพาะสำหรับให้พยาบาลบันทึก ซึ่งแยกจากเอกสารบันทึกการดำเนินของโรค ความก้าวหน้าที่บ้านที่โดยแพทย์ อย่างไรก็ตามในบางประเทศได้มีการให้ผู้ให้บริการทุกสาขาได้เขียนบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการรักษา การดูแลตามวิชาชีพ ลงในเอกสารฉบับเดียวกัน เพื่อให้เห็นวิธีและผลของการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

บทที่ 3

การบันทึกทางการแพทย์ : กรณีศึกษา

ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษาที่ดำเนินการใน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลชลบุรี โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล การพัฒนานบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล แบบและวิธีการบันทึกทางการแพทย์ ปัญหาที่พบและแนวทางการพัฒนาการบันทึกของโรงพยาบาล

1. การบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 1,800 เตียง สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยนอกจำนวนประมาณ 414,362 คน และผู้ป่วยในจำนวน 49,200คน ต่อปี (<http://www.med.cmu.ac.th>) โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บในระดับรุนแรง หรือซับซ้อน ฝ่ายการพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักหน่วยงานหนึ่งในจำนวน 15 หน่วยงานของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในด้านการให้บริการพยาบาลโดยบุคคลากรทางการพยาบาล ทั้งพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานงานช่วยการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลแบ่งงานการพยาบาลออกเป็น 9 งานการพยาบาล ตามประเภทของผู้ป่วย คือ (1) งานการพยาบาลผ่าตัด และพักฟื้น (2) งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (3) งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (4) งานการพยาบาลสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา (5) งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์ (6) งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ (7) งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ (8) งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ (9) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน และมีหน่วยเสริม 2 หน่วยงาน คือ งานวิชาการและพัฒนา และงานธุรการ ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เน้นการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และจรรยาวิชาชีพ ซึ่งสิ่งที่จะสะท้อนให้เห็นมาตรฐานและคุณภาพของการพยาบาล คือบันทึกทางการแพทย์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เชื่อว่าการบันทึกทางการแพทย์เป็นหลักฐานของการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล สามารถใช้ในการสื่อสารในระหว่างบุคคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล และมาตรฐานของวิชาชีพในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ ซึ่งรูปแบบของการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ปัจจุบัน คือการบันทึกการ

พยาบาลลงในแบบฟอร์มต่าง ๆ เช่น คาร์เด็กซ์ (Kardex) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Nursing assessment note) การบันทึกของพยาบาล (Nurse's note) แบบสรุบบันทึกปัญหา แบบบันทึกการให้ยา แบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบบันทึกการได้รับน้ำและสารน้ำ การเสียน้ำ และของเสีย แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยและการให้ศึกษาเพื่อการส่งต่อ และแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning record) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม เช่น แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection surveillance form) แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลเหล่านี้ เป็นแบบฟอร์มที่ฝ่ายการพยาบาล และบุคลากรทางการพยาบาลร่วมกันพัฒนาขึ้น และมีการปรับปรุงให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2540 จนถึงปัจจุบัน และยังคงจะทำการพัฒนาและปรับปรุงให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นั้น ได้พัฒนาขึ้นโดยพิจารณาให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละหอผู้ป่วย หรือแต่ละแผนก เช่น แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Nursing assessment note) ในหอผู้ป่วยสามัญมีการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ 11 แบบแผนสุขภาพ ของ กอร์ดอน (Gordon) แต่ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และหอผู้ป่วยวิกฤติ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนี้เป็นไปตามระบบต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น สำหรับแบบบันทึกของพยาบาล (Nurse's note) จะบันทึกตามแบบของ APIE

ในส่วนของกระบวนการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นั้น เริ่มจาก

1. ฝ่ายการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล จึงได้วางนโยบาย และระบบของการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกหอผู้ป่วยมีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน
2. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะกิจ ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วย รองฝ่ายการพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบการประกันคุณภาพการพยาบาล หัวหน้าแผนก หัวหน้าตึก และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานสูง แผนกละ 2-3 คน เพื่อให้บุคลากรพยาบาลทุกฝ่ายมีโอกาส และมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเมื่อการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลได้รูปแบบที่คณะกรรมการประเมินว่าเหมาะสมต่อการปฏิบัติจริง ฝ่ายการพยาบาลจะทำการทดลองใช้ (Pilot study) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใน 1 หอผู้ป่วยของทุกงานการพยาบาล เมื่อพบปัญหาในการบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลใด หัวหน้าตึก และบุคลากรพยาบาลที่เป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจจะรวบรวมปัญหา และ แนวทางการแก้ไขปรับปรุงไปยังคณะกรรมการฯ เพื่อดำเนินการปรับปรุงแบบฟอร์มต่างๆ ให้มีความสะดวกในการบันทึก และได้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ หลังจากที่ได้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านการทดลองใช้และปรับปรุง

