



คุณค่า คุณภาพบันทึกการพยาบาล และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพ

ดร. พว. ยุวดี เกตสัมพันธ์

พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ

กรรมการสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย

Poll

- บอกความสนใจเกี่ยวกับบันทึกการพยาบาล ท่านคิดอย่างไร
 1. อยากให้มีการอบรมเป็นระยะ
 2. อยากทราบวิธีบันทึกที่ถูกต้อง
 3. เบื่อหน่ายมากกับการบันทึก
 4. เอกสารที่ต้องบันทึกมีจำนวนมาก เป็นการเพิ่มภาระงาน
 5. ทราบว่ามีความสำคัญ แต่ใช้เวลามาก

ความหมายของบันทึกทางการแพทย์

- สิ่งใด ๆ ที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือสร้างขึ้นด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่อธิบายสถานะของผู้ป่วย/ลูกค้า/ผู้รับบริการ เกี่ยวกับการดูแลหรือบริการที่มอบให้แก่ผู้ป่วย/ลูกค้า/ผู้รับบริการรายนั้น
- เอกสารทางการแพทย์หมายถึงข้อมูลผู้ป่วย/ลูกค้าที่เป็น **ลายลักษณ์อักษร** หรือทาง **อิเล็กทรอนิกส์** ที่พยาบาลเป็นผู้บันทึก
- เอกสารเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลและสะท้อนความเป็นมืออาชีพในดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งไม่ใช่เป็น **ประเด็นที่แย่งเวลาการดูแลผู้ป่วย**



คุณค่าบันทึกการพยาบาล

- ช่วยการสื่อสารข้อมูลสำคัญ ทำให้การดูแลมีต่อเนื่อง ลดความผิดพลาด
- เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริง
- เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล
- ใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อมีกรณีฟ้องร้อง
- หลักฐานการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ และการพยาบาล
- การสอนและการวิจัย
- ฯลฯ

บันทึกจะมีคุณค่าได้
ขึ้นอยู่กับคุณภาพการบันทึก

ลักษณะการบันทึกที่มีคุณภาพประกอบด้วย
คุณภาพโดยทั่วไปและที่กำหนดโดยองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะโดยทั่วไปของบันทึกที่มีคุณภาพ

- Factual เป็นความจริง
- Accurate น่าเชื่อถือ ถูกต้อง แม่นยำ ใช้การวัดที่ชัดเจน
- Complete ครบถ้วน เป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้อง
- Timely (date & time) ทันเวลา เป็นไปตามวันและเวลา
- Current: เป็นปัจจุบัน รวมถึงการการ update เอกสารรูปแบบ Flow chart อื่นๆ ตามมาตรฐานองค์กร
- Concise สั้น กระชับ
- Organized: เป็นระเบียบ โดยการจัดข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบ เป็นเหตุเป็นผล
- Properly signed: มีการลงนามอย่างถูกต้อง
- Properly corrected errors: มีการแก้ไขอย่างถูกต้อง

คุณภาพยังต้อง **คำนึงถึงลักษณะเฉพาะตาม**ข้อกำหนดของวิชาชีพการพยาบาล คือสะท้อนกระบวนการพยาบาล

มาตรฐานสภาการพยาบาล
ปฏิบัติภายใต้ข้อบังคับสภาการพยาบาล พ.ศ. 2564
ประกอบด้วย 4 หมวด 35 ข้อ

เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๕๓ ง หน้า ๒๘
ราชกิจจานุเบกษา ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๔

