

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบบันทึกทางการแพทย์แบบเดิม และแบบที่พัฒนาขึ้น ของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ต่อ คุณภาพการพยาบาล
2. การประกันคุณภาพทางการแพทย์
3. การออกแบบแบบบันทึกทางการแพทย์
4. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์
5. ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ต่อคุณภาพการพยาบาล

2.1.1 ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์

ได้มีผู้ให้ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์ไว้หลายความหมายดังนี้

การบันทึกทางการแพทย์ เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมายว่า พยาบาลได้ให้การปฏิบัติการพยาบาลอะไรบ้าง ให้การพยาบาลด้วยเหตุผลใด การปฏิบัติการพยาบาลนั้น ๆ พยาบาลได้ปฏิบัติอย่างไร ผลจากการปฏิบัติเป็นอย่างไร และผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อการปฏิบัติการนั้น ๆ อย่างไร ทั้งนี้ พยาบาลจะทำการบันทึกในแฟ้มประจำตัวของผู้รับบริการ (กองการพยาบาล. 2539)

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง แบบบันทึกแผนการดูแลการปฏิบัติและความก้าวหน้าในการดูแลซึ่งบุคลากรพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524)

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การเขียน การรวบรวมข้อมูลใด ๆ ที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล อันได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (สุรีย์ ธรรมิกบวร. 2540)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกหรือเอกสารซึ่งเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการเขียนข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล ซึ่งก็คือ ขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลนั่นเอง เอกสารการบันทึกทางการพยาบาลประกอบด้วยหลายแบบฟอร์ม โดยการบันทึกต้องต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย (ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์. 2542)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การถ่ายทอดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับการวางแผนการพยาบาลในแบบฟอร์มการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีระบบระเบียบ และสิ่งที่จะบันทึกควรมีข้อมูลที่แสดงถึงปัญหาผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ และตลอดจนผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยนั้นจะมีหลายกิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (นันทนา สุวรรณมาโจ. 2545)

การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย รวมทั้งปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล อันได้แก่ การดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย บันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลและพยาบาลเป็นผู้บันทึก (สงวน นุตาคดี. 2545)

การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Record หรือ Nursing Documentation) เป็นการอธิบายถึงการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแบบของการบันทึกจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้เป็นหลักฐานในการประเมินผลและทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Swedish National Board of Health and Welfare. 1993)

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (Health Care Team Members) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษา การวินิจฉัย การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นตัวควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยที่พยาบาลต้องบันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งการบันทึกที่มีคุณภาพจะสะท้อนระดับคุณภาพของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย การไม่บันทึกแสดงถึงการยังไม่มีปฏิบัติการปฏิบัติ (Eillis. 1994)

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างเวร การส่งเวรระหว่างพยาบาล หัวหน้าเวรพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับแพทย์ โดยที่พยาบาลต้องบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อประกันว่าได้ปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและถูกต้อง (Turley. 1992)

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการพัฒนาโครงสร้างการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่องเป็นการเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Bjorvell, Ekstran and Wredling, 2000)

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติหรือสังเกตพบตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และเป็นการอธิบายถึงว่าทำไมต้องเลือกการปฏิบัติการพยาบาลเช่นนั้น การบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วนถูกต้อง ผู้ป่วยก็มีความเสี่ยงด้านความปลอดภัย และเป็นการยากที่จะบอกว่าการปฏิบัติการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ (Smith, 1998)

สรุป การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง เอกสารหรือแบบบันทึกซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้เป็นเครื่องมือติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย โดยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

2.1.2 ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

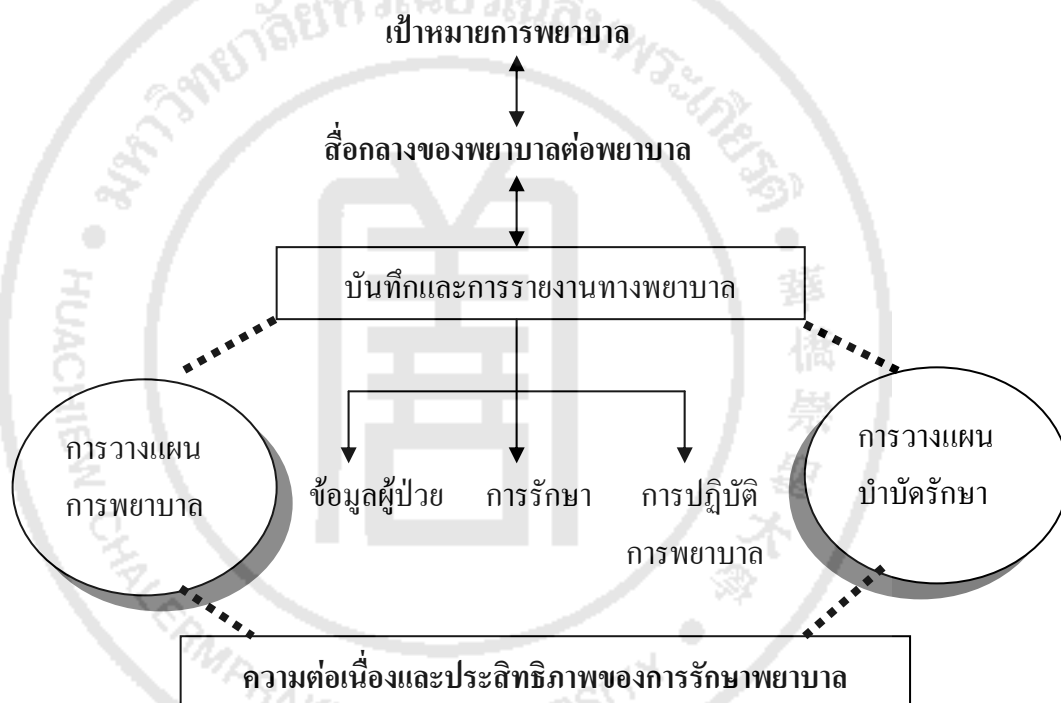
การบันทึกทางการพยาบาลได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอดเริ่มตั้งแต่สมัยฟลอเรนไนติงเกิล (Florence Nightingale) ซึ่งยังไม่มีเครื่องมือในการปฏิบัติอย่างเป็นทางการที่แน่นอน โดยเริ่มจากสมุดบันทึกการพยาบาล (Nursing Note Book) หรือเรียกกันว่า “สมุดเวร” ต่อมาได้จัดให้มีแผ่นบันทึกการพยาบาล (Nurse’s Note Sheet) เข้าไว้ในรายงานผู้ป่วย (Patient Chart) ควบคู่ไปกับการใช้สมุดบันทึก และใช้แผ่นสรุปการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เรียกว่า “คาร์เด็กซ์” (Kardex) แทนการใช้สมุดบันทึกการพยาบาล เมื่อจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นและการดูแลซับซ้อนมากขึ้น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524) และในปัจจุบันการบันทึกการพยาบาลได้พัฒนาไปมากโดยมีการบันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized Patient Record) แทนการบันทึกในกระดาษ (Paper Record) (Turley, 1992)

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล (Professional Autonomy) ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการนำแผนการพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ได้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2524) การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญ คือ เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในทีมพยาบาลรวมถึงทีมสุขภาพและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และบรรลุเป้าหมายการพยาบาล (แผนภูมิที่ 2.1) พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเหตุผล และสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยตามกระบวนการบันทึกการพยาบาล (แผนภูมิที่ 2.2) เป็น

หลักฐานสำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละคนตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น แสดงผลการปฏิบัติงาน ใช้อย่างอิงได้และเป็นเอกสารทางกฎหมาย ที่ใช้ประกอบการพิจารณาคดีร้องเรียนต่าง ๆ และในปัจจุบันบริษัทประกันสุขภาพได้ใช้เป็น แหล่งข้อมูลในการพิจารณาจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันสุขภาพอีกด้วย

แผนภูมิที่ 2.1

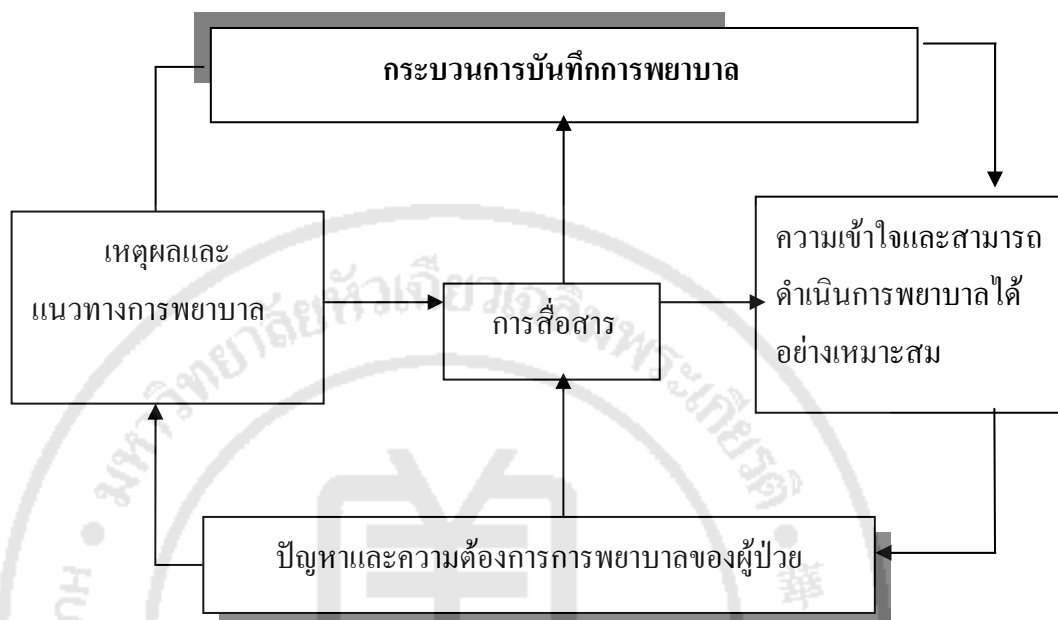
ความสัมพันธ์ของการบันทึกและการรายงานกับการรักษาและการพยาบาล



