



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกการพยาบาล
ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาพบว่าเอกสาร บทความ และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
สรุปเป็นสาระสำคัญเป็น 4 ประการคือ

1. บันทึกทางการพยาบาล
2. บันทึกการพยาบาล
3. หลักและวิธีการบันทึกการพยาบาล
4. การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บันทึกทางการพยาบาล

เมื่อบุคคลหนึ่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะจัดทำ
เอกสารที่บันทึกข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคนขึ้น เรียกว่าบันทึกผู้รับบริการ
หรือรายงานผู้ป่วย (Patient Chart) ฝ่ายการพยาบาลเป็นฝ่ายที่จัดเตรียมแบบ
บันทึกเหล่านี้เพื่อบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพอนามัย ทั้งยังรับผิดชอบโดยตรงต่อการบันทึก
เอกสารต่าง ๆ ตามมาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับรักษาและบันทึกต่อเนื่องจนกระทั่งถูกจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเอกสารที่พยาบาลทำการบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ทั้งหมดนี้เรียกว่าบันทึกทางการพยาบาล ก็จะจำแนกเอกสารบันทึกทางการพยาบาลที่
เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังนี้

1. เอกสารทางการแพทย์พยาบาลเมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้วแผนการรักษาได้ถูกกำหนดขึ้น เอกสารที่พยาบาลจัดทำต้องมีทั้งประกอบด้วย

ก. แบบบันทึกรับใหม่ (Nurse's Admission Form or Nursing History) เป็นบันทึกที่พยาบาลจัดทำลงรับวินิจฉัยขอในการบันทึกผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยในสถานภาพส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจรักษา การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (In Patient)

ข. บันทึกการพยาบาล (Nurse's Note Sheet) เป็นบันทึกเมื่อแรกรับผู้ป่วย จะบันทึกเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน สภาวะอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับและในเวรนั้น ๆ การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย และผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

ค. แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นบันทึกที่กำหนดแผนงานของพยาบาล ซึ่งสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์ เป็นเครื่องมือที่พยาบาลนำมาเป็นสิ่งที่จะทำให้บุคลากรในทีมพยาบาลได้ถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ง. การ์ดเค็กซ์ (Kardex) เป็นบันทึกสรุปข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเฉพาะกาล ให้ความสะดวกรวดเร็วในการตรวจสอบแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และเป็นเครื่องมือที่พยาบาลนำมาเป็นเครื่องมือสื่อสารสืบเนื่องระหว่างพยาบาลในเวรต่อเวร

2. เอกสารทางการแพทย์พยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษา เป็นเอกสารที่รายงานอาการผู้ป่วย และการรักษาประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับ ประกอบด้วย

ก. บันทึกการพยาบาล (Nurse's Note Sheet) เป็นบันทึกที่ รายงานความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยในแต่ละวัน ตลอดจนรายงานการปฏิบัติการพยาบาล ความดูแลการรักษาระหว่างพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

ข. แผนกรายบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic Sheet) เป็นบันทึกสรุป ย่อของข้อมูล โดยใช้สัญลักษณ์บันทึกลงในแผนกรายในส่วนที่บันทึกอุณหภูมิ ชีพจร การ หายใจ ความดันโลหิต น้ำหนักเด็ก ฯลฯ เป็นช่วงทุก 4 ชม. และยังประกอบด้วย บันทึกสรุปส่วนสูง น้ำหนัก รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับเข้าสู่ร่างกาย อันได้แก่ อาหาร จำนวนเท่า และสิ่งที่ผู้ป่วยขับออกจากร่างกาย อันได้แก่ อุจจาระ ปัสสาวะ ฯลฯ ในช่วง 24 ชั่วโมง

ค. บันทึกการให้ยา (Medication Sheet) เป็นบันทึกที่แจ้งการ ให้ยา โดยบันทึกชื่อยา จำนวน ขนาด วันเวลาที่ให้ พร้อมทั้งลงบันทึกชื่อของพยาบาล ผู้ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย

ง. บันทึกย่อย (Flow Sheet) เป็นบันทึกที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยบางราย เมื่อมีภาวะจำเป็น เพื่อบันทึกปัญหาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันเป็นปัญหาหรืออันตราย แก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะ ซึ่งรูปแบบการบันทึกจะแตกต่างกันไป บันทึกย่อยประกอบด้วย

1. บันทึกความดันโลหิตและบันทึกสัญญาณชีพ (Record of vital sign)
2. บันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย (Intake output work sheet)
3. บันทึกการสังเกต (Bed side note)
4. บันทึกการควบคุมเบาหวาน (Diabetic chart)
5. บันทึกการเตรียมผ่าตัด (Pre-operative checklist)

6. บันทึกการสังเกตทางระบบประสาท (Neurological observation sheet)
7. บันทึกการให้น้ำทางเส้นโลหิต (Parenteral Fluid Record)

ฯลฯ

3. เอกสารทางการแพทย์พยาบาล เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะบันทึกสรุปการจำหน่ายลงในบันทึกการพยาบาล เป็นการบันทึกอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การแนะนำการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน และสังคม รวมตลอดถึงการนัดหมายมาพบแพทย์ต่อไป

จะเห็นว่าเอกสารทางการแพทย์พยาบาลที่พยาบาลบันทึกตามขั้นตอนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา ขณะรับการรักษา ตลอดถึงการจำหน่าย บันทึกการพยาบาล เป็นบันทึกที่มีส่วนเกี่ยวข้องของตลอดทุกขั้นตอน จึงนับได้ว่าเป็นบันทึกที่รายงานการปฏิบัติพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งพยาบาลจักต้องตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

บันทึกการพยาบาล (Nurses' Note)

1. ความหมายของบันทึกการพยาบาล

รูเวอร์นี วูล์ฟ (Wolff 1973 : 89) ได้กล่าวไว้ว่า บันทึกการพยาบาลเป็นตัวแทนของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ฟวงรักัน มุญญานุรักษ์ และกุดยา กันภินดาชีวะ (2524 : 177) ได้กล่าวว่า บันทึกการพยาบาลเป็นบันทึกเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพยาบาลได้ให้แกผู้ป่วยด้วยการประสานงาน และประเมินถึงประสิทธิภาพทางการรักษาและพยาบาลแบบบันทึกจะเป็นการบันทึกแบบบรรยายความโดยผู้ให้การพยาบาล ซึ่งจะบันทึกในแต่ละวัน แต่ละเวลา และแต่ละเวร

เกคินี เทินทิกซ์ (2525 : 38) ได้ให้ความหมายของบันทึกการพยาบาลว่าเป็นบันทึกของพยาบาลที่เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วย และผลของการให้การพยาบาลในแต่ละเวร ซึ่งจะต้องรายงานบันทึกไว้อย่างละเอียด

กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2526 : 276) ได้ให้ความหมายว่า บันทึกการพยาบาลคือ ข้อความที่เขียนไว้เกี่ยวกับอาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่จะต้องบันทึกทุกเวรหรือประจำวัน

