

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทาง ในการวิจัยดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.3 ประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.4 กระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.5 คุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. กระบวนการพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล
 - 2.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล
 - 2.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
3. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารอ้างอิง ตำราวิชาการต่าง ๆ ได้มีนักวิชาการหลาย ท่าน ได้ให้ความหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และกระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไว้ ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การเขียน การรวบรวมข้อมูลใด ๆ ที่แสดง ถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของพยาบาล (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง เครื่องมือในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการให้การพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ (พุดสุข หิงคานนท์ 2549)

ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล (Nursing record) คือ ข้อความที่แสดงถึงการพยาบาล (Nursing activities) ทั้งหมดที่จดไว้เป็นหลักฐาน บันทึกทางการพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

นวนลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล คือ การเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเน้นผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมของบุคคลไว้

วาลัส (Walus 2003) กล่าวว่า บันทึกทางการพยาบาล คือ เครื่องมือที่สำคัญสำหรับการสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล ที่พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลใดๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทของการพยาบาล และใช้ในการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ต้องตามความเป็นจริงตรงกัน ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้า ในการให้การพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้

1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เป็นในการสื่อสารในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ 2) เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลการดูแล 3) เป็นหลักฐานทางกฎหมาย 4) เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย 5) เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพได้ 6) เป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล 7) ใช้ในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการดูแล 8) แสดงให้เห็นถึงการร่วมมือของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ 9) ใช้แสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพ (Walus 2003)

1.3 ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์หลายด้าน คือ 1) เพื่อเป็นหลักฐานในการปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ ในด้านการรักษา และการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแต่ละเวรต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง 2) ช่วยให้การจัดการบริการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง 3) เป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้สำหรับทำการรักษา และการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย 4) ใช้ประกอบการศึกษาค้นคว้า วิจัย

ทางการพยาบาล 5) ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป และ 6) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง (นวลขนิษฐ ธิจิตลีธธา 2550)

1.4 กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ขั้นตอนวิธีการที่จะได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์โดยใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้ (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540)

ขั้นที่ 1 การรวบรวมข้อมูล

ก่อนการบันทึกสิ่งที่จะต้องทำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมี คือการรวบรวมข้อมูลที่ดีย่อมช่วยให้การบันทึกได้ดี ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1.1 ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกี่ยวกับการเกิดโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ

1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับ เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดความต้องการของ มาสโลว์หรือโอเรียม มาเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้แนวคิดหรือทฤษฎีใด ก็จะประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีนั้น เช่น ถ้าเป็นแนวคิดของโอเรียม ก็จะต้องบันทึกเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

1.3 มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพและง่ายต่อการบันทึก เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติ การเลือกแบบฟอร์มแล้วแต่สถาบันนั้น ๆ

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ให้พิจารณาว่าจะบันทึกอย่างไร จึงจะสั้น กระชับ ได้ใจความ และสะดวกต่อการปฏิบัติ ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องศึกษา และฝึกฝนให้เกิดทักษะโดยมีแนวทางในการวิเคราะห์สิ่งที่บันทึกดังนี้

2.1 ข้อมูลนั้นเป็นจริงหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้บันทึกตามที่เห็น เช่น ถ้าพยาบาลเดินไปพบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงคนเดียวในห้องพิเศษ เราจะไม่บันทึกผู้ป่วยตกเตียง แม้จะมีสภาพแวดล้อมพอให้คาดเดาสถานการณ์ได้ว่าคงจะตกเตียงก็ตาม ให้บันทึกตามที่ตาเราเห็น คือ “พบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงในท่าคว่ำหน้าอยู่” และสภาพแวดล้อมเป็นอย่างไรในขณะนั้น ทั้งนี้ การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2.2 ข้อมูลที่ได้ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะใด เช่น เป็นปัญหาที่พยาบาล ค้นพบเป็นสิ่งที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว ลงบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้มา ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ก็ไม่ต้องลงบันทึก

2.3 การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใดให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น ช่วงเวลาใด หรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวร เช่น กรณีผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลงรวดเร็วอยู่ในภาวะวิกฤต ลักษณะนี้ให้เขียนบันทึกทันทีที่ได้ข้อมูล แต่ถ้าข้อมูลไม่ รีบด่วน ก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวร

2.4 สิ่งทีบันทึกมีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ และสามารถบันทึกลงในแบบ บันทึกได้หรือไม่ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล

เขียนบันทึกอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ และชัดเจน อ่านง่าย กะทัดรัด ได้ใจความ ความหมายถูกต้อง ด้วยปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำ ถ้าเขียนผิดให้ขีดคร่อม แล้วเขียนใหม่ ห้ามขูด ลบ แล้วลงชื่อกำกับ

นอกจากนี้ อัลฟาโร (Alfaro 2006) ได้ให้แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล ไว้ ดังนี้

1. บันทึกทันทีหลังให้การพยาบาล ถ้ายังไม่ได้บันทึกการให้การพยาบาลก็ให้ บันทึกในใบงานไว้ก่อน เพื่อกันลืม
2. ไม่ว่าจะบันทึกด้วยมือหรือใช้คอมพิวเตอร์บันทึก การดูแลต้องเป็นไปตาม ขั้นตอนให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการดูแลต้องมีประสิทธิภาพ
3. เมื่อบันทึกแล้วให้คิดทบทวนการสะท้อนการดูแลให้คิด โดยใช้คำถามว่า “ฉัน ลืมทำอะไรบางอย่าง และจะอย่างไร เปรียบเทียบผู้ป่วยก่อนและหลังการบันทึกเป็นอย่างไร” วิธี นี้จะช่วยให้นึกถึงการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว
4. บันทึกสิ่งที่สำคัญที่แน่ใจว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว
5. บันทึกสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากมาตรฐานหรือที่ผิดปกติ
6. ให้นั้นการบันทึกเรียงเหตุการณ์ตามลำดับเวลา ก่อนหน้า โดยตอบคำถาม ต่อไปนี้ เกิดอะไรขึ้น เกิดเมื่อไร เกิดอย่างไร และเกิดขึ้นที่ไหน
7. บันทึกประเด็นปัญหาที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่ใช้ในการสื่อสารว่ามีอะไร เปลี่ยนแปลงในวันนี้
8. บันทึกสิ่งที่เป็นจริงหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล ตัวอย่างที่ผิด เช่น “ผู้ป่วยโกรธและก้าวร้าว” ที่ถูก คือ “ผู้ป่วยตะโกนว่า ออกไปให้ห่างจากฉัน”

9. ห้ามใช้คำพูดคลุมเครือ ตัวอย่างที่ผิด เช่น “มีสายระบายน้ำจากแปลหน้าห้อง ขาวพอประมาณ” ที่ถูก คือ “แปลหน้าห้องมีสายระบายน้ำสีชมพูยาวประมาณ 6 เซนติเมตร”

10. บันทึกข้อความสั้นกะทัดรัด ไม่ต้องเขียนประโยคที่สมบูรณ์ อาจใช้คำคุณศัพท์ คำย่อที่เป็นที่ยอมรับ

11. บันทึกชื่อ นามสกุลผู้บันทึกหลังรายการบันทึกที่จบแล้ว

12. เมื่อลืมนักบันทึกบางอย่างให้รีบบันทึกทันทีที่นึกได้ต่อท้ายรายการอื่นแล้วบอก เวลาว่าเกิดขึ้นเมื่อไรต่อด้วยคำว่า เพิ่มเติมภายหลัง (late entry)