ที่มา : พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524

แผนภูมิที่ 2.2

ความสัมพันธ์ของการบันทึกการพยาบาลกับการพยาบาลต่อเนื่อง



ที่มา : พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524

การให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้น พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติใกล้ชิดกับผู้ป่วย ให้การดูแลคำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Dossey, 1995) บริการที่ให้จึงจะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และปฏิบัติการพยาบาลต้องมีระบบและรูปแบบที่ประชาชนจะมีความมั่นใจได้ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในวิชาชีพการพยาบาลว่า การบันทึกเป็นส่วนสำคัญในการบริการทางวิชาชีพที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างการปฏิบัติการ และการประเมินผล (Lyer and Camp, 1995) การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการพยาบาลในทางกฎหมายมีการระบุว่า ถ้าพยาบาลไม่ได้ทำการบันทึกการพยาบาลไว้ ถือว่าไม่มีปฏิบัติการพยาบาล

ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลจะต้องมีเอกสารที่บันทึกข้อมูลประจำตัว ซึ่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบันทึกไว้ เรียกว่า เวชระเบียน (Medical Record) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกสำหรับผู้รับบริการที่รับการตรวจรักษาโดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และลงทะเบียณไว้ที่แผนกผู้ป่วยนอก อีกส่วนหนึ่งคือเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งมีข้อมูลรายละเอียดจำนวนมาก เช่น การตรวจร่างกาย การ

วินิจฉัยโรค แผนการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยบันทึกการเปลี่ยนแปลงโดยแพทย์ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น (ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์. 2542)

การบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยในพยาบาลจะบันทึกตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บันทึกต่อเนื่องไปทุกเวรทุกวันจนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เอกสารการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (Nursing Admission Data) แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Nursing Progress Note) บันทึกการใช้ยา (Medication Sheet) แบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Nursing Discharge Planning and Summary Record) ฟอร์มปรอท (Graphic Sheet) และบันทึกย่อยต่าง ๆ (Flow Sheet)

กล่าวโดยสรุปแล้ว บันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนสำคัญมากในการบริการทางวิชาชีพที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาล และระดับคุณภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาล เป็นสิ่งบ่งบอกความรับผิดชอบในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพเป็นเอกสารที่แสดงถึงสภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาลและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และที่สำคัญยิ่งในปัจจุบัน คือ เป็นเอกสารหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้ประกอบในการพิจารณาคดี กรณีที่มีการเรียกร้องสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมีตามกฎหมาย รวมทั้งเป็นเอกสารทางบริษัทประกันสุขภาพใช้ประกอบการพิจารณาการจ่ายเงินค่าดูแลรักษา และทดแทนประโยชน์ให้ผู้ทำประกัน ดังนั้น ในการบันทึกทางการพยาบาลจึงใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล จึงจะเป็นการสะท้อนคุณภาพการพยาบาล

ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการออกแบบแบบบันทึกทางการพยาบาล

2.2 การประกันคุณภาพทางการพยาบาล

2.2.1 ความหมายของการประกันคุณภาพทางการพยาบาล

การประกันคุณภาพทางการพยาบาล คือ การกระทำเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากิจการการบริการพยาบาลนี้ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยใช้ศักยภาพสูงสุดภายในขอบเขตของวิชาชีพ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. 2546)

การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) เป็นกระบวนการตรวจสอบควบคุมคุณภาพกระบวนการหนึ่ง ซึ่งกล่าวถึงกิจกรรม การประเมิน การตรวจตรา (Monitor) การจัดการบริการที่

เหมาะสมแก่ผู้ป่วย การประกันคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการบริการที่มีคุณภาพ (Marguis. 1998)

การประกันคุณภาพ หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่องค์การพยายามจัดให้บริการบรรลุตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ (Huber. 1996)

การประกันคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล เป็นกระบวนการบริหารจัดการซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลและพยาบาลผู้จัดการ เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Wright. 2002)

การประกันคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การดำเนินการเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ

2.2.2 ความสำคัญและความจำเป็นของการประกันคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล

ความจำเป็นของการประกันคุณภาพมีหลายด้านดังนี้

2.2.2.1 ด้านวิชาชีพ องค์กรวิชาชีพได้ตื่นตัวในการปรับปรุงตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ประกอบกับมีวิวัฒนาการทางวิชาการสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว วิชาชีพพยาบาลก็มีวิวัฒนาการในเรื่องการประกันคุณภาพเช่นกัน โดยที่การประกันคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลนั้นได้มีการประกันมานานจนสามารถกล่าวได้ว่ามีมาตั้งแต่ได้เริ่มมีวิชาชีพนี้ในโลก โดยเหตุผลที่ว่าธรรมชาติของการประกอบวิชาชีพ คือ การให้บริการ และบริการที่ให้โดยบุคคลในระดับวิชาชีพนั้นเป็นที่คาดหวังว่าจะต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพสูงสุด และพร้อม ๆ กันนั้น ผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพจะต้องค้นหาวิธีการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของบริการที่ตนให้อยู่เสมอ การรับประกันคุณภาพของการให้บริการในวิชาชีพ จึงเปรียบเสมือนความรับผิดชอบส่วนหนึ่งของบุคคลในวิชาชีพที่จะต้องยึดถือปฏิบัติโดยมีต้องมีใครบังคับ การประกันคุณภาพในการให้บริการในวิชาชีพทางด้านสุขภาพได้ถูกเพ่งเล็งอย่างมากในปัจจุบัน เพราะความก้าวหน้าทางวิชาการและการตื่นตัวในสิทธิมนุษยชนในการที่ผู้ใช้บริการมีสิทธิที่จะต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพที่ดีที่สุดและที่สำคัญที่สุดคือ ราคาค่าบริการด้านการรักษาพยาบาลซึ่งมีข้อบ่งชี้ว่าสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีที่สิ้นสุด และดูเหมือนว่าไม่มีวิธีการใด ๆ จะยับยั้งได้ โดยเฉพาะบริการที่เป็นของเอกชน ซึ่งประชาชนไม่มีโอกาสรับรู้ได้ว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพหรือไม่เพียงไร

คุณภาพการพยาบาลเป็นที่ปรารถนาของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ มีผลต่อการควบคุมคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลอย่างมาก การบริการพยาบาลจึงต้องมีการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานทางการปฏิบัติให้ดีขึ้น มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีจุดมุ่งหมายของการประเมินผลในอันที่จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงส่ง การ

ตรวจสอบทางการแพทย์มาได้ถูกนำมาใช้ เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลโดยการตรวจสอบจากคุณภาพการปฏิบัติการของพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

บันทึกทางการแพทย์จะเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบที่สำคัญเพราะสามารถสะท้อนถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากการให้การพยาบาลที่พยาบาลผู้บันทึกได้กระทำ ผู้ตรวจสอบจะได้ทราบถึงระดับการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลจากบันทึกนั้น ๆ

2.2.2.2 ด้านกฎหมาย ได้มีการออกกฎหมายใหม่ ๆ ที่ระบุถึงสิทธิของประชาชนในการรักษาตามมาตรฐาน เช่น กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (กอนิติการ. 2543) ที่ประกาศใช้เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2540 มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง คือ หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

มาตรา 58 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยของรัฐ.....เว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลนั้นจะกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประชาชนหรือส่วนได้เสียอันพึงได้รับความคุ้มครองของบุคคลอื่น.....