ระดับหนึ่งแล้ว ฝ่ายการพยาบาลมีการสื่อสารให้บุคลากรพยาบาลทุกคนทราบเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลดังกล่าว โดยการจัดประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละแบบฟอร์มให้กับพยาบาลทุกคน เพื่อให้พยาบาลเข้าใจและบันทึกไปในทิศทางเดียวกัน

3. ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งในการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลนั้นคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะกิจ ได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพการใช้กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งคู่มือการประเมินคุณภาพขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลของทุกหอผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก เป็นขั้นตอนของการประเมินตนเอง (self assessment) เพื่อการปัญหาเฉพาะหน้า ดำเนินการโดยผู้ตรวจการของแผนก หัวหน้าเตียง หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงในหอผู้ป่วย ซึ่งจะดำเนินการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบประเมินคุณภาพการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล ที่คณะกรรมการเฉพาะกิจพัฒนาขึ้นโดยผู้ตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลของบุคลากรพยาบาลในทุกหอผู้ป่วย ทุกเดือน ทำการตรวจสอบการบันทึกของพยาบาลจากรายงาน (chart) ของผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลเดือนละ 5-6 ราย ต่อ หนึ่งหอผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรพยาบาลบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับสภาพและอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หากพบปัญหาจะให้ข้อเสนอแนะ และรายงานผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้ ตลอดจนปัญหาที่พบ และแนวทางการแก้ไขไปยังคณะกรรมการฝ่ายประกันคุณภาพการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เดือนละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกการพยาบาล โดยคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งจะทำการประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลจากรายงานของผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลย้อนหลัง ทุก 6 เดือน จำนวนรายงานของผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 30 จะถูกสุ่มขึ้นมาประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการใช้กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาลชุดเดียวกันกับที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลขั้นตอนแรก นอกจากนี้ผู้ที่ประเมินคุณภาพของการบันทึก ต้องผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Inter-rater agreement reliability) ของการใช้แบบประเมินคุณภาพดังกล่าวก่อน รวมทั้งมีการรายงานผลการประเมินที่ได้กลับไปยังหอผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงข้อบกพร่อง และข้อเสนอในการปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากมีประเด็นของการบันทึกทางการพยาบาลใดที่ต้องการปรับเปลี่ยน ก็จะดำเนินการประชุมคณะกรรมการฝ่ายประกันคุณภาพการพยาบาล เพื่อระดมสมอง และหาแนวทางในการแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ฝ่ายการพยาบาลได้ทำการทดลองให้มีการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โดยใช้หลักการในการจัดกลุ่มการวินิจฉัยทางการพยาบาลตามหลักของ ICNP แต่พบว่าระบบการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าว ไม่เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน และพยาบาลผู้บันทึกต้องมีความชำนาญอย่างสูงในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ดังกล่าว รวมทั้งเกิดปัญหาไม่สามารถเชื่อมโยงเข้ากับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลได้ ปัจจุบันจึงยกเลิกการบันทึกทางการพยาบาลโดยคอมพิวเตอร์แล้ว

สำหรับหอผู้ป่วยในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป เช่น หอผู้ป่วยฟื้นฟู และหอผู้ป่วยจิตเวช ได้พัฒนาแบบบันทึกเพื่อใช้ร่วมกันในทีมสหสาขา เช่น แบบประเมินสภาพผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์สามารถบันทึกสิ่งที่ประเมินได้ลงในแบบบันทึกเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งการบันทึกร่วมกันในทีมลักษณะดังกล่าว มีข้อดี คือสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการให้บุคลากรในทีมสุขภาพทุกฝ่ายใช้แบบบันทึกร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนของงาน และสามารถตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของการบันทึกของทีมได้ อย่างไรก็ตามการบันทึกลักษณะดังกล่าว ไม่สามารถเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และไม่สอดคล้องกับการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลที่เน้นการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งปัจจุบันหอผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงทดลองใช้แบบบันทึกดังกล่าว และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบจากหน่วยประกันคุณภาพการพยาบาลเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยอื่น

ปัญหาที่พบในการบันทึกทางการพยาบาล คือ (1) ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน (2) แบบฟอร์มการบันทึกกระบวนการพยาบาลที่ใช้ในปัจจุบันไม่เอื้อต่อการบันทึกการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน (3) ไม่เรียง ลำดับความสำคัญของผู้ป่วยการพยาบาลที่ประเมินได้ รวมทั้งไม่เรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมพยาบาลที่ให้ (4) เนื่องจากในหนึ่งปีที่ผ่านมาพยาบาลลาออกเป็นจำนวนมาก ทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลอย่างน้อย 3-4 ปี มีจำนวนลดลงและไม่มีเวลาในการชี้แนะรุ่นน้องเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล (5) แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลมีจำนวนมากทำให้การบันทึกไม่ครอบคลุม (6) ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงมักไม่ได้มีการบันทึกเพิ่ม โดยเฉพาะการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วย และ (7) การสรุปกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละผลัดการทำงานไม่ชัดเจน ซึ่งคณะกรรมการฝ่ายประกันคุณภาพการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ตระหนักถึงปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลเหล่านี้ จึงได้มีการดำเนินการประชุมคณะกรรมการฝ่ายประกันคุณภาพการพยาบาล หัวหน้าแผนก หัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อระดมสมองหาแนวทางแก้ไข ให้การบันทึกการพยาบาลมีคุณภาพมากที่สุด

การบันทึกการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีกระบวนการ พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลต่างๆ และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกของพยาบาล

อย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลในทุกกระดับ เพื่อให้พยาบาลผู้บันทึกสามารถบันทึกได้อย่างครอบคลุม และบุคลากรในทีมสุขภาพผู้ใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลได้รับประโยชน์ สูงสุด อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งสามารถตรวจสอบได้ชัดเจน ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญในอันดับแรกที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้ความสนใจ และดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2. การบันทึกทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (3.1) ประจำจังหวัดเชียงใหม่ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 519 เตียง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการแก่ประชาชนในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน โดยมีผู้รับบริการทั้งหมด 391,440 ราย/ปี ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก 1,369 ราย/วัน รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 31,344 ราย/ปี อัตราครองเตียง 95.67% (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลนครพิงค์, 2549) มีหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 4 หอ หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 11 หอ และหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 8 หอ

การพัฒนากระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

กระบวนการในการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลนครพิงค์ ในระยะเริ่มแรกตั้งแต่โรงพยาบาลทำการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 ได้มีการปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการปรับปรุง พัฒนาคุณภาพแบบบันทึกให้เหมาะสมต่อการใช้งานตามกระบวนการพยาบาล แบบแผนการดูแลสุขภาพของกอร์ดอน การปฏิบัติตามหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย 7 ด้าน (7 Aspects of care) และมาตรฐานบันทึกทางการพยาบาล โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเป็นแกนนำรับผิดชอบกำหนดนโยบาย ออกแบบระบบ ออกแบบบันทึก กำหนดแนวทางในการบันทึก ติดตามและประเมินผลการบันทึกของพยาบาลทุกหอผู้ป่วย รวมทั้งนำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ในประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลทุกแผนก และการทำ การตรวจสอบคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการภายใน (Nursing Internal audit) เป็นต้น

ประเภทของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1. คาร์เด็กซ์ (Kardex) ประกอบด้วย
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่สมาชิกในครอบครัวที่ติดต่อได้ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ประวัติการแพ้ยา
 - 1.2 ชื่อแพทย์ผู้รักษา
 - 1.3 การวินิจฉัยโรค
 - 1.4 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.5 คำสั่งการรักษา ประกอบด้วยยา อาหาร สารน้ำ คำสั่งการรักษา การทำหัตถการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมที่ผู้ป่วยควรทำ / จำกัดสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สิ่งที่ต้องระวัง
2. แบบประเมินสมรรถนะของผู้ป่วย ประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ อาการสำคัญ ประวัติความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2 ประเมินร่างกายตามระบบ (ประยุกต์ตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน)
3. การบันทึกความก้าวหน้า หรือการบันทึกของพยาบาล (Progress note หรือ Nurse's note) ประกอบด้วย
 - 3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ
 - 3.2 อาการและสภาพทั่วไปของผู้ป่วย
 - 3.3 ระบุปัญหาที่พบหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า
 - 3.4 กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้กับผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมที่เป็น PRN
4. Discharge summary ประกอบด้วย
 - 4.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการแพ้ยา
 - 4.2 สรุปภาวะผู้ป่วย
 - 4.2.1 ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 4.2.2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 - 4.3 สรุปการดูแลรักษาที่ได้รับ
 - 4.4 ระบุปัญหาที่ได้รับการแก้ไขและปัญหาที่ยังคงอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อ
5. Discharge Planning ประกอบด้วย
 - 5.1 วันที่เริ่มบันทึกหรือวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
 - 5.2 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ อาการ การวินิจฉัยโรค แนวทางหรือแผนการรักษา
 - 5.3 การวางแผนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้เมื่อออกจากโรงพยาบาล

