

การบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem – Oriented Medical Record)

มนจุทา เอี่ยมอุดมกาล

ในการดูแลผู้ป่วยแพทย์จะต้องใช้ทักษะหลายๆ ด้านประกอบกัน เช่น ทักษะในการเข้าถึงผู้ป่วย (approach) ทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรค เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย คิดวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและวางแผนการรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่ได้มานั้น ก็มีความสำคัญสำหรับแพทย์เช่นกัน เพื่อให้เราสามารถจัดระบบและเรียบเรียงข้อมูล ผู้ป่วยทุกคนที่มาได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็นคลินิกหรือโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ควรจะมีบันทึกการเจ็บป่วยไว้อย่างครบถ้วน เป็นระบบและเที่ยงตรง สามารถสืบย้อนข้อมูลได้อย่างเห็นภาพของผู้ป่วย

ความสำคัญของเวชระเบียน

1. เป็นหลักฐานของการเจ็บป่วย สุขภาพอนามัย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ถ้าแพทย์ผู้ดูแลบันทึกไว้อย่างสมบูรณ์ครบถ้วน จะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
2. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (legal document) ในคดีฟ้องร้องต่างๆ
3. เป็นข้อมูลในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ติดตามการเปลี่ยนแปลง และผลการรักษาในแต่ละวัน
4. สามารถใช้แสดงสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เพราะบันทึกรายงานผู้ป่วยแสดงถึงความคิดเห็นของแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษา
5. สำหรับโรงพยาบาล บันทึกกรายงานผู้ป่วยจะใช้เป็นหลักฐานในการประเมินประสิทธิภาพของการบริการเป็นแหล่งข้อมูลสถิติ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
6. มีประโยชน์สำหรับการเรียนการสอนของนิสิตแพทย์ การศึกษาวิจัย

ลักษณะของการบันทึกรายงานผู้ป่วยที่ดี¹

1. เขียนบันทึกอย่างมีระบบตามลำดับหัวข้อหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในระบุ วัน เวลา สถานที่ ผู้บันทึก และข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย เช่น ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วยทุกใบ
2. เป็นบันทึกกรายงานที่ชัดเจนสามารถให้ผู้อ่านเห็นภาพพจน์ของผู้ป่วย แต่ต้องมีความกระชับอ่านง่าย ไม่เยิ่นเย้อเกินความจำเป็น โดยใช้ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล
3. บันทึกประวัติการเจ็บป่วยโดยใช้คำบอกเล่าของผู้ป่วยเองไม่ใช่แสดงความคิดเห็นของผู้เขียน ในส่วนวิเคราะห์ข้อมูล ควรเป็นไปตามหลักวิชาการ มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยหรือแพทย์ พยาบาล ผู้ร่วมงาน

การบันทึกกรายงานผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้การเรียนรู้ การคิดอย่างมีเหตุผล (clinical reasoning) และกระบวนการแก้ปัญหาได้ดี

การบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก(Problem – Oriented Medical Record)

ในปี พ.ศ.2511 Lawrence Weed² ได้นำเสนอการบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก(Problem – Oriented Medical Record : POMR) ซึ่งเป็นวิธีที่ยอมรับใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเน้นให้แพทย์มองปัญหาของผู้ป่วยแบบรอบด้าน ทั้งปัญหาความเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ และในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย(Progress note) ต้องดูแลในทุกๆ ปัญหา ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแน่นอน เช่น Prolong fever เมื่อมีการตรวจค้นเพิ่มเติมแล้วได้รับการวินิจฉัยแน่นอน ก็จะเปลี่ยนการวินิจฉัยภายหลังเป็น Acute leukemia ได้

การบันทึกรายงานแบบ POMR ได้มีรูปแบบของ Weed นั้นจะต้องใช้เวลาพอสมควร ในกรณีที่แพทย์มีเวลาน้อย ผู้ป่วยจำนวนมาก เช่น แผนกผู้ป่วยนอก การบันทึกจึงอาจเป็นประยุกต์ POMR หรือการบันทึกแบบวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค แต่เป็นที่ยอมรับว่า การบันทึกผู้ป่วยแบบ POMR นั้น มีประโยชน์ในการเรียนรู้และแก้ปัญหาทางคลินิก โดยให้ความสำคัญทั้งคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective) และการตรวจพบของแพทย์ (objective)

องค์ประกอบของ POMR

ประกอบด้วยส่วนต่างๆ คือ

1. ฐานข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก (database)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย(patient profile)

แหล่งของข้อมูล (source of history)

อาการสำคัญ (chief complaint)

ประวัติการป่วยปัจจุบัน (present illness)

ประวัติอดีต (past history)

การทบทวนอาการในแต่ละระบบ (systemic review)

การตรวจร่างกาย (physical examination)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสืบค้นเบื้องต้น (investigations)

2. รายการปัญหา (problem lists)

ปัญหาที่จะพบอาจเป็น

การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน (diagnosis) เช่น pneumonia

กลุ่มอาการหรือภาวะของโรค เช่น Down syndrome, congestive heart failure

อาการหรืออาการแสดงที่ยังวินิจฉัยไม่ได้แน่นอน เช่น headache, hepatosplenomegaly

ความผิดปกติที่ตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ ภาพรังสี หรือเครื่องมืออื่นๆ เช่น abnormal EKG, hyperglycemia

อาการแพ้ต่างๆ เช่น penicillin allergy, cow milk allergy

ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)

การผ่าตัด อุบัติภัย หรือการได้รับสารพิษ

ปัญหาทางจิต สังคม และเศรษฐกิจ อุปนิสัยหรือพฤติกรรม เช่น ดูดนิ้ว (thumb sucking) มารดามีบุตรมาก บุตรของคนงานก่อสร้าง เป็นต้น

ปัญหาเกี่ยวกับการให้การดูแลสุขภาพเด็ก เช่น การเลี้ยงดู การฝึกขับถ่าย การเติบโตและพัฒนาการ ปัญหาการเรียน การกินอาหารและสถานะโภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค

การเขียนรายงานปัญหานี้จะแตกต่างกันในแพทย์แต่ละคน ทั้งนี้แล้วแต่ความนึกคิดในการมองปัญหา การแก้ไขปัญหา ประสบการณ์ทางคลินิก และความกังวลในปัญหาของแพทย์แต่ละคน เด็กคนเดียวกัน แพทย์บางคนอาจเขียนได้หลากหลายรายการปัญหา นอกจากนี้ หลังจากที่สามารถวินิจฉัยโรคได้แล้ว ควรจะระบุรหัสโรค ICD – 10 ด้วย

3. การวางแผนขั้นต้น (initial plan)

เป็นแผนในด้านกรวินิจฉัยและการดูแลรักษาสำหรับแต่ละปัญหา โดยมีหมายเลขกำกับตรงกับหมายเลขที่กำกับรายการปัญหา โดยเขียนแบบ SOAP ดังนี้

Subjective (S) อาการสำคัญ เป็นการสรุปประวัติหรือคำบอกเล่าเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับชื่อปัญหา

Objective (O) อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลจากภาพรังสี ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือผลการผ่าตัด ผลจากการตรวจด้วยเครื่องมือต่างๆ

Assessment (A) เป็นการวิเคราะห์ปัญหา ประเมินปัญหาว่าเกิดจากสาเหตุหรือสมมติฐานอะไร มีหลักฐานอะไรบ้างที่สนับสนุนและคัดค้าน การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค ความซับซ้อนในการวินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การพยากรณ์โรค

Plan (P) ประกอบด้วยแผนการสืบค้นเพื่อวินิจฉัยโรค (diagnostic plan) แผนการรักษา (therapeutic plan) และแผนการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย (patient education) ในกรณีที่เป็นหัตถการ ควรจะระบุรหัส หัตถการ ICD-9-CM ด้วย

4. บันทึกความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลง (progress note)

เป็นการบันทึกความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของเด็กตามปัญหาที่เขียนไว้ โดยใช้หมายเลขกำกับตรงกับหมายเลขของชื่อปัญหา บันทึกนี้ประกอบด้วย

4.1 ภาคบรรยาย (narrative part) เขียนแบบ SOAP

4.2 ตารางการเปลี่ยนแปลง (flow sheet) ในโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่อยๆ และต้องการดูการเปลี่ยนแปลงประจำวัน การเขียนผลการตรวจลงบนตารางการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ติดตามผลการปฏิบัติรักษาและการเปลี่ยนแปลงของเด็กได้ง่ายขึ้น

4.3 ผลการตรวจเพื่อสืบค้นเพิ่มเติม เช่น EEG, X-rays

4.4 ใบปรึกษา (consultation note)

4.5 รายงานการผ่าตัด (operative note) พร้อมระบุรหัส ICD-9-CM

5. การสรุปรายงาน (discharge summary)

เป็นการสรุปรายงานยอดเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยพร้อมรหัสโรค ICD-10 ผลการวินิจฉัย และการรักษา ควรเขียนแยกแต่ละปัญหาเช่น เดียวกันตามรูปแบบของ SOAP ดังนี้

Subjective (S) สรุปประวัติที่สำคัญตั้งแต่เริ่มแรกจนตลอดเวลาที่เด็กอยู่ในโรงพยาบาล

Objective (O) ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจสืบค้นที่สำคัญ พร้อมระบุรหัส ICD-9-CM

Assessment (A) การดำเนินโรคและสภาพผู้ป่วย (course and condition) โดยสรุปย่อๆ ในด้านต่างๆ คือ

สภาพขณะออกจากโรงพยาบาล (condition on discharge)

ความพิการ (disability) ถ้ามี

พยากรณ์โรค (prognosis)

Plan (P) แผนในการจำหน่ายออก (discharge plan) ประกอบด้วย
การจำหน่าย (disposition) เช่น กลับไปอยู่บ้าน หรือกลับไปยังโรงพยาบาลที่ส่งเด็กมา
กิจกรรม (activity) เช่น การจำกัดการออกกำลังกาย
อาหาร (diet) เช่น อาหารจำกัดโปรตีน
คำแนะนำพิเศษ (special instruction) เช่น ภายภาพบำบัด
การให้ยา (medication) ชนิดของยา พร้อมทั้งขนาดและปริมาณให้
การให้ความรู้เข้าใจแก่บิดามารดาและเด็ก (patient education) การแนะนำให้การปฏิบัติตน
แผนการติดตามผู้ป่วย (follow-up plan) เช่น นัดตรวจอีกเมื่อไร และมีแผนจะปฏิบัติต่อเด็กต่อไป
อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรวีร์ เกษมสันต์. การวินิจฉัยทางคลินิกในผู้ป่วยเด็ก. ใน: วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย, สุรางค์ เจียมจรรยา, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 1). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิชชิ่ง, 2540:30-54.
2. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med. 1968;593-9,652-7.