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

จากการที่กฎหมายรัฐธรรมนูญกำหนดสิทธิของประชาชนไว้ดังกล่าวในเรื่องการได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานมีประสิทธิภาพและทั่วถึงแล้ว การมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทำให้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพการพยาบาล และการบันทึกการพยาบาลจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลเป็นอย่างไรและเพียงใด บันทึกทางการแพทย์เป็นพยานทางเอกสารอย่างหนึ่งที่จะบ่งชี้ว่าพยาบาลผู้นั้นขาดความรู้ไม่สามารถให้การพยาบาลในระดับที่มีมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล หรือมีการทอดทิ้งไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวอย่างที่อาจเกิดกรณีการฟ้องร้องกล่าวหาอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในปัจจุบันที่เน้นสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก

2.2.2.3 ด้านคำประกาศสิทธิผู้ป่วย องค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ ได้แก่ แพทยสภา สภากาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันจัดทำประกาศสิทธิของผู้ป่วยเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งได้ประกาศสู่สาธารณชนอย่างเป็นทางการแล้วเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยทั้ง 10 ประการนี้ (ภาคผนวก ข) ทั้งประชาชนผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จะต้องรับรู้ร่วมกัน เพื่อความเข้าใจอันดีและป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ ซึ่งมีส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์หรือบันทึกกระบวนการพยาบาล คือ ข้อ 9 มีใจความว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะ

ของคนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่นในนัยที่เกี่ยวข้องกับบันทึกกระบวนการพยาบาลหมายความว่า การบันทึกต่าง ๆ ของพยาบาลที่ปรากฏในเวชระเบียน ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้และสามารถใช้เป็นข้อมูลหรือหลักฐานทางกฎหมายได้ ดังนั้น พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นจริงในทุกแบบฟอร์ม ซึ่งจะสะท้อนคุณภาพการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และสามารถเปิดเผยให้ผู้ป่วยสามารถรับทราบได้

2.3 การออกแบบแบบบันทึกทางการพยาบาล

ในการออกแบบแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพควรคำนึงถึงองค์ประกอบดังนี้

2.3.1 การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)

2.3.1.1 แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

คำว่าสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี. 2543)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกาย แข็งแรง สมบูรณ์ คล่องแคล่วมีกำลังไม่เป็นโรคไม่มีพิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่งมีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดีและระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นเจ้า เป็นต้น สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว (Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปีติแผ่ซ่านทั่วไปมีความสุขอันปราณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่งมีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นยอดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เมื่อขาดความสมบูรณ์ในตัวเองก็จะรู้สึกขาดหรือบกพร่องอยู่เรื่อยไป ต้องไปหา

อะไรเติม ตราบใดที่ยังไม่ยกระดับการพัฒนาไปถึงพัฒนาการทางจิตวิญญาณแล้วจะไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดสุขภาวะได้

ดังนั้น เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของความถูกต้องทั้งหมด ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งมืองค์ประกอบขยายไปอีกอย่างกว้างขวาง ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในระบบสุขภาพทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวและมีความถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพในร่างกายมีอวัยวะอยู่มากมายถ้าต่างส่วนต่างไปไม่เชื่อมโยงจนมีความเป็นหนึ่งเดียวกันร่างกายก็จะแปรปรวนเป็นอย่างยิ่ง เหมือนสังคมที่แปรปรวนอยู่ในทุกวันนี้ สุขภาพจึงเกิดจากความเป็นทั้งหมดไม่ใช่แยกส่วน (ประเวศ เวช. 2541)

สุขภาพแบบองค์รวม คือ การมองสุขภาพว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมากกว่าการเน้นความเจ็บป่วย หรือการจัดการกับส่วนใด ส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนคนนั้น

หลักพื้นฐานของสุขภาพองค์รวม คือ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2542)

1. สุขภาพองค์รวมให้คุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง การปรับแก้ไข และพัฒนาให้เกิดมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงแค่การไม่เจ็บป่วย
2. สุขภาพของเราจะเป็นแบบอย่างเดียวกับที่วิถีชีวิตของเรา เป็นการเลือกบริโภคสิ่งใดเข้าสู่ร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้น ๆ
3. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่สุด หลักการของสุขภาพองค์รวมจะเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ จนให้ดีเยี่ยมถึงที่สุดโดยให้ทบทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
4. สุขภาพองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการศึกษา และการสร้างความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาวะที่สมดุลและสมบูรณ์
5. เมื่อมีความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจะใช้หลักการแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยโดยการเยียวยาแบบธรรมชาติ (Natural Healing System) และพิจารณาปัจจัยทั่วทั้งตัวคนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมแห่งอเมริกา (The American Holistic Nurses' Association) ได้อธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ ดังนี้ (Barbara . 1995)

การพยาบาลแบบองค์รวมหมายถึงการปฏิบัติการทุกอย่างที่เป็นการรักษาบุคคลทั้งคน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวมมีพื้นฐานแนวความคิดองค์รวม 2 ประการ คือ

1. ความเป็นองค์รวมเกี่ยวข้องกับการศึกษาและทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างมิติทางชีวะ จิต สังคม จิตวิญญาณของบุคคล การยอมรับความเป็นทั้งหมดหรือองค์รวมย่อมใหญ่กว่าผลรวมของส่วนย่อย

2. ความเป็นองค์รวม เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจบุคคลในฐานะหน่วยรวมที่บูรณาการส่วนต่าง ๆ เข้าด้วยกัน มีปฏิสัมพันธ์และดำรงอยู่โดยถูกกระทำจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกคน

การพยาบาลแบบองค์รวมตามแนวคิดของ ฟาริดา อิบราฮิม (2545) ได้กล่าวไว้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวม จะหมายถึง การดูแลคนทั้งคนมากกว่า หมายถึง โรคหรืออาการ การให้ความสำคัญกับคนซึ่งมีโรคจึงเป็นปรัชญาของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทให้การดูแลบุคคล การพยาบาลจึงต้องไม่ใช่การเน้นที่โรคที่เกิดขึ้นในบุคคล ทั้งนี้ เพราะคนไม่ใช่โรค แต่เป็น ผู้ซึ่งจะถูกรบกวนด้านความสมดุลระหว่างกาย จิต วิญญาณ และสภาพแวดล้อม การตอบสนองต่อบุคคลที่ถูกรบกวนจึงไม่ได้มองที่ร่างกายหรือโรค แต่ต้องมองที่สภาพอารมณ์จิตใจ ความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถเลือกตัดสินใจ ตลอดจนการควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพของคนย่อมหมายถึง ความผสมผสานอย่างกลมกลืนระหว่างกาย จิต วิญญาณและสภาพแวดล้อม การมองวิญญาณเป็นการมองที่ให้ความหมาย การหาเป้าหมายและทิศทางของชีวิต มักจะสัมพันธ์กับ ศาสนา ปรัชญา และความรู้สึกในความเป็นบุคคล

จากแนวคิดสุขภาพและการดูแลแบบองค์รวมดังกล่าวข้างต้น การพยาบาลแบบองค์รวมจึงเป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งรวมไปถึงการดูแลครอบครัวชุมชน สิ่งแวดล้อมและทุกระบบที่มาเกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวทำให้เกิดความสมดุลภาพ อันจะทำให้เกิดความเป็นปกติหรือสุขภาพและความยั่งยืน และบูรณาการให้เป็นการดูแลบุคคลให้มีความเป็นองค์รวม และผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมจะสะท้อนคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม

ดังนั้น ในการออกแบบแบบบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในโครงสร้างของแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับให้มีการบันทึกข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม/สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมด้านร่างกายจิตใจ สังคม/สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แบบบันทึก

ความก้าวหน้าของผู้ป่วยในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยหรือเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการพยาบาล และแบบบันทึกการวางแผน และการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีโครงสร้างข้อมูลการบันทึก เพื่อกลับไปดำรงชีวิตตามสภาพของปัญหา/โรคของผู้ป่วยที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วยให้มากที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม/สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ

2.3.2 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพแบบบันทึก ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ มีปรัชญา คือ การดูแลคนทั้งคน และมุ่งสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาล ก็จะเป็นการบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเช่นกัน

Yura & Walsh (1988) ให้ความหมายของกระบวนการพยาบาลว่า เป็นการนำเอาวิธีการแก้ไขปัญหาด้านวิทยาศาสตร์มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะต้องปฏิบัติเป็นขั้นตอนลำดับ และมีกลไกเป็นวงจร (Dynamics Cycle-Process) ต่อเนื่องกัน การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ และใช้บทบาทหน้าที่ที่อิสระของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เอื้อมพร ทองกระจาย (2533) กล่าวถึง กระบวนการพยาบาลว่า มีลักษณะดังนี้

1. เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ
2. เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
3. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาล
4. มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของความสนใจ
5. เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายชัดเจน
6. เป็นกระบวนการที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

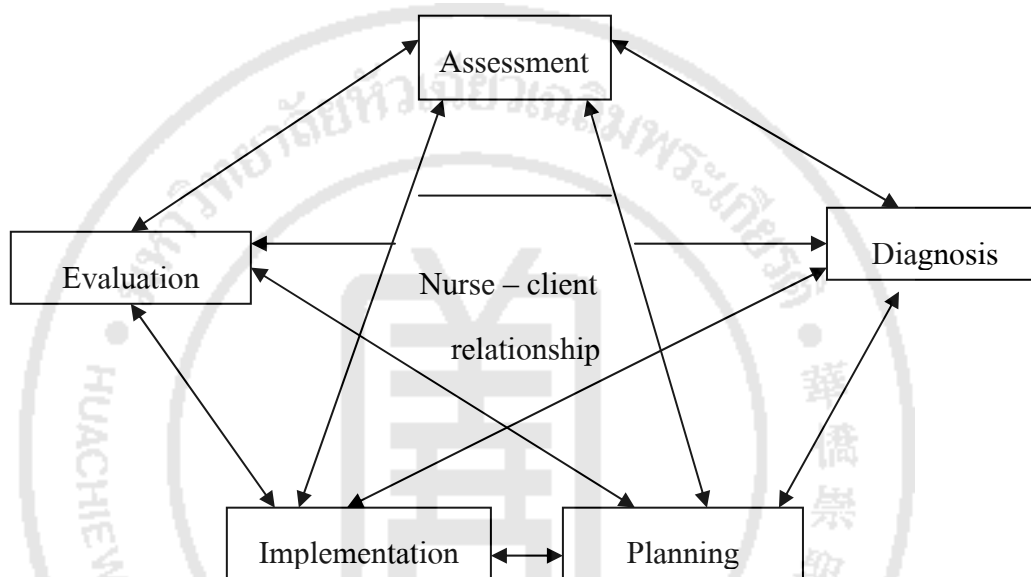
7. เป็นการวางแผนปฏิบัติล่วงหน้า

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment)
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