2. ความหมายของการบันทึกการพยาบาล

จูเบียแพทริเซีย (Patricia 1979 : 7) กล่าวว่า การบันทึกการพยาบาลคือ การจรรยาการในขอบเขตที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้กระทำขึ้น รวมทั้งสิ่งที่สังเกตเห็นได้ในระหว่างปฏิบัติการที่จำเป็นต้องให้แก่ผู้ป่วย

เอลเลน เอ็กแลนด์ (Eggland 1980 : 39) ได้ให้ความหมายว่าการเขียนรายงานบันทึกการพยาบาลนั้น หมายถึงการบอกถึงเรื่องความต้องการในก้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องเขียนบอกให้ทราบทุก ๆ วันด้วย

เฟ หลุยส์ โบวเวอร์ (Bower 1982 : 184) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการบันทึกที่ทำให้เป็นเครื่องมือที่บอกให้ทราบว่า พยาบาลได้กระทำการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่กำลังมีปัญหาทางกาย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนผลของการพยาบาล

สเชลเลอร์ และ กูดวิน (Schaeffer & Godwin 1983 : 9) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการบันทึกเอกสารสำคัญของการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ ซึ่งสามารถบันทึกได้ทุกนาที ทุกวัน หรือทุกอาทิตย์ ขึ้นกับนโยบายแต่ละแห่ง

จะบันทึกลงในแบบฟอร์มที่ทางโรงพยาบาลกำหนดให้ เป็นความรับผิดชอบที่ยิ่งใหญ่ที่
 โรงพยาบาลจัดต้องบันทึกให้เห็นภาพพจน์ของผู้ป่วย และแสดงถึงความก้าวหน้าของผู้ป่วย
 ในการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งเอกสารบันทึกการพยาบาลนี้ต้องเก็บรักษาไว้ในรายงาน
 ผู้ป่วย

ฟวงรัตน์ บุญญาบุรักษ์ (2522 : 102) ได้ให้ความหมายของการ
 บันทึกการพยาบาลไว้ว่า หมายถึงการบันทึกข้อมูลทั้งหมดในการจัดการพยาบาลที่ได้
 กระทำ ตลอดจนสิ่งตอบโต้จากผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องปฏิบัติทุกเวร หรือทุกวัน
 ต่อเนื่องกันไปอย่างสม่ำเสมอ

จากหลายท่านได้ให้ความหมายการบันทึกการพยาบาลไว้ดังกล่าวกว่าข้างต้น
 ผู้วิจัยจึงขอให้ความหมายการบันทึกการพยาบาล คือ การที่พยาบาลบันทึกข้อมูลต่าง ๆ
 ของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินสถานะสุขภาพอนามัย (Assessment Charting)
 แล้วบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย (Intervention Charting)
 รวมตลอดถึงการบันทึกการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล
 (Evaluation Charting) โดยบันทึกทั้งสามด้านตามลำดับต่อเนื่องและเกี่ยวพันกัน
 ลงในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note Sheet) ซึ่งพยาบาลเริ่มบันทึกการ
 พยาบาลตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วย และจะบันทึกอย่างต่อเนื่องทุกเวร จนกระทั่งผู้ป่วยออกจาก
 โรงพยาบาล

3. ความสำคัญของการบันทึกการพยาบาล

วิก ลอร์เลนซ์ (Lawrence 1971 : 54) ได้กล่าวว่า บันทึกการ
 พยาบาลเป็นเครื่องมือที่ช่วยรายงานความก้าวหน้าถึงอาการของผู้ป่วยในแต่ละวันได้เป็น
 อย่างดี และจะไม่สามารถแยกจากรายงานของแพทย์ได้เลย

ฮาร์เวย์ แมนเดล (Mandel 1980 :22) ได้กล่าวว่า พยาบาล เป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ฉะนั้นพยาบาล จะเป็นผู้ที่ทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นบันทึกการพยาบาลจึงมีความสำคัญและมีความหมายมากที่สุดที่จะเชื่อมโยงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ของผู้ป่วยไปสู่วิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

แอนเจโลส คริสโตพอลอส (Christopoulos 1970 : 24-25) ได้กล่าวว่า บันทึกการพยาบาลมีค่ามาก เนื่องจากบันทึกการพยาบาลจะเขียนบอกถึง อาการ พฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น อาการของผู้ป่วยในตอนกลางคืนจะเห็นได้ชัดเจน ในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองพิการ (Organic brain syndrome) อันมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์ได้แม่นยำ นอกจากนี้ยังทำให้แพทย์ได้เข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการให้การรักษา

คาโรลีน แครมเมอร์ (Crammer 1969 : 117) ได้กล่าวว่า บันทึกการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ไขปริศนาคุณภาพของการพยาบาล โดยการประเมินการพยาบาลจากบันทึกการพยาบาล เพื่อเป็นการตัดสินประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลว่ามีคุณภาพตรงตามเกณฑ์ที่วางไว้หรือไม่

เอลเลน เอ็กแลนด์ (Eggland 1980 : 39) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของบันทึกการพยาบาลคือ ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงภาวะอาการ ความต้องการ และปัญหาในขณะที่รับการดูแลรักษา และยังใช้ประกอบเป็นหลักฐานในกานกฎหมายด้วย

แอกเคิร์น (Eachern 1957 : 727) ได้กล่าวในเรื่องการพิจารณา เก็บรักษามบันทึกของพยาบาล พบว่าบุคลากรทุก ๆ ฝ่ายในทีมสุขภาพมีความเห็นตรงกันว่า บันทึกการพยาบาลมีคุณค่า สามารถใช้เป็นประโยชน์ได้อย่างดี ซึ่งจะต้องเก็บไว้ควบคู่กับรายงานผู้ป่วยตลอดไป



พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2524 : 45, 178) ไก่กล่าวถึง ความสำคัญของบันทึกการพยาบาลคือ เป็นแหล่งของข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการ รักษา อันเป็นหลักฐานที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ทั้งยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ ประกอบกับเป็นสื่อกลางในการสื่อสารสำหรับบุคลากร ในทีมสุขภาพ ใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการศึกษาวิจัย นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถ นำเอาข้อมูลมาวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย อันเป็นประโยชน์ในการให้การพยาบาล ที่สมบูรณ์แบบ และยังมีผลต่อการประเมินคุณภาพของการพยาบาลอีกด้วย

จากที่มีผู้ไต่ถั่วถึง ความสำคัญของการบันทึกการพยาบาลไว้ทั้งกล่าว ข้างต้น นับเป็นสิ่งที่พยาบาลจกต้องตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึก เห็นคุณค่า ของบันทึกการพยาบาล โดยการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับปัญหาการบันทึกการพยาบาล เพื่อนำ ปัญหามาพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงกำหนดกิจกรรมในการบันทึกเพื่อให้บันทึกการ พยาบาลคงความสำคัญตามที่กล่าวมา