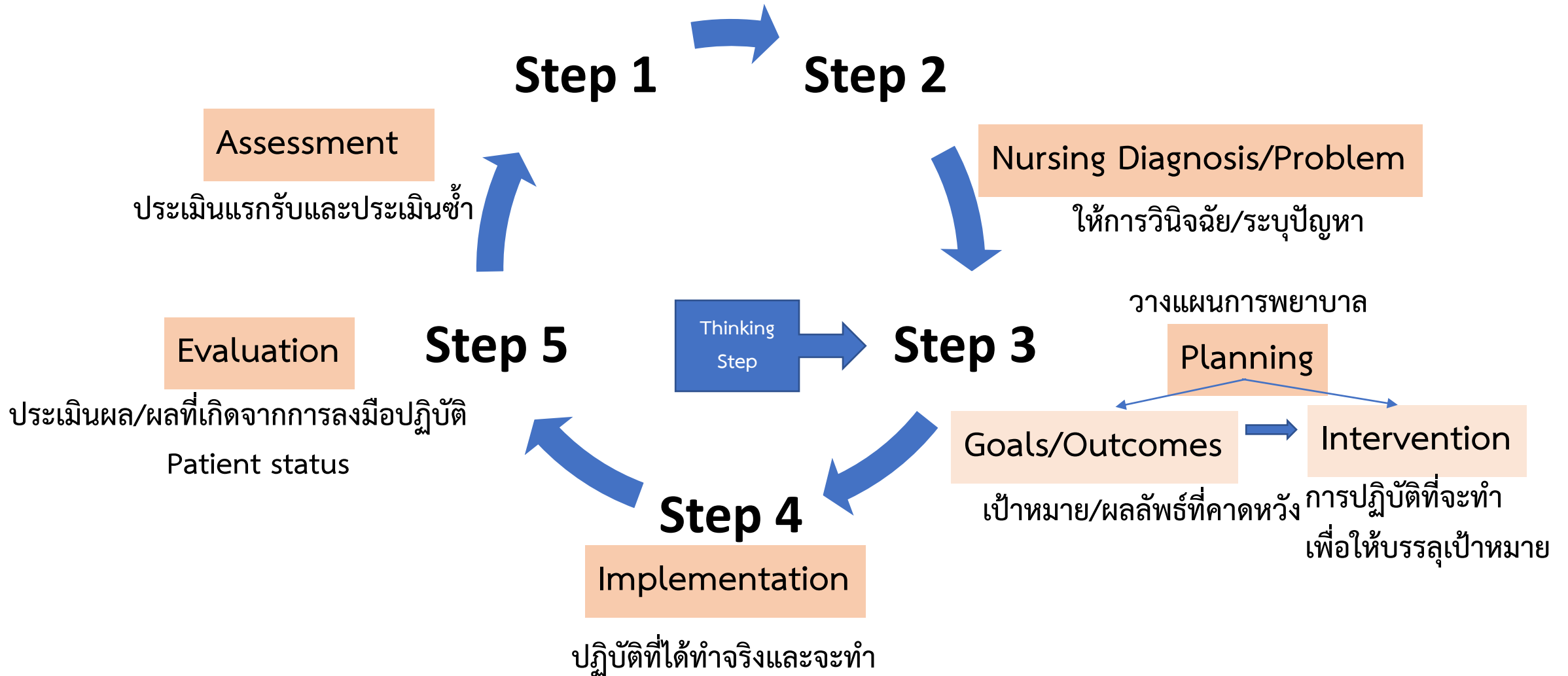
ข้อบังคับสภาการพยาบาล
ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
พ.ศ. ๒๕๖๔

หมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาล
ส่วนที่ 1 การพยาบาล

ข้อ 5 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง **กระทำการ
พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล**

กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

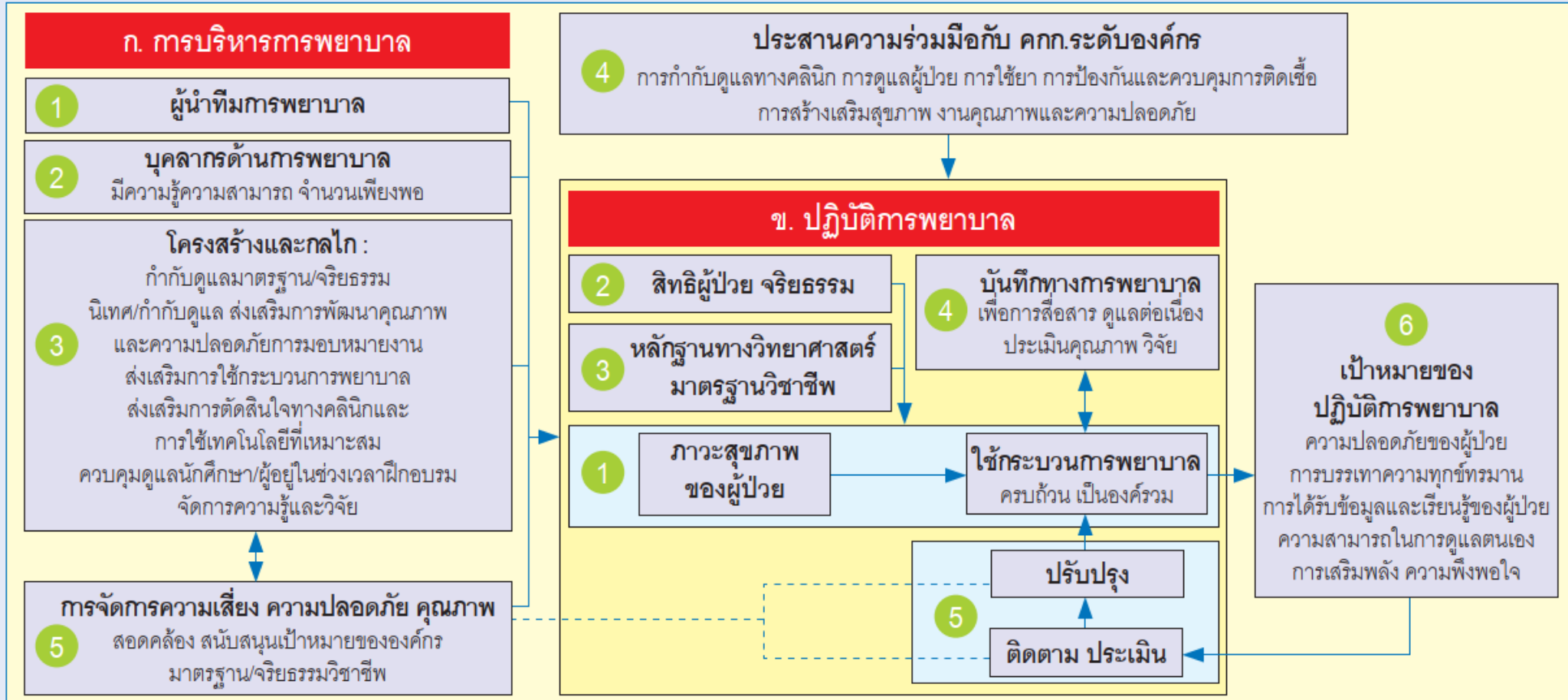
เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าจะเกิดผลดี



