



การบันทึกทางการพยาบาลในยุคความปกติใหม่ Nursing Documentation in New Normal Era

อารี ชีวเกษมสุข

Aree Cheevakasemsook

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จ.นนทบุรี

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province

Corresponding Author: areecheeva@gmail.com

บทคัดย่อ

ต้นปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมาโลกได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับไวอีกครั้งเข้าสู่ยุคความปกติใหม่อันสืบเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของทุกองค์กรและวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมซึ่งมนุษย์ไม่คุ้นเคยกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ เช่นเดียวกับวิชาชีพพยาบาลที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งปรับเปลี่ยนแปลงการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการวางแผนการพยาบาลและการติดต่อสื่อสารของทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตามปัจจุบันการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพยังมีประเด็นปัญหาหลายประการซึ่งต้องแก้ไขควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกให้สอดคล้องกับยุคความปกติใหม่โดยตอบสนองต่อการเว้นระยะห่างทางสังคม การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ

คำสำคัญ: การบันทึกทางการพยาบาล ความปกติใหม่ เทคโนโลยีดิจิทัล

Abstract

Since the beginning of 2020 the world has shifted into new normal era due to COVID-19 pandemic. It leads to changes in every organizational operation and lifestyles different from the past which humans are unfamiliar and become their new lifestyles. Nursing profession also requires to adapt to nursing service system for patients and modify nursing documentation which accounts for nursing care planning and healthcare team communication. However, the present nurses' documentation remains to have issues that require reformation and alteration relevant to the new normal age in response to social distancing, disease prevention and control, more digital technology application, and multidisciplinary work.

Received: August 19, 2020; Revised: November 18, 2020; Accepted: November 21, 2020



Keywords: nursing documentation, new normal, digital technology

บทนำ

ปัจจุบันโลกได้มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคความปกติใหม่อันสืบเนื่องมาจากการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของทุกองค์กรและวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมซึ่งมนุษย์ไม่คุ้นเคยกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ เช่น ใช้หน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกจากบ้าน รักษาระยะห่างจากผู้อื่นทั้งในการเดินทางหรือทำกิจกรรมต่างๆ ใช้แอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือบ่อยๆ เลิกการจับมือทักทายหรือสัมผัสร่างกาย หลีกเลี่ยงการเดินทางไปต่างประเทศหรือต่างจังหวัด เป็นต้น¹ เช่นเดียวกับงานพยาบาลที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่เน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทดแทนและการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานทางพยาบาลซึ่งเป็นสื่อกลางสำคัญของทีมสุขภาพให้ปรับเปลี่ยนไปตามวิธีการเช่นเดียวกับการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบันทึกแทนกระดาษมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด (Disruptive change) อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านอุตสาหกรรมและการบริการ การบริหารจัดการ การศึกษา สาธารณสุข สภาพแวดล้อม คมนาคม การขนส่งสินค้า เป็นต้น เทคโนโลยีดิจิทัลที่ถูกนำมาใช้มีหลายรูปแบบ โดยเฉพาะที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เทคโนโลยีโลกเสมือนจริง (Virtual Reality: VR)

เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเพื่อทุกสิ่ง (Internet of Things: IoT) เทคโนโลยีหุ่นยนต์ (Robots) เทคโนโลยีโดรน (Drones) เทคโนโลยีด้านการติดต่อสื่อสารหรือเทคโนโลยีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แบบสวมใส่ติดตัว (Wearables electronics)² เทคโนโลยีดิจิทัลเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญสำหรับการประกอบกิจการต่างๆ ขององค์กร การทำงาน การศึกษา และการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์มากขึ้น ทุกวันทั้งในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ความรวดเร็วของการติดต่อสื่อสาร ความแม่นยำ และถูกต้องของข้อมูล ดังนั้นพยาบาลจึงสามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลต่างๆ ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แทนการบันทึกด้วยกระดาษเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 จากผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมให้น้อยลงและเพิ่มประสิทธิภาพของการบันทึกได้มากขึ้น

ความหมายและความเป็นมาของความปกติใหม่

คำว่า ความปกติใหม่ (New normal) เป็นคำศัพท์ใหม่แห่งยุคปัจจุบันที่ผู้คนต่างรู้จักอย่างแพร่หลายในเวลาอันรวดเร็วจากผลการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 แม้จะมีการให้ความหมายแตกต่างกันไปตามแต่ละวิชาชีพที่มีบริบทไม่เหมือนกัน แต่ก็พอจะประมวลความหมายของคำว่า “ความปกติใหม่” ได้ดังนี้ ความปกติใหม่หมายถึง วิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมเนื่องมาจากมีปัจจัยบางอย่างมากระทบจนทำให้วิถีชีวิตเดิมต้องเปลี่ยนแปลงไปเป็นวิถีชีวิตใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ไม่เป็นมาตรฐาน จนกลายเป็นวิถีชีวิตที่ปกติและเป็นมาตรฐานในที่สุด^{2,3}

ความปกติใหม่ เป็นคำศัพท์ที่ถูกใช้ครั้งแรกใน ค.ศ. 2008 โดย Bill Gross ซึ่งเป็นนักลงทุน

ตราสารหนี้ชื่อดัง และยังเป็นผู้ร่วมก่อตั้งบริษัท Pacific Investment Management (PIMCO) เขากล่าวถึงบริบทของเศรษฐกิจโลกว่า ในช่วงวิกฤติแฮมเบอร์เกอร์ หรือวิกฤติสินเชื่อซับไพรม์ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการชะลอตัวของอัตราการเติบโตจากในอดีต และเศรษฐกิจก็เริ่มฟื้นตัวเข้าสู่อัตราการเจริญเติบโตใหม่โดยเฉลี่ยต่ำกว่าที่เคยเป็นมาในอดีต รวมทั้งมีอัตราการว่างงานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังวิกฤติทางการเงินดังกล่าว แต่ในช่วงเวลานั้นแนวคิดของความปกติใหม่ที่ถูกใช้ครั้งนั้นยังไม่เป็นนิยามอย่างกว้างขวางในสังคมทั่วไป และมีนักเศรษฐศาสตร์จำนวนหนึ่งก็ไม่เชื่อแนวคิดที่ Bill Gross นำเสนอไว้เมื่อ 12 ปีก่อน อย่างไรก็ตามจากสภาพหลังวิกฤติเศรษฐกิจถดถอยทั่วโลกในช่วง ค.ศ. 2007 - 2008 มีการเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจครั้งใหญ่ การจัดการบางอย่างในอดีตเคยถูกมองว่าผิดปกติกลับกลายเป็นสิ่งที่พบเห็นกันได้ทั่วไป ต่อมาแนวคิดของ *ความปกติใหม่* นี้ถูกนำไปใช้ในสาขาวิชาอื่นๆ ตัวอย่างเช่น สาขาวิทยาศาสตร์ นำแนวคิดนี้มาใช้สื่อสารสภาวะการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น^{4,5}

สำหรับในยุคปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ไปหลายประเทศทั่วโลกอย่างกว้างขวางตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน⁶ ทำให้มีผู้ติดเชื้อ เจ็บป่วย และเสียชีวิตจำนวนมาก เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกรวม 45,471,391 คน และมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 9,216,316 คน โดยประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา 9,216,316 ราย อินเดีย 8,089,593 ราย และบราซิล 5,496,402 ราย⁷ เนื่องจากเชื้อโควิด-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส Severe respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-

CoV-2) ที่มีระยะฟักตัวส่วนใหญ่นาน 14 วัน โดยเชื้อสามารถแพร่กระจายได้แม้ผู้ที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการแสดงก็ตาม ทั้งนี้ผู้ป่วย 1 รายสามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นเฉลี่ย 2 - 4 คน ขึ้นอยู่กับความหนาแน่นของประชากรและฤดูกาล⁸ ในระยะแรกที่ได้รับเชื้อเข้าไปประมาณ 5 วัน อาจไม่มีอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยเลย แล้วค่อยมีอาการแสดงภายหลัง มักมีอาการของการติดเชื้อเล็กน้อย โดยมีอาการไข้ ไอ อาจปวดระบบ เจ็บคอ ปวดศีรษะ บางคนก็อาจไม่แสดงอาการใดเลยแม้มีเชื้อในร่างกาย⁹

การแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนได้หลายลักษณะ โดยมี 2 ช่องทาง ได้แก่ ช่องทางหลัก คือ ทางฝอยละอองเสมหะขนาดใหญ่ (Droplet transmission) จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย ส่วนช่องทางอื่นๆ ได้แก่ 1) จากสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่สัมผัสเยื่อต่างๆ เช่น การสัมผัสใบหน้า และปาก การขี้ตา (Contact transmission) เป็นต้น 2) ผ่านเครื่องมือเครื่องใช้หรือพื้นผิวที่มีการปนเปื้อนเชื้อ (Transmission via fomite) เช่น ภาชนะหรือแก้วน้ำ โตะ แก้ว ลูกบิดประตู เป็นต้น 3) แพร่ทางฝอยละอองขนาดเล็ก (Aerosol transmission) จากการทำหัตถการของแพทย์ที่ทำให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็ก เช่น การพ่นยา การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น และ 4) การติดต่อทางอื่นๆ ที่รอการพิสูจน์ต่อไป เช่น อุจจาระก็พบเชื้อโควิด-19 เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายเพราะมีการสัมผัสใกล้ชิดในระยะ 1 - 2 เมตร หรือสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น เลือด ละอองเสมหะ เป็นต้น โดยเฉพาะกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้สวมใส่ชุดและเครื่องมือป้องกันร่างกายอย่างถูกต้องเหมาะสม¹⁰

≡ ผลกระทบของการแพร่ระบาดของ เชื้อโควิด-19 ที่ทำให้เกิดความปกติ ใหม่

ผลกระทบของการแพร่ระบาดของเชื้อ
โควิด⁶⁻¹³ สามารถสรุปเป็นผลกระทบสำคัญ 4 ด้าน
ใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านบุคคล ประชาชนที่ได้รับเชื้อโควิด-19
จะมีความเจ็บป่วย 4 ด้านใหญ่ๆ ดังนี้

1.1 ด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ มีไข้
ร้อยละ 99 อ่อนเพลีย ร้อยละ 70 ไอแห้งๆ
ร้อยละ 59 เบื่ออาหาร ร้อยละ 40 ปวดเมื่อยตามตัว
ร้อยละ 35 หอบเหนื่อย ร้อยละ 31 มีเสมหะมาก
ร้อยละ 27 โดยร้อยละ 81 มีอาการไม่รุนแรง ร้อยละ
14 มีอาการรุนแรง และร้อยละ 5 มีอาการรุนแรง
ขั้นวิกฤติ มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 2.3⁹ ผู้ติดเชื้อ
ประมาณร้อยละ 15 ที่มีอาการรุนแรงจนต้องใช้
เครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ 5 ที่มีอาการวิกฤติ
จากภาวะแทรกซ้อน เช่น การหายใจล้มเหลว กลุ่ม
อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory
Distress Syndrome: ARDS) การติดเชื้อใน
กระแสเลือด (Sepsis) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ
(Septic shock) เป็นต้น

1.2 ด้านจิตใจและระบบประสาท
ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพจิตและระบบ
ประสาท เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ภาวะสับสนเฉียบพลัน
(Delirium) กระสับกระส่าย (Agitation) โรคหลอดเลือด
สมอง (Stroke) จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นสูญเสีย
การรับรส เป็นต้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลและ
ซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่
ติดเชื้อโควิด-19 และได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
พบว่า ในช่วงเชื้อโควิด-19 ระบาดที่เมืองอู่ฮั่น
ผู้ป่วยโรคนี้มีความวิตกกังวล ร้อยละ 34 และมี
อาการซึมเศร้า ร้อยละ 28 นอกจากนี้ในประเทศ
ฝรั่งเศส พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาในหอ

ผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 69 มีอาการกระสับกระส่าย
และร้อยละ 65 มีอาการสับสนเฉียบพลัน