หลักและวิธีการบันทึกการพยาบาล

1. หลักการบันทึกการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยหลักในการบันทึกเพื่อให้ได้บันทึก การพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามที่มุ่งหวัง โดยมีผู้กล่าวถึงหลักการบันทึกหลายท่านนอกเหนือ จากที่ไต่ถั่วมาข้างต้นแล้ว (Barbara 1981 : 52 ; Beverly 1978 : 95-96 ; Cate 1972 : 24-25 ; Gamberg & Smith 1981 : 36-39 ; Hames & Joseph 1980 : 201 ; Juneau 1979 : 42-49 ; Koziea & Erb 1979 : 316 ; Maureen 1977 : 142 ; Price 1967 : 132 ; Peterson 1973 : 641-644 ; Rozovsky 1979 : 22 และ Wood 1975 : 99-103) ซึ่งผู้วิจัย สรุปเป็นหลักการบันทึกการพยาบาลได้ดังนี้

ก. ในการบันทึก ผู้บันทึกจัดองค์ความรู้ถึงกระบวนการในการบันทึก ซึ่งกิจกรรมในการบันทึกประกอบด้วย มีจุดมุ่งหมายในการบันทึก มีขั้นตอนวางแผนการบันทึก การปฏิบัติการบันทึก และการประเมินบันทึกที่ได้กระทำไป พร้อมทั้งการปรับปรุงแก้ไข เป็นสิ่งที่ผู้บันทึกควรให้ความสำคัญ

ข. มีความสามารถในการค้นหาและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาบันทึก โดยนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้บันทึกจัดองค์ความรู้ว่าจะหาข้อมูลอะไรมาบันทึกคือ ข้อมูลของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยได้ข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเอง ญาติ บุคลากรในทีมสุขภาพอนามัย และจากบันทึกต่าง ๆ ในรายงานผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ คือ สังเกต สัมภาษณ์ และพบผู้ป่วยด้วยตนเองเพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริง

ค. บันทึกสิ่งต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่น การบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (assessment charting) เป็นการบันทึกสิ่งที่เป็นที่ผู้ป่วยพูดและกระทำโดยไม่ลงความเห็นของผู้บันทึก หรือตัดสินการกระทำของผู้ป่วยจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

ง. บันทึกทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลที่สังเกตเห็น

จ. บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามเวลาตามลำดับก่อนหลัง

ฉ. บันทึกใหม่มีความเป็นลำดับต่อเนื่องตามงานของพยาบาลคือ บันทึกตามกระบวนการพยาบาล โดยการบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย (assessment charting) บันทึกการปฏิบัติพยาบาล (Intervention charting) และบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา (Evaluation charting)

ช. บันทึกโดยนำบันทึกอื่น ๆ เช่น บันทึกข้างเคียง บันทึกสัญญาณชีพ การเค็กซ์ มาประกอบในการบันทึกการพยาบาล

ข. บันทึกให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย

การใช้คำตามหลักภาษาไทย

ใช้คำให้ถูกต้องตรงตามความหมายและเหมาะสม

ตัวสะกดถูกต้อง

เรียงประโยคให้สละสลวยได้ใจความ ไม่ใช่ภาษาพูด

บันทึกย่อ ๆ แต่ให้ได้ใจความสำคัญครบถ้วน

เว้นวรรคคณให้ถูกต้อง

บันทึกให้เห็นภาพพจน์ของผู้อ่าน

บันทึกให้มีระเบียบ ชัดเจน อ่านง่าย

หลีกเลี่ยงเครื่องหมายและอักษรย่อ ยกเว้นคำย่อสากลนิยม

ฅ. บันทึกให้ถูกต้องตามระเบียบการบันทึกโดย

บันทึกให้ถูกต้องตรงกับผู้อ่านแต่ละคน และลงชื่อ เลขที่ของผู้อ่าน

ให้ครบทุกแผ่น

ลงวันเดือน ปี และเวลาในการบันทึกทุกครั้ง

บันทึกเวลาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ ของผู้อ่าน

กิจกรรมการรักษาที่ผู้อ่านได้รับ เช่น เวลารับใหม่ เวลาส่งตรวจ เวลาจำหน่าย ฯลฯ

บันทึกโดยใช้หมึก และแยกสีหมึกเพื่อให้เห็นการแบ่งช่วงเวลาชัดเจน

เช่น เวลากลางวัน (7.00 - 19.00 น.) ใช้หมึกสีดำหรือน้ำเงิน เวลากลางคืน

(19.00 - 7.00 น.) ใช้หมึกสีแดง

ไม่เว้นวรรคกว้าง ถ้าเว้นวรรคกว้างให้ขีดเส้นยาวแทนที่ไว้กับการ

เติมข้อความ

ถ้าบันทึกผิดพลาด ห้ามลบ ให้ขีดฆ่า เขียนคำว่า "ผิด" แล้ว

เขียนชื่อกำกับ

ห้ามกั้ลลอกบันทึกใหม่

เมื่อบันทึกเรียบร้อยแล้วเขียนชื่อ ชื่อสกุลและตำแหน่งกำกับให้ชัดเจน

2. วิธีการบันทึกการพยาบาล

การบันทึกการพยาบาลเท่าที่ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้ามีวิธีต่าง ๆ 7 วิธี
ดังรายละเอียดต่อไปนี้


วิธีที่ 1 การบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบกายวิภาคศาสตร์

(Narrative Charting by Anatomical Systems)

เป็นวิธีการบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบกายวิภาคศาสตร์

(Anatomical Systems) เป็นหลักในการบันทึก (Schaeffer & Godwin
1983 : 60-73) ผู้วิจัยขอแนะนำว่าสรุปวิธีการบันทึกตามลำดับดังต่อไปนี้

ก. การบันทึกการประเมินสถานะสุขภาพอนามัย (Assessment
Charting) ในช่วงที่พยาบาลนำหลักความรู้เรื่องระบบต่าง ๆ ของร่างกายมนุษย์ตาม
ระบบกายวิภาคศาสตร์ (Anatomical systems) เป็นหลักในการบันทึก ซึ่งระบบ
กายวิภาคศาสตร์ ประกอบด้วยระบบต่าง ๆ คือ ระบบประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ
(Special sense organs) ระบบประสาท (Nervous) ระบบไหลเวียนโลหิต
(Circulatory) ระบบหายใจ (Respiratory) ระบบน้ำเหลือง (Lymphatic)
ระบบย่อยอาหาร (Digestive) ระบบปัสสาวะ (Urinary) ระบบสืบพันธุ์
(Reproductive) ระบบผิวหนัง (Integumentary) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
(Musculoskeletal) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) ซึ่งระบบต่าง ๆ มีจำนวน
มาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจและจำได้ง่ายโดยนำแต่ละระบบมาเรียงลำดับจากศีรษะถึงเท้า
และในขณะบันทึกให้คิดถึง Miss H Case ดังภาพต่อไปนี้

Miss H Case	H CASE	Anatomical System
	H คือ Head & Senses	Special sense, Nervous
	C คือ Chest	Circulatory, Respiratory, Lymphatic
	A คือ Abdomen	Digestive, Urinary, Reproductive
	S คือ Skin Glands	Integumentary, Endocrine
	E คือ Extrimities	Musculoskeletal

การประเมินระบบนี้หลักในการบันทึกคือ บันทึกระบบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคของผู้ป่วยก่อน แล้วจึงเรียงลำดับความสำคัญที่เกี่ยวข้องของนอกลงตามลำดับต่อไป

ข. การบันทึกการปฏิบัติพยาบาล (Intervention Charting) เป็นการบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการดำเนินงานตามแผนการรักษาและการพยาบาลเฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยบันทึกส่วนที่พยาบาลได้ปฏิบัติตามการประเมินแต่ละระบบที่เกี่ยวข้องในข้อ ก. ดังกล่าวมาแล้ว

ค. การบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (Evaluation Charting) เป็นการบันทึกการประเมินผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยหลังจากการให้การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระบบ โดยบันทึกตามการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้วในข้อ ข.