เกณฑ์
มาตรฐาน HA

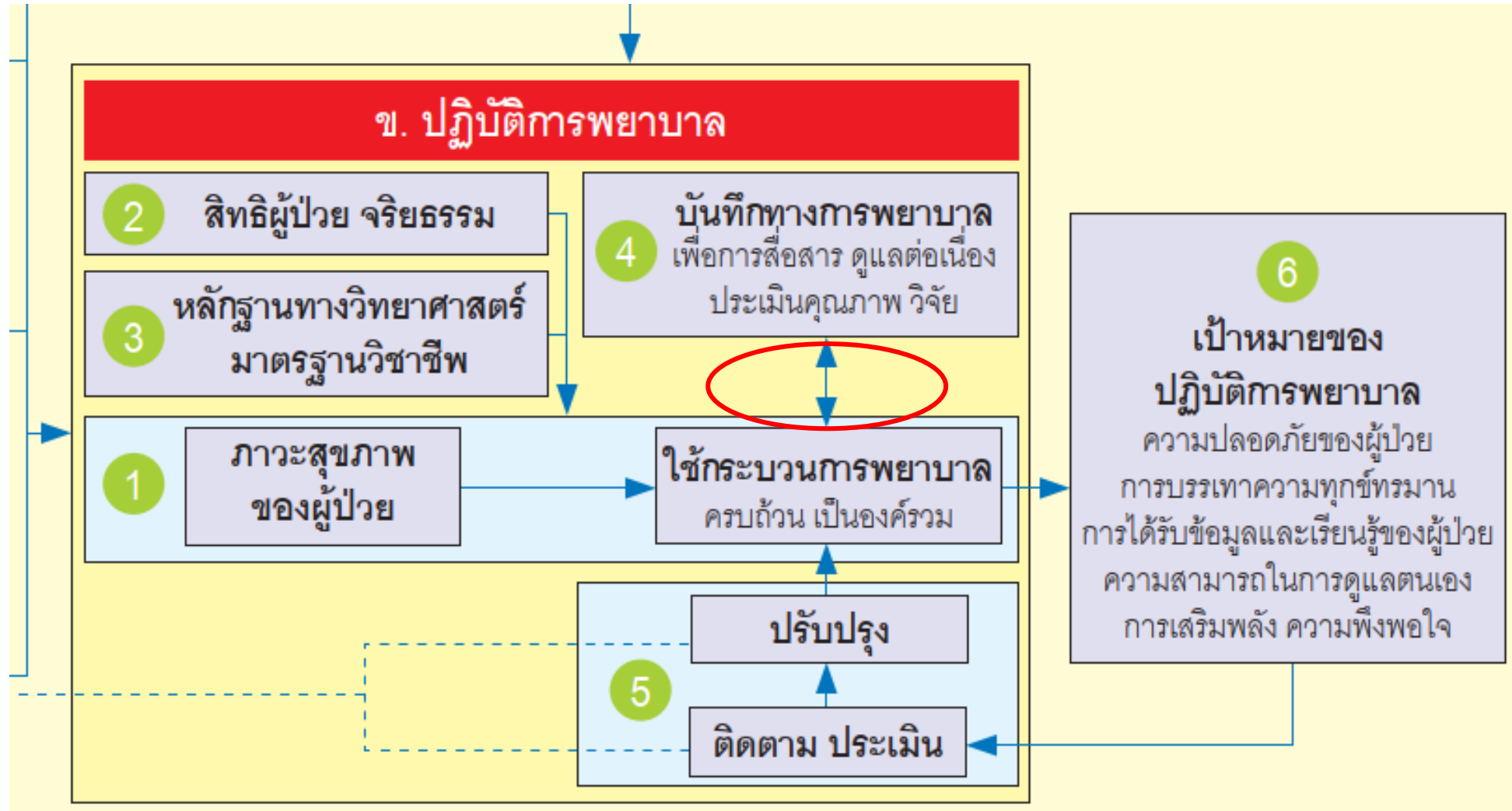
II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ (HA)

