

บันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพการพยาบาล (Nursing Documentation & Quality Assurance)

ทัศนีย์ ทองประทีป, D.S.N.*

Tassanee Tongprateep

เบญจา เตากล้า, Ph.D.**

Benja Taokam

บทคัดย่อ

ในศตวรรษใหม่นี้ มีสิ่งที่ทำท้าทายการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในหลายๆด้าน โรงพยาบาลต่างๆกำลังตื่นตัวในเรื่องของมาตรฐานการพยาบาล และการควบคุมคุณภาพการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่มีการพูดถึงกันมาก เพราะบันทึกการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และเป็นเครื่องยืนยันความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ พยาบาลควรเขียนบันทึกการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล เพื่อคุณภาพของการดูแลบุคคลแบบองค์รวม

คำสำคัญ : การบันทึกทางการพยาบาล, การประกันคุณภาพการพยาบาล, กระบวนการพยาบาล

Abstract

In the year 2000, nurses will face many challenges. Most of hospitals have tried to assure and improve the quality of care. The most importance issue is nursing documentation of patient care. Nursing documentation is a vital communication tool among health care team. Documentation is a part of the nurse's responsibility for patient care. Nurses have to reexamine documentation within the framework of the nursing process for achieving holistic approach and quality of care.

Key words: Nursing Documentation, Quality Assurance, Nursing Process

* อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
ศาสตร์-คัลยศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

**ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาล
เกื้อการุณย์

การบันทึกทางการพยาบาลคืออะไร

การบันทึกทางการพยาบาล (nursing documentation) คือส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลวิชาชีพเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรโดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทาง

การพยาบาลและการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อแผนการรักษาและการให้การพยาบาล นอกจากนั้นบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นส่วนที่แสดงถึงองค์ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ใช้บริการ ดังนั้นการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์จะช่วยให้งานของพยาบาลเป็นที่รู้จักและยอมรับกันในหมู่พยาบาลด้วยกันเองและวิชาชีพอื่นๆ

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

วิชาชีพการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นต่อสังคมในการให้บริการด้านสุขภาพ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญในระหว่างทีมสุขภาพและเป็นการแสดงความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการในแต่ละวัน เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าผู้รับบริการได้รับการบริการจากผู้ที่มีความรู้และความสามารถตามหลักวิชาการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนดและตามกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ

การบันทึกทางการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาล

ปัจจุบันทุกวิชาชีพ (profession) เช่น นักกฎหมาย วิศวกร นักหนังสือพิมพ์ เป็นต้น กำลัง

ตื่นตัวในเรื่องของการควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพของการบริการ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้รับบริการจากสาขาวิชาชีพนั้นๆ จะได้รับการบริการที่ดีคือบริการที่มีคุณภาพและเสียค่าใช้จ่ายอย่างยุติธรรม วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีความตื่นตัวเรื่องของการประกันคุณภาพ ซึ่งการประกันคุณภาพนั้นผู้ประเมินจะพิจารณาใน 3 องค์ประกอบหลักซึ่งขอกกล่าวโดยย่อดังนี้คือ

1. ด้านโครงสร้าง (structures) ซึ่งหมายถึงถึงพันธกิจและปรัชญาขององค์กร ระบบการบริหารงาน ความพอเพียงและประสิทธิภาพของอุปกรณ์เครื่องมือ ตลอดจนคุณภาพและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

2. ด้านกระบวนการ (processes) หมายถึงถึงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหา (assessment) การวางแผนการพยาบาล (planning) การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (intervention) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (evaluation) และการบันทึกทางการพยาบาล (nursing documentation) ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลบุคคลแบบองค์รวม (holistic care) โดยครอบคลุมบทบาทของพยาบาลคือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลรักษา

3. ด้านผลลัพธ์ (outcomes) หมายถึงผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เช่น ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

การประกันคุณภาพจะต้องประเมินใน 3 องค์ประกอบดังกล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งจะต้องกำหนดรายละเอียดและมีเกณฑ์มาตรฐาน (standard) ในแต่ละด้าน ดังนั้นการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการในแต่ละแผนกจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพคือพยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน มาตรฐานการพยาบาลจะเป็นเครื่องยืนยันว่าผู้รับบริการจะได้รับการบริการจากผู้ที่มีความรู้ตามหลักวิชาการและมีความปลอดภัย เมื่อพยาบาลได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการแล้วต้องมีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์