**2. ด้านวิถีชีวิตหรือการดำเนินชีวิต
ประจำวัน** ผลกระทบที่สืบเนื่องมาจากมนุษย์มีความ
หวาดระแวงและเกรงกลัวการติดเชื้อโควิด-19
และต้องการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการ
ติดเชื้อโควิด-19 ทำให้มนุษย์ต้องปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างกันไป
จากเดิมหลายประการ โดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต
ทั้งวิถีปฏิบัติ การเรียนรู้ การดำเนินชีวิต การมี
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและชุมชน การสื่อสาร และ
การจัดการเรื่องต่างๆ ในชีวิต เช่น ต้องใส่หน้ากาก
เมื่อออกจากบ้าน ล้างมือบ่อยๆ ลดการเข้าสังคม
หรือออกนอกบ้าน ทำกิจกรรมในสังคมแบบเว้น
ระยะห่างทางสังคม (Social distancing) โดยอยู่
บ้านมากกว่าออกนอกบ้าน เว้นระยะห่างกัน 2 เมตร
หลีกเลี่ยงสถานที่ที่แออัด การสัมผัสกัน เป็นต้น^{4,5,12}
วิถีชีวิตใหม่แบบนี้ทำให้มนุษย์ถูกกดดันให้ต้อง
ดำเนินกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากที่เคยเป็นมา
ในอดีตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

3. ด้านรูปแบบการทำงาน เนื่องจากเชื้อ
โควิด-19 มีการแพร่ระบาดเชื้อได้ง่ายได้หลาย
ลักษณะ หลายช่องทาง และมีระยะฟักตัวยาวนาน
ถึง 14 วัน โดยสามารถแพร่เชื้อได้เมื่อมีเชื้ออยู่ใน
ร่างกายของมนุษย์แม้ไม่มีการแสดงอาการของโรค
หรือมีอาการของโรคไม่จำเพาะคล้ายไข้หวัดทั่วไป
ดังนั้นนโยบายของรัฐบาลหลายประเทศมีความ
พยายามควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของ
โรค และต่างรณรงค์ ให้ประชาชนต้องใช้การเว้น
ระยะห่างทางสังคม เน้นการล้างมือ ใช้หน้ากาก
อนามัย ลดการรวมตัวทางสังคม และให้งด
กิจกรรมหรือการดำเนินงานตามปกติของสถาน
บริการทุกประเภทเป็นเวลาหลายเดือน รวมทั้งให้
ประชาชนงดการออกจากบ้าน ส่งผลให้หลาย
หน่วยงานต้องเปลี่ยนการทำงานเป็นรูปแบบการ

ทำงานที่บ้าน (Work at home) แทนการเดินทางไปทำงานตามปกติ และปรับพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์และการทำงานในที่ทำงานแบบการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างต่อเนื่องจนกว่าการระบาดของโรคนี้อาจจะลดลง และมีวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคนำมาใช้แพร่หลายอย่างปลอดภัยต่อไป โดยเฉพาะประเทศไทยที่รัฐบาลประกาศใช้พระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 บังคับใช้เป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563¹⁴ และเมื่อค่อยๆ ผ่อนปรนกิจกรรมทางสังคมให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามผลความสำเร็จของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจนถึงวันที่ 13 สิงหาคม 2563 รวมระยะเวลา 5 - 6 เดือน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ได้ทดลองเปิดเรียนเต็มรูปแบบทั่วประเทศโดยให้ปรับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการจัดกิจกรรมนอกห้องเรียน และยังคงจัดการจัดกิจกรรมที่รวมตัวกันจำนวนมาก¹⁵

4. ด้านระบบเศรษฐกิจและการดำเนินงานกิจการต่างๆ ของทุกองค์กร การดำเนินกิจการของธุรกิจต่างๆ ถูกกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้ธุรกิจต่างๆ ไม่สามารถดำเนินงานตามปกติเป็นเวลาหลายเดือนและอาจนานเป็นปีๆ เช่น ธนาคาร ธุรกิจการผลิต ธุรกิจให้บริการ ธุรกิจบันเทิง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจอย่างรุนแรงจนเกิดปัญหาการถดถอยทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงทั่วโลกตามมา เช่น ธุรกิจโรงแรมปิดกิจการหลายแห่ง ธุรกิจสายการบินและธุรกิจท่องเที่ยว ร้านอาหารต่างๆ มีลูกค้าหรือนักท่องเที่ยวลดลงอย่างมาก ทำให้กระทบด้านการเงิน การดำเนินธุรกิจ เพื่อการอยู่รอดของธุรกิจ ในที่สุดก็จำเป็นต้องปลดพนักงานจำนวนมาก เป็นต้น นอกจากนี้การให้บริการต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างแพร่หลาย เช่น โรงแรม ร้านค้าต่างๆ

การให้บริการรถโดยสาร ต้องให้บริการเน้นเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น¹²

โดยสรุปจะเห็นว่า การระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทั้งพฤติกรรมของบุคคล การดำเนินชีวิตประจำวัน แบบแผนการทำงาน ระบบเศรษฐกิจและการประกอบการของธุรกิจต่างๆ ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของทุกคน และความอยู่รอดของทุกองค์กรให้เป็นไปในทิศทางที่ผิดแผกไปจากเดิมที่เคยปฏิบัติมา เช่นเดียวกับการให้บริการสุขภาพก็ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 หลายประการและต้องปรับเปลี่ยนไปอย่างมากมายเช่นกัน

== ผลกระทบของยุคความปกติใหม่ == ที่มีต่อการจัดการบริการสุขภาพ

การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 นอกจากส่งผลกระทบต่อให้สถานบริการสุขภาพต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เคยมีมาก่อนอย่างฉับไว และจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการจัดการบริการสุขภาพแตกต่างไปจากเดิมที่เป็นมาในอดีตทุกด้าน ทั้งในด้านการวางแผนและการจัดการองค์การ จัดระบบบริการสุขภาพ การจัดการสภาพแวดล้อมการทำงาน และการจัดการทรัพยากร รวมทั้งการจัดการทรัพยากรมนุษย์¹⁶⁻¹⁹ ดังนี้

1. การวางแผนและการจัดการองค์การ
การระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้มีการผลักดันให้ใช้เทคโนโลยีในการบริการสุขภาพมากขึ้น เน้นการทำงานเชิงรุก และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยจำเป็นต้องมีการวางแผนและการจัดการองค์การแนวใหม่ โดยเฉพาะการวางแผนและจัดการองค์การใหม่ด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสื่อสารกับประชาชน การบริการสุขภาพแบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ตช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพ

สื่อสารพูดคุยระหว่างกันและระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพกับผู้ป่วยได้แบบ real-time โดยไม่มีขีดจำกัดของเวลาและสถานที่ เน้นการให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพและเป็นเชิงรุกมากขึ้นโดยทำเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนหลายอย่างและแพร่เชื้อได้ง่ายหลายลักษณะ

2. การจัดระบบบริการสุขภาพ เมื่อมีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้สถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั่วโลกต้องจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดมากกว่าที่เคยปฏิบัติมาในอดีต เช่น ในสมัยก่อนมีการระบาดของโรคเอดส์ ต้องมีการป้องกันแบบ Universal precaution ซึ่งต้องมีการใช้เครื่องป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากของมีคมที่เปื้อนเลือดของผู้ป่วย เพราะระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยสามารถติดต่อเชื้อนี้ได้ทั้งทางผิวหนังที่เป็นแผล สัมผัสทางเยื่อเมือก เลือด หรือสัมผัสอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเลือดของผู้ป่วย และมีการแยกผู้ป่วยตามความจำเป็น²⁰ แต่ผู้ป่วยโควิด-19 ไม่สามารถใช้วิธีเหล่านั้นได้เหมือนเดิม เนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment) ที่เคร่งครัดและจำนวนมากกว่าโรคเอดส์และโรคอื่นๆ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริการสุขภาพใหม่หลายประการ¹⁸⁻¹⁹ ตัวอย่างเช่น

2.1 มีระบบนัดหมายล่วงหน้า หรือจัดระบบคิวด้วยเทคโนโลยีออนไลน์แทนการมาใช้บริการแบบเดิม

2.2 จำกัดจำนวนผู้ป่วยทั่วไปที่จะมารับบริการ โดยมีการนัดหมายการให้ยาสำหรับผู้ป่วยทั่วไปที่บ้าน เพื่อไม่ให้เข้ามาในสถานบริการโดยไม่จำเป็นเหมือนที่เคยปฏิบัติมา พร้อมติดตามอาการเป็นระยะๆ ที่บ้าน

2.3 มีการคัดกรองโรคแบบใหม่ที่เน้นการซักประวัติความเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงอย่างละเอียดมากขึ้น

2.4 มีการให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลล่วงหน้าระหว่างรอผลคัดกรองก่อนผ่าตัด

2.5 จัด One stop service เพื่อคัดกรองวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ จัดห้องแยกเดี่ยว หรือหอผู้ป่วยรวมแยกโรค (Cohort ward) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยหนักต้องจัดให้อยู่ห้องความดันลบและจำกัดจำนวนบุคลากรเข้าไปให้การดูแลตามความจำเป็น²¹ รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อน และความเสี่ยงต่างๆ เท่าที่จะเป็นไปได้²²

2.6 จัดให้ญาติเยี่ยมผู้ป่วยโดยเหลื่อมเวลาเยี่ยม จำกัดการเข้าเยี่ยมไม่เกิน 2 คน โดยต้องได้รับการตรวจอุณหภูมิร่างกาย ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยม ไม่ให้สัมผัสผู้ป่วย อุปกรณ์ หรือเตียงผู้ป่วย

3. การจัดการสภาพแวดล้อมและทรัพยากรในการทำงาน ปัจจุบันจำเป็นต้องจัดสถานที่การให้บริการแตกต่างจากเดิมเพื่อการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพทุกคนทุกระดับ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยอื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ที่มาใช้บริการในสถานบริการ ดังนี้

3.1 จัดสถานที่คัดกรองผู้ป่วยใหม่ เช่น จัดเป็น 3 ประเภท โดยเป็นสถานที่คัดกรองผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (Acute Respiratory Infection: ARI) และมีไข้ เป็นต้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างกันและการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้าง

3.2 จัดเตรียมเวชภัณฑ์ ยา และอุปกรณ์ที่จะใช้กับผู้ป่วยแยกเฉพาะและไม่เคลื่อนย้ายไปที่อื่น รวมทั้งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพและบุคลากรแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลให้เพียงพอ

3.3 จัดสถานบริการให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดี และเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างน้อย 1 - 2 เมตร รวมทั้งแยกห้องน้ำของผู้ป่วยไม่ปะปนผู้ป่วยประเภทอื่นๆ หรือมีห้องน้ำภายในห้อง

3.4 จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา การกักขังที่จำเป็นไว้ในห้องแยกเดี่ยว เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตปรอทวัดไข้ ชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชุดให้ออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

4. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่มีต่อสุขภาพของประชาชนในวงกว้างทั้งในและต่างประเทศ จึงทำให้มีจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณดังที่กล่าวมา ส่งผลกระทบให้บุคลากรทีมสุขภาพเกิดความเครียด เหนื่อยล้าจากการทำงานมากและพักผ่อนน้อย ไม่สามารถลาพักผ่อนได้ จนบางคนล้มป่วย หรือติดเชื้อจนเจ็บป่วย และบางส่วนเสียชีวิตจากการให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ดังนั้นผู้บริหารสถานบริการจึงจำเป็นต้องปกป้องสวัสดิภาพของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีจำนวนจำกัด นอกจากการจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอแล้ว ยังมีกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของบุคลากรทีมสุขภาพให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันที่เน้นการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะผู้บริหารการพยาบาลต้องบริหารจัดการอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ ตัวอย่างของการจัดการอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญมีดังนี้

4.1 จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพอัตราเพียงพอสำหรับการดูแลตามจำนวนและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโควิด-19

4.2 จัดให้ขึ้นปฏิบัติงาน 14 วันและพักงาน 14 วัน เพื่อให้มีเวลาสำหรับฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ จำกัดการสัมผัสและการแพร่กระจายของโรค รวมทั้งการคัดกรองการติดเชื้อในช่วงเวลาของการปฏิบัติงาน

4.3 กำหนดการปฏิบัติตัวของพยาบาลวิชาชีพให้ใส่น้ำกากอนามัยขณะปฏิบัติงานตลอดเวลาและเปลี่ยนทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อขึ้น

4.4 ล้างมือบ่อยๆ ก่อนและหลังให้การพยาบาลหรือสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย

4.5 อาบน้ำและสระผมก่อนกลับบ้าน ใช้อุปกรณ์ส่วนตัว เปลี่ยนชุดปฏิบัติงานก่อนกลับบ้าน นำเจลแอลกอฮอล์หรือสเปรย์แอลกอฮอล์ติดตัวตลอดเวลา

4.6 กำหนดการพัฒนาบุคลากรพยาบาลโดยรักษาการเว้นระยะห่างทางสังคมและใช้เทคโนโลยีประกอบการฝึกอบรม เช่น ผ่านการใช้ Zoom ซึ่งเป็นเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารในการบรรยายหรืออบรม การใช้คลิปลิขิตน์ เป็นต้น

จะเห็นว่า ผลกระทบของโรคโควิด-19 ที่มีต่อการให้บริการสุขภาพและการพยาบาลทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแตกต่างไปจากเดิมหลายประการ ซึ่งส่งผลต่อการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยตามไปด้วย

== ผลกระทบของยุคความปกติใหม่ == ที่มีต่อการบันทึกทางการพยาบาล

ในยุคความปกติใหม่ที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดการและการบริการสุขภาพ และพยาบาลต้องมีภาระ

งานใหม่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ต้องติดตามประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้ออย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการพยาบาลตามมาตรการที่โรงพยาบาลกำหนดเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อภายในสถานบริการสุขภาพ จึงส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของยุคความปกติใหม่ดังกล่าว²³⁻²⁴ ดังนี้

1. การจัดการบริการสุขภาพที่เน้นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้กิจกรรมการพยาบาลต้องปฏิบัติงานโดยเน้นการใช้เทคนิคการปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เช่น การคัดกรองผู้ป่วย การซักประวัติผู้ป่วย เป็นต้น การปรับเปลี่ยนกิจกรรมพยาบาลเหล่านี้ทำให้ต้องบันทึกข้อมูลในรูปแบบฟอร์มที่เป็นกระดาษลดลง และใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น เช่น บันทึกผ่านคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ต เป็นต้น

2. การจัดการบริการสุขภาพมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้นเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ไปยังผู้ป่วยทั่วไปในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านการแพทย์ผ่านระบบโทรคมนาคม (Telehealth) โทรเวชกรรมเพื่อให้ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยติดต่อกันได้ (Telemedicine) หรือการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เพื่อให้บริการผู้ป่วยในชุมชนแทนการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อและการเว้นระยะห่างทางสังคม กิจกรรมเหล่านี้ทำให้บันทึกข้อมูลของพยาบาลจะอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้นตามไปด้วย

3. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ในสถานบริการสุขภาพ มีการเน้นทั้งเทคนิคปลอดเชื้อและใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมากขึ้น

และหลายขั้นตอนทำให้ต้องใช้เวลากับกิจกรรมเหล่านี้มากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา ส่งผลให้พยาบาลจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลต่างๆ หลังการพยาบาลอย่างกระชับด้วยรูปแบบการบันทึกที่ใช้เวลาอันสั้นแต่ได้สาระสำคัญครบถ้วน มีแนวโน้มต้องอาศัยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบันทึกมากขึ้น

4. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงซึ่งต้องได้รับการรักษาจากสหสาขาวิชาชีพ ยิ่งมีอาการรุนแรงมากเท่าไรยิ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการรักษาพยาบาล การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งใช้ทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งเวลามากขึ้น ส่งผลให้การบันทึกของพยาบาลมีแนวโน้มต้องบันทึกในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้นและต้องใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าในอดีต

อย่างไรก็ตามปัจจุบันก่อนการระบาดของเชื้อโควิด-19 พยาบาลวิชาชีพยังมีประเด็นปัญหาการบันทึกที่ยังต้องการการพัฒนาและเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องต้องคำนึงในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกควบคู่ไปด้วย

ประเด็นปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลก่อนยุคความปกติใหม่

ตลอดช่วงก่อนความปกติใหม่ที่ผ่านมา การบันทึกทางการพยาบาลยังมีประเด็นปัญหาหลายประการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพในยุคความปกติใหม่สามารถสรุปออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ²⁵⁻²⁶ ดังนี้

1. ปัญหาจากระบบการบันทึกโดยตรง พยาบาลวิชาชีพยังประสบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1.1 รูปแบบของการบันทึกไม่เอื้อต่อการบันทึกด้วยกระบวนการพยาบาล ปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ การเลือกบันทึกเพียงข้อมูลการประเมินผู้ป่วยแรกๆ บันทึกปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายการปัญหา (Problem list) และไม่ได้เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล หรือไม่มีแผนการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีภาระงานมากต้องอาศัยความจำของตนเองในการบันทึกข้อมูลจำนวนหนึ่ง ร่วมกับการใช้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์^{25,26} ส่งผลให้การบันทึกอาจไม่ครอบคลุมตามปัญหาของผู้ป่วยที่มี ขาดข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการพยาบาลที่ต่อเนื่องกันเป็นระบบ และไม่ตอบสนองการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องใช้การแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการพยาบาล เป็นต้น

1.2 แบบฟอร์มการบันทึกไม่เหมาะสมส่วนมากจะพบว่า แบบฟอร์มมีรายละเอียดให้บันทึกไม่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาลหรือไม่ตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ มีแบบฟอร์มจำนวนมาก แบบบันทึกซ้ำซ้อน แต่ไม่สะท้อนงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- บันทึกแต่ปัญหาทางกาย แต่ไม่ได้บันทึกปัญหาด้านจิตใจ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด อาจมีอาการซึมเศร้าจากการสูญเสียสภาพลักษณะจากการผ่าตัดเต้านม หรือผู้ป่วยมะเร็ง และแพทย์มีแผนการให้เคมีบำบัดครั้งแรก อาจวิตกกังวลเรื่องการให้เคมีบำบัด

- บันทึกสัญญาณชีพซ้ำซ้อนหลายแห่งทั้งในแบบฟอร์มปรอท (Graphic sheet) แบบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยหรือแบบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note) และบันทึกในแบบบันทึกย่อย (Flow sheet) แต่มักไม่ได้บันทึกที่สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลอย่างเป็นระบบ