แผนภูมิที่ 2.3
กระบวนการพยาบาล



ที่มา : คริสเตนเซน และ เคนนี (Christensen & Kenney. 1995)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วย (Assessment)

การประเมินผู้ป่วย เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อการวิเคราะห์ปัญหา การประเมินผู้ป่วยต้องอาศัยกรอบแนวคิดความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาล (Conceptual Framework of Nursing) ที่ชัดเจนเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การมองปัญหาหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่น การพยาบาลมีความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลว่าเป็นองค์รวม ดังนั้น การประเมินผู้ป่วยควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการตัดสินใจหรือการสรุปปัญหาหรือสาเหตุ ซึ่งได้จากการสรุปวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมาได้จากขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย

การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการสรุปการประเมินภาวะสุขภาพโดยตัดสินจากข้อมูลที่ประเมินได้ เพื่อกำหนดการตอบสนองของผู้ป่วยต่อปัญหาสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัญหาโดยตรง (Actual Problem) หรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา (Potential Problem) หรือต่อกระบวนการของชีวิต (Life of Process) (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

การวินิจฉัยการพยาบาล คือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเสี่ยงต่อการเกิด ซึ่งพยาบาลมีสิทธิตามกฎหมาย และมีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหา หรือรักษาได้โดยอาศัยความรู้ความสามารถที่ได้จากการศึกษาและประสบการณ์ (Gordon, 1987)

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน คือ

1. การลำดับความสำคัญของปัญหา
2. กำหนดเป้าหมายของการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล
3. กำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการเขียนแผนการพยาบาล

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องอาศัยความรู้ และหลักวิชาทางวิทยาศาสตร์การพยาบาล ทักษะในการตัดสินใจ การเลือกกิจกรรมการพยาบาลยึดหลักความปลอดภัย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลจะต้องครอบคลุมบทบาทของพยาบาลทั้ง 4 มิติ ได้แก่

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากการเจ็บป่วยทั้งร่างกาย จิต และสังคม กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้คำแนะนำ การสอนวิธีปฏิบัติตัว
2. การป้องกันโรค เป็นกิจกรรมที่มุ่งปกป้องบุคคลจากสิ่งที่คุกคามสุขภาพ หรืออันตรายต่างๆ กิจกรรมได้แก่ การเฝ้าระวังการเกิดโรค การสร้างภูมิคุ้มกัน
3. การรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมที่มุ่งการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในบุคคลที่เจ็บป่วย กิจกรรม ได้แก่ การรักษาพยาบาล การติดตามผลการรักษา
4. การฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดำรงภาวะปกติสุขได้ภายหลังจากการเจ็บป่วย การป่วยเรื้อรัง และรอดพ้นจากความพิการ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนไปปฏิบัติ พยาบาลจะต้องใช้ทักษะในการประเมิน การจัดการ การติดต่อสื่อสาร การช่วยเหลือ เทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention) และศิลปะของ

การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. ความรวดเร็วทันเหตุการณ์ แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้า
2. ความถูกต้องเทคนิคบริการมีขั้นตอน
3. ปลอดภัยจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ และติดเชื้อ
4. ประหยัดเวลา แรงงาน อุปกรณ์ของใช้
5. เป็นที่พอใจ ประทับใจของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเป้าหมายการพยาบาลหรือไม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาลใหม่ที่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาล หรือการพยาบาลที่ให้นั้นควรยุติ เพราะปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้ว หรือต้องนำแผนการพยาบาลไปปรับปรุงใหม่ เพราะไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เปลี่ยนไป

การประเมินผลตามเป้าหมาย ทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมในระหว่างให้การพยาบาลกับเป้าหมายที่วางไว้ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาประเมินผลการพยาบาล ทำได้หลายอย่าง เช่น การสังเกต การตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ พูดคุยกับผู้ป่วย เป็นต้น ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการทบทวน ประเมินอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย การใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลจะต้องใช้ทักษะและความรู้หลายประการ แสดงให้เห็นคุณค่าของการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการบันทึกการพยาบาล เพื่อเป็นการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลจะสะท้อนให้เห็นสภาพของผู้ป่วย การพยาบาลที่ให้ และตอบสนองต่อการพยาบาลของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความต่อเนื่องต่อการดูแลผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาลจึงช่วยให้กระบวนการพยาบาลถูกนำมาใช้ในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ผู้วิจัยเชื่อว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญในการบันทึก คือ การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหัวเฉียว (ภาคผนวก ข) และตรงกับข้อกำหนดของสภาการพยาบาลที่กำหนดมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ 5 มาตรฐาน (สภาการพยาบาล. 2544) โดยในมาตรฐานที่ 1 มีการกำหนดให้ใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม และมาตรฐานที่ 5 มีการกำหนดให้มีการบันทึกและรายงานการพยาบาล และการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล

จากการเยี่ยมชมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาผู้
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเดือนมิถุนายน 2547 พบว่า คุณภาพของการบันทึกทางการ
พยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียวขาดความเชื่อมโยงตามกระบวนการพยาบาล แนวคิดที่
ใช้บันทึกยังไม่ชัดเจน ดังนั้น เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพมีความเชื่อมโยง และ
สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเชื่อว่า การนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
และการใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลหอ
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาแบบบันทึกทางการ
พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ซึ่งการบันทึกจะสะท้อนถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การ
ประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล
และการประเมินผลการพยาบาล โดยที่ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
และจิตวิญญาณ ดังนั้น ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลต้องมีการบันทึกตามแนวคิด
ดังกล่าวมานั้น

2.4 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

สภาการพยาบาลได้กำหนดความหมายของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลไว้ดังนี้ คือ
การนำกระบวนการทางการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนและ
การประเมินผลมาใช้ในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย รวมตลอดไปจนถึงครอบครัวและชุมชน ทั้งใน
รูปของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง การให้การดูแลทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ การฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเจ็บป่วย และจัดสภาพแวดล้อม
ต่าง ๆ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมเดิมได้อย่างเป็นปกติมากที่สุด นอกจากนี้ยังรวมถึงการ
ให้การรักษาโรคเบื้องต้นที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคโดยอาศัยหลัก
วิทยาศาสตร์และศิลปะ (สภาการพยาบาล. 2541)

สมาคมพยาบาลแคนาดา ประเทศแคนาดาได้ตีพิมพ์ความหมายของการพยาบาลหรือการ
ปฏิบัติการพยาบาลในปี 1984 และใช้เป็นมาตรฐานวิชาชีพด้วย ซึ่งความหมายนี้มีส่วนคล้ายคลึง
กับของสมาคมพยาบาลอเมริกันดังนี้

“การพยาบาลหรือการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การระบุ (Identification) และการรักษา
(Treatment) การตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสรวมถึงการปฏิบัติ
หรือการนิเทศการกระทำหรือการบริการทั้งโดยตรงและโดยอ้อมร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในการ

ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน การฟื้นฟูสุขภาพของบุคคล และการพัฒนาสุขภาพให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และรวมทุกแง่ทุกมุมของกระบวนการพยาบาล (CAN Connection. 1984)”

ในปี พ.ศ. 2544 สภาการพยาบาล ได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้เป็นมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการด้านสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงาน เพื่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานวิชาชีพอย่างเหมาะสม ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Standard) ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน คือ

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมเหมาะสม และมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสีทิสผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัย โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวน ประเมินกระบวนการการดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ มีการนำความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่อง

ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและ/หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงาน

การบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาลโดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้

จากความหมายของการพยาบาลและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ตามที่กล่าวมานั้นการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องนำกระบวนการพยาบาล และการดูแลแบบองค์รวมมาใช้ในการบริการ ฉะนั้น การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องบันทึกตามการดูแลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการบันทึก

การบันทึกทางการพยาบาลจะมีคุณค่าและมีความสำคัญจะต้องเป็นการบันทึกตามหลักการดังนี้ (สุรีย์ ธรรมิกบวร. 2540)