ขั้นที่ 4 ประเมินผลการบันทึก

ประเมินผลทุกครั้งว่า เขียนบันทึกตรงตามวัตถุประสงค์ดังที่กำหนดหรือไม่ คือ บอกถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองจากผู้ป่วย และสิ่งที่ สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

นอกจากขั้นตอนของกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวข้างต้นแล้ว พอตเตอร์ และเพอร์รี่ (Potter and Perry 1995: อ้างใน ฟ่องพรรณ ลาภเจริญ 2543) ได้ให้หลักในการ บันทึกทางการพยาบาลไว้ 5 ประการ คือ ความถูกต้อง ความกะทัดรัดชัดเจน ความเป็นปัจจุบัน ความสมบูรณ์ และความเป็นระบบ โดยใช้ระบบของกระบวนการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ความถูกต้อง

1.1 ความถูกต้องตรงกับความเป็นจริง บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกต เขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยพูดและกระทำ โดยไม่ลงความเห็นหรือตัดสินการกระทำของผู้ป่วยจาก ความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

1.2 ถูกต้องตามจำนวนและเวลา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวัดต่าง ๆ จะต้อง ระบุจำนวนและเวลาที่ให้อย่างถูกต้องชัดเจน

1.3 ถูกต้องในการเขียนคำสะกดและการใช้คำย่อ ต้องใช้คำย่อและสัญลักษณ์ ที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับของสถาบันนั้น ๆ เลี่ยงการใช้คำบางคำ เช่น ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ ละคน จะให้ความหมายแตกต่างกัน

1.4 ถูกต้องในแง่กฎหมาย โดยตระหนักเสมอว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้สิ่งที่ บันทึกลง ไปนั้นถาวรแก้ไขไม่ได้ และตรวจสอบได้ว่าผู้ใดเป็นผู้บันทึก ซึ่งมีแนวปฏิบัติว่าให้เขียน ชัดเจนด้วยปากกา กรณีเขียนผิดให้เขียนทับข้อความนั้นและเขียนคำว่า “ผิด” เหนือหรือข้าง ข้อความนั้นแล้วลงชื่อกำกับ หากมีที่ว่างเหลืออยู่ให้ขีดเส้นคร่อมไว้ เพื่อไม่ให้มีการเติมข้อความ ใด ๆ

2. ความกะทัดรัด ชัดเจน อ่านแล้วได้ใจความ หลีกเลี่ยงการใช้คำที่ไม่จำเป็น

3. ความเป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่บันทึกต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการ ปฏิบัติจริง

4. ความเป็นระบบ ควรจัดระบบหมวดหมู่ข้อมูลประเภทเดียวกันไว้ด้วยกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจง่ายขึ้น

5. ความสมบูรณ์ในการบันทึก ประกอบด้วย

5.1 ความสมบูรณ์ของข้อมูล หมายถึง ข้อมูลที่เขียนลงในแบบบันทึกนั้น จะต้องบ่งบอกถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น เมื่อต้องการบันทึกข้อมูลที่เป็นอาการของผู้ป่วยก็ต้องบอกถึงลักษณะอาการ เวลาที่เป็น ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาที่มีอาการ ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือลดลง และอาการร่วมอื่น ๆ หรือเมื่อต้องการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ก็ต้องระบุถึงเวลาที่ทำกิจกรรมนั้น ปฏิกริยาของผู้ป่วยและสิ่งที่พยาบาลตรวจพบ

5.2 ความสมบูรณ์ของกระบวนการพยาบาล หมายถึง จะต้องมิข้อมูลจากการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย และการประเมินผลการพยาบาล

ความสัมพันธ์ของกระบวนการพยาบาลกับการปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย คือ 1) กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งดำเนินอยู่ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในสถานการณ์ที่กำหนด 2) ลักษณะของงานพยาบาล เป็นงานที่ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ต้องมีการบันทึกรายงานอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการติดต่อประสานงานระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพ ต้องมีความรับผิดชอบ ตามบทบาทและหน้าที่ และ 3) พยาบาลวิชาชีพทุกคนจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะกระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณค่า (พอดเตอร์ และเพอร์รี่ 1995: อ้างใน ผ่องพรรณ ลาภเจริญ 2543)

1.5 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกที่มีคุณภาพต้องได้มาจากกระบวนการบันทึกที่มีคุณภาพ คือ 1) ต้องผ่านขั้นตอนการคิดวิเคราะห์คิดเชื่อมโยง ครอบคลุมฐานความคิดในการปฏิบัติการพยาบาลที่องค์กรได้กำหนดปรัชญาไว้ เช่น เน้นการพยาบาลองค์รวม หรือยึดทฤษฎีทางการพยาบาลทฤษฎีใด ซึ่งแต่ละทฤษฎีให้มโนทัศน์ในการปฏิบัติการพยาบาล และที่สำคัญ คือ ภายใต้อาณัติที่พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้กำหนดไว้ 2) ต้องมีการคิดเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อตรวจสอบคุณภาพของงานและการบันทึก และ 3) กระบวนการบันทึกต้องสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (นวลขนิษฐา ลิขิตลีธสา 2550)

การบันทึกที่มีคุณภาพนั้น ย่อมมาจากการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพเป็นอันดับแรก ถ้า การปฏิบัติกรพยาบาลไม่มีคุณภาพ โอกาสที่จะเกิดการบันทึกที่มีคุณภาพจะเป็นไปได้ยาก (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา 2550) และถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ย่อม เป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลที่ดี เพราะทุกคนได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (สุรีย์ ธรรมิกบวร 2540)

2. กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และส่งเสริมให้การ บริการพยาบาลมีความเป็นเอกลักษณ์ในวิชาชีพ ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงความหมาย ความสำคัญ และ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ซึ่งใช้กรอบทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นวิธีแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการแต่ละบุคคล และครอบครัว โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกรพยาบาล และการประเมินผล การพยาบาล (Iyer and Bernocchi 1995) และเป็นวิธีการเฉพาะที่พยาบาลใช้ความรู้และทักษะใน การคิดและปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ จะช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุ เป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล (สุระพรรณ พนมฤทธิ์ 2543) โดยเป็นทักษะ รากฐานที่สำคัญและยั่งยืนที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ (Atkinson and Murray 1994)

2.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลในหลายด้าน ได้แก่

2.2.1 ความสำคัญต่อผู้รับบริการ การใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคล (individualized care) ได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (continuity of care) และได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ (comprehensive of care) (Iyer and Bernocchi 1995) เพราะการดูแลของพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนที่พยาบาลรวบรวม มาได้ แล้วนำมาประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลและ ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นแต่ละราย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบนี้จะทำให้

ความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองที่ถูกต้อง ถ้าบุคคลมีปัญหาสุขภาพ ปัญหานั้นจะได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง (Atkinson and Murray 1986)

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ร่วมวางแผนกับพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง และครอบครัวทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเพราะการดูแลที่ได้รับมีความเฉพาะเจาะจง และได้รับการยอมรับในความสามารถในการดูแลตนเอง (Atkinson and Murray 1986)

2.2.2 ความสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้การดูแลมีคุณภาพสูงขึ้น (Iyer and Bernocchi 1995) เนื่องจากการใช้กระบวนการพยาบาลจะทำให้การประเมินสภาพของผู้รับบริการขณะแรกรับเป็นไปอย่างครอบคลุม ปัญหาต่าง ๆ จะถูกบ่งชี้และแผนการพยาบาลจะถูกกำหนดขึ้น โดยพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการ แผนการพยาบาลนี้จะให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และแผนการพยาบาลจะถูกปรับเปลี่ยนตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป (Atkinson and Murray 1994)

