



บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

Nursing Documentation: The nurses' most important evidence

กาญจนา	ธนะ	พย.ม.*	Kanjana	Thana	MSN. *
อารีวรรณ	กลิ่นกลิ่น	พย.ด.**	Areewan	Klunklin	Ph.D. **

บทคัดย่อ

บันทึกทางการพยาบาลเปรียบเสมือนตัวแทนของวิชาชีพพยาบาล สามารถอธิบายการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายหากเกิดการฟ้องร้อง หรือคดีความที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 6 ประเภท โดยพยาบาลวิชาชีพสามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : บันทึกทางการพยาบาล รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

Nursing documentation is the symbol of the nursing profession. Describing nursing care that performed to patients prior to admit until discharge from the hospital. It also can be used as legal evidence for the prosecution or lawsuit which is related to the healthcare treatment. The styles of nursing documentation can be divided into 6 categories. Nurses can choose appropriately charting with their own context and nature of agency operations.

Key Words : Nursing Documentation, Nursing Profession

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยเฉพาะรายซึ่งเป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลตั้งแต่แรกให้บริการ การประเมินปัญหาการเจ็บป่วย การให้การช่วยเหลือ การให้การรักษาดูแลจนผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลที่ได้รับ ทั้งจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ รวมถึงการบันทึกการจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน หรือส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพอื่นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาพยาบาล สำหรับการบันทึกนั้นจะประกอบด้วยหลายรูปแบบ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพการพยาบาล อย่างไรก็ตามการบันทึกควรถูกต้อง ชัดเจนกะทัดรัดได้ใจความ เข้าใจง่าย แสดงให้เห็นถึงความเป็นเหตุเป็นผล และเป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมสำคัญประจำวัน ที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนพยาบาลวิชาชีพในการติดต่อสื่อสารข้อมูลในการดูแลให้การพยาบาล การรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยในแต่ละวัน และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยในความดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลกับการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยและเป็นการทบทวนทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล อีกทั้งยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อเกิดการฟ้องร้องหรือเกิดคดีความในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Smith, Duell & Martin, 2008) การบันทึกที่ดีมาจากการเอาใจใส่ติดตามผู้ป่วย ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมตลอดเวลา ไม่เพียงแต่เป็นการทำตามหน้าที่ให้เสร็จไปเท่านั้น การ

บันทึกทางการพยาบาลถือได้ว่าเป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้นการบันทึกทางการพยาบาลยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการพยาบาล โดยจะเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสอนและการประเมินผล เพราะเมื่อพยาบาลได้บันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งอาจจะได้ผลมากน้อยเพียงใด ย่อมจะนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลในเรื่องนั้นๆ ต่อไป

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีการพัฒนาหลายรูปแบบ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการใช้งานในการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งแต่ละรูปแบบมีหลักการแนวคิด องค์ประกอบและรายละเอียดที่แตกต่างกันไป ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า การบันทึกนั้นสามารถทำการบันทึกได้ 6 รูปแบบ คือ

1. การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (narrative charting) เป็นการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบดั้งเดิม ที่บอกเล่าเรื่องราวโดยการบันทึกข้อมูลและอาการของผู้ป่วยลงในแบบฟอร์ม และบันทึกตามสิ่งที่สังเกตได้ ซึ่งอาจจะบรรยายลำดับเหตุการณ์ก่อน-หลัง หรือเป็นบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วย การบันทึกนี้ประกอบด้วย วันและเวลาในการบันทึก ระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล และกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ การให้สารน้ำและสารอาหารในแต่ละเวร กิจกรรมการพยาบาลและความสุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการบันทึกการตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Craven & Hirnle, 2006; Smith, Duell & Martin, 2008; Potter & Perry, 2012)

2. การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computer-assisted charting) เป็นการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูล ซึ่งช่วยลดเวลาในการบันทึก และเพิ่มความ



ถูกต้องแม่นยำ อีกทั้งยังสามารถเชื่อมโยงไปยังแหล่งอ้างอิงข้อมูลเพื่อช่วยอธิบายความถูกต้องในการเลือกกิจกรรมสำหรับปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกหลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนที่จะบันทึกอาการทางคลินิกของผู้ป่วยรายนั้นๆ และการลงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล กิจกรรมพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล ทำให้การบันทึกสะดวกและรวดเร็ว (Smith, Duell & Martin, 2008)

3. การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process charting) เป็นการบันทึกที่มีภาระงานของผู้ป่วย บอกถึงการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และผลของการปฏิบัติการพยาบาล โดยการบันทึกวิธีนี้จะต้องมีส่วนที่บันทึกอยู่ 3 ประการ คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน การบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวันในแบบบันทึกความก้าวหน้า (Smith, Duell & Martin, 2008; Potter & Perry, 2012)

4. การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented medication record: POMR) เป็นการบันทึกที่เน้นให้ความสำคัญแก่ปัญหาของผู้ป่วย มีการบันทึกข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย มีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นภาพรวมของการให้การรักษายาบาล และการทำหัตถการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งมี 4 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ (Craven & Hirnle, 2006; Smith, Duell & Martin, 2008; Potter & Perry, 2012) ดังนี้

4.1 ข้อมูลพื้นฐาน (data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย ประกอบด้วยข้อมูลอัตนัย และข้อมูลปรนัย

4.2 รายการปัญหา (problem list) ได้แก่ ปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์ และนำมาเขียนจัดทำเป็นลำดับตามความสำคัญ

4.3 แผน (initial plan) เป็นการวางแผนแก้ไข

ปัญหาที่ระบุไว้ โดยพิจารณาตามระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนของปัญหา

4.4 การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (progress note charting) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การติดตามปัญหาของผู้ป่วย รูปแบบการเขียนความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่นิยมใช้ได้แก่ SOAP และพัฒนาเป็น SOAPIE ในเวลาต่อมา โดยแต่ละตัวอักษรแสดงถึงข้อมูลต่างๆ ดังนี้

S (subjective data) เป็นข้อมูลในส่วนที่พยาบาลได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย มักจะมีการบันทึกในลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย

O (objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ

A (assessment) เป็นการนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ เพื่อระบุปัญหาว่ายังคงมีอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ได้รับการแก้ไข หรือว่าปัญหานั้นยังคงอยู่

P (plan) แผนการรักษาพยาบาล

I (intervention) การปฏิบัติการพยาบาล

E (evaluation) การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

5. การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติ และการประเมินผล (DAR, DAE) เป็นการบันทึกที่ให้ความสนใจกับอาการ และอาการแสดง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พฤติกรรม เหตุการณ์ที่สำคัญ และอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย รวมทั้งผลที่สำคัญของการรักษา โดยการบันทึกจะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้พยาบาลก็จะกำหนดเป็นจุดที่ชี้เฉพาะ (focus) แทนคำว่า ปัญหา การบันทึกความก้าวหน้ารูปแบบ DAR (data action response) หรือ DAE (data action evaluation) (Smith, Duell & Martin, 2008; Potter & Perry, 2012) ประกอบด้วย

D (data) คือ ข้อมูลที่สนับสนุนจุดที่ชี้เฉพาะที่ได้จากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายสภาพอาการ



และ/หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการสังเกตของพยาบาล

A (action) คือ การปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ตามการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล

R (response) หรือ E (evaluation of effectiveness) คือ การประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล หรือการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา และการปฏิบัติการพยาบาล

จะเห็นได้ว่า จุดที่ชี้เฉพาะต้องการการพยาบาล ดังนั้นคำที่บอกจุดชี้เฉพาะจึงไม่ใช่การวินิจฉัยทางการแพทย์ แต่อาจจะบอกถึงความต้องการ หรือเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์

6. การบันทึกแบบ CBE (charting by exception) เป็นรูปแบบการบันทึกที่ให้ความสำคัญกับปัญหาที่ค้นพบ โดยแพทย์และพยาบาลสามารถใช้แบบบันทึกในการ

ทำงานร่วมกันเพื่อลดระยะเวลาและความซ้ำซ้อนในการบันทึกรายงาน การบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และพยาบาล (flow sheet) 2) แนวทางการรักษาตามมาตรฐาน (protocols and standard of practice) 3) แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) 4) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐาน (nursing database) และ 5) แบบฟอร์มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการดูแล (nursing diagnosis and care plan) (Smith, Duell & Martin, 2008; Potter & Perry, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลแต่ละรูปแบบมีข้อดีและข้อบกพร่องที่แตกต่างกันไป (ตารางที่ 1) เพราะฉะนั้นแต่ละหน่วยงานย่อมต้องเลือกรูปแบบการบันทึกการพยาบาลให้เหมาะสมกับการทำงานของตน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อบกพร่องของรูปแบบการบันทึกการพยาบาลใน 6 รูปแบบ

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	ข้อดี	ข้อบกพร่อง
1. การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (narrative charting)	- เป็นรูปแบบที่แพร่หลายมานาน เข้าใจง่าย สะดวกต่อการใช้งาน - สามารถใช้ร่วมกับแบบฟอร์มการทำงานรูปแบบอื่นๆ ได้	- ใช้ระยะเวลาในการบันทึก - ประเมินคุณภาพการพยาบาลค่อนข้างยาก เนื่องจากบางครั้งขาดความเชื่อมโยงกับข้อมูลสนับสนุนของปัญหาทางการพยาบาลที่ค้นพบ - เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงาน ทำให้ขาดการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล
2. การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computer-assisted charting)	- การใช้งานสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว - สามารถเชื่อมโยงข้อมูล และทำงานประสานกันระหว่างวิชาชีพได้สะดวก ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น	- ค่าใช้จ่ายในการลงทุนและการบำรุงรักษาแพง - การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคนแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ - สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของทีมสุขภาพลดน้อยลง เพราะมีการพบปะพูดคุยกันน้อยลง