- 5.3.1 ค้นหาปัญหา
- 5.3.2 กำหนดเป้าหมาย
- 5.3.3 วางแผนการช่วยเหลือ
- 5.3.4 ประเมินผล
- 6. แบบบันทึกสัญญาณชีพ
 - 6.1 บันทึกอุณหภูมิ
 - 6.2 บันทึกอัตราการหายใจ
 - 6.3 บันทึกชีพจร
 - 6.4 บันทึกความดันโลหิต
 - 6.5 บันทึกน้ำหนักและส่วนสูง
 - 6.6 บันทึกระดับความเจ็บปวด
 - 6.7 บันทึกหัตถการที่ได้รับ เช่น การคลอด การผ่าตัด และหัตถการอื่นๆ
 - 6.8 บันทึกประเภทอาหารที่ได้รับ
 - 6.9 บันทึกจำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ
 - 6.10 บันทึกสรุปปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายใน 1 วัน
- 7. แบบบันทึกการให้ยา
 - 7.1 บันทึกชื่อยา
 - 7.2 บันทึกปริมาณยา
 - 7.3 บันทึกเวลาที่ให้ยา
 - 7.4 บันทึกวิถีทางที่ให้ยา
 - 7.5 ลงชื่อผู้ให้ยา
- 8. แบบบันทึกสารน้ำเข้า / ออกในร่างกาย
 - 8.1 ระบุปริมาณและสิ่งที่ได้รับทางปาก หลอดเลือดดำ และช่องท้อง
 - 8.2 ระบุปริมาณสิ่งที่ขับออกจากร่างกาย
 - 8.3 สรุปรวมสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายในแต่ละเวร
 - 8.4 สรุปรวมสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายในแต่ละวัน
- 9. แบบบันทึกการให้ยาฉีดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
 - 9.1 บันทึกชื่อและปริมาณยาฉีด/สารน้ำที่ให้
 - 9.2 ระบุวัน เวลา ที่ให้
 - 9.3 บันทึกวิถีทางที่ให้ยา
 - 9.4 ลงชื่อผู้ให้ยา

ปัญหา อุปสรรคที่พบจากการบันทึก

จากการนิเทศติดตาม และตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลตรวจการ การทำ Nursing conference และการทำ Nursing Internal Audit พบว่า มีปัญหา อุปสรรคในการบันทึก ดังนี้

1. เวลาที่ใช้ในการบันทึกมีน้อย เนื่องจากสัดส่วนของผู้ป่วยต่อพยาบาลไม่เหมาะสม มีผู้รับบริการ/ผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้คุณภาพในการบันทึกไม่มีประสิทธิภาพ
2. ความครอบคลุมและการจัดลำดับความสำคัญในการประเมินปัญหาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและอยู่ในภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่มี Underlying diseases นอกเหนือจากแผนกที่ดูแลผู้ป่วย
3. ความชัดเจนในการบันทึก เนื่องจากความเร่งรีบในการบันทึก ทำลายมือของพยาบาลที่บันทึกไม่ชัดเจน
4. ความครบถ้วนในการบันทึกแบบบันทึกแต่ละประเภท พบปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วนทั้งระยะรับใหม่และรับย้ายจากหอผู้ป่วยอื่นๆ
5. ขาดการบันทึกการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย

3. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาล ชลบุรี

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ให้การดูแลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงผู้ป่วยในที่เปิดให้บริการประมาณ 825 เตียง มีความพร้อมในการรักษาพยาบาลในระดับสูง มีบุคลากรทางแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิค และบุคลากรอื่นกว่า 2,000 คน สามารถให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์, อายุรศาสตร์, กุมารเวชศาสตร์, สูติรีเวชศาสตร์, จักษุ, โสต ศอ นาสิก, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, ศัลยกรรมช่องปาก, แม็กชีโล เฟเชียล, ทันตกรรม, จิตเวช, เวชกรรมฟื้นฟู นอกจากนั้นยังเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกและเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์แก่นักศึกษาทางสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ

แบบบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่มีใช้ในรพ.ชลบุรี มี 8 แบบได้แก่

1. คาร์เด็กซ์ (Kardex) เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่จะบันทึกเกี่ยวกับชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีที่ได้รับไว้ ประวัติการเจ็บป่วย/การรักษาทั้งรายวันและต่อเนื่องยกเว้นเรื่องยาที่ไม่มีการบันทึกในแบบบันทึกนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลชลบุรีได้ยกเลิกระบบการใช้การ์ดยาแล้ว นอกจากนั้นยังมีการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่พบอย่างย่อภายหลังการ ประชุมหารือ หลังการรับ-ส่งเวร โดยมีการปรับเปลี่ยนให้

เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละวันการบันทึกทำด้วยดินสอเพื่อสะดวกในการแก้ไข การบันทึกนี้จะบันทึกโดยพยาบาลเจ้าของไข้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้น

- 2.. แบบฟอร์มปรอท
3. แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ (รช.56)
4. แบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วย (รช.30)
5. แบบบันทึกทางการพยาบาล(รช.4)
6. แบบบันทึกการให้ยาฉีด ยารับประทาน สารน้ำ/เลือด
7. แบบวางแผนการจำหน่าย และ
8. แบบสรุปเมื่อจำหน่าย ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้บันทึก

แบบบันทึกต่างๆเหล่านี้ได้ผ่านการพัฒนาและปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมในปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำต่อผู้ป่วย ตลอดจนเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การให้ยาผิด เป็นต้น