1. มีการบันทึกในเวลาที่ถูกต้องดังนี้
 - 1.1 เขียน วัน เวลา ที่บันทึกให้ชัดเจน
 - 1.2 ในแต่ละเหตุการณ์เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน
 - 1.3 บันทึกทันทีหลังเหตุการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ
 - 1.4 ควรบันทึกให้เรียบร้อยก่อนไปทำงานอื่น ๆ ต่อไป เพื่อป้องกันการหลงลืม และทำให้ผู้ร่วมทีมสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ทันที
2. บันทึกโดยมีการใช้ภาษา วิธีการที่ถูกต้อง ชัดเจนดังนี้
 - 2.1 ใช้คำพูดที่ชัดเจนมีน้ำหนัก ไม่ควรพูดว่า ปกติดี เพียงพอ ควรใช้คำพูดที่บอกรายละเอียดเป็นตัวเลขชัดเจน เช่น เลือดออกประมาณ 15 ซีซี แทนการเขียนว่ามีเลือดออกเพียงเล็กน้อย
 - 2.2 ไม่ใช่คำที่เป็นการตัดสินหลังปฏิเสธ เช่น “ไม่ให้ความร่วมมือ” “ไม่มีความสุข” ควรเปลี่ยนเป็นการบรรยายถึงสิ่งที่มองเห็น เช่น ผู้ป่วยพูดว่า “ไปให้ไกล” พร้อมกับขว้างถ้วยยา ลงบนพื้น หรือในกรณีที่พยาบาล พบว่า ผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียง ในการบันทึกทางการพยาบาลจะไม่เขียนว่าผู้ป่วยตกเตียง (เพราะไม่ได้เห็นว่าตกลงจากเตียงหรือลุกลงมานอนเอง) แต่ต้องบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยในขณะนั้นคือ “พบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างเตียงตะแคงหน้าไปทางด้านซ้าย”
 - 2.3 ใช้คำกะทัดรัดได้ใจความ ตัดข้อความไม่สำคัญออกไป เช่น คำว่าผู้ป่วยให้เขียนสั้นได้ใจความแม้ลักษณะประโยคจะไม่สมบูรณ์ เช่น “อาเจียนใส 300 ซีซี” มากกว่าจะเขียนว่าผู้ป่วยได้อาเจียนเป็นจำนวน 300 ซีซี ลักษณะ ใส
 - 2.4 ใช้สัญลักษณ์ คำย่อที่เป็นสากลและเชื่อว่าคำย่อนั้นคนในทีมสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจได้ชัดเจน
 - 2.5 ใช้ไวยากรณ์ต่าง ๆ ให้ถูกต้อง ไม่ใช่ภาษาพูด
 - 2.6 ถ้าเขียนผิด ขีดเส้นผ่าน 1 เส้น แต่ยังมองเห็นข้อความเดิมได้ เขียนคำถูกเหนือคำผิดนั้น ไม่ควรเขียนแทรกระหว่างคำเพราะจะทำให้การบันทึกนั้นเชื่อถือได้น้อย
 - 2.7 เขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน
 - 2.8 เขียนด้วยหมึกสีดำ หรือน้ำเงิน

2.9 ก่อนจบเขียนเส้นจบให้เรียบร้อย อย่าปล่อยช่องว่าง เพราะจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นมาเขียนเพิ่มเติมได้ ซึ่งจะมีผลในแง่กฎหมายผู้เซ็นกำกับต้องรับผิดชอบในข้อความนั้น

2.10 เซ็นชื่อและตำแหน่งให้ชัดเจน

2.11 ในแต่ละแผ่นของรายงานต้องเขียน ชื่อ- สกุล ของผู้ป่วยให้เรียบร้อย

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) ได้สรุปว่าการบันทึกที่มีคุณภาพมีลักษณะดังนี้

1. มีข้อมูล ครบถ้วน ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทั้งตัวบุคคล (Holistic Approach)
2. ชัดเจน ถูกต้อง เข้าใจง่าย
3. มีรายละเอียดเพียงพอที่จะสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย

ยูวดี เกตสัมพันธ์ (2547) กล่าวถึง คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

1. ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ
2. เนื้อหาสาระของข้อมูลต้องมีสาระที่มีคุณค่าควรแก่การสื่อสาร เป็นประโยชน์ครบถ้วนครอบคลุม เช่น แพทย์ได้ใช้ประโยชน์จากการบันทึกเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง
3. มีความชัดเจน เนื้อหาถูกต้องกระชับ อ่านง่าย
4. มีความต่อเนื่องและความคงเส้นคงวาในการสื่อสาร
5. สามารถค้นหาข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยได้ง่าย และเอื้อให้มีการสื่อสาร การประเมิน การวิจัย และการพัฒนาคุณภาพ
6. ไม่ซ้ำซ้อน
7. ใช้เวลาในการบันทึกเหมาะสม
8. ใช้คำย่อที่เป็นที่ยอมรับ
9. เขียนตามสิ่งที่สังเกตเห็น เพื่อใช้ตีความต่อไป
10. เรียงลำดับ ตามปฏิทิน ตามบรรทัด
11. ลงลายมือชื่อ กำกับพร้อมตำแหน่ง
12. ลงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ตามความเป็นจริง
13. ไม่บันทึกสิ่งเดียวกัน 2 แห่ง
14. เขียนด้วยหมึกเพื่อไม่ให้ลบ

คุณภาพของการบันทึก ตามแนวคิดของ ไอเยอร์ และ แคมป์ (Iyer & Camp, 1995) มีลักษณะดังนี้

1. การบันทึกที่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บ่งบอกถึงการพยาบาลที่ให้และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการพยาบาล บ่งบอกว่าพยาบาลได้ดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยระหว่างอยู่รับการรักษา

2. การบันทึกที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาล

3. การบันทึกบ่งบอกถึงสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงเวรต่อเวร เป็นเครื่องมือสื่อสารในที่มสุขภาพ การบันทึกที่ถูกต้อง

4. แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกไม่ทำให้พยาบาลต้องเขียนบันทึกซ้ำซ้อน

5. ควรมีคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล หรือมาตรฐานการพยาบาลใช้ร่วมด้วย

6. การบันทึกทุกกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงบันทึกย่อย ซึ่งบ่งบอกข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดและสังเกตอาการ

7. ระบบการบันทึกต้องง่ายต่อการค้นหาข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ

เทย์เลอร์, ลิลลิส และ ลีโมน (Taylor, Lillis & LeMone.1989) ได้เสนอเกี่ยวกับวิธีบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลดังนี้

1. บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์

2. บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกต ควรเขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่แปลความหมาย

3. เลี่ยงการใช้คำ เช่น ปกติ เพียงพอ เพราะแต่ละคนจะให้ความหมายแตกต่างกัน

4. บันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย และปรับปรุงปัญหาให้ทันเหตุการณ์

5. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ไม่ข้ามบรรทัดและขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่าง

6. ใช้ไวยากรณ์ และสะกดคำให้ถูกต้อง

7. กรณีเขียนผิด ให้ขีดทับข้อความนั้นและเขียนคำว่า “ผิด” เหนือหรือข้างข้อความนั้นลงชื่อ ก่อนจะเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป

8. ควรเขียนชื่อ และเลขประจำตัวผู้ป่วยในแบบฟอร์มบันทึกทุกใบ

9. ใช้คำย่อ และสัญลักษณ์ที่เป็นสากลนิยม

10. ใช้ปากกาและหมึกตามที่หน่วยงานกำหนดไว้

11. ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง

สรุปการบันทึกที่มีคุณภาพ ควรมีลักษณะดังนี้

1. การบันทึกต้องสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล

2. มีการบันทึก วันที่ เวลาที่บันทึกชัดเจน

3. ใช้ภาษาที่ถูกต้อง กระชับรัดกุมได้ใจความ ใช้สัญลักษณ์ คำย่อที่เป็นสากลที่ทุกคนในทีม
 สุขภาพสามารถเข้าใจได้ตรงกัน

4. มีข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุมเพียงพอที่จะสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการ
 กำหนดกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย

5. บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกต ควรเขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอกไม่แปล
 ความหมาย

6. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ตามปฏิทิน ตามบรรทัด

7. การบันทึกให้บันทึกด้วยหมึก ตามที่หน่วยงานกำหนดไว้

8. กรณีเขียนผิด ให้ขีดเส้นทับข้อความนั้นและลงชื่อเหนือข้อความนั้นก่อนจะเขียน
 ข้อความที่ถูกต้องต่อไป

9. ลงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ตามความเป็นจริง

10. มีการลงชื่อและตำแหน่งผู้บันทึกทุกครั้งที่บันทึก

11. ในแต่ละแผ่นของรายงานแบบบันทึกต้องมีชื่อ – สกุล เลขประจำตัว เลข เตียง/ห้อง
 ของผู้ป่วย

12. ควรมีคู่มือการบันทึก คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลหรือมาตรฐานการพยาบาลใช้ร่วม
 ด้วย

ในการบันทึกที่มีคุณภาพนอกจากจะอาศัยหลักหรือแนวคิดต่าง ๆ ในเรื่องรูปแบบของการ
 บันทึกก็เป็นส่วนประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกด้วยเช่นกัน ซึ่ง ไอเยอร์ และ แคมป์ (Iyer &
 Camp, 1995) ได้สรุปรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ 5 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)

2. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (PIE Charting)

3. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception)

4. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)

5. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus charting)

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกที่
 พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย ใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาลโดยเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
 เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวรต่าง ๆ ของแต่ละวันตามลำดับเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้นจริง รูปแบบ
 การบันทึกแบบบรรยายนี้มีข้อดีและข้อเสียดัง

ข้อดีของรูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย

1) พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคยดีกับการบันทึกแบบนี้ เพราะถูกสอนมาจากโรงเรียน
 พยาบาล