อักษรที่เรียกว่าบันทึกทางการพยาบาลซึ่งสามารถตรวจสอบได้ การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาลด้านกระบวนการ (processes) ที่ผู้บริหารใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพการทำงานของพยาบาลในแต่ละเวรว่าได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ ทั้งมาตรฐานการพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาลจะบ่งบอกถึงความรับผิดชอบของผู้อยู่ในวิชาชีพการพยาบาลที่มีต่อสังคม ดังจะเห็นได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาลในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1. ความสัมพันธ์ระหว่างการประกันคุณภาพกับบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลกับกระบวนการพยาบาล

ในอดีตการบันทึกทางการพยาบาลมักจะเขียนเป็นความเรียงโดยเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติแก่ผู้รับบริการตามเวลา ไม่ได้มีการระบุถึงปัญหาของผู้รับบริการและกิจกรรมการพยาบาลก็มีได้ระบุชัดเจนว่าเพื่อแก้ไขปัญหาใดปัญหาของผู้รับบริการที่เขียนบันทึกมักเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาของแพทย์และมักเป็นปัญหาทางด้านร่างกายของผู้รับบริการเท่านั้น ในปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ทั้งส่วนที่เป็นวิทยาศาสตร์ (science) และส่วนที่เป็นศิลปะ (art) มาเป็นลำดับ มีการกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลที่ชัดเจนคือการดูแลบุคคลแบบองค์รวมนั้นคือการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้เครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลคือกระบวนการพยาบาล (nursing process) ซึ่งมีขั้นตอน

ดังกล่าวแล้ว การดูแลบุคคลแบบองค์รวมและกระบวนการพยาบาลเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นความสำคัญของบุคคลและเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องสะท้อนแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice) นั่นคือการบันทึกปัญหาทางการพยาบาลโดยต้องใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพของผู้รับบริการเมื่อแรกเริ่ม จนถึงการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ทั้งนี้ กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจะต้องแสดงถึงความรับผิดชอบของพยาบาลใน 4 บทบาทหลักคือการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันการเกิดโรค (prevention) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) และการรักษาพยาบาล (cure & care) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

Nursing Body of Knowledge

Science & Art



Nursing Practice
(nurse's role)



Nursing Process



Holistic Approach



Nursing Documentation

แผนภูมิที่ 2. แสดงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล

เป้าหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

มีดังต่อไปนี้คือ

1. เพื่อสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างทีมผู้ให้การพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการและญาติ
2. เพื่อแสดงความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการดูแลผู้รับบริการและญาติ
3. เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาและการค้นคว้าวิจัยทางคลินิก
5. เพื่อควบคุมและตรวจสอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษาและการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลที่ดี

(Documentation outcome) ควรมีลักษณะดังนี้คือ

1. เป็นการบันทึกเหตุการณ์จริงที่ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
2. สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล
3. บรรยายถึงสภาพของผู้ใช้บริการจากเวอร์หนึ่งสู่อีกเวอร์หนึ่ง
4. แบบการบันทึกจะต้องไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล
5. เป็นหลักฐานที่ช่วยในการประเมินคุณภาพการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลควรบันทึกไว้ที่ใดบ้าง

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการบันทึกที่เป็นลายลักษณ์อักษร ที่จะสะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ขั้นของการประเมินสภาพผู้รับบริการ (assessment) จนถึงขั้นของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (evaluation) และเก็บไว้ในฟอร์มปรอท (medical record) ยกเว้นการวางแผนการพยาบาลที่นิยมบันทึกไว้ใน Kardex เพราะใช้สะดวก มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาล ในส่วนของแผนการพยาบาลนิยมใช้ดินสอในการเขียนบันทึก เพราะสามารถปรับข้อมูลตามการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการได้ง่ายในแต่ละวัน ในบางสถาบันจะมีแบบบันทึกที่สร้างขึ้นมาเป็นการเฉพาะที่เป็นส่วนหนึ่งในฟอร์มปรอท โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การบันทึกข้อมูลพื้นฐานที่เป็นการประเมินปัญหาเมื่อแรกรับของผู้รับบริการ ซึ่งนิยมใช้แบบประเมิน (assessment tool) ซึ่งเป็นแบบที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่พยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละแผนก เช่น ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นต้น
2. การบันทึกแผนการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ และผลที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ (patient outcome) ภายหลังจากได้ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้
3. การบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (progress notes) หรือที่ใช้คำว่า nurses'

note ซึ่งจะครอบคลุมส่วนของการประเมินสภาพของผู้รับบริการเมื่อได้รับการรักษาและการพยาบาลแล้ว (ongoing assessment) กิจกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติ อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการและการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล

4. การบันทึกการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการและญาติก่อนกลับบ้าน (discharge plan) ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งที่บันทึกไว้ในฟอร์มปรอท

วิธีการบันทึกทางการพยาบาล

พยาบาลควรศึกษารูปแบบและมาตรฐานของการบันทึกทางการพยาบาลของสถาบันที่ตนเองปฏิบัติงานที่อาจมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง หลักปฏิบัติทั่วไปพอจะสรุปได้ดังนี้

1. ใช้ปากกาสีดำหรือสีน้ำเงินในการบันทึก ยกเว้นการบันทึกใน Kardex ที่นิยมใช้ดินสอเพื่อสามารถปรับเปลี่ยนปัญหาไปตามสภาพของผู้รับบริการได้ในแต่ละวัน
2. บันทึกชื่อ นามสกุลและหมายเลขที่รับไว้ในโรงพยาบาล (hospital and admission number) ของผู้รับบริการที่ต้องบันทึกไว้ทุกใบของแบบบันทึก
3. ลงวันที่และเวลาที่บันทึกทุกครั้ง
4. บันทึกด้วยข้อความที่สั้น กระชับแต่ได้ใจความ เช่นรับประทานอาหารได้ 5 ช้อน มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ภายหลังการรับประทานอาหาร อาการปวดไม่ร้าวไปที่ใด ไม่มีอาการคลื่นไส้ เป็นต้น ไม่ใช่คำที่มีความหมายกว้างๆในการบันทึก

เช่น รับประทานอาหารได้พอควร ให้การดูแลตามอาการ สังเกตอาการทั่วไป เป็นต้น

5. เมื่อมีการผิดพลาดในการบันทึก ให้ใช้ปากกาขีดคล่อมข้อความบางๆแล้วเซ็นชื่อกำกับพร้อมวัน เดือน ปี

6. บันทึกเฉพาะกิจกรรมที่ตนเองได้ปฏิบัติเท่านั้น ไม่มีการบันทึกแทนผู้อื่น

7. ใช้คำศัพท์หรือคำย่อที่เป็นสากลในการบันทึก เขียนด้วยลายมือที่อ่านง่ายและชัดเจน

8. บันทึกทุกบรรทัด ไม่เว้นช่องว่างไว้ และเซ็นชื่อย่อข้อความที่บันทึกทุกครั้ง กรณีที่นักศึกษาเป็นผู้บันทึก ครูหรือพยาบาลที่ทำหน้าที่นิเทศต้องเซ็นชื่อกำกับ (cosigning)

ข้อมูลที่พยาบาลควรเขียนบันทึก

1. บันทึกปัญหา ความต้องการ อาการและอาการแสดงทุกอย่างของผู้รับบริการที่พยาบาลสังเกตเห็น โดยการบันทึกตามลำดับความสำคัญของปัญหาหรือตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบการบันทึกของแต่ละสถาบัน
2. บันทึกทุกกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งบันทึกปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการและญาติที่มีต่อแผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล
3. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เช่น การยกไม้กั้นเตียงขึ้น การรัดสายนิรภัย (safety belt) เมื่อย้าย ผู้รับบริการไปห้องผ่าตัด เป็นต้น
4. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติแล้ว ไม่บันทึกโดยการคาด

เดาล่วงหน้าหรือบันทึกเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น เช่น พยาบาลเวรเช้าทำการบันทึกใน 10.00 น. ว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารเมื่อกลางวันได้หมดถาด เป็นต้น

5. บันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วยเพื่อเป็น ข้อมูลสนับสนุนปัญหา โดยการยกคำพูดมาเขียนไว้ในเครื่องหมายอัญประกาศเช่น "รู้สึกหมดหวังในการรักษา อยากเห็นหน้าลูก อยากกลับบ้านสักพัก"

6. บันทึกการรายงานอาการ อาการแสดงพร้อมทั้งปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการต่อการรักษาต่อแพทย์เจ้าของไข้ เป็นระยะๆ ตามความจำเป็น

การเขียนบันทึกทางการพยาบาล (nursing documentation) และการรายงานอาการผู้รับบริการ (nursing report) ต้องตรงกันและเป็นข้อมูลจริงเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การจดบันทึกและการรายงานอาการต่อแพทย์เจ้าของไข้ควรกระทำเป็นระยะๆตามความจำเป็นของปัญหา การจดบันทึกควรมีรายละเอียดของข้อมูลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นขั้นตอน กรณีต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่มักเกิดปัญหาทางกฎหมายได้ง่ายซึ่งพยาบาลควรระมัดระวังและให้ความสนใจเป็นพิเศษ (Iyer & Camp, 1995: 155)