ปัญหาที่พบในการบันทึกคือ

ระบุปัญหาได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยและภาระงานที่มากในบางเวร ประสิทธิภาพการทำงานก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มองเห็นปัญหาได้ไม่ครอบคลุมและชัดเจน ส่วนแบบบันทึกการให้ยาฉีด ยารับประทาน สารน้ำ/เลือด มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก ในสมัยก่อนมีการคัดลอกแผนการรักษาของแพทย์จาก chart ผู้ป่วย ใส่ลงแบบบันทึกการให้ยา และลงในการดยา ทำให้มีโอกาสผิดพลาดได้ จึงได้ปรับใหม่ โดยมีการคัดลอกแผนการรักษาของแพทย์จาก chart ผู้ป่วย ลงแบบบันทึก และนำแบบบันทึกนี้ไปใช้แทนการดยา และมีการลงนามเมื่อเตรียมยาแล้วก็ลงนามและให้ยาแล้ว ในกรณีที่เป็ยยาประเภท high alert drug จะมีการประทับคำว่า high alert drug สีแดงไว้ที่หน้าชื่อยา ดังกล่าวเพื่อเป็นเครื่องเตือนให้ระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยแบบบันทึกนี้เริ่มทดลองใช้เมื่อเดือนตุลาคม 2548 และมีการปรับปรุง และประเมินผลการบันทึกแล้ว 2 ครั้ง ขณะนี้อยู่ระหว่างการประเมินครั้งที่ 3 ซึ่งถ้าหากเรียบร้อยก็จะได้มีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการและลง รหัส รายชื่อของโรงพยาบาล ซึ่งเท่าที่ผ่านมาก็ช่วยลดความผิดพลาดในการให้ยาได้ดีขึ้น

การพัฒนาแบบบันทึกนี้ มีคณะกรรมการประกันคุณภาพของฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ โดยมีคณะกรรมการประกันคุณภาพของแต่ละหอผู้ป่วยช่วยตรวจสอบการบันทึกต่างๆให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ครอบคลุม และชัดเจน ตามเกณฑ์ที่สำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

แบบบันทึกที่มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนจากเดิมจนเห็นได้ชัดเจนคือ แบบบันทึกทางการพยาบาล(รช.4) และแบบบันทึกการให้ยาฉีด ยารับประทาน สารน้ำ/เลือด ในส่วนของแบบบันทึกทางการพยาบาล จะเปลี่ยนจากเดิมที่เคยให้บันทึกเป็นภาพรวมของผู้ป่วยในแต่ละเวรแบบความเรียงให้ไม่ทราบ

ปัญหาทางการพยาบาลชัดเจนและไม่ครอบคลุม จึงได้ปรับการบันทึกใหม่ตามหลักการของกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลทั่วไปจะเข้าใจอยู่แล้ว โดย เน้นการระบุปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลโดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้บันทึก ซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น โดยจะมีกาตรวจสอบการบันทึก 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรก หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้คอยตรวจสอบการบันทึกให้มีความถูกต้อง สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย และถ้ามีความไม่ครอบคลุม ชัดเจนก็จะให้ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว คณะกรรมการประกันคุณภาพของหอผู้ป่วย จะทำการสุ่มตรวจดูการบันทึกและประเมินตามเกณฑ์อีกขั้นหนึ่ง โดยแบบบันทึกนี้ได้มีการเปลี่ยนเมื่อประมาณ 5-6 ปีที่ผ่านมา และได้มีการปรับจนเป็นแบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

การพัฒนาและปรับปรุงแบบบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลของโรงพยาบาลชลบุรี จะมีคณะกรรมการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลทำหน้าที่ติดตามตรวจสอบให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและ ตรวจสอบได้

สรุป กรณีศึกษา 3 แห่ง พบว่า แผนกการพยาบาลต่างๆ มีการกำหนดรูปแบบของบันทึกทางการพยาบาลของตนเองตามที่คณะกรรมการฝ่ายการพยาบาล หรือโรงพยาบาลรับรอง แต่โดยรวมประเภทข้อมูลที่บันทึกจะใกล้เคียงกัน คือ เกี่ยวกับอาการผู้ป่วยโดยเฉพาะสัญญาณชีพ บันทึกของการพยาบาล และแบบการจำหน่ายผู้ป่วย สำหรับบันทึกของพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรอบในการเขียน อย่างไรก็ตามปัญหาในการเขียนที่ไม่ครอบคลุม ไม่สะท้อนบทบาทพยาบาลและการดูแลอย่างเป็นองค์รวมยังพบอยู่ แต่การที่โรงพยาบาลเข้าสู่ระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้มีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล โดยเฉพาะบันทึกของพยาบาลเพิ่มขึ้น

บทที่ 4

ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การศึกษาเอกสาร กรณีศึกษา และประสบการณ์นักวิจัย พบว่า การบันทึกทางการแพทย์และผลตรวจรักษา ยังมีจุดอ่อนและไม่สามารถบรรลุซึ่งวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างเต็มที่ และเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือต่างวิชาชีพ ไม่ให้ความสนใจจะอ่านหรือใช้ประโยชน์ ซึ่งปัญหาต่างๆ สามารถจัดได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. ปัญหาของระบบบริการพยาบาล