2.2.3 ความสำคัญต่อวิชาชีพ การปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ มีโอกาสใช้ความรู้และทักษะในด้านต่างๆ ของกระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ทักษะการตัดสินใจ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในรูปการรวบรวมข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ (Iyer and Bernocchi 1995) ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น การยอมรับพยาบาลในฐานะวิชาชีพมีมากขึ้น และมีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลคิดค้นในการทำวิจัยมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้ทางการพยาบาลมีความกว้างขวาง เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (ศิริพร ชัมภลิจิต 2532)

2.3 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล พบว่า กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) เป็นขั้นแรกสุดในกระบวนการพยาบาล และเป็นองค์ประกอบที่ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนอื่น ๆ การประเมินภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการพลวัต เป็นระบบระเบียบที่พยาบาลสร้างปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้รับบริการและบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ (ANA 1990 อ้างใน Atkinson and Murray 1994) ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบ วิเคราะห์และแปลความหมายสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการแพทย์ การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในการที่จะค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยต้องอาศัยวิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การฟัง การสัมภาษณ์ การซักประวัติทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังสามารถที่จะรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่นได้อีก เช่น จากบันทึกของแพทย์ จากบันทึกทางการแพทย์ จากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจากการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการรักษาพยาบาล เมื่อรวบรวมข้อมูลเพียงพอครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์กัน ข้อมูลที่จัดเรียงเป็นหมวดหมู่แล้วเรียกว่า ข้อมูลพื้นฐาน (Iyer and Bernocchi 1995)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องใช้แบบฟอร์มที่เหมาะสมจะทำให้การรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ดังที่ อารี ชิวเกษมสุข (2534) กล่าวว่า แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) แบบฟอร์มที่มีโครงสร้าง (structured form) คือ แบบฟอร์มที่มีช่องไว้ให้กาเครื่องหมาย หรือเขียนข้อความเพียงเล็กน้อย *ข้อดี* คือ ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็ว *ข้อเสีย* คือ อาจไม่ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดที่พบในสถานการณ์จริง และ 2) แบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง (unstructured form) คือ แบบฟอร์มที่มีช่องว่างไว้ตามกรอบแนวคิดอย่างกว้างๆ *ข้อดี* คือ ได้ข้อมูลครบถ้วน ใช้ได้หลายสถานการณ์ และสั้น กระชับ เพราะเนื้อที่ในแบบฟอร์มจะใช้บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น *ข้อเสีย* คือ ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูง และใช้เวลามาก ในระยะแรกจำเป็นต้องมีคู่มือประกอบการรวบรวมข้อมูล การใช้แบบฟอร์มที่มีโครงสร้างก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบันทึกและเหมาะกับการปฏิบัติงานของพยาบาลมากกว่าแบบฟอร์มที่ไม่มีโครงสร้าง แต่ก็ควรระมัดระวังในการใช้แบบฟอร์มประเภทนี้คือ ไม่ควรให้มีข้อรายการมากเกินไป และควรมีช่องสำหรับบันทึกอย่างเหมาะสม

2.3.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่สอง ในกระบวนการพยาบาล เป็นระยะที่พยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน และระบุขอบเขตของปัญหาสำหรับผู้ป่วย (Atkinson and Murray 1994) และเป็นการสรุปปัญหาและสาเหตุซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยความรู้ ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลและการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยทางการแพทย์จะเริ่มต้นที่การวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับแบบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแปลผลได้เป็น 2

ลักษณะ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง จะแสดงว่าปกติหรือไม่มีปัญหา และ 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้อง และมีการเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง จะแสดงว่าผิดปกติหรือมีปัญหา ประเภทของปัญหานั้นอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Iyer and Bernocchi 1995)

แอ็คคินสันและเมอร์เรย์ (Atkinson and Murray 1994) ได้สรุปไว้ว่า การวินิจฉัยทางการแพทย์ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ประการ คือ การวิเคราะห์ข้อมูล การระบุปัญหา และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ในขั้นตอนนี้ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2536) ได้ยกตัวอย่างการใช้แนวทางของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North America Nursing Diagnosis Association) หรือเรียกย่อว่า NANDA ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำว่า “เนื่องจาก” เป็นตัวเชื่อมข้อความทั้งสอง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะพบปัจจัยเสี่ยง = เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหา
สุขภาพ+เนื่องจาก+ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง - เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลแผล

2. มีปัญหาสุขภาพ = ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือปัจจัยที่ทำให้เกิด
ปัญหา

ตัวอย่าง - การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ

2.3.3 การวางแผนการพยาบาล (planning) เมื่อพยาบาลได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์แล้ว ระยะเวลาวางแผนการพยาบาลจึงเริ่มขึ้น ซึ่งพยาบาลจะสร้างแผนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือแก้ไขปัญหาคำหนดไว้ในข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Atkinson and Murray 1994) และการวางแผนการพยาบาลเป็นการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่มีความสำคัญจะได้รับการ

แก้ไขโดยเร็ว มีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา การเขียนแผนการพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน (Iyer and Bernocchi 1995)

นวลขนิษฐ ลิจิตลือชา (2550) กล่าวว่า การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2) การเขียนวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย เป็นข้อความบอกพฤติกรรมที่คาดหวังหรือต้องการให้เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการพยาบาล โดยสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล และ 3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เพราะพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ ช่วยแก้ไขปัญหที่รีบด่วน และมักจะเป็นปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต หรือสวัสดิภาพของผู้รับบริการ ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล ควรครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลจะมุ่งเน้นไปในด้านใดแล้วแต่ภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน

แอ็คคินสัน และเมอเรย์ (Atkinson and Murray 1994) ได้สรุปไว้ว่า ในระยะของการวางแผนพยาบาลและผู้ป่วยควรกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายที่จะแสดงถึงการลด การป้องกัน หรือการกำจัดปัญหาร่วมกัน และการวางแผนการพยาบาลมุ่งให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป้าหมายเป็นพฤติกรรมที่ต้องการให้เปลี่ยนไปภายหลังได้รับการพยาบาล

2.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) เป็นขั้นตอนการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ การดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความรู้ และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาล และเมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งลงในบันทึกทางการพยาบาล (Iyer and Bernocchi 1995) แอ็คคินสันและเมอเรย์ (Atkinson and Murray 1994) กล่าวว่า ในขั้นตอนของการนำแผนไปปฏิบัติจะต้องประกอบด้วย การตรวจสอบความถูกต้องของแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการบันทึกการพยาบาล ตลอดจนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการตรวจสอบความถูกต้องของแผนการพยาบาล ควรจะตรวจสอบในประเด็นที่สำคัญ 4 อย่างคือ 1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety) 2) ความเหมาะสม (Appropriateness) 3) ความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) และ 4) เป็นแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล (Individualized nursing care) (Atkinson and Murray 1994)

นวลขนิษฐ ลิจิตลือชา (2550) ได้แบ่งประเภทของกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภท คือ 1) ให้การดูแล (caring) เช่น ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ปาก ฟัน ฯลฯ 2) ให้ความ

ช่วยเหลือ (helping) เช่นให้อาหารทางสายยาง ช่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อ 3) ให้บริการ (giving) เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้ใหม่ นวดหลังและกล้ามเนื้อให้ 4) ตรวจสอบ (monitoring) สังเกตพฤติกรรม วัตถุประสงค์ ประเมินระดับการรู้สติ และ 5) สอน (teaching) การปฏิบัติตนให้หายเร็ว การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