เน้นความสัมพันธ์ของบันทึกกับกระบวนการพยาบาล





คู่มือการตรวจประเมิน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563



ใช้เกณฑ์สะท้อน กระบวนการพยาบาล

เกณฑ์ ประเมิน 63

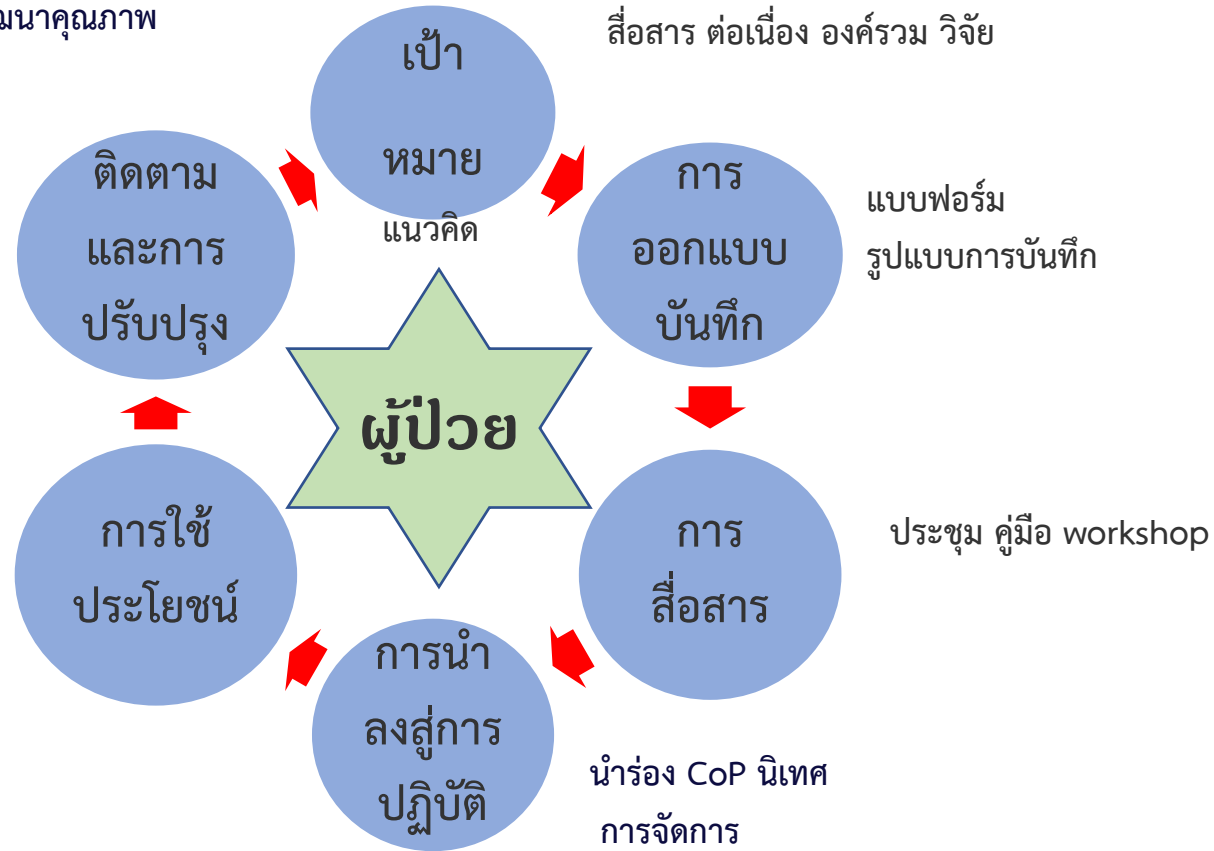
สิ่งสำคัญที่พบจากการทบทวนบันทึกส่วนใหญ่

- บันทึกส่วนใหญ่เป็นข้อมูล Routine ซึ่งมีการบันทึกอยู่แล้ว
- ข้อมูลมีความเป็นนามธรรม ไม่เฉพาะเจาะจง
- มีความซ้ำซ้อนของข้อมูลมาก ข้อมูลเดียวกันเขียนหลายที่โดย
ไม่มีความจำเป็น
- ไม่ใช่ประโยชน์ คนเขียนไม่ได้ใช้ คนใช้ไม่เห็นคุณค่า
- ไม่เชื่อมโยงข้อมูลในบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ที่มีอยู่
- ใช้เวลาในการบันทึกมาก