ขอยกตัวอย่างการบันทึกการพยาบาล โดยใช้ระบบกายวิภาคศาสตร์

ดังต่อไปนี้

ว.ก.ป.	เนื้อหาบันทึกการพยาบาล	
1 เมษายน 2530 (7.00-15.00 น.)	<p>ตัวร้อน ผิวแห้ง ปากแห้ง ให้ออมบัวปาก และทา glycerine ให้ อุณหภูมิ 10.00 น. 41°C เช็ดตัวให้ ไข้ลดลงเหลือ 40°C และ 14.00 น. อุณหภูมิ 39°C เช็ดตัวให้ไข้ลดลงเหลือ 38°C กระจายน้ำให้กินน้ำ 250 ซีซี เวลา 10.00 น., 12.00 น. และน้ำส้ม 200 ซีซี เวลา 14.00 น. ไม่ยอมรับประทานอาหาร ยังคงปวดศีรษะให้ Tylenol 325 mg เวลา 9.00 น., 14.00 น. พักหลับในตอนบ่าย 14.30 น. ปัสสาวะเองสีเข้ม จำนวน 500 ซีซี ไม่ถ่ายอุจจาระ มา 2 วัน แนะนำให้รับประทานผลไม้ ให้กินน้ำมาก ๆ ลงชื่อ</p>	<p>} นี้คือ skin } } นี้คือ chest } } นี้คือ head } นี้คือ abdomen</p>

วิธีที่ 2 การบันทึกการพยาบาลโดยใช้หลักความต้องการเฉพาะของ

มนุษย์ (Narrative Charting by Specific Human Needs)

เป็นวิธีการบันทึกโดยใช้ความต้องการด้านต่าง ๆ ของมนุษย์เป็น
 หลักในการบันทึก (Schaeffer & Godwin 1983: 74-81) ผู้วิจัยขอแนะนำสรุป
 การบันทึกตามลำดับดังนี้

ก. การบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย (Assessment Charting) พยาบาลบันทึกส่วนนี้โดยใช้หลักความต้องการของมนุษย์ 6 ด้านคือ ด้านสุขภาพส่วนบุคคล (Personal hygiene) การพักผ่อนและการนอนหลับ (Rest & Sleep) ความต้องการอาหารและภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย (Nutrition & Fluid balance) การหายใจ (Oxygenation) สุขภาพจิต (Mental Health) และการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย (Elimination) ซึ่งในแต่ละด้านความต้องการพยาบาลจักต้องคำนึงถึงทั้งด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป ส่วนการเรียงลำดับในการบันทึกทำโดยเรียงลำดับความต้องการมากที่สุดของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วเรียงลำดับด้านที่เกี่ยวข้องที่มีความสำคัญน้อยลงตามลำดับ

ข. การบันทึกการปฏิบัติพยาบาล เป็นการบันทึกสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามความต้องการในแต่ละด้านในข้อ ก ดังกล่าวมาแล้ว

ค. การบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย เป็นการบันทึกผลที่เกิดขึ้นต่อสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อ ข ดังกล่าวข้างต้น

ขอยกตัวอย่างการบันทึกการพยาบาลโดยวิธีนี้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะดังนี้คือ