แอ็คกินสันและเมอร์รี่ (Atkinson and Murray 1994) กล่าวว่า ขั้นตอนสุดท้ายของการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ คือ การลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ให้กับการตอบสนองของผู้ป่วย ดังภาษิตโบราณที่ว่า “ถ้าไม่ได้บันทึก แสดงว่า การปฏิบัติพยาบาลยังไม่สำเร็จ” ดังนั้น ถ้าไม่มีหลักฐานของการนำแผนการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ปรากฏอยู่ในบันทึกรายงานของผู้ป่วย อาจเป็นไปได้ว่ายังไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาล หรือยังไม่ได้มีการติดตามประเมินแผนการพยาบาลที่ให้

2.3.5 การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพของ กิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ การประเมินผลการพยาบาลจะทำได้โดยการเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการได้รับกิจกรรมการพยาบาลกับพฤติกรรมที่คาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมินผล การแปลผลข้อมูลจะสรุปได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาล แสดงออกในทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการแก้ไข แล้ว 2) พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาล แสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้ตั้งแต่ตอนแรก แสดงว่าปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล และ 3) กรณีที่พบว่า พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาล แสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้รับบริการ และวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ (Iyer and Bernocchi 1995)

นวลขนิษฐ ลีจิตลือชา (2550) กล่าวว่า การประเมินผลการพยาบาลทำได้ 2 ลักษณะ คือ 1) การประเมินผลในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละขั้นตอน เรียกว่า Formative Evaluation เป็นการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยขณะที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลให้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และอาจต้องปรับแผนการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และ 2) การประเมินผลภายหลังการพยาบาลสิ้นสุดเรียบร้อยแล้ว เรียกว่า Summative Evaluation เป็นการประเมินเพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้

บุคลากรในทีมพยาบาลได้ทราบความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาแต่ละปัญหาว่าหมดไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่

แอ็คคินสันและเมอร์เรย์ (Atkinson and Murray 1994) ได้สรุปไว้ว่า การประเมินผลการพยาบาลนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่ให้การพยาบาลแต่ละเวร โดยประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การบันทึกการตอบสนองต่อการพยาบาล 2) การประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล 3) การประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และ 4) การทบทวนแผนการพยาบาล โดยพยาบาลจะกลับไปดูที่เป้าหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมที่จะบ่งชี้ว่า ปัญหาของผู้ป่วยลดลง หรือได้รับการแก้ไขแล้ว

การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พยาบาลควรใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับบทบาท 4 มิติ ซึ่งครอบคลุมการป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีความสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) เป็นการให้การพยาบาลโดยความเชื่อว่ามีมนุษย์เป็นองค์รวม หน่วยเดียวอย่างผสมผสานของกาย จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ การทำความเข้าใจคนไม่สามารถแยกทำความเข้าใจออกเป็นส่วน ๆ ได้ (ทัศนาศ นุญทอง 2532) และพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในเรื่อง สุขภาพแบบองค์รวม เนื่องจากสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์อันละเอียดอ่อนระหว่าง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่มีแต่เฉพาะในเรื่องกายหรือชีววิทยาเท่านั้น (ประเวศ วะสี 2544)

ในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในองค์รวมของบุคคลแล้ว จะทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกาย และจิตเป็นอย่างดี โรคทางกายหลายโรคเกี่ยวข้องกับจิต และเยียวยาได้ด้วยจิตที่ให้ความรักและความเข้าใจ ความห่วงใยและเอื้ออาทร (ฟาริดา อิบราฮิม 2546)

การให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับบทบาท 4 มิติ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพบุคคลที่เจ็บป่วย (อำภาพร พัววิไล 2545) เนื่องจากปัจจุบันนี้ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ได้รับอันตรายจากการให้บริการของทีมสุขภาพ และลดการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น ในการให้การพยาบาลบทบาทของพยาบาลในด้านการป้องกันความเจ็บป่วยจึงต้องคำนึงถึง การป้องกันความเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ซึ่ง อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ (2544) ได้ให้ความหมายความเสี่ยงไว้ว่า ความเสี่ยง คือ เหตุการณ์ที่ไม่พึง

ประสงค์ มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสีย หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สิน กฎหมาย แสวงดี (2543) ได้กล่าวถึง ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ 4 ด้าน คือ 1) ความเสี่ยงด้านร่างกาย เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เช่น การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียง การให้ยาผิด การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ตามลำพัง การประเมินปัญหาผู้ป่วยล่าช้า 2) ความเสี่ยงด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยอายขายหน้า การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว 3) ความเสี่ยงด้านสังคม เช่น การไม่รักษาความลับของผู้ป่วย การละเมิดสิทธิผู้ป่วย และ 4) ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การละเลยผู้ป่วยในระยะสุดท้าย สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) คูสิด สถาวร (2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความปลอดภัย หมายถึง การปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยควรใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กล่าวคือ ใน 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และให้ครอบคลุมบทบาท 4 มิติ โดยค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ก่อนเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ อันจะนำไปสู่การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียหรือเกิดอันตรายกับผู้ป่วย และเมื่อพยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้ว ควรบันทึกการพยาบาลให้ครอบคลุมประเด็นดังกล่าว เพื่อแสดงว่าพยาบาลได้ใช้องค์ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาพยาบาล และสำคัญที่สุดคือ เป็นความรับผิดชอบต่อสังคม ในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

3. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้มีผู้คิดค้นวิธีการหรือรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไว้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีจุดแข็งจุดอ่อนต่างกัน ดังที่ วาลัส (Walrus 2003) ได้สรุปรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พยาบาลทั่วไปนิยมใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มี 8 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (narrative charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่เขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นและผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เป็นการบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ได้จากการสังเกตหรือจากการปฏิบัติการพยาบาล ดังตัวอย่าง

1) บันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย เช่น อาการดีขึ้น อาการเลวลง หรือเกิดปัญหาใหม่

ขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น “ผู้ป่วยฝึกเดินไปมาด้วยไม้เท้าช่วยเดินได้ 3 นาทีแล้วรู้สึกเหนื่อย” 2) การตอบสนองต่อการดูแลรักษา ตัวอย่างเช่น “ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องลดลงภายหลังจากรับประทานยา 1 ชั่วโมง และ สีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถขึ้นลงเตียงได้โดยไม่ลำบาก” 3) อาการของผู้ป่วยไม่ก้าวหน้า ตัวอย่างเช่น “ขนาดหรือสภาพของแผลกดทับไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากรักษาไปแล้ว 6 วัน” และ 4) การตอบสนองของผู้ป่วยจากการได้รับการสอน ตัวอย่างเช่น “ผู้ป่วยสามารถสาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันได้” รูปแบบการบันทึกแบบบรรยายนี้มีข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย คือ 1) เป็นรูปแบบบันทึกที่ยืดหยุ่นเหมาะสมกับทุกสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วย 2) การบันทึกแสดงถึงความเข้มแข็งของการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองต่อผู้ป่วย 3) เป็นการเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยในแต่ละระยะเวลาเป็นเวลานาน 4) ใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย และ 5) ใช้แบบฟอร์มธรรมดาเหมาะแก่การฝึกพยาบาลใหม่ ให้บันทึกได้รวดเร็ว

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย คือ 1) ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบว่ามีข้อมูลต่าง ๆ สัมพันธ์กันอย่างไรเพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่เรียงข้อมูล 2) เป็นการยากที่จะติดตามปัญหา และวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากระบบบันทึกนี้ 3) เป็นการบันทึกที่ไม่มีแนวทาง พยาบาลจะบันทึกไปเรื่อย ๆ บันทึกทุกอย่างทำให้ข้อความยาวและบางครั้งก็บันทึกซ้ำ และ 4) ไม่ได้สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล

3.2 รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (problem-oriented medical record : POMR)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่มุ่งแก้ปัญหา และช่วยสื่อสารในระหว่างทีมดูแล เป็นรูปแบบที่พัฒนาครั้งแรกโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ต่อมาได้พัฒนาโดยพยาบาล รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหาใช้ได้ผลในผู้ป่วยวิกฤติ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAPIE คือ S = subjective data คือ ข้อมูลอัตนัยเป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล O = objective data คือ ข้อมูลปรนัยเป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้ A = assessment สิ่งที่พยาบาลวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้ P = plan คือ แผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาล I = intervention คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย E = evaluation คือ การประเมินผลการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบมุ่งปัญหา มีส่วนประกอบ ดังนี้

1. ฐานข้อมูล (data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ทั้งเหตุผลที่ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ได้จะเป็นแหล่งสำหรับค้นหาปัญหา

2. ข้อปัญหา (problem list) หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานแล้ว ก็จะกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วย สามารถเขียนปัญหาในรูปของอาการ อาการแสดง หรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ตามวันที่ค้นพบปัญหานั้น ๆ

3. แผนการพยาบาล (initial plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหาซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แผนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาล และแผนการสอน

4. บันทึกความก้าวหน้า (progress notes) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาลซึ่งเขียนในรูปของ SOAP (IE)

5. การสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เป็นส่วนที่ใช้สรุปปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานดูแลต่อที่บ้าน

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา คือ 1) เป็นรูปแบบการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะซึ่งผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพได้ดี 2) การบันทึกที่แสดงถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแล และความก้าวหน้าของผู้ป่วย 3) สนับสนุนให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก และ 4) ใช้เป็นแนวทางบันทึกที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้ป่วย

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา คือ 1) การบันทึกแบบนี้ บางครั้งยากที่จะตัดสินใจว่าข้อมูลนี้ควรอยู่ภายใต้หัวข้อใดหรือการกำหนดลำดับความสำคัญของข้อปัญหา และ 2) การประเมินสภาพผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลปรับใช้กับปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหา การบันทึกตามแบบฟอร์ม SOAPIE ทำให้ต้องใช้เวลาในการบันทึกมากและเกิดการบันทึกซ้ำซ้อน

3.3 รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (problem intervention evaluation system)

เป็นรูปแบบบันทึกแบบมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยและมีกระบวนการบันทึกที่สะดวกขึ้น รูปแบบ PIE ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ส่วนของปัญหา (problem) การปฏิบัติการพยาบาล (intervention) และการประเมินผล (evaluation) มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (a daily patient assessment flow sheets) การบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวันในแบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note)

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE คือ 1) การบันทึกจะรวมถึงรายละเอียดที่จำเป็นของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล 2) บันทึกปัญหาที่เป็นปัจจุบัน 3) รูปแบบบันทึกที่ง่ายโดยรวมการบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าไว้ในแบบบันทึกเดียวกัน และใช้แบบบันทึกย่อยในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย และ 4) มีการปรับปรุงคุณภาพ การปฏิบัติ การเขียนบันทึก และการประเมินผล

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE คือ 1) ทีมการพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างมากก่อนนำรูปแบบนี้ไปใช้ 2) ในรูปแบบนี้ต้องบันทึกการประเมินปัญหาแต่ละปัญหาของผู้ป่วยทุกเวอร์ ซึ่งต้องบันทึกบ่อยโดยที่ไม่มีความจำเป็น และ 3) ไม่เหมาะสมที่จะใช้บันทึกกับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังอยู่โรงพยาบาลนาน

3.4 รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ (focus system)

เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ก็จะกำหนดเป็น “focus” แทนคำว่า “ปัญหา” การบันทึกความก้าวหน้าใช้รูปแบบ DAR (Data Action Response)

บันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วยแบบฟอร์มสำหรับเขียน Focus และ Dar คือ D = data คือ ข้อมูลอดีต ข้อมูลปรนัยที่สนับสนุน focus A = action คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล R = response คือ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ คือ 1) เป็นระบบการบันทึกการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นในการปรับให้เข้ากับระบบด้านคลินิก 2) มีการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าในรูปแบบ DAR 3) เป็นระบบบันทึกที่สามารถชี้แจงปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วยและใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ และ 4) เป็นระบบบันทึกที่แสดงถึงการดูแลทางการแพทย์ ทางการพยาบาล และสอดคล้องกับข้อกำหนดของ JCAHO

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการ คือ 1) พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนอย่างลึกซึ้ง ก่อนใช้รูปแบบ และ 2) เป็นระบบที่มีการเขียนในแบบฟอร์มจำนวนมาก ซึ่งเป็นการยากที่จะวิเคราะห์ออกมาเป็นปัญหาของผู้ป่วย

3.5. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (charting by exception)

เป็นรูปแบบการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดเวลาที่ใช้ในการบันทึก โดยใช้สัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยายและลดการบันทึกซ้ำซ้อน การบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อย ได้แก่ 1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (nursing and medical order flow sheets) 2) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (graphic form) 3) แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย (patient-teaching record) 4) แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย (patient discharge note) และ 5) แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note)

ข้อดี ของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE คือ 1) เป็นแบบบันทึกที่มีขนาดเล็กใช้บันทึกงานประจำตามแนวทางมาตรฐานการพยาบาล 2) เป็นระบบการบันทึกที่ง่ายต่อการปรับให้เข้ากับแนวทางการดูแลทางคลินิก 3) การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน 4) มีแนวทางและมาตรฐานการดูแล

ตามแบบฟอร์มที่บันทึก 5) แบบบันทึกย่อย (flow sheet) ทำให้สะดวกในการดูแล และ 6) ช่วยลดเวลาในการบันทึกเพราะใช้สัญลักษณ์แทน

ข้อเสีย ของรูปแบบการบันทึกแบบ CBE คือ 1) การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการดูแลต้องใช้เวลา 2) ใช้เวลานานในการเรียนรู้และการยอมรับที่จะใช้รูปแบบนี้ได้อย่างถูกต้องและมั่นคง และ 3) การบันทึกแบบบรรยายและการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยอาจบันทึกโดยย่อพอเข้าใจในแบบฟอร์มหลายแบบฟอร์มแทนที่จะรวมใช้แบบฟอร์มเดียว

3.6 รูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ FACT (flow sheet concise timely)

รูปแบบของแบบบันทึกการพยาบาล FACT ใช้หลักการบันทึกคล้ายกับแบบบันทึกการพยาบาล CBE การบันทึกรูปแบบนี้จะหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น การบันทึกข้อมูลซ้ำ ๆ ความไม่สอดคล้องระหว่างแผนกและพยาบาลตลอดเวลาที่ใช้ในการบันทึก

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT คือ 1) การบันทึกด้วยรูปแบบนี้มีความสอดคล้องของภาษา และลักษณะของโครงสร้าง 2) รายละเอียดของการบันทึกสามารถหาได้ใน แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการบันทึก คือ มีความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ และ 4) ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลน้อยลง

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกการพยาบาล FACT คือ 1) การบันทึกด้วยรูปแบบนี้ต้องใช้เวลาในการพัฒนา และวิธีการให้เป็นมาตรฐาน และ 2) การใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกนี้ตรวจสอบได้ยาก

3.7 รูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CORE (core system)