ปัจจัยส่งเสริมคุณภาพบัณฑิตการพยาบาล

Audit: Close-Open Chart การพัฒนาคุณภาพ CQI

การดูแลต่อเนื่อง RM Research หลักฐานทางกฎหมาย



ผู้นำ

นโยบาย

ผู้ปฏิบัติ

ผู้ใช้ข้อมูล: วิชาชีพ ทีมสหสาขา ศาสตราจารย์

ว.ด.ป.	เวลา	รายการบันทึก	ชื่อผู้บันทึก
16/12/13	9.29 น.	<p>มารดาคลอดชนิด...<i>N/E</i>.....เวลา <i>9:29</i> น. รกคลอดเวลา...<i>9:33</i> น. น้ำหนักทารก <i>3.310</i> กรัม รกหนัก <i>4.80</i> กรัม ลักษณะ <i>except</i> Blood loss <i>200</i> cc. BP <i>102/64</i> mmHg. Wt <i>40</i> Perrinium <i>PLtML/ PRtML</i> /Slight tear Suture Perrinium Silkst./ <i>Catgutsubcutaneous</i>.</p> <p>คำแนะนำหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ให้อ่อนใจ ระวังหลังขยับแผล <input checked="" type="checkbox"/> กระตุ้นให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมงหลังคลอด <input type="checkbox"/> กระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด <input checked="" type="checkbox"/> สอนวิธีการอาบน้ำทารก <input checked="" type="checkbox"/> สอนวิธีการให้นมทารกถูกวิธี <input checked="" type="checkbox"/> แนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอด <input checked="" type="checkbox"/> แนะนำวิธีการดูแลแผลฝีเย็บ <p>การประเมินก่อนกลับบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มารดาอุ้มบุตรถูกวิธีและให้นมบุตรถูกวิธี <i>ถูก Refer ผ.นศ.</i> <input type="checkbox"/> มารดามีน้ำหนักเฉลี่ยบุตรอย่างพอเพียง <input type="checkbox"/> อาบน้ำบุตรได้อย่างถูกต้อง <input checked="" type="checkbox"/> แผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ <input checked="" type="checkbox"/> สามารถบอกการปฏิบัติตนหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง <input checked="" type="checkbox"/> สามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทั้งมารดาและบุตร <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการแจ้งเกิดแล้ว <p>ผู้ประเมิน <i>นางสาว</i> ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายเหตุ (สาเหตุการประเมินไม่ผ่าน เนื่องจาก.....)</p> <p style="text-align: right;"><i>รับรองสำเนาถูกต้อง</i> <i>[Signature]</i></p>	
19 ธ.ค. 64	10.00 น.	<p>ชื่อ น.ส. <i>[Redacted]</i> อายุ: 18 สาขา สูติก HN : 6201452 AN : 630002645</p>	

การออกแบบบันทึก check list
 มีโอกาสเกิด Check ไม่ตรงความจริง

Check list เป็นแค่รายการที่ต้องทำ
 ในระหว่างการตรวจประเมิน
 เพื่อป้องกันการลืมน
 และไม่ให้เกิดความผิดพลาด

23.	<u>-BP 20/12/95</u>	-obs. sign shock.	- pulse 120/150 HR ¹¹⁰ = 120/min
		- 20 vts @ 1 hr.	BP 242 ¹¹⁰ / 47 mm Hg.
		- monitor turned in load 0.9% NCC	
		500 ml then Depo (2:1) @ drip	
		10 ml/min titrate ^{by} keep BP	
		790/60 mm Hg	
		- 1577 ABA	↳ lab 4577.