1.3 วิธีการบันทึกยังขาดประสิทธิภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพมักบันทึกตามความรู้และประสบการณ์ของตนเอง หรือเลียนแบบวิธีการบันทึกจากที่ทำงานซึ่งกระทำจนเป็นบรรทัดฐานของสถานบริการนั้นๆ และจากระบบการบันทึกที่ไม่เหมาะสมดังที่กล่าวมา ทำให้บันทึกไม่ต่อเนื่องและไม่สะท้อนกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบซึ่งเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหา (Problem solving) หรือแก้ไขปัญหาเชิงวิทยาศาสตร์ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- บันทึกการประเมินผู้ป่วยแรกรับเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้เขียนบันทึกการประเมินผู้ป่วยภายหลังรับเวรอย่างต่อเนื่องจากเวรที่ผ่านมา

- บันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลว่า พักหลับได้ ไม่คลื่นไส้อาเจียน (ใช้ข้อความนี้เป็นประจำจนเคยชิน แม้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาดังกล่าว) มักจะบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ไม่ได้ประเมินผลการพยาบาล

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึก

นอกจากปัญหาที่เกิดจากระบบการบันทึกแล้ว ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ระบบงานของพยาบาลวิชาชีพ การนิเทศงานการบันทึก ความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ระบบงานของพยาบาลวิชาชีพไม่เอื้อต่อการบันทึก เนื่องจากมีภาระงานมาก มักเป็นกิจกรรมตามแผนการรักษา ผู้บันทึกมีเวลาดูแลผู้ป่วยโดยตรงน้อย แม้พยาบาลจะทำงานเป็นทีม แต่ลักษณะการทำงานยังเน้นงานประจำ (Task-oriented) และรูปแบบการทำงานเกี่ยวกับการรักษาเป็นหลัก (Medical model) ทำให้ภาระงานของพยาบาลเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct care) น้อย โดยเฉพาะการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องยังทำน้อย เช่น รายงานส่งเวรเน้นกิจกรรมการรักษา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำแผล เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องทำกิจกรรมที่ไม่ใช่การพยาบาล เช่น การคิดค่ารักษาพยาบาล การติดต่อประสานงานค่าประกันการรักษาพยาบาลกับบริษัทประกันชีวิต การเบิกเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ เป็นต้น

2.2 การนิเทศงานการบันทึก การพัฒนาสมรรถนะการบันทึกของพยาบาล และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกยังมีประเด็นปัญหาบางประการ เช่น มีการนิเทศไม่สม่ำเสมอ ผู้นิเทศการบันทึกให้คำแนะนำการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่ชัดเจนเท่าที่ควร พัฒนาคำถามความสามารถในการบันทึกที่ไม่ต่อเนื่อง ใช้เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพการบันทึกที่ไม่สะท้อนปัญหาการบันทึกที่แท้จริงของพยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น^{25,26}

2.3 ความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกไม่ส่งเสริมการบันทึกอย่างมีคุณภาพ เช่น กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามปัญหาที่พบจริง ขาดการวางแผนการพยาบาล เป็นต้น²⁷ ผู้บันทึกมีเจตคติทางลบต่อการบันทึก เช่น มองว่าการบันทึกไม่สำคัญเท่ากับการปฏิบัติการพยาบาล เพิ่มภาระงาน เขียนไปก็ไม่มีความหมาย เป็นต้น^{25,26}

สรุปได้ว่า ประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่เกิดจากระบบการบันทึกเอง และจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านภาระงาน การบริหารจัดการ และตัวผู้บันทึกเอง นับเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับการบันทึกอย่างมีคุณภาพของพยาบาลที่มีอยู่เดิมและยังต้องใช้ระยะเวลาสำหรับการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีผลกระทบของเชื้อโควิด-19 การปรับเปลี่ยนและพัฒนากระบวนการบันทึกจำเป็นต้องตอบสนองการเปลี่ยนแปลงในยุคความปกติใหม่ที่กล่าวมาควบคู่

ไปกับการแก้ไขประเด็นปัญหาการบันทึกหลายประการที่มีอยู่เดิม

แนวทางการพัฒนารูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาลใน ยุคความปกติใหม่

การระบาดของเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบให้เกิดการปรับเปลี่ยนสำคัญของมนุษย์และสังคมโลกในวงกว้างมากมายจนเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ ทำให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้บริการจำเป็นต้องเน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 และการจัดการระบบบริการพยาบาลใหม่รองรับการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยการบริการมากขึ้นเพื่อทดแทนการพบปะกันหรือการให้บริการแบบเผชิญหน้าที่ไม่จำเป็นและยังมีบุคลากรทางการพยาบาลจำนวนจำกัด อย่างไรก็ตามพยาบาลวิชาชีพยังมีประเด็นปัญหาการบันทึกหลายประการที่ไม่ได้รับการแก้ไขและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร หากพยาบาลวิชาชีพจะให้บริการแก่ผู้ป่วยในยุคความปกติใหม่นี้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้ข้อมูลในการปรับกระบวนการดูแลและทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี¹⁶ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพมากขึ้นและมีสาระที่มีคุณค่าซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการพยาบาลจึงเป็นภารกิจที่ยากลำบากและซับซ้อนมากขึ้นสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ดังนั้นผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการพัฒนาการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนระบบการบริการสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยในยุคความปกติใหม่นี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น^{16,25,28-30} ดังนี้

1. แก้ไขปัญหาการบันทึกที่เกิดจากระบบการบันทึกโดยตรงและจากปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกอย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นระบบงานของพยาบาลวิชาชีพ การนิเทศงาน การบันทึก ความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ และพัฒนารูปแบบการบันทึกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นควบคู่ไปกับผลกระทบของยุคความปกติใหม่ ดังนี้