- ไม่มีมาตรฐานของการบันทึกในระดับประเทศ
- ไม่มีนโยบาย มาตรฐานของการบันทึกในระดับหน่วยงาน
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบงาน การบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงาน ยังไม่สามารถกำหนดกรอบ แนวคิด หรือระบบสำหรับบันทึกทางการแพทย์ และจัดทำแนวทางและแบบฟอร์มที่สะดวกต่อการใช้

- ผู้บริหารฝ่ายพยาบาลยังไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ การประชุมทำความเข้าใจ และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบันทึก ยังไม่ครอบคลุมแก่บุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงาน

- องค์ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ยังมีจำกัด
- มีการจัดการกำลังคนที่ไม่เหมาะสม

2. ปัญหาของพยาบาลและผดุงครรภ์

- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกทางการแพทย์และผดุงครรภ์ที่มีประสิทธิภาพยังมีไม่มากนัก

- มีความสามารถในการบันทึกข้อมูลในกราฟ แผ่นบันทึก flow chart ต่างๆ ได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดในการเขียนเชิงพรรณนาในระบบบันทึกอื่นๆ โดยเฉพาะแบบบันทึกของพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล หรือแผนการจำหน่าย

- มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลน้อย จึงทำให้มีการเขียนบันทึกของพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

- จัดเวลาในการเขียนบันทึกต่างๆ ไม่เหมาะสม ใช้เวลากับกระดาษมากกว่าให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง

- มีความสับสนในการเขียนบันทึก เพราะบางบันทึกมีความคาบเกี่ยวกัน

- มีการเขียนข้อมูลที่ไม่จำเป็น ซ้ำซ้อน ขาดการบันทึกข้อมูลสำคัญที่พบหรือเกิดขึ้น
- ขาดทักษะในการคิดอย่างรวบยอด และการเขียนเอกสารทางวิชาการ
- สิ่งที่เขียนไม่สะท้อนปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการอื่น มีข้อมูล

ที่จะใช้การรักษาดูแลที่ถูกต้อง

- เบื่อหน่าย เหนื่อยจากภาระงานที่มีอยู่มาก ทำให้ไม่ให้ความสนใจในการเขียนบันทึก
- ไม่ศึกษาเอกสารบันทึกต่างๆ ที่เขียนโดยพยาบาลคนอื่น หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บันทึก

- มีหลายชนิด หลายแบบฟอร์ม
- แต่ละชนิดมีรายละเอียดที่ต้องเติม ต้องเขียนข้อความจำนวนมาก
- ไม่ถูกต้อง
- ไม่ครอบคลุม
- ไม่เป็นปัจจุบัน
- ไม่นำไปสู่การใช้ประโยชน์แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ
- บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำ และไม่บันทึกสิ่งที่ทำ หรือเกิดขึ้น
- เอกสารแยกสำหรับแต่ละวิชาชีพ ทำให้ภาพรวมของปัญหา การรักษาและการดูแลที่

ผู้ป่วยได้รับ ไม่ชัดเจน เชื่อมโยง

- ประเมินผลการพยาบาลได้ยาก

4. ระบบสนับสนุน

- ไม่มีมาตรฐาน คู่มือ แนวทางการเขียนบันทึก สำหรับใช้ศึกษาหรืออ้างอิง
- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการบันทึกยังมีน้อย และมีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วย

มีภาวะฉุกเฉิน อาการซับซ้อน หรือมีอาการหนัก

- ไม่มีโปรแกรมการศึกษาต่อในด้านบันทึกทางการพยาบาลและผดุงครรภ์
- มีผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในหน่วยงานเป็นจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์

แต่ละหน่วยงานควรได้มีการศึกษา วิเคราะห์ สถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาล และ ค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อแก้ไขได้อย่างถูกต้อง สำหรับแนวทางการพัฒนาการบันทึก เพื่อให้มีการใช้ ประโยชน์และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. กำหนดมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์ และผดุงครรภ์ ในระดับชาติ หรือหน่วยงาน เพื่อให้มีมาตรฐานเกี่ยวกับชนิด ข้อมูลที่ต้องบันทึก และวิธีการบันทึก ทั้งนี้แม้มีมาตรฐานระดับชาติ หน่วยงาน สามารถพัฒนาระบบของตนเองได้ภายในระบบของมาตรฐานชาติ

2. ในการพัฒนาระบบ รูปแบบ วิธีการบันทึก ถ้าเป็นระดับชาติ อย่างน้อยควรมีผู้ที่เกี่ยวข้อง จากฝ่ายการศึกษา และฝ่ายบริการทางการแพทย์ สถานพยาบาล สมาคมพยาบาล แพทยสภา สภาวิชาชีพอื่นทางสุขภาพ นักกฎหมาย สำนักงานรับรองคุณภาพพยาบาลแห่งประเทศไทย พัฒนาทักษะ ถ้าเป็นในระดับหน่วยงาน ควรให้บุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ ได้มีผู้แทนเข้ามาร่วมคิด พร้อมทั้งเชิญ ผู้เกี่ยวข้องภายนอก เช่น จากฝ่ายการศึกษาการพยาบาล มาร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และให้แต่ละฝ่ายได้รับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน

3. แต่ละวิชาชีพสามารถพัฒนาแบบบันทึกเพื่อใช้เฉพาะ เช่น พยาบาลอาจมีการพัฒนา แผนการพยาบาล เพื่อไว้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยประจำวัน อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการสุขภาพทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วยควรประชุมร่วมกัน เพื่อกำหนด แบบบันทึกกลางที่ทุกสาขาสามารถใช้ประโยชน์ ตลอดจนแบบบันทึกที่ทุกสาขาสามารถร่วมบันทึกได้ เช่น มีการกำหนดเอกสารกลาง ประกอบด้วย แบบซักประวัติ และประเมินผู้ป่วย กราฟบันทึกสัญญาณชีพ แผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการกำหนด ผู้ที่รับผิดชอบในการบันทึก

4. การจัดทำแบบบันทึกที่ทุกวิชาชีพใช้บันทึกร่วมกัน เพื่อให้เห็นข้อมูล สภาวะผู้ป่วย และ กิจกรรมที่ทำให้ตามมุมมอง และวิธีการของแต่ละวิชาชีพ อาทิ เช่น การจัดทำแบบบันทึกความเห็นการรักษาพยาบาล เพื่อให้ทุกวิชาชีพได้บันทึกประเด็นสำคัญที่ต้องการสื่อสารให้ผู้อื่น อันเป็นการสะดวกที่ ผู้ที่มาอ่านสามารถอ่านจากเอกสารฉบับเดียวก็สามารถเห็นและเข้าใจสภาวะผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ คอบสนองอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

5. องค์กรหรือหน่วยงาน ควรมีการจัดประชุมทำความเข้าใจ ฝึกอบรมวิธีการบันทึก และ จัดทำคู่มือ แนวทาง เพื่อไว้ศึกษาและใช้อ้างอิง

6. หน่วยงาน ควรมีหน่วยงานและบุคลากรรับผิดชอบดูแลงานการบันทึกทางการแพทย์ โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของกรรมการวิชาการทางการแพทย์ กรรมการประกันคุณภาพโรงพยาบาล หรือ อื่นๆ เพื่อให้มีการติดตาม ประเมินผล การบันทึกในแบบต่างๆ และการใช้ประโยชน์ และมีการ ปรับปรุง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ควรมุ่งการพัฒนาวิธีการที่จะสนับสนุนและลดการบันทึกแบบเชิง พรรณนา การยกเลิกการบันทึกในหลายแบบฟอร์มที่มีความซ้ำซ้อนในข้อมูล

7. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรติดตามความก้าวหน้าในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ และการผดุงครรภ์ ของฝ่ายบริการพยาบาลที่สถาบันเกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยงานในระดับประเทศ และ มีการปรับการเรียนการสอนให้สอดคล้อง ทั้งนี้ต้องเริ่มด้วยการสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าของ

การบันทึกทางการแพทย์ นอกจากนี้อาจารย์ที่ดูแลนักศึกษาในแหล่งฝึก ควรให้ความช่วยเหลือในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์และการผดุงครรภ์

8. การบันทึกเพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นั้น ต้องบันทึกหรือสื่อในเรื่องหรือด้วยคำ ข้อความที่คนทุกคนสามารถเข้าใจตรงกัน หรือพอจะมีความเข้าใจ ความเป็นวิชาชีพเป็นเรื่องสำคัญ แต่ถ้าความเป็นวิชาชีพนั้นเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร ควรได้มีการทบทวน และปรับปรุง โดยเฉพาะในการเขียนบันทึกของพยาบาลหรือบันทึกความก้าวหน้า การใช้ข้อความวินิจฉัยทางการแพทย์ในหลายกรณีอาจไม่สื่อแก่บุคลากรในต่างวิชาชีพได้ ควรมีการทบทวนและปรับปรุงโดยยังคงสามารถแสดงบทบาทพยาบาลหรือผดุงครรภ์ได้เป็นอย่างดี

9. บันทึกของพยาบาล (nurse's note) หรือผดุงครรภ์ ควรได้มีการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก เพื่อศึกษาแนวโน้มของการวินิจฉัยการพยาบาลที่พบบ่อย ความเหมาะสมของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติสำหรับแต่ละปัญหา และผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการสร้างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ให้แนวทางการวิจัยเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