2) การบันทึกแบบบรรยายสามารถใช้ร่วมกับวิธีการบันทึกแบบอื่นได้ง่าย เช่น ใช้ร่วมกับบันทึกย่อ (Flow Sheets) หรือบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note)

3) ถ้าพยาบาลบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องแล้ว เมื่ออ่านบันทึกจะได้ทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย

4) ง่ายต่อการบันทึกในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยบันทึกไปตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องพะวงถึงความถูกต้องตามกระบวนการของการบันทึก

ข้อเสียของระบบการบันทึกแบบบรรยาย

1) ค้นหาข้อมูลยาก ไม่ทราบข้อมูลต่าง ๆ สัมพันธ์กันอย่างไรเพราะเป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างในการจัดหมวดหมู่เรียงเรียงข้อมูล

2) เป็นการบันทึกที่มุ่งงาน (Task - Oriented) ตามเวลาที่พยาบาลได้กระทำเน้นเรื่องการประเมินผลน้อย

3) ไม่ได้เขียนปัญหาผู้ป่วยทุกปัญหาไว้ทุกเวอร์ จึงไม่ทราบว่าสภาพและปัญหาของผู้ป่วยปัจจุบันเป็นอย่างไร ส่งผลถึงการขาดข้อมูลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้มีคุณภาพและการประเมินประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย

4) ไม่ได้แสดงถึงการใช้ภูมิปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์การตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์ของพยาบาล

2. รูปแบบการบันทึกแบบ PIE (PIE Charting) รูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1984 รูปแบบการบันทึกแบบ PIE มีลักษณะคล้ายกับแบบ SOAP คือ มุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วย ต่างกันที่แบบ SOAP พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทางการแพทย์ แต่รูปแบบ PIE ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยส่วนของปัญหา (Problems) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) โดยมีจุดประสงค์ของการพัฒนาระบบนี้ขึ้น เพื่อให้มีความง่าย สะดวก ใช้การบันทึกอย่างสั้น ๆ ในการบันทึกแผนการพยาบาลและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวัน

ส่วนประกอบของรูปแบบการบันทึกแบบ PIE ได้แก่

1) แผ่นบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน ใช้บันทึกการประเมินผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมง เช่น การหายใจ ผิวหนัง กิจกรรม เป็นต้น และการพยาบาลที่ต้องทำเป็นประจำ เช่น การให้ยา การดูแลสุขอนามัย การทำแผล เป็นต้น

2) แผ่นบันทึกความก้าวหน้าจะเขียนการวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลภายใต้ตัวอักษร PIE

3. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception) เป็นรูปแบบการบันทึกที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1983 เพื่อจุดประสงค์ที่จะสามารถสังเกตสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยได้

กว้างขึ้น ลดเวลาที่ใช้ในการเขียนบันทึก การส่งเวร และสามารถรับรู้สภาพปัจจุบันของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยการนำเอาแบบฟอร์มย่อยต่าง ๆ มาใช้ และใช้สัญลักษณ์แทนการบรรยาย

รูปแบบการบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อยหลายชนิด ได้แก่

1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล (Nursing/Physician Order Flow Sheet)

2) แบบฟอร์มมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นงานประจำ

3) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานทางการพยาบาล (Nursing Data Base) ใช้บันทึกประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วย

4) แบบฟอร์มความก้าวหน้า โดยใช้รูปแบบ SOAP (IE) เช่นเดียวกับแบบบันทึกที่มุ่งปัญหา

4. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting)

รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งแก้ปัญหา ได้ถูกพัฒนาขึ้นใช้ใน ปี ค.ศ. 1960 โดย ลอว์เรนซ์ วีด (Dr. Lawrence Weed) โดยมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปแบบของ SOAP คือ

S = Subjective Data	คือ ข้อมูลอัตนัยเป็นคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาล
O = Objective Data	คือ ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งที่พยาบาลสังเกตและตรวจวัดได้
A = Assessment	คือ สิ่งที่พยาบาลวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้
P = Plan	คือ แผนการพยาบาลทางการพยาบาล ได้นำมาปรับปรุงให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยเพิ่มเติม
I = Intervention	คือ กิจกรรมการพยาบาล
E = Evaluation	คือ การประเมินผลการพยาบาล

5. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใช้ใน ปี ค.ศ. 1981 ใช้การบันทึกแบบบรรยายภายใต้รูปแบบ DAR (Data, Action, Response) ในแต่ละความต้องการความกังวลของผู้ป่วย (Identification of Patient Concerns) จะไม่ใช่คำว่า ปัญหาของผู้ป่วย “Problem” แต่ใช้ “Focus” แทน วิธีการบันทึกด้วยรูปแบบการบันทึกที่มุ่งความต้องการจะแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ส่วนของการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย และส่วนของงานประจำของพยาบาลจะบันทึกด้วยแผ่นบันทึกย่อย (Flow Sheets)

2) ส่วนของแผ่นบันทึกความก้าวหน้า ประกอบด้วยช่องสำหรับเขียน Focus และ DAR คือ

D = Data คือ ข้อมูลอดีต ข้อมูลปรนัย ที่สนับสนุน Focus

A = Action คือ การปฏิบัติการพยาบาล

R = Response คือ ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลใด ๆ จะต้องคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น ต้องใช้เวลาในการบันทึกน้อยที่สุด ไม่สิ้นเปลืองวัสดุอุปกรณ์การบันทึก เป็นวิธีการบันทึกที่ประหยัดพลังงานของบุคลากรพยาบาลมากที่สุด และบุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในการบันทึกสูงสุด ในขณะที่เดียวกันแบบฟอร์มทุกแบบฟอร์มจะต้องเก็บไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (ไชแสง ชวศิริ และคณะ. 2537)

รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล จากการทวนวรรณกรรม จะพบว่า มีหลายรูปแบบ และตามสถานการณ์ของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียวในขณะนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการบันทึกโดยใช้รูปแบบเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยมีโครงสร้างในรูปของ SOAP จะบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลมากที่สุด ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้จะปรากฏในแบบบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับและแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล และการใช้รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting) จะช่วยให้พยาบาลบันทึกเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย หรือบันทึกในแบบของ AIE (A = Assessment, I = Intervention, E = Evaluation) การบันทึกตามรูปแบบนี้จะปรากฏในแบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยและแบบบันทึกการวางแผนและการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

2.5 ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะในการสังเกต ทักษะในการคิดและทักษะในการการเขียน พบว่า ปัญหาที่ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์ และไม่มีคุณภาพเพียงพอมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยสาเหตุ คือ การที่พยาบาลมีเวลาจำกัด มีภาระงานต้องดูแลผู้ป่วยหลายคน พยาบาลขาดความตระหนักต่อคุณค่าในการบันทึกการพยาบาล ขาดความรู้ความสามารถในการบันทึก และอาจเนื่องจากคิดว่าการบันทึกการพยาบาลเป็นความซ้ำซ้อนและความยุ่งยาก (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) ที่พบว่า ภาระงาน ความยุ่งยาก และความเร่งด่วนของงาน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากเกินไป จำนวนผู้ป่วย อัตรากำลังที่เป็นอยู่เป็นปัจจัยที่ขัดขวาง การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ส่วนการศึกษาของ ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) พบว่า รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ชัดเจนทำให้ข้อมูลการบันทึกไม่สมบูรณ์ และการที่

มีแบบฟอร์มยุ่งยากซ้ำซ้อนทำให้เสียเวลาในการบันทึก ข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ การหาข้อมูลย้อนกลับของผู้ป่วยได้ยาก บางครั้งหาไม่พบ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากได้รับคำแนะนำไม่เป็นไปในมาตรฐานการบันทึกเดียวกัน พยาบาลขาดทักษะในการบันทึกอย่างถูกต้อง ทำให้พยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการนำข้อมูลในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมาใช้ประโยชน์ ทำให้พยาบาลขาดความเอาใจใส่ในการบันทึก ขาดการฝึกกระบวนการคิดอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) กล่าวว่า ทักษะคิดของพยาบาลต่อการบันทึกที่มองว่าเป็นงานน่าเบื่อ หรือเป็นงานทำให้เวลาของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลน้อยลง การขาดความรู้ของผู้บันทึก ทำให้บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2547) ที่กล่าวว่า การออกแบบแบบบันทึกที่เป็นไปไม่ได้ในการปฏิบัติ ไม่มีการติดตามที่เป็นระบบ ผู้บันทึกไม่มีความรู้ในการบันทึก ไม่มีความตระหนักในการบันทึกเป็นปัจจัยหรืออุปสรรคต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