นำความต้องการมาจัดเรียงความสำคัญจากมากไปน้อย ก็คือ

Urinary & bowel elimination

Nutrition and fluid balance

Mental health

Oxygenation

Personal hygiene

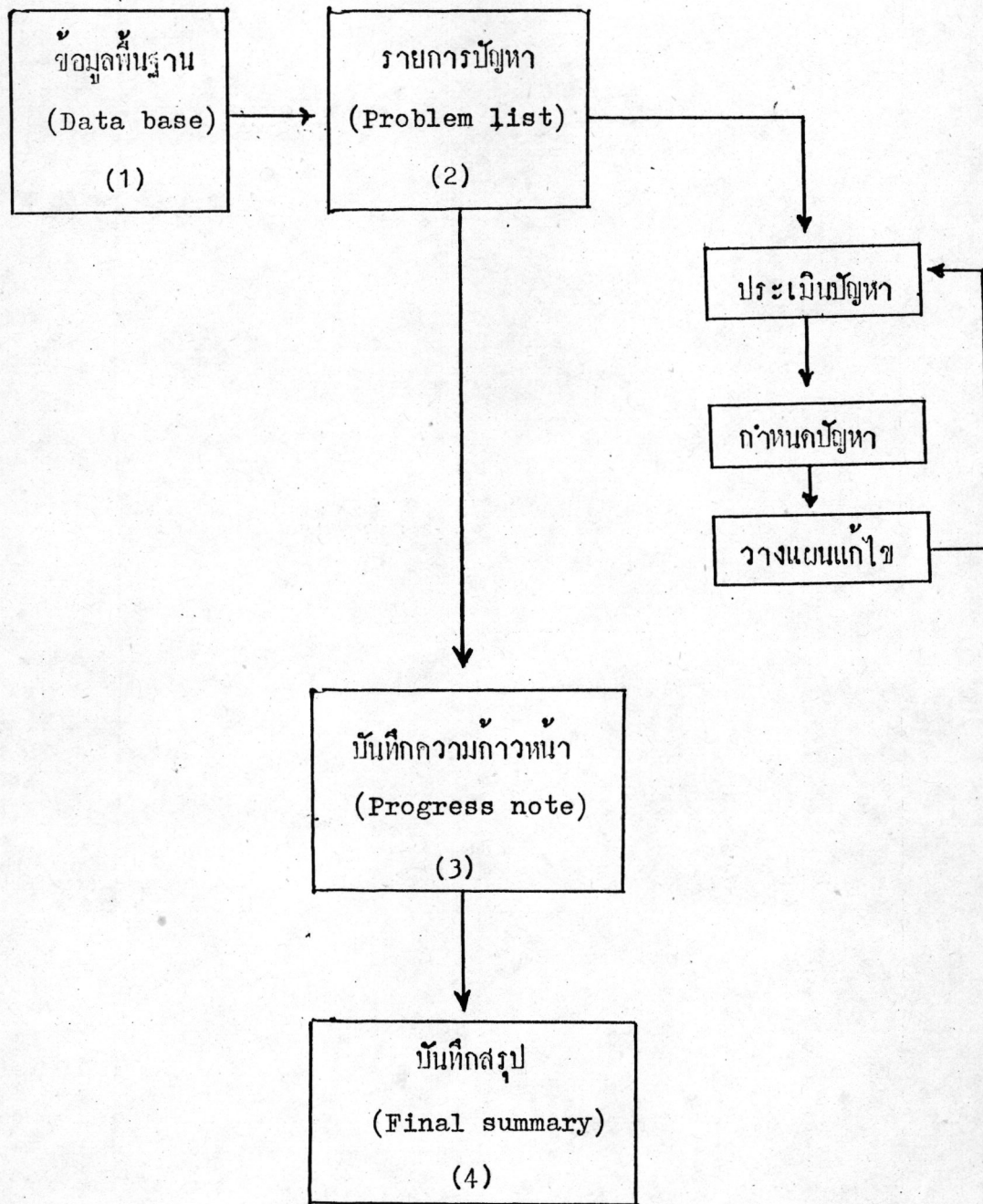
Activity & exercise

Rest & sleep

ว.ค.ป.	เนื้อหาบันทึกการพยาบาล
1 เมษายน 2530 (7.00-15.00 น.)	<p> บัสสาวะ 210 ซีซี สีเข้ม ชุ่ม ส่งบัสสาวะตรวจทางห้องทดลอง ไม่ยอมรับประทานอาหาร แต่ได้ดื่มเข้าไป 500 ซีซี ถึงเวลาไม่สบายใจเรื่องโรคที่เป็นอยู่ คิดว่าคงไม่หาย ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน อุณหภูมิ 37.๖ ซีฟร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/70 mmHg ช่วยเหลือตนเองได้ดี ชวบ่ายอ่านหนังสือและดูทีวี </p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ</p>

วิธีที่ 3 การบันทึกการพยาบาลตามรูปแบบ SOAP

เป็นการบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) ของพยาบาล ตามระบบการบันทึกโดยใช้ปัญหา (Problem Oriented Medical Record) อันเป็นระบบที่นายแพทย์วิล ลอร์เลนซ์ (Lawrence 1971 :13-88) ได้กำหนดขึ้นสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพอนามัย โดยมีจุดมุ่งหวังที่จะให้รายงานผู้ป่วยเกิดความเหมาะสมครบถ้วน และสมบูรณ์แบบมากที่สุดอันจะเกิดประโยชน์ต่อทีมสุขภาพอนามัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วตัวบุคคล (Total Person) อย่างมีประสิทธิภาพของบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นระบบที่ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ คือ ส่วนข้อมูล (Data Base) รายการปัญหา (Problem list) และแผนการแก้ปัญหา (Plan) บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) และบันทึกสรุป (Final Summary) ซึ่งหลายท่านได้อธิบายรายละเอียดคือ (Brunner & Suddarth 1964 :62-72, Holsclaw 1973 : 187-211, Elhart et al. 1978 : 142-148, พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ และกุลยา ตันติเลลาชีวะ 2524 : 126-132 และ Schaeffer & Godwin 1983 : 145-186) นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอภาพขั้นตอนการบันทึกของ Howard & Jessop (1973 : 35) มาปรับปรุงแก้ไขบางส่วน แล้วนำมาแสดงในภาพดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการบันทึกโดยใช่ปัญหา

จากภาพที่ 2 จะขออธิบายรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนแรก ข้อมูลพื้นฐาน เป็นส่วนของข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ถึงประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย ตลอดจนการตรวจทางห้องทดลอง ข้อมูลในส่วนนี้จะถูกบันทึกไว้ และเป็นข้อมูลที่น่ามาพิจารณาเพื่อกำหนดรายการปัญหาในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 รายการปัญหา เป็นส่วนของข้อมูลที่เป็นรายการปัญหาที่ได้จากการประเมินอย่างมีระบบแล้ว ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการประเมินปัญหาโดยได้จากการหาปัญหาทบทวนปัญหาและหาปัญหาเพิ่มเติม แล้วนำสิ่งที่ประเมินได้มากำหนดปัญหา พร้อมทั้งวางแผนแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการบันทึกความก้าวหน้า ซึ่งเสนอในรูปแบบ SOAP

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการบันทึกสรุปผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จะเห็นว่า การบันทึกการพยาบาลวิธีนี้เป็น การบันทึกความรายการปัญหาที่พบจากการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย และการวางแผนการพยาบาล ซึ่งรายการปัญหาได้ถูกกำหนดไว้แล้วในเอกสารแผนรายการปัญหา และแผนการพยาบาลได้ถูกกำหนดในแผนแผนการให้การพยาบาล ส่วนแผนบันทึกการพยาบาล พยาบาลจะบันทึกการพยาบาลโดยยึดรูปแบบ SOAP ดังรายละเอียดต่อไปนี้

S	คือ	Subjective data	คือข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย
O	คือ	Objective data	คือข้อมูลผู้ป่วยที่พยาบาลตรวจพบหรือค้นพบได้
A	คือ	Assessment	คือการประเมินข้อมูลที่ได้มานำมาสรุปรวบรวมไว้
P	คือ	Plan	คือแผนการพยาบาลในขณะนั้นและต่อไป

นอกจากนี้ Irene & Joyce (1981 : 107) ได้กล่าวว่า เพื่อให้การบันทึกวิธีนี้ถูกต้องครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล พยาบาลบางคนได้ขยายรูปแบบจาก SOAP เป็น SOAPIER โดยรายละเอียดเพิ่มเติมคือ

I คือ Implementation คือการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้
 E คือ Evaluation คือการประเมินผลผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล
 ที่ไปปฏิบัติไปแล้ว

R คือ Revision คือการแก้ไขปรับปรุงแผนใหม่ ถ้าผลที่ได้ไม่เป็นไป
 ตามแผนที่กำหนดไว้ และจะเริ่มบันทึก SOAPIER ต่อไปอีกจนกระทั่งปัญหาได้ถูกแก้ไข
 เรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่าง



ว.ค.ป.	รายการปัญหา	บันทึกความก้าวหน้า
1 มีนาคม 2530	ผู้ป่วยหลังคลอดไม่สามารถ ถ่ายปัสสาวะได้	<p>S ปวดถ่ายปัสสาวะ</p> <p>O ตั้งแต่หลังคลอดไม่ถ่ายปัสสาวะมา 6 ชั่วโมง ใต้น้ำ ไป 1200 ซีซี ตรวจพบ bladder full</p> <p>A ถ่ายปัสสาวะไม่ได้เนื่องจากปวดแผล ผู้ป่วยไม่กล้า เบ่งถ่ายปัสสาวะ</p> <p>P พยายามให้ถ่ายปัสสาวะเอง ถ้าถ่ายปัสสาวะไม่ได้ รายงานแพทย์ ถ้าแพทย์ให้สวนปัสสาวะต้องคำนึงถึง การป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>I ให้คำแนะนำถึงผลดีของการถ่ายปัสสาวะเอง กระตุ้น ให้ถ่ายปัสสาวะเอง ผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายปัสสาวะ ได้จึงรายงานแพทย์ ได้สวนปัสสาวะให้</p> <p>E ได้ปัสสาวะจำนวน 1000 ซีซี</p> <p>R นำปัญหาถ่ายปัสสาวะไม่ได้มาประเมิน และให้ คำแนะนำใหม่</p>

วิธีที่ 4 การบันทึกการพยาบาลโดยยึดการวินิจฉัยพยาบาลเป็นหลัก

(Focus Charting)

เป็นวิธีการบันทึกที่ซูซาน (Susan 1985: 43-46) ได้เป็นผู้กำหนดโดยใช้สิ่งที่พยาบาลได้ทำการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) อันประกอบด้วยสภาวะหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยในปัจจุบัน สภาวะหรือพฤติกรรมสำคัญที่เปลี่ยนแปลงไป และเหตุการณ์สำคัญในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งดังกล่าวมานี้พยาบาลนำมาเป็นจุดหลักในการบันทึกก่อนในแต่ละจุด แล้วหลังจากนั้นบันทึก DAR (Data Action Response) ตามในแต่ละจุด โดยบันทึกดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. ข้อมูล (Data) คือส่วนที่บันทึกถึงสภาวะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พยาบาลได้ทำการประเมินอย่างมีระบบแล้ว (Systematic assessment) เป็นการบันทึกในขั้นตอนการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย อันเป็นขั้นตอนแรกของการพยาบาล

ข. การปฏิบัติ (Action) คือส่วนที่บันทึกถึงแผนการปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้น เป็นการบันทึกถึงขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล (Planning) และการปฏิบัติพยาบาล (Implementation)

ค. การประเมินผล (Response) คือส่วนที่บันทึกถึงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลหรือต่อการรักษา (Medical care) เป็นการบันทึกขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation) อันเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการพยาบาล

ตัวอย่าง

ว.ศ.ป./เวลา	Focus	เนื้อหาบันทึกการพยาบาล (Patient care note)
1 มกราคม 2530 24.00 น.	ปวดแสบพักหลับไม่ได้ แน่นท้องจากท้องผูก	D ผู้ป่วยบ่นปวดแสบมาก นอนไม่หลับ กระสับกระส่ายไปมา A ให้ยา Paracetamol 2 tab ☉ R หลังให้ยาประมาณ $\frac{1}{2}$ ชั่วโมงอาการปวดทุเลาลง พักหลับได้ D ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระมา 5 วัน A รายงานแพทย์ หลังจากนั้นได้สวนอุจจาระให้ R ถ่ายอุจจาระจำนวนมาก อุจจาระแข็งเป็นก้อนกลม ๆ หลังจากนั้นอาการแน่นท้องทุเลาลง

การบันทึกโดยวิธีนี้เป็นการบันทึกโดยนำ DAR ไปบันทึกแทนการบันทึกการพยาบาลแบบ SOAP ซึ่งเป็นการบันทึกการพยาบาลในระบบการบันทึกโดยใช้ปัญหา แต่ข้อมูลที่บันทึกครอบคลุมถึงด้านบวกของผู้ป่วยด้วยไม่ใช้บันทึกแต่ด้านปัญหาเพียงอย่างเดียว ชูชานได้ให้ความเห็นว่าเป็นวิธีที่ง่ายต่อการเข้าใจซึ่งพยาบาลสามารถบันทึกได้โดยง่าย พยาบาลแต่ละคนสามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ทั้งยังสะดวกต่อการตรวจสอบได้โดยง่าย เหมาะแก่ความต้องการของพยาบาลแต่ละคน

วิธีที่ 5 การบันทึกการพยาบาลตามรูปแบบ PEMS (PEMS Charting)

ยูไนเต็ด เอ เบด (Bell 1981 : 43) ได้กำหนดวิธีการบันทึก
โดยบันทึกในขอบเขต 4 ด้านคือ

ก. ปัญหาด้านร่างกายและการดูแลพยาบาล (Physical
Problems & Care) ประกอบด้วย

การหายใจ (respiratory)

ผิวหนัง (skin)

บาดแผลและท่อสายต่าง ๆ (wounds & tubes)

ความไม่สุขสบายต่าง ๆ (discomfort)

ประกอบด้วย

ข. ความต้องการทางอารมณ์ (Emotional Need or Concerns)

อารมณ์ (Mood)

การแสดงออกของอารมณ์ (expressed concerns)

สถานะในท่าน

ค. สถานะทางจิตใจ (Mental Status) ประกอบด้วย

แจ่มใส (Alert)

มีนง ง่วงซึม (Drowsy)

สับสน (Confuse)

ไม่สามารถบอกได้เนื่องจาก....(can't answer because...)

ง. ด้านความปลอดภัย (Safety Needs) ประกอบด้วย

การผูกมัด (Restraints)

การใช้ไม้กั้นเตียง (side rails)

หลังจากบันทึกในขอบเขต 4 ด้านแล้ว พยายามจัดตั้งบันทึกเพิ่มเติม เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องจากสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

1. การให้คำแนะนำและการสอนต่าง ๆ
2. การรักษาและวิธีการกระทำ
3. การตอบสนองต่อการรักษา
4. การเยี่ยมเยียน
5. การขับถ่าย
6. การพักผ่อน
7. การเยี่ยมเยียนของแพทย์ บันทึกชื่อแพทย์และการติดต่อของผู้ป่วย
8. การให้ยาและการให้เครื่องช่วยในการรักษา ฯลฯ
9. การส่งตรวจเพาะเชื้อ
10. การแยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยอื่น ๆ (Isolation)
11. สภาวะผู้ป่วยก่อนย้าย ก่อนผ่าตัด ก่อนจำหน่าย ฯลฯ
12. แผนการจำหน่าย

วิธีที่ 6 สรุปรวบรวมการบันทึกการพยาบาลโดยผู้วิจัย

จากการบันทึกการพยาบาลหลาย ๆ วิธีดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้ รวบรวมเป็นการบันทึกการพยาบาล ดังรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้คือ

ก. บันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย

เป็นการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่พยาบาลค้นหาได้จากการรับรู้ ทางตา หู จมูก ปากและการสัมผัส การบันทึกในส่วนนี้พยาบาลจะไม่ลงความเห็นหรือ คัดลึนใจ ข้อมูลที่พยาบาลนำมาใช้ประกอบในการบันทึกคือ ข้อมูลที่พยาบาลตรวจพบได้ (Objective Symtoms) เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยที่พยาบาลสังเกตได้ เช่น

หายใจลำบาก มือเท้าเย็น อุดหภูมิ ความดันโลหิต ตีฆณะการหายใจ ฯลฯ และ
 ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย (Subjective Symtoms) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก เช่น เจ็บปวด
 กัดัว หนาว ร้อน ๆ รู้สึกมึนงง ฯลฯ ซึ่งจากข้อมูลที่พยาบาลตรวจพบได้และข้อมูลที่ได้
 ได้จากผู้ป่วยถึงกล่าวข้างต้นนำมาบันทึกโดยจัดแบ่งความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ
 6. ด้านคือ