รูปแบบของการบันทึกการพยาบาลนี้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการบันทึกในระบบนี้โดยบันทึกความต้องการและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยภายใน 8 ชั่วโมงเมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบ CORE ประกอบด้วย 1) ฐานข้อมูล (data base) เป็นข้อมูล ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการตรวจร่างกาย ข้อมูลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2) แผนการพยาบาล (care plan) เป็นส่วนที่บันทึกเกี่ยวกับแผนการพยาบาล 3) แบบบันทึกย่อย (flow sheets) บันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล และการสอนผู้ป่วย 4) บันทึกความก้าวหน้า (progress notes) เป็นส่วนที่ใช้ลงบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเขียนในรูปของ DAE และ 5) การสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เป็นส่วนที่บันทึกรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล การสอนผู้ป่วยและการมาตรวจตามนัด

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CORE คือ 1) แบบบันทึกแสดงถึงการ ใช้กระบวนการพยาบาล และ ระบบ DAE สนับสนุนให้บันทึกสมบูรณ์ตามกระบวนการพยาบาล 2) เป็นระบบบันทึกที่สั้น กระชับ และ 3) เป็นระบบบันทึกที่เน้นการบันทึกด้านสังคมและจิตใจ

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบ CORE คือ 1) การบันทึกด้วยระบบนี้ พยาบาลจะต้องได้รับการแนะนำหรือฝึกอย่างมากก่อนที่จะนำรูปแบบไปใช้ 2) การพัฒนา แบบฟอร์มอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้ระยะเวลานาน และ 3) แบบฟอร์ม DAE ไม่สามารถให้ ข้อมูลรายละเอียดตามลำดับเวลาได้เสมอไป อาจทำให้ยากที่จะหาความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ รวดเร็ว

3.8 รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ (computerized)

การบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มีความสำคัญในการบันทึกช่วยลดเวลาในการบันทึก และเพิ่มความถูกต้องแน่นอน ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึก หลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนนุเคราะห์ ก่อนที่จะบันทึกอาการทางคลินิกของผู้ป่วยพยาบาลต้องลงบันทึกเป็นรหัสเฉพาะหรือลงบันทึกรหัส บัตรประชาชน (ID number) ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ ก่อน และการลงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนผลการพยาบาลก็ใช้บันทึกเป็นรหัส ทำให้บันทึก ได้รวดเร็ว

ข้อดี ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ คือ 1) เป็นบันทึก ที่สามารถหาเนื้อหาและข้อมูลย้อนหลังได้รวดเร็ว 2) สามารถสะสมข้อมูลผู้ป่วยและช่วยทำให้การ พยาบาลมีคุณภาพ 3) สามารถปรับข้อมูลผู้ป่วยให้ทันเหตุการณ์ 4) เป็นระบบการบันทึกที่อ่านง่าย และสามารถส่งข้อความความต้องการของผู้ป่วยให้ทีมดูแลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และ 5) ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการประเมินและได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อเสีย ของรูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ คือ 1) ถ้าการใช้ ไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ก็ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ 2) มาตรฐานและขอบเขตของศัพท์ ที่ใช้ยังไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์ และ 3) ถ้าระบบคอมพิวเตอร์ล่มข้อมูลของผู้ป่วยก็ไม่สามารถ ใช้ได้

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ เช่น บอร์ดรีกีนีและลาราบี (Boldreghini and Larrabee 1998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบันทึก ทางพยาบาลก่อนและหลังใช้บันทึกที่ระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อประเมินความครอบคลุมการบันทึก ทางพยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาลและเป้าหมายความสำเร็จของการพยาบาล และศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบ

ข้อมูลทางการพยาบาล (Nursing information system: NIS) กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนทดลอง 20 แฟ้มและหลังทดลองอีก 20 แฟ้ม ผลการทดลองพบว่า ระบบบันทึกแบบคอมพิวเตอร์ ไม่ได้ช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล หรือเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ดังนั้น จึงต้องมีการปรับปรุงระบบ NIS ให้เป็นระบบการบันทึกแบบเน้นเป้าหมายความปลอดภัยโดยพยาบาลที่เลี้ยง มีการฝึกอบรมในเรื่อง การวางแผนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล

สำหรับการศึกษาของ กิวเกอติและมิเชล (Gugerty and Michael 2007) ได้ศึกษาเรื่อง “โอกาสและความท้าทายในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย” กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเมืองแมริแลนด์ จำนวน 933 คน พบว่า พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ มาใช้ยังไม่มาก มีประมาณ 2/3 ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ แต่พยาบาลส่วนใหญ่คิดเป็น 59% ของกลุ่มตัวอย่าง มีความคาดหวังว่า การบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์จะทำให้พยาบาลเกิดความผ่อนคลายมากขึ้นกว่าเดิม และพยาบาลให้ความเห็นว่า การบันทึกแบบนี้จะทำให้เอกสารมีความสมบูรณ์มากขึ้น และเป็นบันทึกที่มีคุณภาพ พยาบาลส่วนใหญ่ได้แนะนำให้นำการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการพัฒนาระบบการทำงานแต่ก็ยังมีจุดอ่อนในเรื่องการออกแบบ และการรวมเข้ากับระบบอื่น ๆ ที่ใช้อยู่

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

รูปแบบ	การใช้กับผู้ป่วย	ส่วนของการบันทึก	การประเมินสภาพ	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์และการประเมินผล	การบันทึกความก้าวหน้า
แบบบรรยาย (NARRATIVE)	ผู้ป่วย เขียนปล้น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยระยะพักฟื้น	-ความก้าวหน้า -บันทึกย่อ แผนการรักษา เพิ่มเติม	แรกรับ:แบบ บันทึกประวัติ ต่อเนื่อง:แบบ บันทึก ความก้าวหน้า	แผนการ พยาบาล	ความก้าวหน้าของการ รักษา -สรุปการ จำหน่าย ผู้ป่วย	บันทึก แบบ บรรยาย ตามเวลา
แบบมุ่งแก้ปัญหา (POMR)	ผู้ป่วย เขียนปล้น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ	-ข้อมูลพื้นฐาน -แผนการ พยาบาล -รายการปัญหา -ความก้าวหน้า ของการรักษา -สรุปการจำหน่าย	แรกรับ:ข้อมูล พื้นฐานและ แผนการ พยาบาล ต่อเนื่อง:แบบ บันทึก ความก้าวหน้า	-ข้อมูล พื้นฐาน -แผนการ พยาบาล ตาม รายการ ปัญหา	ความก้าวหน้าของการ รักษา SOAPIE SOAPIE	บันทึก แบบ SOAPIE
แบบ PIE	ผู้ป่วย เขียนปล้น	-แบบบันทึกย่อ การประเมิน สภาพ -แบบบันทึก ความก้าวหน้า -แบบรายการ ปัญหา	แรกรับ:แบบ ประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบ ประเมินสภาพ ทุกเวอร์	-แผนการ พยาบาล และความ ก้าวหน้า	ความก้าวหน้าของการ รักษา	-บันทึก แบบPIE
แบบ FOCUS	ผู้ป่วย เขียนปล้น ผู้ป่วยเรื้อรัง	-แบบบันทึก ความก้าวหน้า -บันทึกย่อ -แบบเช็ค	แรกรับ:แบบ บันทึกประวัติ และประเมิน สภาพผู้ป่วย ต่อเนื่อง:แบบ ประเมินสภาพ	แผนการ พยาบาล ตาม ปัญหาหรือ ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	ความก้าวหน้าของการ รักษา	บันทึก แบบ DAR