จากการที่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า ปัจจัยหรืออุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่จะคล้าย ๆ กัน คือ เรื่องของทัศนคติหรือความตระหนักต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้บันทึกขาดความรู้ในการบันทึก แบบบันทึกที่มีรูปแบบหลากหลายแบบบันทึกที่ออกแบบไม่เป็นไปไม่ได้ในการปฏิบัติ ภาระงานที่ย่งยากหรือเร่งด่วน จำนวนผู้ป่วยและอัตราค่าจ้างที่มีอยู่ ตลอดจนการที่ไม่มีการติดตามอย่างเป็นระบบล้วนเป็นปัจจัยหรืออุปสรรคต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในจำนวน 26 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างพื้นที่วิจัยพบว่า ปัจจัยหรืออุปสรรคที่ขัดขวางการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การมีแบบบันทึกที่ไม่ชัดเจน ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ไม่สะดวกต่อการบันทึก ผู้บันทึกไม่มีความรู้ความสามารถในการบันทึก ทำให้ไม่มั่นใจว่าบันทึกถูกต้องหรือไม่ จึงไม่กล้าบันทึก พยาบาลมีเวลาจำกัดเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมาก อัตราค่าจ้างที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน ภาระงานที่เร่งด่วนหรือยุ่งยาก ไม่มีมาตรฐานการบันทึกที่เป็นแบบอย่างเดียวกัน พยาบาลขาดความรับผิดชอบในการบันทึก ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก ขาดความรู้เรื่องโรค ทำให้มองปัญหาผู้ป่วยไม่ครอบคลุม นโยบายในการบันทึกไม่ชัดเจน ขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ขาดการอบรมในการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียวดังกล่าวข้างต้นนั้น จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อให้มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์มาไว้ดังนี้

ในปี พ.ศ. 2528 สุชาติ รัชชกุล ทำวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์บันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตกรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาของบันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลและเอกชนในกรุงเทพมหานครในด้านความต้องการพื้นฐาน ด้านการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย และการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพของการบันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน โดยตรวจสอบจากตัวอย่างบันทึกการพยาบาล 500 ฉบับ พบว่า เนื้อหาส่วนใหญ่ของการบันทึกในบันทึกการพยาบาลด้านความต้องการพื้นฐานบันทึกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ซึ่งเป็นเนื้อหาด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ เนื้อหาเกี่ยวกับคำแนะนำ คำอธิบาย การได้รับความปลอดภัยหรือการสนทนาต่าง ๆ มีการบันทึกน้อยมาก และการเขียนมีลักษณะเขียนสั้น ๆ และซ้ำ ๆ จากเวอร์ก่อน ๆ เช่นผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี นอนหลับได้ สัญญาณชีพปกติ ส่วนใหญ่ด้านการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลเนื้อหาที่บันทึกเน้นไปทางด้านกิจกรรม หรือวิธีที่ได้ปฏิบัติในการรักษาหรือให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยมากกว่าเป็นข้อมูลที่ได้จากการติดตามหรือประเมินผลภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือการพยาบาลไปแล้ว การบันทึกทางด้านพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นเนื้อหาด้านพฤติกรรมหรือการสังเกตที่มองเห็นด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจหรือความคิดเห็นของผู้ป่วย

ในปี พ.ศ. 2539 ปรารธนา มั่งมุล ทำวิจัยเรื่อง “การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวช” กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค จำนวน 28 คน และทำเอกสารการบันทึกจำนวน 129 ชุด

ผลการวิจัยสรุปว่า ประสิทธิภาพของการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึกที่มุ่งความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ต่ำกว่าเมื่อใช้รูปแบบบันทึกที่มุ่งปัญหาซึ่งอยู่ในระดับดี ประสิทธิภาพของการบันทึกด้านความต่อเนื่องของการบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึก ที่มุ่งความต้องการและรูปแบบบันทึกที่มุ่งปัญหาอยู่ในระดับดี แต่ด้านความถูกต้องทางกฎหมายอยู่ในระดับต่ำทั้งสองรูปแบบ และประสิทธิภาพของการบันทึกด้านความคล่องตัวในการบันทึก ไม่มีความแตกต่างกันทั้งรูปแบบบันทึกที่มุ่งความต้องการและรูปแบบบันทึกที่มุ่งปัญหา

ในปี พ.ศ. 2542 จิตรศิริ ชันเงิน ทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัด

กระทรวงสาธารณสุข” เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการเขียนบันทึกทางการแพทย์กับความตั้งใจ เขียนบันทึกทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 226 ของโรงพยาบาลทั่วไปเขต 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ และหาปัจจัยที่ร่วมทำนายความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ ผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการเขียนบันทึกทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสามารถร่วมทำนายความตั้งใจเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ร้อยละ 23.71 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลของการศึกษาผู้วิจัยได้เสนอแนะให้มีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์ โดยการสนับสนุนให้ผู้นำทางการแพทย์เพิ่มบทบาทในการนิเทศ หากวิธีส่งเสริมให้พยาบาลมีความสามารถในการควบคุมตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์ยิ่งขึ้น เช่น การปรับเปลี่ยนระบบบันทึกทางการแพทย์ให้เป็นบันทึกที่ทำได้ง่าย สะดวกขึ้น จัดอบรม ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์ทุกปี จัดทำมาตรฐานการบันทึกและแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์ เช่น อัตราค่าจ้างที่ไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย คาดว่าจะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพให้เป็นบันทึกที่มีคุณค่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

ในปี พ.ศ. 2542 จริดาภรณ์ ธนบัตร ทำวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึก และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล” เป็นการศึกษาประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความคล่องตัวในการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคทุกคนที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัดโรงพยาบาลระนองจำนวน 15 คน กลุ่มที่ 2 คือ แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลจากผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและสูตินรีเวช จำนวน 30 ฉบับ

ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับดีมาก และด้านความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ในปี พ.ศ. 2542 ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท 1” เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพญาไท 1 โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบฟอร์มคือ กระบวนการพยาบาล การจำแนกประเภทการปฏิบัติการพยาบาล และหลักของการบันทึกกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย 3AD, 4AD และ 5AD โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 36 คน และผู้บริหารทางการพยาบาลจำนวน 7 คน ดำเนินการวิเคราะห์หาข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทดลองใช้แบบฟอร์ม 3 เดือน หลังวัดผลความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มแล้วสรุปผลการดำเนินงาน ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่มีความแตกต่างกันเฉพาะด้านความคล่องตัวในการบันทึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้บริหารทางการพยาบาลมีความแตกต่างกันเฉพาะด้านความครบถ้วนของการบันทึก และด้านความคล่องตัวในการบันทึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้จากการวิจัย คือ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มรายการปัญหาและแผนการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบฟอร์มทั้งสี่ช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย เขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล และบ่งบอกคุณภาพการพยาบาล ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ พัฒนาคำอธิบายของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล การจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักในคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาลและการปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2545 สงวน นูตาดิ ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลน้ำพอง” เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำนวน 7 คน โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลในการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพร้อมคู่มือ ผลการศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อรายการในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในเรื่อง ความสะดวก ความเหมาะสม การสื่อสารในทีม และการแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ตามความต้องการอยู่ในระดับเห็นด้วย ส่วนระดับความคิดเห็นในเรื่อง โครงสร้างพบว่าเนื้อหาความต่อเนื่องของปัญหา และการดูแลแบบบันทึกมีข้อรายการให้เลือกและช่องให้เพิ่มข้อความตามความต้องการ และสามารถบันทึกปัญหาผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อความมั่นใจและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ในปี พ.ศ. 2545 นันทนา สุวรรณมาโจ ทำวิจัยเรื่อง “การสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี” เป็นการศึกษาเพื่อสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรเสริมในหอผู้ป่วยใน จำนวน 14 คน และผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาสามารถสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3 มาตรฐาน คือ มาตรฐานบันทึกคาร์เด็กซ์ มาตรฐานการบันทึกการพยาบาลและมาตรฐานการบันทึกการให้ยา และในการนำมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไปใช้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

1. ควรมีการประชุมชี้แจงบุคลากรหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับเกี่ยวกับการใช้มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
2. ควรจัดทำตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานการบันทึกลงในคู่มือการบันทึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการเขียนบันทึก
3. ควรมีการสรุปประเมินผล การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นระยะ ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อไป
4. หัวหน้าหอผู้ป่วยใน ควรมีการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานการบันทึก และใช้คู่มือการบันทึกที่จัดทำขึ้นประกอบการนิเทศด้วย
5. ควรมีการสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นให้ครบทุกเรื่องของการบันทึก โดยอาจจัดทำเป็นแผนงานพัฒนามาตรฐานการพยาบาล และใช้กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในเป็นผู้ดำเนินการจัดทำมาตรฐาน เพราะมีประสบการณ์ในการสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากการศึกษาในครั้งแล้ว
6. ในมาตรฐานการบันทึกการให้ยา อาจกำหนดเป็นกรอบการปฏิบัติ (Protocol) ของการบันทึกการให้ยาผู้ป่วยต่อไป

ในปี พ.ศ. 2545 ไพลิน ตั้งศรีวงศ์ ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการใช้บันทึกกระบวนการพยาบาลโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น” เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการใช้บันทึกกระบวนการพยาบาล ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองเรือ กลุ่มเป้าหมายของการศึกษา คือ พยาบาลตึกผู้ป่วยในและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โดยมีการพัฒนาแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกและคุณภาพการบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาล ใช้ตรวจสอบแบบบันทึกจำนวน 146 ชุด ผลการตรวจสอบ พบว่า คุณภาพการบันทึกและคุณภาพการบันทึกการปฏิบัติงานในแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลและแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกแผนการพยาบาลมาตรฐาน แบบบันทึกแผนการรักษาต่อเนื่อง และแบบประเมินอาการและความสามารถผู้ป่วยต่อเนื่องอยู่ในระดับต่ำมาก ส่วน