10. บันทึกทางการแพทย์เป็นสารสนเทศทางการแพทย์และการผดุงครรภ์ที่สำคัญ ที่ควรมีการกำหนดชนิดข้อมูลและวิธีการบันทึกที่เป็นมาตรฐาน และมีการจัดทำในรูปแบบที่สะดวกต่อการบันทึก การอ่าน และการใช้ประโยชน์ โดยมีการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา และการสนับสนุนการบันทึกและการใช้ประโยชน์เอกสารบันทึกทางการแพทย์และการผดุงครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญจมา เตากล่ำ. (2543). บันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพทางการพยาบาล, *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 1-11.
- สุพาณี เสนาดีสัย และ ประไพพานิช. (2547). *การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด
- Bjorvell, C., Wredling, Regina., & Thorell-Ekstrand, I. (2003a). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 206-214.
- Bjorvell, C., Wredling, Regina., & Thorell-Ekstrand, I. (2003b). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 402-410.
- Carpenito, L.J. (1999). *Nursing care plans & documentation : Nursing diagnoses and collaborative problems* (3rd ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Castonguay, D. (2001). Nursing documentation: How important is it? *Nursing News*, 25 (1), 6.
- Cheevakasemsook, A. (2005). Facilitating change: The development of an effective nursing documentation system in a medical-surgical ward in Thailand. Unpublished doctoral dissertation, Charles Sturt University, NSW, Australia.
- Christensen, B.L., & Kockrow, E.O. (Eds.). (1999). *Foundations of nursing* (3rd ed.). St.Louis : Mosby. (Chapter 4)
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2003). *Fundamental of nursing: Human health and function* (4th ed.). (pp. 229-251). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Daniels, R. (1999). Documentation and reporting. In P.A. Potter, & A.G. Perry (eds.). *Basic Nursing: A critical thinking approach* (4 th ed.). St Louis: Mosby.
- Duke University School of Nursing. (2006a). NANDA diagnosis basis. Retrieved March 30, 2006, from <http://www.duke.edu/~goodw010/vocab/NANDA%20PDA.pdf>.
- Duke University School of Nursing. (2006b). NANDA taxonomy. Retrieved March 30, 2006, from <http://www.duke.edu/~goodw010/vocab/NANDA.html#NANDA%20taxonomy>.
- Frank-Stromborg, M., Christensen, A., & Elmhurst, D. (2001a). Nurse documentation: Not done or worse. done the wrong way-part 1. *Oncology Nursing Forum*, 28(4), 697-702.

- Frank-Stromborg, M., Christensen, A., & Elmhurst, D. (2001b). Nurse documentation: Not done or worse. done the wrong way-part 2. *Oncology Nursing Forum*, **28** (4), 841-846.
- International Council of Nurses. (2006a). International classification for nursing practice. Retrieved March 30, 2006, from <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>.
- International Council of Nurses. (2006b). Chapter 4- the 7 – axis model of ICNP version 1. Retrieved March30, 2006, from http://www.icn.ch/icnp_V1book_ch4.htm.
- John, M., & Maas, M. (1997). *IOWA outcomes project: Nursing outcomes classification (NOC)*. St. Louis: Mosby.
- Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J. M., Mass, M., & Moorhead, S. (2001). *Nursing diagnoses, outcomes, and interventions: NANDA, NOC, and NIC linkage*. St. Louis: Mosby.
- Kockrow, E. O., & Christensen, B.L. (1999). Documentation. In B.L. Christensen, & E.O. Krockrow (eds.). *Foundations of Nursing* (3 rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Lee, T., & Chang, P. (2004). Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, **13**, 33-40.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2000). *Nursing intervention classification* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Meiner, S.E. (1999). *Nursing documentation : Legal focus scross practice settings*. Sage Publications : London.
- Potter, P.A.,& Perry, A.G. (Eds.). (2003). *Basic nursing : Essentials for practice* (5th ed.). St.Louis : Mosby. (Chapter 7)
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Basic nursing: Essentials for practice* (6 th ed.). St. Louis : Mosby.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2001). *Fundamentals of nursing: The art & science of nursing care* (4 th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Timby, B. K. (2003). *Fundamental skills and concepts in patient care* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Voutilainen, P., Isola, A., & Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in nursing home : State of the art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 72-81.
- White, L. (2002). *Basic nursing: Foundations of skills & concepts*. New York: Delmar Thomson Learning.

ภาคผนวก

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 1 คำชี้แจงของผู้วิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง "บันทึกทางการแพทย์พยาบาล : แนวคิด วิธีบันทึก และการใช้ประโยชน์" วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิด ประเภท และวิธีการของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และศึกษาความเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งศึกษาแนวทางการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และในระหว่างการสนทนาท่านสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา อนึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น ไม่ระบุชื่อของผู้ถูกสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวิธีการ วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการศึกษาในครั้งนี้แล้ว มีความยินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และข้าพเจ้าสามารถออกจากกรวิจัยได้หากมีเหตุขัดข้อง โดยไม่ต้องบอกเหตุผล แม้ว่าจะเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยแล้ว กรณีที่เกิดข้อข้องใจ หรือมีปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ ผศ.ดร.ประคิน สุจฉายา ได้ที่ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-945014 ในเวลาราชการ หรือ ศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

(ลงนาม) ผู้ยินยอม
(.....)

(ลงนาม) ผู้วิจัย
(.....)

(ลงนาม) พยาน
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.