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

รูปแบบ	การใช้กับ ผู้ป่วย	ส่วนของ การบันทึก	การประเมินสภาพ	แผนการ พยาบาล	ผลลัพธ์ และการ ประเมินผล	การบันทึก ความก้าว หน้า
แบบ CBE	ผู้ป่วย เจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง	-แผนการ พยาบาล -บันทึกย่อ ,บันทึกการ สอนผู้ป่วย	แรกเริ่ม:แบบบันทึก ข้อมูลพื้นฐานการ ประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึก การพยาบาลและ แผนการรักษา	แผนการ พยาบาล ตามรายการ ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	ความก้าว หน้าของ การรักษา	บันทึกแบบ SOAPIE หรือ SOAPIER
แบบ FACT	ผู้ป่วย เจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง	-แบบ บันทึกย่อ ประเมิน สภาพ -บันทึกย่อ -บันทึก ความก้าว หน้า	แรกเริ่ม:แบบบันทึก การประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึก ย่อ,บันทึก ความก้าวหน้า	แผนการ พยาบาล ตามรายการ ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	บันทึกย่อ	บันทึกแบบ DAR
แบบ CORE	ผู้ป่วย เจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง	-Kardex -บันทึกย่อ -บันทึก ความก้าวหน้า	แรกเริ่ม:แบบบันทึก การประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึก ความก้าวหน้า	แผนการ พยาบาล	บันทึก ความก้าวหน้า	บันทึกแบบ DAE
แบบ COMPU- TER	ผู้ป่วย เจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยดูแลที่ บ้าน ผู้ป่วยระยะพัก ฟื้น	-ความก้าว หน้า -บันทึกย่อ -แผนการ พยาบาล -ข้อมูล พื้นฐาน, แผนการสอน	แรกเริ่ม:แบบบันทึก การประเมินสภาพ ต่อเนื่อง:แบบบันทึก ความก้าวหน้า	ข้อมูลพื้นฐาน แผนการ พยาบาล	ผลลัพธ์ แผนการ พยาบาล	ประเมินผล ผลที่ คาดหวัง ผลการ เรียนรู้

ที่มา: ตารางแสดงเปรียบเทียบรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล (Walus 2003: 64-67)

โดยสรุป รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า กลุ่มการพยาบาลแต่ละแห่งจะเลือกรูปแบบใดมาพัฒนาใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และลักษณะงานของหน่วยงานนั้น ๆ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ (narrative charting) เพื่อให้ทราบรายละเอียดข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (POMR) มาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า มีผู้ที่ได้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

ไชแสง โปธิโกสม (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลเทคนิคและพยาบาลวิชาชีพ 11 คน การดำเนินงานวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการและการทำความเข้าใจสถานการณ์เบื้องต้น ขั้นทำความเข้าใจสถานการณ์จริงเกี่ยวกับหอผู้ป่วย ขั้นปฏิบัติและการวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล และขั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติและการสะท้อนหลักการทางวิชาชีพ ใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองเป็นแบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึก คู่มือแนวทางการบันทึกการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การใช้คู่มือแนวทางการบันทึกการพยาบาลที่ประกอบด้วยแผนการดูแล แนวทางการบันทึกการพยาบาลและระบบการจัดการบันทึกการพยาบาลทำให้คุณภาพการบันทึก และคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังทำวิจัยสูงกว่าก่อนทำวิจัย บุคลากรพยาบาลที่ได้รับการพัฒนามีความรู้สึกพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ใช้เวลาการบันทึกลดน้อยลง มีความรู้ ความสามารถในการบันทึกดีขึ้น มีบรรยากาศการทำงานในการพัฒนาการบันทึกที่ดีมาก การตรวจสอบเพิ่มประวัติผู้ป่วยทำเฉพาะก่อนรับเวรเข้าเท่านั้น ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการเอาใจใส่และคำแนะนำระดับดีมาก

ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความครบถ้วนของการบันทึกความต่อเนื่องของการบันทึก และความถูกต้องตามกฎหมาย แต่ในด้านความคล่องตัว มีความแตกต่างกัน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มการ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบฟอร์มใหม่สูงสุดในด้านความครบถ้วนของการบันทึกทำให้ใช้สื่อสารได้และต่ำสุดในด้านความคล่องตัวในการบันทึก

รัตนา เครือรัตนไพบูลย์ (2546) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีการดำเนินการศึกษาพัฒนา 6 ขั้นตอน คือ การวางแผน การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปปฏิบัติในหอผู้ป่วย (ครั้งที่ 1) ประเมินและสรุปผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จัดอบรมการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไปปฏิบัติในหอผู้ป่วย (ครั้งที่ 2) ประเมินและสรุปผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามหลัก 4 C ร้อยละ 64.4 ครั้งที่ 1 และร้อยละ 81.5 ในการประเมินครั้งที่ 2 และคะแนนคุณภาพการบันทึกในด้านกระบวนการพยาบาลร้อยละ 56.2 ใน ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 66.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อไปอีก

กนกพร ดุสิตกุลและคณะ (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้ประสิทธิผลการบันทึก และความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 26 คน และวิเคราะห์แยกตามความรุนแรงของผู้ป่วย 3 ระดับ คือ emergent urgent และ non-urgent ประเภทละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการ แบบตรวจสอบรายการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้หลังใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการมากกว่าคะแนนความรู้ก่อนใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประสิทธิภาพของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการภายหลังพัฒนามีเปอร์เซ็นต์การบันทึกสูงขึ้น ในเรื่องความถูกต้องครบถ้วนตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องของการบันทึกข้อวินิจฉัยตามความเป็นจริง (actual diagnosis)

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

คารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ จำนวน 20 คน ด้วยวิธี Matched pair กลุ่มอาการผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ และ 2) พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ที่มีลักษณะการทำงานใกล้เคียงกันจำนวน 22 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน และกลุ่มควบคุม 13 คน โดยพยาบาลกลุ่มทดลองร่วมกันพัฒนาและใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลองค์รวม ส่วนกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เครื่องมือการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม 4 ชุด คือ 1) แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยรับใหม่ 2) แบบฟอร์มการบันทึกแผนการพยาบาล 3) แบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาล และ 4) แบบฟอร์มประเมินการจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และแบบตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนทดลอง

พรทิพย์ รัตนวิชัย (2547) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาล: เพื่อคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม) แบ่งกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โดยวัดผลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลหลังใช้รูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงขึ้นกว่าเดิม

อารี ชิวเกษมสุข (Cheevakasemsook Aree 2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรม โรงพยาบาลเช็นด์หุลยส์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม

สังเกตการทำงานของพยาบาลทุกคนในแต่ละวัน ตารางกำหนดเวลาสนทนากลุ่ม คู่มือเทคนิคการทำกลุ่ม แบบฟอร์มสังเกตกิจกรรมการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึก การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการบันทึก ระยะที่ 2 การนำสู่การปฏิบัติและปรับปรุงระบบ 4 รอบ ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา ได้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผล โดยมีรายละเอียดสำคัญ คือ 1) ส่วนของเนื้อหาในแฟ้มผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) ส่วนของการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มที่เป็นโครงสร้างซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม มาตรฐาน การดูแล มาตรฐาน โรงพยาบาลคุณภาพ การบริหารเวลาและการบริหารความเสี่ยง 3) ส่วนของการปฏิบัติการ ประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนการจำหน่าย และ 4) คู่มือบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกทางการพยาบาล 6 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลซึ่งใช้แบบบันทึกต่อเนื่อง แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย แบบบันทึกคาร์เด็กซ์ และแบบฟอร์มการให้ยา