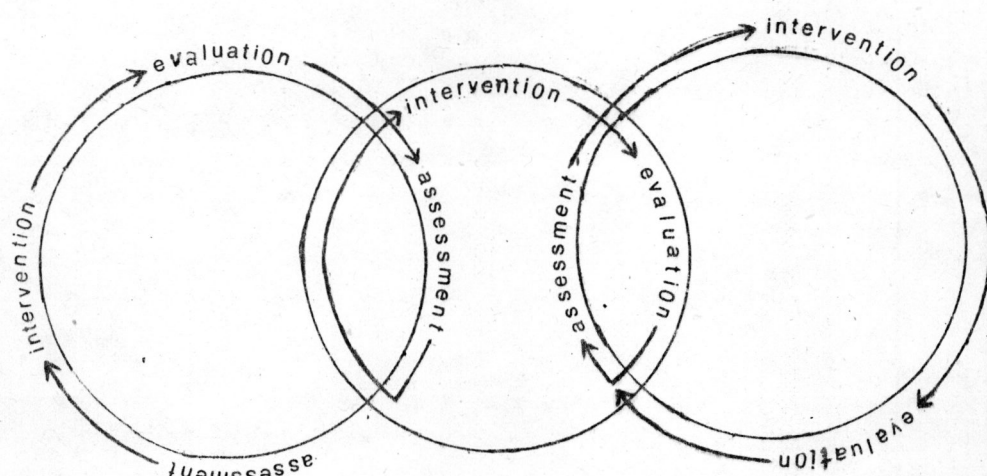
1. สิ่งที่ผู้ป่วยรับเข้าสูร่างกาย (Nutrition & Fluid intake)
 ประกอบด้วย อาหาร น้ำ น้ำเกลือ ยา เลือด ฯลฯ
2. สิ่งที่ร่างกายขับออก (Elimination) ประกอบด้วย
 อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ ฯลฯ
3. สุขภาพอนามัยส่วนบุคคล (Personal Hygiene & Vital sign)
4. การพักผ่อนและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ (Rest & Activity)
 ประกอบด้วยกิจกรรมในช่วง 24 ชั่วโมง คือกิจกรรมที่กระทำในเวลากลางวัน และการ
 พักผ่อนในเวลากลางคืน
5. สภาวะทางจิตใจ (Mental Health)
6. สภาวะทางสังคม (Socialization)
7. สภาวะทางการเงิน (Financial Problem)

ในการบันทึกจะบันทึกความต้องการในด้านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับใกล้ชิด
 กับอาการผู้ป่วยก่อน แล้วจึงบันทึกด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับใกล้ชิดน้อยลงตามลำดับ ส่วนที่
 ไม่เกี่ยวข้องไม่นำมาบันทึก

ข. บันทึกการปฏิบัติพยาบาล คือการบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่พยาบาลได้
 ปฏิบัติคือผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การให้การพยาบาลเฉพาะอย่างที่จัดขึ้นตามปัญหาและความ
 ต้องการของผู้ป่วย การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา รวมถึงการรายงานแพทย์เมื่อ
 ผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกในส่วนนี้พยาบาลจะบันทึกตามข้อมูลการ
 ประเมินสภาวะสุขภาพอนามัยในแต่ละข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ค. บันทึกผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลคือ
บันทึกผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลที่ได้ให้ไปแล้ว

จากการบันทึกทั้ง 3 ขั้นตอนดังกล่าว พยาบาลจึงต้องมีความ
สามารถแยกแยะข้อมูลว่าเป็นข้อมูลอยู่ในขั้นตอนใดของการบันทึก สามารถเลือกข้อมูล
สำคัญ ๆ มาบันทึกและนำข้อมูลมาบันทึกตามลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่องและเกี่ยวพันกัน
ถึงภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 3 แสดงความลำดับต่อเนื่องและความเกี่ยวพันในการบันทึกการพยาบาล

การศึกษาและงานวิจัยเกี่ยวข้อง

วอดคเกอร์ และเซลมานอฟ (Walker & Selmanoff 1964 :
113-121) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและการใช้ประโยชน์ของบันทึกการพยาบาล พบว่า
พยาบาลเห็นความสำคัญของการบันทึกการพยาบาลมากกว่าการให้การพยาบาลในตอนเช้า
การพูดคุยกับผู้ป่วย การให้การดูแล และการให้ยาตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามพยาบาล
ได้ใช้เวลาในการบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละคน 2.8 นาที ในเวลาปฏิบัติงานในแต่ละเวร

พยายามลดเดียบันทึกลงเนื้อหาสำคัญ ๆ ทำให้บันทึกลงการพยายามไม่ครอบคลุมใจความสำคัญ ๆ นอกจากนี้บุคคลากรในทีมสุขภาพใช้บันทึกลงการพยายามค่อนข้างต่ำ จึงทำให้บันทึกลงการพยายามไม่มีความหมายในทางปฏิบัติ และไม่ได้เป็นสื่อกลางในการรักษาพยาบาล

เฮลเลย์และแมกซ์เกริก (Healy & Mc. Gurk 1966 : 32-34)

ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพและการยอมรับบันทึกลงการพยายาม พบว่าผู้บันทึกลงการพยายามเป็นพยาบาลร้อยละ 68 นอกนั้นเป็นระดับผู้ช่วยพยาบาลบันทึกลง บันทึกลงการพยายามขาดใจความสำคัญ ๆ บุคคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้อ่านบันทึกลงการพยายาม โดยเฉพาะพยาบาลให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาจะอ่าน และบันทึกลงการพยายามไม่ได้เป็นเครื่องมือสื่อความหมายในทีมสุขภาพอนามัย

สไตน์ (Stein 1969 : 14-21)

ได้ทำการศึกษาค้นคว้าและการใช้ประโยชน์ของการบันทึกลงการพยายาม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบันทึกลงการพยายาม โดยการสร้างและพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกลง และนำไปทดลองใช้เปรียบเทียบกับการบันทึกลงแบบบรรยายความ พบว่าแบบบันทึกลงที่สร้างขึ้นให้ข้อมูลไ้มากกว่า สามารถทำนายสถานการณ์วิกฤตได้ และเป็นเครื่องช่วยในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยในการให้การดูแลอย่างสมบูรณ์แบบ รวมทั้งเป็นสิ่งที่ช่วยในการค้นคว้าวิจัยต่อไป

โรเซนเบิร์กและคณะ (Rosenberg et al. 1969 : 350-357)

ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบันทึกลงของบุคคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้แบบบันทึกลงเดียวกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการบันทึกลงจากแบบบันทึกลงที่กำหนดให้ จากการ ศึกษาพบว่า การบันทึกลงในผู้ป่วยภาวะปกติ (Desirable & Adaptive behavior) บุคคลากรบันทึกลงได้ไม่แตกต่างกัน ส่วนการบันทึกลงในผู้ป่วยภาวะผิดปกติ (abnormal maladaptive behavior) บุคคลากรในทีมสุขภาพบันทึกลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษาหรือสิ่งที่ได้ฝึกปฏิบัติมากจน เวลาในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกลงต่าง ๆ และความรู้สึคนึกคิดต่อผู้ป่วยของแต่ละคน เหล่านี้