- การเกิดอุบัติเหตุ เช่น ผู้รับบริการ หกล้ม ตกเตียง หรืออุบัติเหตุอื่นๆ เช่น การผูกข้อมือแล้วผู้ป่วยต่อต้านจนเป็นเหตุให้กระดูกข้อไหล่เคลื่อนที่ เป็นต้น
- การฆ่าตัวตายหรือการแสดงอารมณ์ที่รุนแรง (violent behaviors) ของผู้รับบริการ
- การได้รับอันตรายจากการได้รับสาร

น้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือด

- การไม่รายงานอาการหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติตามเวลาที่ควรจายงานจนเกิดผลเสียแก่ผู้รับบริการ
- การไม่ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอในเรื่องแผนการรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (improper informed consent)

ระบบการบันทึกที่มีใช้ในปัจจุบัน

มีหลายรูปแบบ ระบบของการบันทึกจะสะท้อนถึงความเชื่อหรือปรัชญาและกรอบแนวคิดทางทฤษฎี (conceptual framework) ของพยาบาลในสถาบันนั้นต่อการบริการพยาบาล ซึ่งแต่ละสถาบันพยายามจะปรับปรุงให้ระบบการบันทึกมีความเหมาะสมต่อการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการแต่ละแผนก เพื่อให้ง่ายและสะดวก ไม่ใช้เวลามากในการบันทึก ซึ่งแต่ละระบบจะมีข้อดีและข้อด้อยอยู่ในตัวซึ่งในที่นี้จะไม่วิจารณ์ในส่วนนี้ แต่จะขอกล่าวถึงระบบการบันทึกที่มีใช้ในปัจจุบันเพียงย่อๆ ดังนี้

1. Source record คือการบันทึกแบบความเรียงที่ลำดับเหตุการณ์และระบุปัญหาหรืออาการและอาการแสดงและกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่แรกรับเวรจนกระทั่งสิ้นสุดการปฏิบัติงาน เนื่องจากความไม่ชัดเจนของการเขียนปัญหาทางการพยาบาล จึงมีการประยุกต์แบบบันทึกขึ้นมาใหม่ ที่เรียก modified source record โดยปรับแบบบันทึกให้มีปัญหาและข้อมูล กิจกรรมการพยาบาลรวมทั้งการประเมินผลอยู่ในแผ่นเดียวกัน ซึ่งโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ใช้ระบบนี้ในการ

บันทึก

2. Problem-oriented medical record (SOAP) เป็นแบบที่แพทย์ใช้ โดยมีแผ่นบันทึกปัญหา (problem list) และมีแผ่นบันทึกความก้าวหน้าของการรักษา (progress notes) ส่วนข้อมูลสนับสนุนปัญหาจะอยู่ใน flowsheet ต่างหาก (Iyer & Camp, 1995)

3. PIE : Problem, Intervention, Evaluation เป็นแบบบันทึกที่มีใบประเมินสภาพการกำหนดปัญหาและการวางแผนการพยาบาลอยู่ในแผ่นเดียวกันโดยใช้วิธีการบันทึกแบบ check list และมีแบบบันทึก nurses' note อีกใบหนึ่ง เป็นระบบบันทึกความชัดเจนและมีความสะดวกในการใช้อีกระบบหนึ่ง (Langel et al., 1991)

4. Focus charting (DAR: Data, Action, Client response) เป็นระบบที่ใช้เขียนบรรยายที่ครอบคลุมข้อมูล กิจกรรมการพยาบาลและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการ การใช้คำว่า focus เพราะต้องการหลีกเลี่ยงคำว่าปัญหา ซึ่งมีความหมายในทางลบ การกำหนดความหมายของคำว่า focus คือ ความกังวล ความไม่สุขสบาย ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นต้น (Iyer & Camp, 1995; Montemuro, 1988)

5. Charting by exception: เป็นระบบที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึก โดยมีมาตรฐานการพยาบาลเป็นตัวกำหนด พยาบาลจะทำการบันทึกเฉพาะข้อมูลหรือปัญหาที่แตกต่างไปจากมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ เท่านั้น (Cline, 1989)