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แบบบันทึกกระบวนการพยาบาล ด้านการใช้เวลาในการบันทึก ด้านความสะดวกของการใช้แบบบันทึก ด้านประโยชน์การพยาบาล ด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วย และด้านการมีความต้องการใช้แบบฟอร์ม พบว่า คะแนนรวมทุกด้านของแบบบันทึกแผนการรักษา ต่อเนื่อง แบบแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย และแบบบันทึกแผนการพยาบาลมาตรฐานอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ย 4.01 ค่าเฉลี่ย 3.85 ค่าเฉลี่ย 3.74 ค่าเฉลี่ย 3.63 และค่าเฉลี่ย 3.62 ตามลำดับ (พิสัย 1-5) ส่วนคะแนนของแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบประเมินอาการและความสามารถผู้ป่วยต่อเนื่อง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.46 และค่าเฉลี่ย 3.41 ตามลำดับ พยาบาลมีความคิดเห็นเพิ่มเติม คือ แบบฟอร์มมีรายละเอียดมาก ขาดความเฉพาะเจาะจง ทำให้บางข้อมูลไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า ขนาดตัวอักษรและช่องให้เขียนเล็ก ทำให้อ่านยากและเขียนไม่สะดวก แบบบันทึกการรักษาต่อเนื่องมีขนาดใหญ่และกระดาษบางทำให้จัดเก็บลำบาก และยังขาดรายละเอียดของข้อมูลการสรุปผู้ป่วยถึงแก่กรรม และผลจากการศึกษานี้ ทำให้มีการพัฒนาระบบการใช้น้บันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในสภาพการณ์จริงของการปฏิบัติงานในหน่วยงาน มีการพัฒนาน้บันทึกกระบวนการพยาบาล รูปแบบและวิธีการบันทึกโดยพยาบาล และเพื่อพยาบาลเองอย่างชัดเจนและเป็นระบบ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีทำงานของพยาบาล ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น ๆ พยาบาลมีการตระหนักถึงคุณค่าของการบันทึก และผู้ศึกษาในเรื่องนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการดำเนินการ และปรับปรุงต่อไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเฉพาะการพัฒนาบันทึกที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ชัดเจน และจะเป็นการช่วยเพิ่มคุณค่าของบันทึกกระบวนการพยาบาลให้สูงขึ้น รวมทั้งควรขยายการพัฒนาไปยังแผนกอื่น ๆ ของกลุ่มงานการพยาบาลด้วย

ในปี พ.ศ. 2547 คารารัตน์ หงษ์ทอง ทำวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล” ผลการวิจัย พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย ที่เน้นการประเมินทั้งตัวบุคคลมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น และด้านความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ในปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลที่พบ คือ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลไม่ชัดเจน ทำให้ข้อมูลการบันทึกไม่สมบูรณ์ ใช้ภาษาเขียนไม่สละสลวย ใช้แบบตัวย่อที่ไม่เป็นสากล ข้อมูลที่บันทึกไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม ข้อมูลเน้นการประเมินเฉพาะด้านร่างกายอย่างเดียว ข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาลมองไม่เห็นความก้าวหน้าจากการรักษา เน้นกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อตัว

ผู้รับบริการมากกว่าการประเมินวิเคราะห์ปัญหา และติดตามการประเมินผลการพยาบาล ข้อมูลไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการและขาดการนำข้อมูลสนับสนุนมาประกอบกับปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อนำมาหาแนวทางแก้ไข ข้อมูลที่พบมีการเขียนซ้ำกับเวรก่อน ๆ และเนื่องจากแบบฟอร์มยุ่งยากซ้ำซ้อนทำให้เสียเวลาในการบันทึก ข้อมูลที่ได้จึงไม่สมบูรณ์ การค้นหาข้อมูลย้อนกลับของผู้ป่วยได้ยากหรือบางครั้งหาไม่พบทำให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

ในปี ค.ศ. 1993 อิลโลอาท แอล และ คูเปอร์ เอส (Eiloart, L. and Cooper, S.) ได้ทำวิจัยเรื่อง “จะทำการตรวจสอบอย่างไรเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล (How to Implement an Audit to Improve Records) โดยศึกษาในโรงพยาบาลเซนต์จอร์จ (St.George’s Hospital) ในลอนดอนประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนามาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล ทบทวนเครื่องมือตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีอยู่ พัฒนาระบบการตรวจสอบให้ครบวงจรและพัฒนาเครื่องมือตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลใหม่ที่ทำให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลได้เอง กลุ่มตัวอย่างใช้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับเลือกเป็นผู้ตรวจสอบ (Auditor) หอผู้ป่วยละ 1 คน จำนวน 25 หอผู้ป่วย ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 116 ฉบับ ผลของการตรวจสอบ พบว่า คะแนนในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยได้คะแนน 61% คะแนนของการวางแผนการพยาบาล 79% ส่วนคะแนนการวางแผนการจำหน่ายได้คะแนนต่ำสุดมีถึง 52 ฉบับ ที่ได้ 0 คะแนน สำหรับการวางแผนการจำหน่าย และส่วนที่เป็นจุดอ่อนของการบันทึกที่พบ คือ การไม่ลงชื่อผู้บันทึกหรือลายมือเขียนหวัดอ่านไม่ออก ไม่มีการลงชื่อกำกับในการบันทึกโดยเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ไม่ลงวันที่ที่บันทึกและไม่ลงเวลาที่บันทึก ซึ่งจุดอ่อนของการบันทึกดังกล่าวนี้ สามารถลดคะแนนการบันทึกให้ต่ำลงได้ ผลลัพธ์ของการศึกษานี้ พยาบาลมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการถูกตรวจสอบการบันทึก มีการทบทวนเอกสารการบันทึกผู้ป่วยที่ย้ายมาจากแผนกอื่นเป็นประจำ และทำการบันทึกให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ มีการทบทวนทีมการพยาบาล มีการตรวจสอบการวางแผนการจำหน่าย มีโปรแกรมการฝึกอบรมการบันทึกทางการพยาบาล มีการปรับปรุงเครื่องมือตรวจสอบการบันทึกใหม่ซึ่งง่ายต่อการตรวจสอบ โดยที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถตรวจสอบการบันทึกได้เอง พยาบาลมีความตระหนักรู้สูงในความเป็นวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบและการใช้เครื่องมือตรวจสอบการพยาบาล มีวิวัฒนาการด้านการเก็บรักษาการบันทึก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ในเรื่องเนื้อหาของการบันทึก พยาบาลจะบันทึกด้านร่างกายมากกว่าการบันทึกด้านจิตใจ สังคม/สิ่งแวดล้อม จะบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าการติดตาม ประเมินผลภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาไปแล้ว (สุชาติ รัชกุล, 2528) ประสิทธิภาพของการบันทึกในด้านความครอบคลุมของการบันทึกพบว่า การใช้รูปแบบการบันทึกที่มุ่งปัญหาจะมีคุณภาพสูงกว่าการใช้รูปแบบมุ่งความ

ต้องการ (ปรารธนา มั่งมุล. 2539) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลบันทึกตามปัญหาผู้ป่วยได้ดีกว่าการบันทึกตามความต้องการของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบันทึกทางการพยาบาล (จิตรศิริ ชันเงิน. 2542) ได้แก่ ความยากง่ายของระบบบันทึก อัตราค่าลง กับจำนวนผู้ป่วย ความเร่งด่วนของภาระงาน การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการเขียนบันทึก การนิเทศของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล ส่วนใหญ่จะใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานแนวคิดในการบันทึก ดังการศึกษาของ ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) และสงวน นุตาคี (2545) นอกจากนี้ยังมีการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม (คารารัตน์ หงษ์ทอง. 2547) รวมทั้งการนำแนวคิดแบบแผนทางด้านสุขภาพของ กอร์ดอน ดังการศึกษาของ ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542) แบบบันทึกที่พัฒนาส่วนใหญ่จะศึกษา 4 แบบฟอร์ม ได้แก่ แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มรายการปัญหาและแผนการพยาบาล แบบฟอร์มบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากเชื่อว่าแบบฟอร์มทั้ง 4 แบบนี้ จะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยและบันทึกได้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล และบ่งบอกคุณภาพการพยาบาล

การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรที่จะสามารถตรวจสอบได้เอง โดยใช้เครื่องมือตรวจสอบการบันทึกที่มีอยู่ซึ่งได้พัฒนาให้ง่ายต่อการใช้ในการตรวจสอบ (Eiloat and Cooper. 1993)

สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวเฉียว เพราะผู้วิจัยเชื่อว่าการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมมากที่สุด อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม สอดคล้องกับพันธกิจและปรัชญาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียว (ภาคผนวกช) ส่วนแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน ผู้วิจัยมิได้นำมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบบันทึกเนื่องจากคิดว่า แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมมีความครอบคลุมมากที่สุด

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล และการพยาบาลแบบองค์รวม ดังตารางแผนภูมิที่ 2.4 ดังนี้

แผนภูมิที่ 2.4
กรอบแนวคิดในการวิจัย