มีผลต่อการบันทึก ซึ่งนับว่าเป็นองค์ประกอบที่ต้องคำนึงในการพัฒนาต่อไป และการใช้แบบบันทึกต่อไปจึงต้องอธิบายให้เกิดความเข้าใจตรงกันเพื่อให้ผลการบันทึกถูกต้องตรงความที่มุ่งหวัง

วิลเลอร์ และสแตค (Willer & Stasiak 1973 : 27-29)

ได้พัฒนารูปแบบของบันทึกการพยาบาล และนำไปทดลองใช้ พบว่าพยาบาลเพิ่มการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยมากขึ้น แต่ผลของการสื่อความหมายข้อมูลยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เนื่องจากมีรายละเอียดมากต้องใช้เวลาในการตรวจสอบในขณะบันทึก และพบว่าเกิดผลดีคือผู้ป่วยบางราย แต่อย่างไรก็ตาม สามารถนำแบบฟอร์มบันทึกมาเป็นเครื่องมือในการฝึกปฏิบัติในคาบการสอน ทำให้มีรายละเอียดมากขึ้นซึ่งต้องพัฒนาต่อไป

โทมาและพิทแมน (Thoma & Pittman 1972 : 50-58) ได้ทำการ

ทดลองโยนนำการบันทึกโดยใช้ปัญหา (Problem Oriented Nursing Notes) มาใช้ในการบันทึก แล้วประเมินการบันทึกในด้าน การบันทึกเหมาะสมกับแบบบันทึกหรือไม่ บันทึกการพยาบาลที่เขียนขึ้นเกี่ยวข้องกับปัญหาหรือไม่ มีวิธีการแก้ไขปัญหาและมีการลงความก้าวหน้าของผู้ป่วยในบันทึกหรือไม่ ผลปรากฏว่าการบันทึกโดยใช้ปัญหามีคุณค่าเพิ่มขยายการดูแลดีขึ้น และพบว่ากรยอมรับแบบฟอร์มบันทึกและการเห็นคุณค่าการบันทึกเป็นส่วนสำคัญในการบันทึก

เบอร์ทุคซี และคณะ (Bertucci et al. 1974 : 351-354)

ได้ศึกษาเปรียบเทียบบันทึกความก้าวหน้าของการบันทึกโดยใช้ปัญหา (Problem-Oriented) และการบันทึกการพยาบาลโดยทั่วไป (Traditional Methods of Charting) โดยให้พยาบาลบันทึกการพยาบาลตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ ผลจากการศึกษาพบว่าพยาบาลทั้งสองกลุ่มบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่พยาบาลสังเกตเห็น และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา ส่วนสิ่งที่พยาบาลกลุ่มที่บันทึกการพยาบาลโดยทั่วไปไม่ได้บันทึกคือ ข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วย และสิ่งที่พยาบาลทั้งสองกลุ่มไม่บันทึกคือ การประเมินผู้ป่วยและการให้การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่างที่จัดขึ้นตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (Direct Nursing Intervention)

กรอน ทรอดลา (1976 : 118-179) ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาล
 ที่บันทึกการพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าเนื้อหาของบันทึกการพยาบาลไม่มีข้อมูล
 สำคัญที่ทำให้ทราบถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปประกอบการวางแผน
 การให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการบันทึกการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่สิ้นเปลือง
 เวลาโดยเปล่าประโยชน์ และไม่มีใครสนใจอ่านบันทึกการพยาบาล

โฮวอด และสตรอง (1978 : 188-189) ได้ทำการศึกษามบันทึกการ
 พยาบาลควบคู่กับการสังเกตอาการของผู้ป่วย พบว่าพยาบาลบันทึกการพยาบาลด้วยตนเอง
 23 เปอร์เซ็นต์ ใช้เวลาในการบันทึก 14 เปอร์เซ็นต์ของเวลาในแต่ละเวร ค่าแรงงาน
 ในการบันทึกเป็นจำนวน 155 ชั่วโมงจากรายได้ที่ได้รับ ส่วนทางด้านเนื้อหาพบเพียง
 1 เปอร์เซ็นต์ ที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงและให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ แพทย์ไม่ได้สนใจ
 อ่านบันทึกส่วนใหญ่ได้ข้อมูลขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในตอนเช้าจากหัวหน้าพยาบาล ในท้ายสุด
 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรจะทำทวนและบันทึกการพยาบาลด้วยตนเองอย่างน้อย
 อาทิตย์ละครั้ง โดยบันทึกขยายอธิบายถึงความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงและสิ่งต่าง ๆ
 ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยตามความจำเป็นและความสำคัญ

ยูไนส์ เอ เบลด (Eunice 1981 : 43) ได้ทำการทดลองการบันทึก
 การพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยการนำ PEMS มาใช้เป็นหลักในการบันทึก
 ซึ่งประกอบด้วยการบันทึกในขอบเขต 4 ด้านคือ ด้านปัญหาทางร่างกายและการให้การดูแล
 พยาบาล (Physical Problems and Care) ด้านความต้องการทางอารมณ์
 (Emotional Needs) ด้านสภาวะทางจิตใจ (Mental status) และด้านความ
 ปลอดภัย (Safety needs) จากการทดลองพบว่า พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย
 มากขึ้น ที่สำคัญคือ เนื้อหาในการบันทึกการพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม และพบว่า
 พยาบาลได้นำ PEMS ไปใช้เป็นหลักในการบันทึกผู้ป่วยรายอื่น ๆ อันเป็นการพัฒนาการ
 ให้ข้อมูลของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อการรักษาพยาบาล

ประทีป วัฒนกิจ (2522) ได้ทำระบบการบันทึกโดยใช้ปัญหา (Problem-oriented record system) มาศึกษาค้นหาแบบฟอร์ม และปรับปรุง แล้วนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ผลการทดลองพบว่าเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาลทุกระดับมีความเห็นว่าเป็นระบบน่าสนใจ เห็นขั้นตอนการพยาบาลอย่างชัดเจน และได้กระตุ้นความรู้ในทางวิชาการมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาในค้นหาปัญหาและการบันทึกการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา เนื่องจากพื้นฐานความรู้ในเรื่องการแก้ปัญหาของผู้บันทึกมีน้อย

อุบล เกาสายพันธ์ (2524) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ" ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรพยาบาลมีความเห็นต่อบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพไม่แตกต่างกัน โดยเห็นว่าบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นควรบันทึกเป็นระบบระเบียบชัดเจน อ่านแล้วเข้าใจง่าย สิ่งที่พยาบาลประจำการเห็นด้วยมากที่สุดคือ บันทึกควรมีอยู่พร้อมเสมอในรายงานเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ควรบันทึกอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วสิ่งที่เห็นด้วยเป็นอันดับสุดท้ายคือ ผู้บันทึกควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ การบันทึกการพยาบาลที่จัดขึ้นตามปัญหาและความต้องการเฉพาะอย่างของผู้ป่วย การบันทึกเกี่ยวกับลักษณะและการมีส่วนร่วมในสหสาขา การลดจนทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล รวมถึงการบันทึกการพยาบาลที่บันทึกเป็นช่วงสั้น ๆ