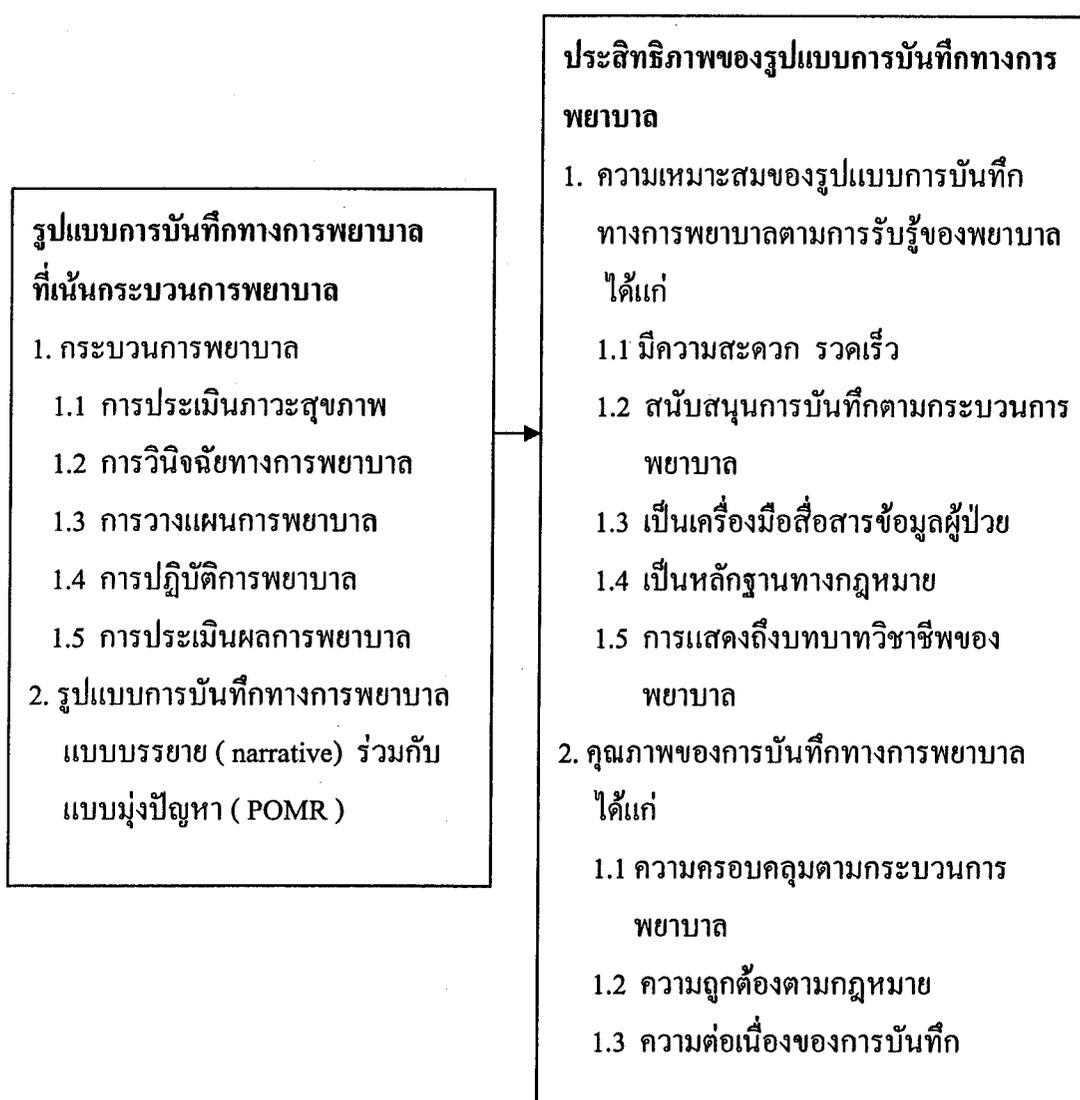
ทรอนควิส กาดอล์ฟ และสเตรนเดอ (Tomkvist Gardulf and Strender 1997) ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน (primary health) ที่มีต่อบันทึกการพยาบาล ในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในสต็อกโฮล์ม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาล 164 คน (94%) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีความไม่พึงพอใจในงานของตนเองและเพื่อนร่วมงานรวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลนั้น พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือ เรื่องของเวลาและความรู้ พยาบาลส่วนใหญ่เชื่อว่า การบันทึกที่ชัดเจนเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การบันทึกของพยาบาลพบว่าน้อยกว่า 1 ใน 5 ส่วน จะเป็นการบันทึกในเรื่องประวัติการรักษาพยาบาล (nursing history) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล 1 ใน 3 ส่วนของการเขียนรายงานเป็นกิจกรรมทางการพยาบาล (nursing intervention) ประมาณ 1 ใน 4 ส่วน เป็นสถานะทางการพยาบาล (nursing status) และประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการปฏิบัติการทางการพยาบาลหรือเป็นส่วนใหญ่ของบันทึก จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลและความคิดเห็นที่มีต่อการบันทึกทางการพยาบาล และยืนยันว่าการบันทึก โดยใช้รูปแบบกระบวนการพยาบาลเป็นการช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม

บอร์ตรีกินีและลาราบี่ (Boldregghini and Larrabee 1998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังใช้บันทึกระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อประเมินความครอบคลุมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาลและเป้าหมายความสำเร็จของการพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล (Nursing information system: NIS) กลุ่มตัวอย่างคือ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยก่อนทดลอง 20 แพ้มและหลังทดลองอีก 20 แพ้ม ผลการทดลองพบว่าระบบบันทึกแบบคอมพิวเตอร์ ไม่ได้ช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล หรือเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพกับเป้าหมายผลสำเร็จของการพยาบาล ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการปรับปรุงระบบ NIS ให้เป็นระบบการบันทึกแบบเน้นเป้าหมายความครอบคลุมโดยพยาบาลที่เลี้ยง มีการฝึกอบรมใหม่ในเรื่องการวางแผนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย และการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ครอบคลุม

กิวเกอติและมิเชล (Gugerty and Michael 2007) ได้ศึกษาเรื่อง “โอกาสและความท้าทายในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเมืองอเมริกันจำนวน 933 คน พบว่า พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ แต่อย่างไรก็ตาม ประมาณ 2/3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้นำเอาการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ พยาบาลส่วนใหญ่ที่ทำงานในโรงพยาบาลคิดเป็น 59% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความคาดหวังว่า การบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ จะทำให้พยาบาลเกิดความผ่อนคลายมากขึ้นกว่าเดิม สำหรับการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์พยาบาลให้ความเห็นว่า เอกสารมีความสมบูรณ์มากขึ้น และเป็นบันทึกที่มีคุณภาพ พยาบาลส่วนใหญ่ได้แนะนำให้นำการบันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการพัฒนาระบบการทำงานแต่ก็ยังมีจุดอ่อนในเรื่องการออกแบบ และการรวมเข้ากับระบบอื่น ๆ ที่ใช้อยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นสิ่งที่พยาบาลตระหนัก และทราบดีว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และยิ่งพบอีกว่าการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่ยังต้องพัฒนาต่อไปอีก เนื่องจากพยาบาลมุ่งประเมิน และให้การพยาบาลในด้านร่างกายเพียงด้านเดียว อาจสรุปได้ว่า ระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้มีการพัฒนา และปรับปรุงมาตลอดเพื่อให้มีความคล่องตัวในการใช้และสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และนอกจากนี้ก็เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยเลือกรูปแบบบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ (narrative charting) เพื่อให้ทราบรายละเอียด ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละเวร และนำรูปแบบการ

บันทึกแบบมุ่งปัญหามาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และบันทึกให้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล และให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทวิชาชีพพยาบาล



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย