

สิทธิของผู้ป่วยกับเทคโนโลยีการจัดเก็บข้อมูล

อุมาสมร บาระกุล *

เมื่อนักคนเข้ารับบริการในหน่วยงานบริการด้านสุขภาพอนามัยนั้น จะต้องพบกับขั้นตอนต่าง ๆ มากมาย เริ่มตั้งแต่การให้ประวัติส่วนตัว ประกอบการทำบัตรประจำตัวของผู้รับบริการ การตอบคำถามที่เจ้าหน้าที่งานสัมภาษณ์ ตลอดจนการตรวจร่างกาย การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษและวิธีการเฉพาะต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการบริการของบุคคลนั้น ๆ

ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการแต่ละฝ่ายแต่ละแผนกได้จากผู้รับบริการไม่ว่าจะได้มาจากการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ ล้วนถูกบันทึกไว้อย่างมีระบบทั้งสิ้น

หน่วยงานบริการด้านสุขภาพอนามัยต้องการข้อมูลใดจากผู้รับบริการบ้าง ข้อมูลที่จะได้รับการบันทึกไว้ ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ประวัติทางการแพทย์ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง ผลการตรวจด้วยวิธีการและเครื่องมือพิเศษอื่นๆและบริการที่ได้รับทั้งหมดตลอดเวลาที่ใช้บริการ

1. **ประวัติส่วนตัวของผู้รับบริการ** ประกอบด้วยข้อมูลทางด้านสังคมของบุคคล เป็นส่วนที่ช่วยให้ผู้บริการด้านสุขภาพ หรือผู้ที่ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ ได้รู้ถึงการดำรงชีวิตของผู้รับบริการเป็นพื้นฐานในการเข้าใจถึงอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ผู้รับบริการ

จะถูกถามเกี่ยวกับ สถานที่เกิด ถิ่นที่อยู่อาศัย การเดินทาง ระดับการศึกษา อุปนิสัย การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส ฯลฯ

สถานที่เกิด ถิ่นที่อยู่อาศัย และการเดินทาง มีความสำคัญเพราะโรคบางชนิดมีการระบาดเฉพาะที่

อุปนิสัย และพฤติกรรมอนามัย ช่วยในการวินิจฉัย และการรักษา คำแนะนำต่าง ๆ ที่ให้ขณะที่ให้บริการอาจเปลี่ยนนิสัยของผู้รับบริการได้ ผู้ให้บริการต้องถามข้อมูลส่วนนี้ค่อนข้างละเอียด เช่น ลักษณะนิสัยเกี่ยวกับการนอน การพักผ่อน ระยะเวลาของการนอนหลับ ประเภทของอาหารที่ชอบ / ไม่ชอบ เครื่องดื่มที่ชอบดื่มเป็นประจำ ประเภทของงานอดิเรก การออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังต้องถามถึงนิสัยที่ผิดปกติต่าง ๆ เช่น การกีดเลื้อย ถ้าจำเป็น ผู้รับบริการต้องเล่าถึงการดำเนินชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง

ระดับการศึกษา เป็นส่วนช่วยให้รู้ว่าผู้รับบริการมีความรู้เพียงใด ผู้ให้บริการจะให้คำแนะนำด้วยภาษาที่ลึกซึ้งได้เพียงใด

การประกอบอาชีพ อาชีพบางชนิดเกี่ยวข้องหรือเป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น การทำงานในเหมือง การทำงานเกี่ยวกับตะกั่ว จึงต้องถามผู้รับบริการถึงงานที่ทำในอดีต ระยะเวลาของการทำงาน สิ่งแวดล้อมขณะทำงาน

* หัวหน้าภาควิชาพื้นฐานและเสริมการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

รวมถึงทัศนคติต่องาน เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง

สถานภาพสมรส ช่วยให้รู้ว่าผู้รับบริการ มีผู้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือได้อย่างไรหรือไม่ หากเจ็บป่วย ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว เพื่อพิจารณาหาสาเหตุของปัญหา บางประการ เมื่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความคุ้นเคยกันมาก อาจต้องถามถึงประวัติเกี่ยวกับทางเพศ ถ้าจำเป็นและคิดว่าเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาต่าง ๆ

สิ่งแวดล้อม ปัญหาและโรคบางชนิดเกิดจากสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าสิ่งแวดล้อมนั้นจะมีชีวิตหรือไม่ จะเป็นคนหรือสิ่งของก็ตาม

บุคลิกภาพ การพูดคุยกับผู้รับบริการ ทำให้รู้เกี่ยวกับอารมณ์และบุคลิกภาพของผู้รับบริการได้

2. ประวัติทางการแพทย์ หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติปัจจุบัน ประวัติในอดีต ประวัติครอบครัว อาการสำคัญอันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือผู้รับบริการมาใช้บริการ

อาการสำคัญ (Chief Complaint = C.C) เป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยมาหาแพทย์ เป็นเรื่องเบิกทางเพื่อที่จะได้ประวัติอื่น ๆ และช่วยประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยหรือความต้องการบริการของผู้รับบริการได้

ประวัติปัจจุบัน (Present Illness = P.I) รวมถึงอาการและเหตุการณ์ต่าง ๆ จากตอนเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงขณะที่ได้รับการสัมภาษณ์ จากแพทย์หรือผู้ให้บริการตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้น และรวมถึงเหตุการณ์หรืออาการที่หายไป แต่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย หรือปัญหาที่เกิดขึ้น

ประวัติอดีต (Past History = P.H)

หมายถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่ยังไม่มีในประวัติปัจจุบัน หรือการทบทวนอาการตามระบบอวัยวะ ประวัติต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

ประวัติเกี่ยวกับการแพ้ บันทึกว่าเคยมีปฏิกิริยา อะไรจากยา อาหาร อาการลมพิษ หรือการแพ้ อื่นๆ หรือไม่

ประวัติการฉีดยาเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกัน หรือประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะในเด็ก ให้บันทึกวันที่ปลูกฝี ฉีดยาต่าง ๆ ในผู้ใหญ่อาจไม่จำเป็น

ประวัติการติดเชื้อมาก่อน

ประวัติการผ่าตัด บันทึกตามลำดับว่าเคยผ่าตัดอะไร เมื่อไร โรงพยาบาล และแพทย์ผู้นำผ่าตัด

ประวัติการบาดเจ็บ บันทึกชนิด และเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ และผลตามมาจากการบาดเจ็บ

สรุปประวัติ สรุปผลการรักษา ระยะเวลาที่รักษาตัว การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ รวมทั้งยาที่ได้รับเมื่อกลับบ้าน

ประวัติครอบครัว รวมถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพของทุกคนในครอบครัว สาเหตุการตายของบิดา มารดา พี่น้อง ลูก หรือญาติใกล้ชิด เพราะโรคบางโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม

นอกจากการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติดังกล่าวข้างต้น ผู้ให้บริการยังต้องบันทึกผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ ในบางรายอาจมีผลการตรวจสุขภาพจิตด้วย นับได้ว่าสิ่งที่ต้องบันทึกไว้ สำหรับการให้บริการต่อผู้รับบริการ แต่ละรายนั้นมีมากมายและต้องกระทำสม่ำเสมอ นับตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการ จนกระทั่งเลิกใช้บริการ

การบันทึกข้อมูลและรายงานต่าง ๆ ของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพอนามัย นับว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการและหน่วยงานที่ให้บริการ ดังนี้

1. เพื่อประโยชน์ในการให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ต่อเนื่องจากผู้ให้บริการคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง ต่อเนื่องจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่ง เป็นต้น ทั้งยังป้องกันการกระทำซ้ำซ้อนอันอาจเกิดขึ้นได้ แต่ถ้าจำเป็นต้องทำการตรวจซ้ำ ก็เพื่อการยืนยันผลการตรวจเดิม เนื่องจากเวลาเปลี่ยนไป ยังสามารถนำข้อมูลใหม่ เปรียบเทียบกับข้อมูลเดิมได้ ทั้งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนให้การบริการต่อไป อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

2. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการศึกษาค้นคว้า วิจัย และติดตามผลการบริการ

3. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย จะเห็นได้จากการณที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย หลักฐานที่ได้จากการบันทึกไว้ จะเป็นเครื่องพิสูจน์ความผิด-ถูก ของบุคคลผู้ให้บริการหรือหน่วยงานบริการนั้น ๆ ได้

4. ใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบคุณภาพของบริการ และบุคลากร ในงานนั้น

ข้อมูลที่สถานบริการสุขภาพได้บันทึกไว้ จะเกิดประโยชน์ครบทุกประการหรือไม่นั้น ต้องขึ้นอยู่กับคุณภาพของผู้ทำการบันทึกด้วย ในอดีตการบันทึกข้อมูลกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้การเขียนลงในกระดาษ หรือแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลต่าง ๆ เช่น

- ใบบันทึกประวัติ (Medical History)
- ใบบันทึกผลการตรวจร่างกาย (Physical Examination)

- ใบบันทึกผลการชันสูตร (Laboratory Test Sheet)
- ใบสั่งการรักษา (Doctors' Order Sheet)
- ใบฟอร์มปรอท (Graphic Sheet)
- ใบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Notes)
- ใบบันทึกการใช้ยา (Medical Record Sheet)
- ใบรายงานผลคืบหน้าการรักษา (Progress Note)
- ใบสรุปประวัติผู้ป่วย (History Physical Examination)
- ใบตรวจโรคภายนอก (Out Patient Department card)

การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกต่าง ๆ ข้างต้น ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไปจนกว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะกลับบ้าน ดังนั้นผู้บันทึกข้อมูลต่างๆ จึงต้องมีหลักในการบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหน่วยงาน เพราะมีการบันทึกข้อมูลอย่างมีระบบ หลักสำคัญของการบันทึกในงานบริการด้านสุขภาพอนามัย ควรถือหลักดังนี้

1. บันทึกข้อมูลตรงตามความเป็นจริง และเชื่อถือได้ เช่น บันทึกเวลาของการให้บริการอย่างถูกต้อง ระบุเวลาชัดเจน

2. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจพบ ผลการตรวจต่าง ๆ ไม่บันทึกคำบอกเล่าของผู้อื่น ถ้าจะบันทึกคำบอกเล่าต้องบันทึกข้อความนั้นโดยไม่ตีความ หรือแปลความ พร้อมทั้งอ้างอิงบุคคลที่ให้ข้อมูลไว้ชัดเจน

3. ใช้ถ้อยคำถูกต้องตามหลักการใช้

ภาษาสะกดถูกต้อง หลีกเลี่ยงการใช้อักษรย่อหรือเครื่องหมาย นอกจากตัวย่อหรือเครื่องหมายนั้น จะเป็นที่ยอมรับทั่วไปและเป็นสากลนิยม

4. เขียนบันทึกด้วยหมึก เขียนให้ชัดเจน อ่านได้ง่าย เมื่อมีการเขียนผิด ห้ามลบ ให้ใช้วิธีขีดฆ่า และเซ็นชื่อกำกับไว้ทุกครั้ง

5. เขียนบันทึกโดยประหยัดถ้อยคำ มีใจความครบถ้วน ไม่ใช้ภาษาพูด นอกจากภาษาหรือคำพูดของผู้รับบริการที่บ่งชี้ถึงความคิดปกติ ซึ่งต้องการแสดงให้ผู้อ่านเข้าใจพฤติกรรมว่าผู้รับบริการนั้น มีความผิดปกติอย่างไร หรือรู้สึกอย่างไร คำพูดที่คัดลอกมานั้นจะต้องอยู่ในเครื่องหมายคำพูด

6. ถ้ามีเรื่องใดที่สงสัย เมื่อบันทึกแล้วใส่เครื่องหมายคำถามกำกับไว้ด้วย เช่น นับชีพจรของผู้ป่วย รู้สึกว่าชีพจรนั้นเบาเร็วนับได้ประมาณ 130 ครั้งต่อนาที ให้ใส่เครื่องหมายคำถามกำกับไว้ดังนี้ ชีพจร 130 ครั้ง/นาที ?

7. ลงชื่อผู้บันทึกไว้ให้ชัดเจน เพื่อการติดตามตรวจสอบภายหลัง

การบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบจะช่วยประหยัดเวลาและพลังงาน เพราะช่วยให้ผู้ใช้ข้อมูลต่าง ๆ ค้นหาได้สะดวก และไม่ก่อให้เกิดความลำบากต่อการศึกษาปัญหาของผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นกลุ่ม หรือมีมากกว่า 1 คน การจัดระบบการบันทึกและจัดเอกสารการบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ย่อมดีกว่าการปล่อยให้เกิดการบันทึกที่มีระบบและสมบูรณ์ที่เกิดขึ้นตามโอกาสหรือ เกิดขึ้นจากความบังเอิญ และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการต้องกระทำไว้แบบถาวร เพราะบางรายต้องใช้ข้อมูลนี้ต่อเนื่องไปนานปี ระบบการบันทึกด้าน

สุขภาพอนามัยจึงได้รับการพัฒนามาโดยตลอด นับจากการบันทึกโดยการเขียนในกระดาษแล้วรวบรวมไว้ การเก็บข้อมูลไว้ในไมโครฟิล์ม จนกระทั่งการบันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์

ระบบข้อมูลของสถานบริการด้านสุขภาพอนามัยที่บรรจุในแฟ้มข้อมูลของเครื่องคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ทะเบียนของผู้รับบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรของหน่วยงาน ข้อมูลเกี่ยวกับยา ข้อมูลจากห้องทดลอง จากแฟ้มข้อมูลต่างๆ ทำให้หน่วยงานสามารถจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับยาและการรักษา การบริการแก่ผู้รับบริการแต่ละราย ข้อมูลเกี่ยวกับยาเพื่อควบคุมบัญชียาคงเหลือ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของยาแต่ละชนิด ข้อมูลเกี่ยวกับการทดลอง สถิติต่างๆ เพื่อช่วยนักวิจัยในการวินิจฉัยโรคป้องกันและรักษาโรค และจัดทำใบเสร็จเก็บเงินจากผู้ใช้บริการ เงินเดือน ค่าจ้างบัญชีลูกหนี้เจ้าหนี้

การใช้คอมพิวเตอร์ในหน่วยงานบริการด้านสุขภาพอนามัย เริ่มมีความสำคัญมากขึ้น บางหน่วยงานได้จัดทำชุดคำสั่งงานหรือโปรแกรม ซึ่งจะรับข้อมูลต่าง ๆ จากการตรวจอาการของแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลเหล่านี้จะถูกส่งเข้าเครื่อง และวิเคราะห์โรคโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีคำสั่งเพื่อทดสอบตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ คอมพิวเตอร์จะพิมพ์การวินิจฉัยโรคอย่างคร่าว ๆ บอกว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคอะไรบ้าง หรือระบุขั้นตอนที่ต้องดำเนินการต่อไป เช่น การตรวจสอบหรือทดสอบด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องพิจารณาเป็นพิเศษ ในกรณีนี้คอมพิวเตอร์ทำหน้าที่เป็นเครื่องประมวลข้อมูลโดยมีความจำมากมาย และมีชุดคำสั่งงานที่สามารถทำการเปรียบเทียบข้อมูลที่นำเข้ากับข้อมูลที่เก็บไว้ในหน่วยความจำ

ปัจจุบัน วัฒนาการของการใช้คอมพิวเตอร์เกี่ยวกับงานบริการด้านสุขภาพอนามัยได้ดำเนินถึงขั้นนำมาใช้ในลักษณะของการรักษาทางไกล (Telemedicine) ทำให้แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่อยู่หน่วยงานเดียวกันหรือต่างหน่วยงานสามารถติดต่อถึงกันได้ โดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรค การทำผ่าตัดบางชนิด รายงานผลการรักษาตลอดจนประชุมปรึกษากันได้ และติดตามข่าวสารทางการแพทย์ และสาธารณสุข ฯลฯ ที่ทันสมัย ผ่านอินเทอร์เน็ตซึ่งให้บริการครอบคลุมมากกว่า 84 ประเทศ สามารถติดต่อกันทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ทั้งชนิดออนไลน์เต็มเวลาและออนไลน์เป็นครั้งคราวได้ถึง 154 ประเทศทั่วโลก การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร จึงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพียงใช้ปลายนิ้วสัมผัสเท่านั้น การส่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง จึงน่าจะเกิดขึ้นได้โดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อประโยชน์ของการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) และเพื่อนำการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบที่ไม่ใช้กระดาษ (Paperless system)

เมื่อย้อนไปดูข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น จะเห็นว่าข้อมูลมากมาย และเป็นข้อมูลซึ่งผู้รับบริการมีสิทธิที่จะคาดหวังว่าจะได้รับการปกปิด หรือเก็บไว้เป็นความลับ เนื่องจากสาระสำคัญของสิทธิบัตรผู้ป่วย (The Patient's Bill of Rights) โดยสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา กล่าวไว้ข้อหนึ่งว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะคาดหวังว่าข้อมูลจากการติดต่อสื่อสารและการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของตนจะต้องเป็นความลับ" (Right to confidential) การเก็บข้อมูลเป็นความลับมี

ความสัมพันธ์กับความเป็นส่วนตัว ซึ่งมีรากฐานอยู่บนสิทธิทางกฎหมายและสิทธิทางธรรม บุคลากรในทีมสุขภาพควรตระหนักไว้ในใจเสมอว่าผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายหรือเสียหาย หากข้อมูลของตนถูกเปิดเผยโดยไม่จำเป็นเนื่องจากข้อมูลที่เปิดเผยไปนั้น อาจทำให้เจตคติของผู้ติดต่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป อาจมีผลกระทบต่อการถูกเลิกจ้างงาน หรืออาจเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ หรือแม้ว่าข้อมูลที่ถูกเปิดเผยนั้นจะไม่สะท้อนผลเสียต่อผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาเองไม่ได้รับความคุ้มครองสิทธิข้อนี้ เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิข้อนี้แก่ผู้รับบริการ จึงต้องเก็บข้อมูลต่างๆ ไว้เป็นความลับ ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะถูกจัดเก็บหรือบันทึกไว้ในรูปแบบใดก็ตาม ดังนั้น ผู้เขียนคำสั่งหรือนักเขียนโปรแกรม (Programmer) จึงเขียนคำสั่งให้เครื่องคอมพิวเตอร์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับผู้ใช้ที่มีรหัสผ่าน (Password) ที่ผู้ดูแลข้อมูลข่าวสารทางคอมพิวเตอร์กำหนดไว้เท่านั้น เพราะหากไม่ทำเช่นนี้ ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ ผู้เขียนโปรแกรม ผู้ป้อนข้อมูล หรือแม้แต่ผู้ที่มีรหัสผ่าน ก็อาจมีความผิดตามกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย หากนำข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาเปิดเผยโดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลหรือผู้รับบริการแต่ละคน บุคลากรทีมสุขภาพควรอภิปรายข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเฉพาะกับผู้ร่วมทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลหรือให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น โดยอภิปรายในสถานที่ที่เหมาะสม ไม่ให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ยิน บันทึกทางการแพทย์พยาบาลควรเก็บไว้ในที่มิดชิด ไม่ทิ้งไว้ในที่ที่บุคคลอื่นสามารถเปิดอ่านได้ ไม่ควรลืมบันทึกไว้ในห้องผู้ป่วย เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและบันทึกไว้แล้วนั้น ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมาแลกเปลี่ยนกันเพื่อประโยชน์

ต่อการรักษาพยาบาล เฉพาะบุคลากรในทีมการรักษาเท่านั้น หากผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลบางอย่างด้วยเกรงว่าจะเกิดผลเสียตามมา ผู้ป่วยก็สามารถปิดบังได้ และการปิดบังข้อมูลไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยปฏิเสธความร่วมมือในการรักษาแต่เป็นการใช้สิทธิ ในการเลือกว่าอะไรคือส่วนที่ควรเปิดเผย ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการยิ่งมีมากเท่าใด ผู้รับบริการจะเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลมากเท่านั้น

การเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ เป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องถือปฏิบัติ เช่น พยาบาลต้องเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ เพราะมีข้อกำหนดเป็นหน้าที่ไว้ในบัญญัติ จรรยาบรรณพยาบาลของสถาบันต่างๆ เริ่มตั้งแต่ในปฏิญญาของมิสฟลอเรนซ์-ไนติงเกิล (The Florence Nightingale Pledge)¹ รวมทั้งจรรยาพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำได้เมื่อพยาบาลตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลโดยยึดหลักความปลอดภัยและประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อสาธารณชนและเพื่อการศึกษาเท่านั้น และจะถือว่าการนำเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยมาเปิดเผยโดยปราศจากเหตุผลเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นการไม่เคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย

การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ หรือการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยนั้นไม่ว่าจะจัดเก็บในรูปแบบดั้งเดิมคือ บันทึกลงในกระดาษ หรือพัฒนาถึงขั้นเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ก็ตาม ต้องคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้รับบริการด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เขียนคำสั่ง หรือผู้เขียนโปรแกรม (programmer) ต้องเขียนคำสั่งให้เครื่องหมายคอมพิวเตอร์เก็บข้อมูลประวัติของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนที่ต้องรักษาไว้เป็นความลับเฉพาะบุคคลไว้ในแฟ้มข้อมูล ซึ่งผู้ใช้คอมพิวเตอร์ต้องใช้รหัสผ่าน (password) ที่ผู้ดูแลข้อมูลข่าวสารทางคอมพิวเตอร์ หรือหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ (Data Processing Manager) กำหนดไว้เท่านั้น เพราะหากไม่ทำเช่นนั้นข้อมูลจะถูกนำมาเปิดเผยได้โดยง่าย ทั้งจะมีผลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรักษาข้อมูลถูกดำเนินคดีตามกฎหมายคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้ ผู้เขียนโปรแกรมรวบรวมข้อมูลและนักวิเคราะห์ระบบ (system analyst) ที่เขียนโปรแกรมให้กับคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในทางการแพทย์ ต้องถือการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นข้อปฏิบัติข้อหนึ่งเสมอไม่ว่าจะเขียนโปรแกรมให้ใช้กับคอมพิวเตอร์ประเภทใดก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เอื้อสมบุรณ์ การศึกษาปัจจัยสนับสนุนการใช้กระบวนการ
พยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537
- เกตุณี เห็นพิทักษ์ "การจัดบันทึกรายงานและการรายงาน" หลักการพยาบาล
พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพฯ : วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, 2533
- เขมา เวสราวัชร์ การประมวลข้อมูลทางธุรกิจโดยคอมพิวเตอร์ ตอน ซอฟต์แวร์
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532
- ชัยเวช นุชประยูร (บรรณาธิการ) การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจร่างกาย
พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง, 2532
- ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ, สำนักงานพัฒนา
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ความเป็นมาของอินเทอร์เน็ต
ในประเทศไทย กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยีแห่งชาติ, 2537
- "-----" เอกสารรายงานทางวิชาการ เทคโนโลยี
เครือข่ายอินเทอร์เน็ต กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยีแห่งชาติ, 2537
- สุชาดา รัชชกุล การวิเคราะห์บันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขต
กรุงเทพมหานคร กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม-
พระเกียรติ, 2528
- Lun, K.C. "Health Care and Telemedicine Experiences" เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการ GIIIC Regional Meeting and International Conference
on National Information Infrastructure for Social and Economic
Development in Asia" Bangkok : United Nations Conference
Center, November 28-30 ; 1995

Storck, J.L. Patients' Right : Ethical and Legal Issues in Health Care and Nursing Toronto : Mc Graw-Hill, 1982

Wong, Arnold "Information Technology's Role in Providing the Solution to Effective Health Care Delivery" เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ GLIC Regional Meeting and International Conference on National Information Infrastructure for Social and Economic Development in Asia Bangkok : United Nation Conference Center, November 28-30; 1995