พิจารณา: โครงสร้างหอผู้ป่วยที่ช่วยส่งเสริมหรือ ขัดขวางประสิทธิภาพบันทึกการพยาบาล







องค์ประกอบบันทึกการพยาบาล และการออกแบบสะท้อนกระบวนการพยาบาล

ดร. พว. ยุวดี เกตสัมพันธ์

พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ

กรรมการสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย

ท่านเห็นด้วยกับข้อความใดมากที่สุด

- การบี

องค์ประกอบบันทึกการพยาบาลสะท้อนกระบวนการพยาบาล

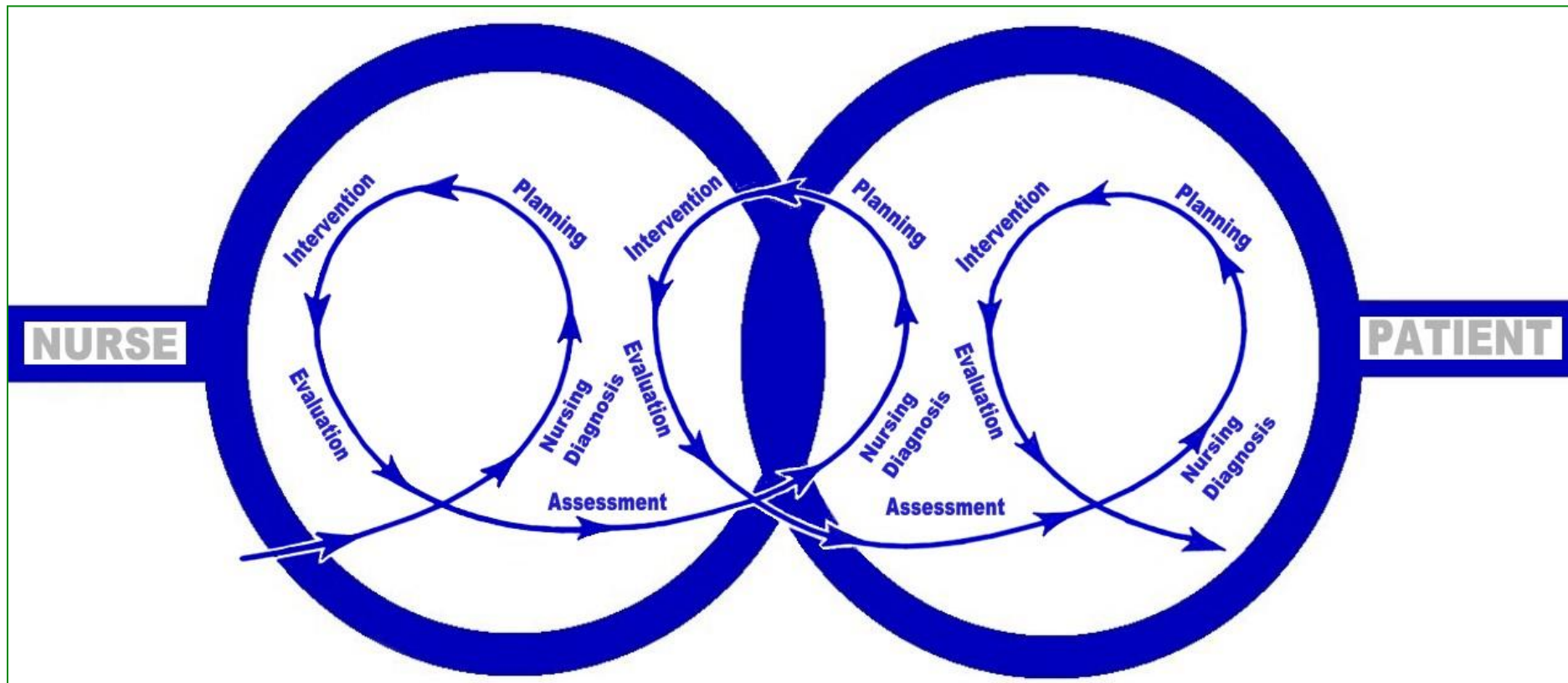
- กระบวนการพยาบาล: กระบวนการที่เป็นระบบ เกิดขึ้นขณะที่ให้การพยาบาลโดยตรงเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย
- บันทึกทางการพยาบาล: เป็นข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึก ทั้งข้อมูลที่พยาบาลให้การพยาบาลเอง และข้อมูลสำคัญอื่นๆ ที่เห็นว่ามีประเด็นที่ต้องการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ เพื่อการดูแลต่อเนื่องลดความผิดพลาด

กระบวนการพยาบาลคืออะไร

- กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งมอบการพยาบาล คุณภาพสูง ประกอบด้วยห้าขั้นตอน: การประเมิน การวินิจฉัย ผลลัพธ์/การวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล ขั้นตอนเหล่านี้มักเรียกด้วยตัวย่อ: ADPIE
- กระบวนการพยาบาลมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยและการตอบสนองทางสรีรวิทยาและจิตใจของผู้ป่วยต่อ กระบวนการด้านสุขภาพหรือชีวิตหรือวิกฤตการณ์ กระบวนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลวางแผน นำไปใช้ และประเมินการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนถึงสื่อสารกับสมาชิกคนอื่นๆ ในทีมดูแลสุขภาพ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยผ่านกระบวนการพยาบาล