1.1 แก้ไขปัญหาของรูปแบบการบันทึกที่ไม่เอื้อต่อการบันทึกด้วยกระบวนการพยาบาลแบบฟอร์มการบันทึกไม่เหมาะสม ซ้ำซ้อน และไม่สะท้อนงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งบันทึกไม่เป็นองค์รวมและไม่ต่อเนื่อง โดยผู้เกี่ยวข้องต้องปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการบันทึกที่สะท้อนงานของพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและไม่ซ้ำซ้อน ทำให้เสียเวลาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อรองรับการดูแลทั้งผู้ป่วยโรคต่างๆ และผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และมีความเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าโรคอื่นๆ ในยุคความปกติใหม่ ซึ่งต้องการการดูแลที่ต้องใช้ข้อมูลมากขึ้นและการบันทึกที่ฉับไวขึ้น ตัวอย่างเช่น เลือกใช้ระบบการบันทึกแบบละเว้น (Charting by Exception System: CBE) ที่เน้นการใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ลดแบบบันทึกซ้ำซ้อนและใช้เวลาอันสั้นโดยใช้แบบฟอร์มที่พิมพ์ข้อมูลปกติของผู้ป่วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวมได้และใช้วิเคราะห์ข้อมูล และใช้แบบฟอร์มที่มีข้อกำหนด (Protocol) ของกิจกรรมการพยาบาลที่ทำบ่อยๆ ทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกที่ดีให้ทีมสุขภาพในเวลาอันสั้น²⁷ เป็นต้น

1.2 ปรับเปลี่ยนระบบงานที่ไม่เอื้อต่อการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลจากการมีภาระงานมาก มีเวลาในการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงน้อย แต่ทำงานที่ไม่ใช่งานของพยาบาลมากกว่างานพยาบาล และเน้นการบันทึกตามงานประจำ รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ต้องใช้ทั้งเวลา ความคิดอย่างรอบคอบ การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น โดยพัฒนาระบบงานของพยาบาลด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนและลดงานที่ไม่ใช่งานของพยาบาลให้น้อยลง เช่น รายงานการส่งเวร การประเมินผู้ป่วย และการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นหลักเช่นเดียวกับแพทย์ที่ใช้ข้อวินิจฉัยโรค เพื่อส่งเสริมการบันทึกด้วยกระบวนการคิดและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยด้วยกระบวนการแก้ปัญหาเชิงวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการทำงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการบันทึกข้อมูลตามปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยโควิด-19 อย่างต่อเนื่องและครบถ้วนโดยไม่หลงลืมได้

1.3 ปรับปรุงระบบการนิเทศงานการบันทึกและการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกของพยาบาลที่ยังดำเนินการไม่เพียงพอหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยผู้บริหารการพยาบาลควรจัดให้มีการนิเทศอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมให้มีการบันทึกข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับสหสาขาวิชาชีพในการใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง โดยผู้นิเทศที่มีความรู้ความเข้าใจการบันทึกด้วยกระบวนการพยาบาล จัดให้มีระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพซึ่งสะท้อนปัญหาการบันทึกที่แท้จริงของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น ตรวจสอบการบันทึกทุกเดือน สะท้อนปัญหาที่พบหลังการตรวจสอบทุกครั้ง เป็นต้น

1.4 พัฒนาสมรรถนะการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพ ส่งเสริมการนำความรู้และทักษะการบันทึกจากการอบรมไปปฏิบัติจริง โดยจัดอบรมที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติและการนำไปบันทึกจริงในงานบริการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม และเสริมสร้างเจตคติของพยาบาลวิชาชีพให้เห็นความสำคัญของการบันทึกด้วยกระบวนการพยาบาล นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลควรมีนโยบายส่งเสริมให้พยาบาลได้ทำงานโดยใช้ความรู้และทักษะการบันทึกด้วยกระบวนการพยาบาลภายหลังได้รับการพัฒนาเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมและบันทึกด้วยกระบวนการพยาบาลควบคู่กันไปย่อมส่งเสริมให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล และเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพเกิดเจตคติที่ดีต่อการบันทึกด้วยกระบวนการพยาบาลตามไปด้วย

2. บันทึกแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น การบันทึกแบบสหสาขาวิชาชีพจะช่วยให้ได้ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลรักษาได้ถูกต้อง และสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม³¹ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมมากขึ้นเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ต้องการการดูแลเชิงรุกอย่างระมัดระวัง และต้องอาศัยข้อมูลอย่างครอบคลุมจากหลายฝ่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันที่ทั่วถึง ลดความรุนแรงของโรค ดูแลครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น การบันทึกแบบสหสาขาวิชาชีพต้องได้รับการพัฒนาจากความร่วมมือจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น^{22,31}

3. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งต้องมีการพัฒนาและออกแบบการบันทึกข้อมูลใหม่ด้วยระบบดิจิทัลที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสามารถดึงข้อมูลที่ต้องการในระบบมาใช้ได้อย่างคุ้มค่า รวมทั้งตอบสนองระบบการบริการสุขภาพแบบใหม่ในยุคนี้ โดยหลีกเลี่ยงการใช้กระดาษที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อและทำความสะอาดได้ยากกว่าการใช้อุปกรณ์หรือคอมพิวเตอร์ในการบันทึกมากกว่า เช่น ใช้เครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพติดที่ตัวผู้ป่วยเพื่อประเมินและติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถบันทึกผลการตรวจสัญญาณชีพในคอมพิวเตอร์ปลายทาง (Terminal) ที่ต้องการ การบันทึกในแท็บเล็ต (Tablet) เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของผู้ป่วยแบบ Real time แทนกระดาษมากขึ้น การใช้โทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อสื่อสารและช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรงแทนการให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น^{2,16}

จะเห็นว่าการบันทึกข้อมูลของพยาบาลในยุคความปกติใหม่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนาทั้งปัญหาการบันทึกที่มีอยู่เดิมและตอบสนองการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีปัญหาซับซ้อนและเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อให้ทีมสุขภาพได้ง่ายให้อยู่ในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้เวลาน้อยลงซึ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น และบันทึกข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับทีมสุขภาพในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นตัวจากโรคและสามารถออกจากสถานบริการสุขภาพได้โดยเร็ว อันจะเป็นประโยชน์ต่อการลดการแพร่กระจายเชื้อต่อทีมสุขภาพและผู้อื่นโดยรวมได้

บทสรุป

ในยุคความปกติใหม่ที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 อย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลกตั้งแต่ปลายปี 2562 ส่งผลกระทบให้ระบบการบริการสุขภาพและการบริการพยาบาลต้องเน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด รวมทั้งต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 เชิงรุกอย่างรอบคอบทุกมิติด้วยสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับระบบบริการพยาบาลใหม่โดยเน้น