6. Computer-based patient record เป็นระบบที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางในต่าง

ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและแคนาดา เป็นการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลตลอดชีวิตมีฐานข้อมูลอื่นๆที่ช่วยในการช่วยตัดสินใจในการให้บริการผู้รับบริการและสามารถสืบค้นความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องได้ (Iyer & Camp, 1995)

ปัญหาและอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

ปัญหาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้ทัศนคติ และการขาดแรงจูงใจในการเขียนบันทึกของพยาบาล การให้ความรู้และการปลูกฝังทัศนคติของพยาบาลควรกระทำอย่างต่อเนื่อง ทักษะและประสบการณ์สมัยที่เป็นนักศึกษาพยาบาลคงไม่เพียงพอในการปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่มีผู้รับบริการในความรับผิดชอบจำนวนมาก ในแต่ละแผนกจะมีพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการเขียนบันทึกที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจัดประชุมเพื่อเสริมทักษะควรจัดเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสม ผู้บริหารควรมีการติดตามและตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คำแนะนำและแรงเสริมหรือกำลังใจแก่พยาบาลวิชาชีพ

ปัญหาที่พบบรองลงมาคือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเช่น อัตราส่วนระหว่างพยาบาลต่อผู้ใช้บริการ การมอบหมายงานที่ไม่ชัดเจนทำให้พยาบาลไม่เข้าใจปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างเพียงพอ พยาบาลต้องทำงานที่ไม่ใช่งานในความรับผิดชอบของพยาบาลเช่นงานธุรการ งานการเงิน เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ควรจะได้รับการแก้ไขเพื่อให้พยาบาลได้มีเวลาอย่างเพียงพอในการทำ

เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการและ ญาติจะได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไข ปัญหาของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล จึงจะนำไปสู่ การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพได้

อีกปัญหาหนึ่งที่พบคือระบบการบันทึกทำให้ ต้องใช้เวลามาก พยาบาลเสียเวลาในการเขียน ข้อความซ้ำๆกันในหลายแผ่นของแบบบันทึกทั้ง ในฟอร์มปรอทและใน Kardex เช่น คำสั่งการรักษา เรื่องยา พยาบาลจะต้องลอกลงใน Kardex ในแบบ บันทึกการให้ยาในฟอร์มปรอท และเขียนลงใน Medical card (card ยา) เพื่อใช้ในการจัดและแจก ยา หรือกรณีที่พยาบาลต้องเขียนปัญหาทางการ พยาบาลไว้ใน Kardex และในส่วนของ Nurses' note ที่อยู่ในฟอร์มปรอทเป็นต้น การจะได้รับความ ร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทาง การพยาบาลนั้น ผู้บริหารจะต้องพิสูจน์ให้ได้ว่า ระบบบันทึกการพยาบาลนั้นช่วยให้การทำงานของ พยาบาลง่ายและสะดวกขึ้น ที่สำคัญระบบการ บันทึกนั้นจะต้องเป็นประโยชน์จริงในการดูแลผู้รับ บริการ และมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการป้องกัน ปัญหาทางกฎหมาย การมอบหมายงานจะต้องเอื้อ ให้พยาบาลมีเวลาอย่างเพียงพอในการปฏิบัติการ พยาบาลและมีการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ การนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดเก็บ ข้อมูลทางการแพทย์ควรคำนึงถึงประโยชน์ของการ บันทึกทางการพยาบาลด้วย ทั้งนี้เพื่อช่วยลดปัญหา การทำงานซ้ำซ้อนของพยาบาลด้านเอกสาร เพื่อให้ พยาบาลได้ใช้เวลาและความสามารถในการปฏิบัติ การพยาบาลอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้รับบริการ

นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่ยังถกเถียงกันว่า

คำว่าคุณภาพการพยาบาลนั้นใครคือผู้กำหนด ผู้ บริหารสถาบัน ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาลผู้ ปฏิบัติงาน ผู้ร่วมวิชาชีพ ผู้รับบริการและญาติ หรือ ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่กล่าวมา (Stakeholder) หาก คุณภาพการพยาบาลอยู่ที่ความต้องการและพึงพอ ใจของผู้รับบริการและญาติเป็นสำคัญ การกำหนด มาตรฐานคุณภาพการพยาบาลด้วยการวัดเชิง ปริมาณ โดยมุมมองทางวิทยาศาสตร์ จะได้คำตอบ เพียงบางส่วนของคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล เท่านั้น เพราะวิชาชีพการพยาบาลต่างจากวิชาชีพ อื่นที่มีองค์ความรู้ในส่วนที่เป็นศิลปะของการ พยาบาลด้วย การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเพียง ส่วนหนึ่งของคุณค่าแห่งวิชาชีพและเป็นเพียงบันได ขั้นหนึ่งของคุณภาพการพยาบาล ยังมีกิจกรรมการ พยาบาลอีกมากที่พยาบาลปฏิบัติแต่ไม่มีโอกาสได้ บันทึกหรือมีความยากลำบากที่จะเขียนบันทึกเป็น หลายลักษณะอักษร เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การตั้งใจ ฟัง การสัมผัสที่นุ่มนวล ความเอื้ออาทรในกิจกรรม ที่เป็นกิจวัตรของผู้รับบริการเป็นต้น ซึ่งกิจกรรม เหล่านี้เป็นคุณค่าและความสุนทรีย์ของวิชาชีพ ที่ เป็นนามธรรม ซึ่งความเป็นวิทยาศาสตร์ไม่มีหรือ มองข้ามไป แต่ความยากลำบากในการบันทึกของ พยาบาลนั้น กลับถูกบันทึกไว้ในความรู้สึกและ ความทรงจำของผู้รับบริการ นั่นคือความพึงพอใจ และคุณภาพของการดูแลอย่างแท้จริงที่ผู้รับบริการ ปรารถนา พยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลมิใช่ เครื่องมือของวิชาชีพอื่น ดังนั้นการบันทึกทางการ พยาบาลจึงไม่ใช่การบันทึกเฉพาะปัญหาทางด้าน การรักษา (medical problems) และปัญหาทางด้าน ร่างกายเท่านั้น เพราะจะไม่สามารถแสดงถึงคุณค่า

และคุณภาพของการพยาบาลได้ทั้งหมด ปัจจุบันพยาบาลได้พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (standards of practice) และให้การดูแลผู้รับบริการตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ถ้าพยาบาลทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเองและเห็นความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาล โดยให้ความร่วมมือในการเขียนบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละเวร การบันทึกทางการพยาบาลจึงจะเป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับพยาบาลในการศึกษาการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งจะช่วยยกมาตรฐานวิชาชีพได้ทางหนึ่ง

ในโลกของวิวัฒนาการทางข้อมูลข่าวสารและการตื่นตัวในเรื่องสิทธิของผู้ใช้บริการ ถึงเวลาแล้วที่ฝ่ายการศึกษาพยาบาลและฝ่ายบริการพยาบาลควรทบทวนถึงบทบาทและความรับผิดชอบของตนเองต่อวิชาชีพ เพื่อร่วมมือกันวางแผน

ในการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาลที่เกิดจากจิตสำนึกของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อช่วยให้บันทึกทางการพยาบาลเป็นบันทึกอย่างที่มีวิชาชีพพยาบาลควรเขียน (professional documentation) นั่นคือการบันทึกที่สะท้อนถึงองค์ความรู้ของพยาบาลที่เป็นทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะ ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลคือการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดโรค และการรักษาพยาบาล ในการให้การดูแลคนทั้งคน (holistic care) และควรเน้นคุณภาพการบริการที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ (patient outcomes) เป็นสำคัญ ดังนั้นเมื่อมีการประเมินคุณภาพทางการพยาบาล ผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจะปรากฏและเป็นที่ยอมรับของสังคมโดยไม่มีข้อสงสัย.

เอกสารอ้างอิง

- Cline, A. (1989). Streamlined documentation through exceptional charting. **Nursing Management**, 20, 62-64.
- Edelstein, J. (1990). A study of nursing documentation. **Nursing Management**, 21, 40-46.
- Jennings, B. M., & Staggers, N (1999). A provocative look at performance measurement. **Nursing Administration Quarterly**, 24 (1), 1-16.
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: A discourse analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 24, 98-103.
- Hill, M. (1999). Outcomes measurement requires nursing to shift to outcome based practice. **Nursing Administration Quarterly**, 24 (1), 17-30.

Iyer, P.W., & Camp, N. H. (1995). **Nursing documentation: A nursing process approach.** (2nd). St. Louis: Mosby.

Langel, B. C., Brewer, S. G., & Olszewski, C. (1991). **Developing quality documentation.** **Nursing Management**, 22, 48-52.

Montemuro, M. (1988). CORE Documentation: A complete system for charting nursing care. **Nursing Management**, 19, 28-31.

Patterson, C. H. (1988). Standards of patient care: The joint commission focus on nursing quality assurance. **Nursing Clinics of North America**, 23, 625-637.

Peterson, R. (1999). Building a mission for quality care. **Journal of Neuroscience Nursing**, 31, 363-365.