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อบกพร่องของรูปแบบการบันทึกการพยาบาลใน 6 รูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	ข้อดี	ข้อบกพร่อง
3. การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process charting)	- บอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาได้ชัดเจน - ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงานได้ - มีการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน	- ไม่เหมาะสมในใช้งานกับผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย / หรือมีการคงที่
4. การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented medication record: POMR)	- บุคลากรที่มีสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน - ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว	- การใช้ระบบนี้จะได้รับประโยชน์เต็มที่ ต้องได้รับความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
5. การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting)	- ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก - ให้ความสำคัญกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากกว่ามองว่าเป็นปัญหาทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ - ใช้งานได้ดีกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- อาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้ หรืออาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล หรือลำดับขั้นตอนในการให้การพยาบาล
6. การบันทึกแบบ CBE	- รวดเร็ว สามารถลดเวลาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล - สะดวกในการกระตุ้นเตือนพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย - สะดวกในการทำงาน และการจัดเก็บแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และพยาบาล (flow sheet) ไว้ข้างเตียงผู้ป่วย	- ไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายในกรณีเกิดการฟ้องร้อง หรือ การเรียกสินไหมทดแทน เนื่องจากไม่มีการบันทึกที่จำเพาะในการใช้เป็นหลักฐานยืนยันการปฏิบัติการพยาบาล - ขาดจุดเน้นในเรื่องของการป้องกัน



หลักการการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลได้ จึงมีการกำหนดหลักการในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลสำหรับแต่ละหอผู้ป่วยไว้ (สำนักการพยาบาล, 2551; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545; Smith, Duell & Martin, 2008; Taylor, Lillis, & LeMone, 2008) ดังนี้

1. การบันทึกจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและองค์กรที่สังกัด
2. มีการบันทึกในเวลาที่ถูกต้อง โดยเขียนวัน เวลาที่บันทึกให้ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ตามลำดับก่อน หลัง ไม่บันทึกล่วงหน้าโดยใช้การคาดเดา
3. บันทึกโดยใช้ภาษาที่ถูกต้อง กระชับ ชัดเจน มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งบันทึกผลลัพธ์ที่จะจากการให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง
4. ใช้สัญลักษณ์ หรือตัวย่อที่เป็นสากล สามารถสื่อสารให้บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจในความหมายเดียวกัน
5. เขียนบันทึกด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน หรือสีน้ำเงินเท่านั้น
6. ไม่เขียนแทรกระหว่างคำ หากเขียนผิด ห้ามใช้ยางลบ หรือปากกาลบคำผิดลบตัวอักษรให้ชัดเจนผ่านตัวอักษรเดิม 1 เส้น แล้วลงลายมือชื่อกำกับ ก่อนเขียนบันทึกต่อไป
7. เขียนบันทึกให้จบบรรทัด อย่าปล่อยช่องว่าง หากเขียนจบก่อนหมดบรรทัดให้เขียนเส้นจบก่อนลง

ลายมือชื่อ

8. บันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง เหมาะสมและเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ห้ามแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยมาเป็นความรู้สึกของพยาบาล
9. บันทึกสิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจเยี่ยมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลของการตรวจรักษา หรือกิจกรรมการรักษากลับผู้ป่วยได้รับ
10. ในการบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้งต้องลงลายมือชื่อที่อ่านได้ชัดเจน พร้อมกับตำแหน่งลักษณะของบันทึกที่มีประสิทธิภาพ
11. ข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยถือเป็นความลับส่วนบุคคล ไม่อนุญาตให้บุคคลอื่นอ่านบันทึกทางการพยาบาลโดยไม่ได้รับความยินยอมจากตัวผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

สรุป

การบันทึกทางการพยาบาล และการรายงานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษา ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ถูกต้อง แม่นยำ เหมาะสมกับข้อเท็จจริง ความเป็นปัจจุบันและครบถ้วน ทั้งนี้ไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่เมื่อเกิดคดีความ หรือการฟ้องร้อง บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานทางกฎหมายขึ้นสำคัญที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพ และความถูกต้อง เหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ



เอกสารอ้างอิง

สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). *พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สำนักงานฯ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน*.

กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2006). *Fundamental of nursing: Human health and function* (5th ed.).

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2012). *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. Missouri: Elsevier Mosby.

Smith, S.F., Duell, D.J., & Martin, B.C. (2008). *Clinical nursing skill: basic to advanced skills*. 7th ed.

New Jersey: Pearson Prentice Hall

Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P., Lynn, P. (2008). *Fundamentals of Nursing: The Art & Science of Nursing Care* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.