การบันทึกในรูปแบบที่ใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น รวมทั้งมีแนวโน้มบันทึกแบบสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการแก้ไขประเด็นปัญหาการบันทึกที่มีอยู่เดิมหลายด้าน เพื่อเอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้ทันเวลาที่และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดูแลรักษาของทีมสุขภาพได้

เอกสารอ้างอิง

1. Avera. New normal patient toolkit. [Internet]. [cited 2020 October 27]. Available from: <https://www.avera.org/app/files/public/77340/New-Normal-Patient-Toolkit.pdf>.
2. Yab J, Chet YC. Healthcare 3.0 healthcare for the new normal. [Internet]. [cited 2020 August 9]. Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/sg/Documents/risk/risk-sea-healthcare-3.0-healthcare-for-the-new-normal.pdf>.
3. Wongyai W, Patpol M. New normal in learning. Bangkok: Graduate School of Srinakharinwirot University; 2020. (in Thai).
4. Songyu K. New normal. [Internet]. [cited 2015 May 15]. Available from: <https://www.scbeic.com/th/detail/product/1313>. (in Thai).
5. Bangkok Business Online. What is new normal? When COVID-19 push us into new normal. [cited 2020 May 27]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/882508> New Normal. (in Thai).
6. World Health Organization. Clinical management of COVID-19. [Internet]. [cited 2020 May 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>.
7. Department of Disease Control. COVID-19 (EOC-DDC Thailand). [Internet]. [cited 2020 October 30]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>. (in Thai).
8. Tanhasirivej A. COVID-19 danger for heart. [Internet]. [cited 2020 August 16]. Available from: https://www2.bangkokhospital.com/hearthospital/th/heart-health-info/heart-disease-and-treatment/180/full_detail/disease. (in Thai).
9. BBC News. How does Coronavirus, new virus, destroy human body? [Internet]. [cited 2020 March 16]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/51898463>. (in Thai).



10. Anukulruenkitt S. Infection prevention and control for Coronavirus disease 2019 in healthcare settings. *PIDST Gazette* 2020;26(2):6-9. (in Thai).
11. Wiriyaichai T, Taechasansiri C. Pathogenesis of COVID-19. *PIDST Gazette*; 2020;26(2):4-5. (in Thai).
12. Thairath Online. New normal new phenomena may occur from COVID-19. [Internet]. [cited 2020 April 5]. Available from: <https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/1810991>. (in Thai).
13. Munprasert S. Impact of COVID-19 on Thai economy. [Internet]. [cited 2020 August 14]. Available from: <https://www.krungsri.com/bank/th/pleam-pleam/economic-covid-impact.html>. (in Thai).
14. BBC News. Coronavirus: the government announce an emergency decree to extract COVID-19 on this Thursday. [cited 2020 March 24]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/thailand-52014435>. (in Thai).
15. Emergency Operation Centre, Department of Disease Control. Report of situations of Coronavirus 2019 infection. [Internet]. [cited 2020 August 13]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no223-130863.pdf>. (in Thai).
16. Chuang I. Beyond COVID-19: how hospitals can prepare for a new normal. [Internet]. [cited 2020 June 14]. Available from: <https://www.healthcareitnews.com/news/asia-pacific/beyond-covid-19-how-hospitals-can-prepare-new-normal>.
17. National Health Service. The new normal balancing COVID-19 and other healthcare needs. [Internet]. [cited 2020 May 14]. Available from: <https://nhsproviders.org/media/689531/spotlight-on-non-covid-care.pdf>.
18. Warathanarat T. Three major impacts of COVID-19 on Thai health. [Internet]. [cited 2020 August 13]. Available from: <https://www.isranews.org/article/isranews-article/88562-covid-32.html>. (in Thai).
19. Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. The third announcement of situation of Coronavirus 2019 pandemic. [Internet]. [cited 2020 June 13]. Available from: <http://www.nursing.go.th/COVID-19/0003.pdf>. (in Thai).
20. Broussard IM, Kahwaji CI. Universal precaution. [Internet]. [cited 2020 May 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470223/>.
21. Department of Medical Services. Guidelines for service system management in hospitals. [Internet]. [cited 2020 March 2]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G33_2.pdf.
22. Jiang DiM, Berlin A, Moody L, Kumar R, Hannon B, Krzyzanowska MK, et al. Transitioning to a new normal in the post-COVID era. *Curr Oncol Rep* 2020;22(7):73.



23. Gunawan J, Aungsuroch Y. 'New normal' in covid-19 era: a nursing perspective from Thailand. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(10):1514-5.
24. Gilroy R. A 'new normal': nurses adapt and push call for change post lockdown. [Internet]. [cited 2020 June 3]. Available from: <https://www.nursingtimes.net/news/coronavirus/a-new-normal-nurses-adapt-and-push-call-for-change-post-lockdown-03-06-2020/>.
25. Cheevakasemsook A. The in-depth study of root causes of nursing documentation. In: Cheevakasemsook A, editor. A report of applying research findings to academic service project titled "The development of a nursing process-oriented nursing documentation model at Lumlooka hospital; June 20-21, 2013. Sukhothai Thammathirat Open University. p. 11-9. (in Thai).
26. Intrara A. Problems, causes, and resolutions of nursing records at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. [Master's Thesis, School of Nursing]. Sukhothai Thammathirat Open University; 2015. (in Thai).
27. Cheevakasemsook A, Gavalin K. Nursing diagnosis and care planning competencies of professional nurses a private hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(2):280-8. (in Thai).
28. Lockwood W. Documentation: accurate and legal. [Internet]. [cited 2019 October]. Available from: <https://www.rn.org/courses/coursematerial-66.pdf>.
29. Cheevakasemsook A. Facilitating change: the development of an effective nursing documentation system in a medical-surgical ward in Thailand. [Doctoral Dissertation, Faculty of Health Studies]. Charles Sturt University; 2005.
30. Cheevakasemsook A. The development of a nursing documentation model focused on nursing process utilization at Lum Look Ka hospital. [Research]. Sukhothai Thammathirat Open University; 2011. (in Thai).
31. Agency for Clinical Innovation. Multidisciplinary assessment and documentation in community palliative care. [Internet]. [cited 2017 December 12]. Available from: <https://www.aci.health.nsw.gov.au/ie/projects/multidisciplinary-community-palliative-care>.