ประเมิน กำหนดปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล



ให้การพยาบาลตามแผน ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

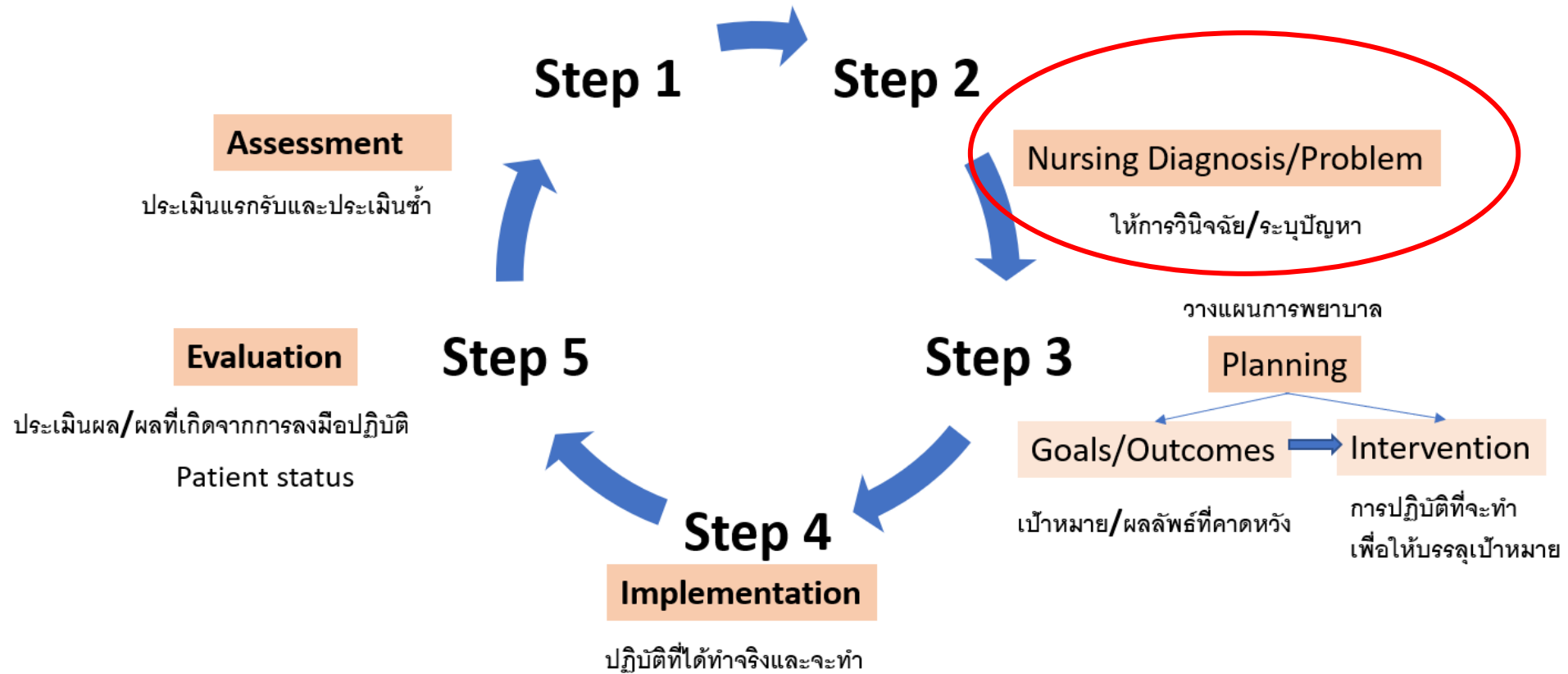
กระบวนการทางการแพทย์

กระบวนการทางการแพทย์เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุผลในการส่งมอบการดูแลสุขภาพ
กระบวนการทางการแพทย์อาจเป็น:

- Diagnostic processes การวินิจฉัย
- Therapeutic processes การรักษา
- Preventive processes การป้องกัน ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและสภาพของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับ การทดสอบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อระบุพยาธิสภาพของโรคหรือ
การเจ็บป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ช่วยให้แพทย์กำหนดทางเลือกในการรักษาและสั่งจ่ายยาหรือวิธีการรักษาได้
การวินิจฉัยทางการแพทย์สามารถระบุสถานะหรือโรคในอดีตได้ตลอดจนสภาพปัจจุบัน

ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้การดูแลได้ผลลัพธ์ดี



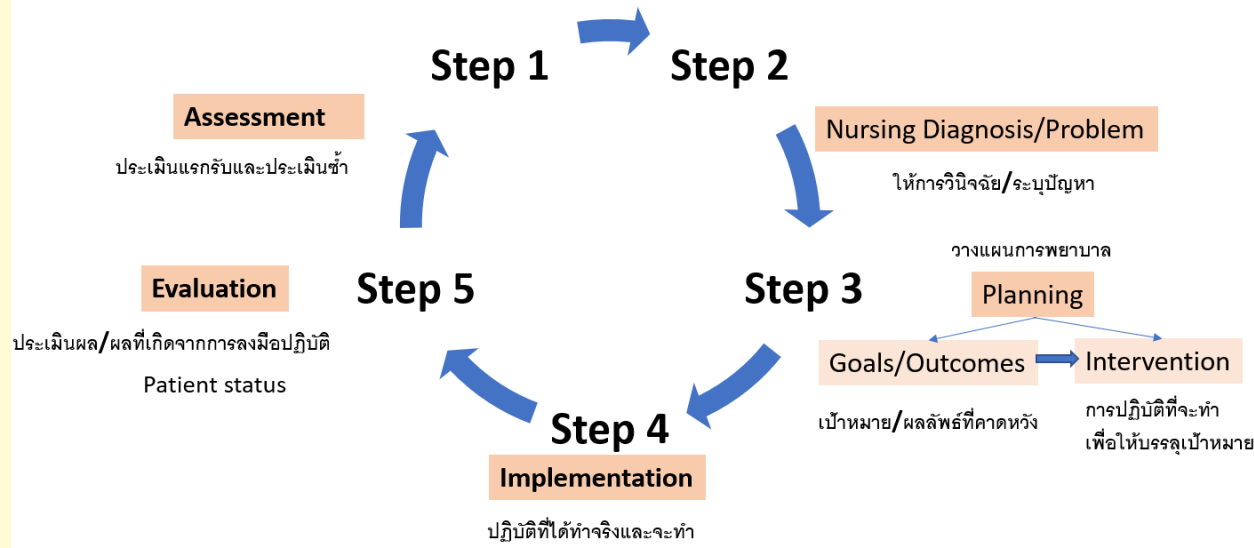
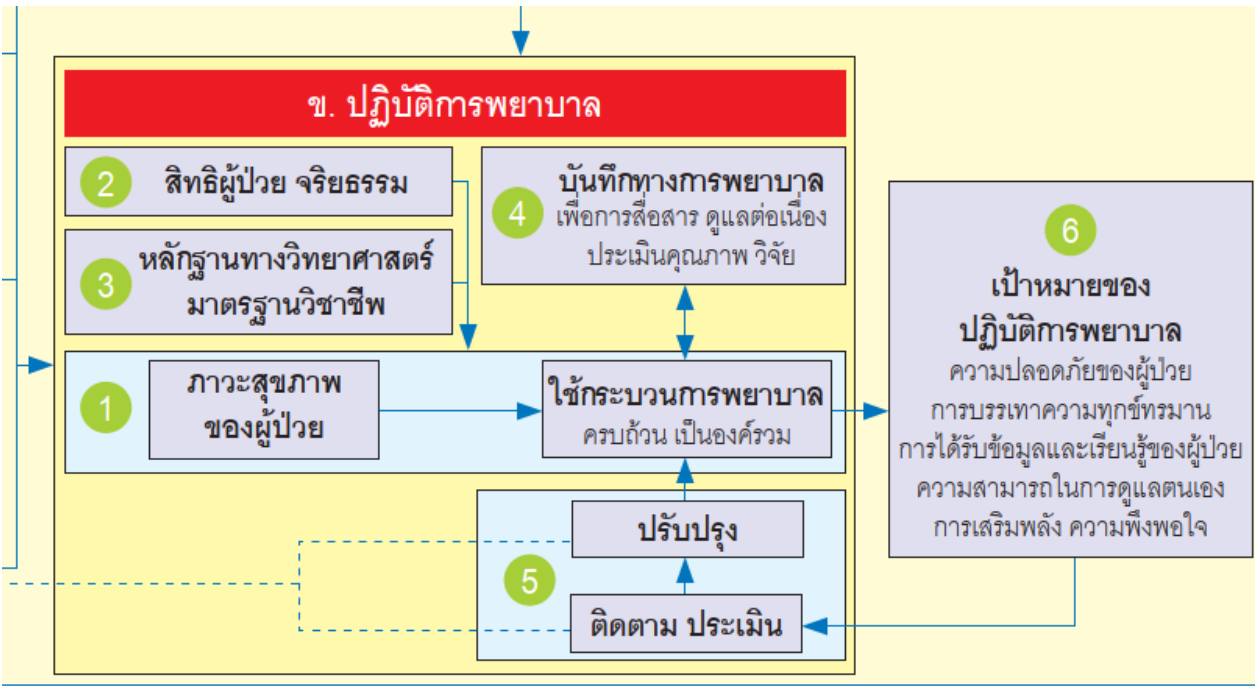
เปรียบเทียบปัญหาทางการแพทย์และปัญหาทางการพยาบาล

Medical Diagnosis	Nursing Diagnosis
เน้น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือกระบวนการของโรค	เน้นการตอบสนองโดยทันทีหรือโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพหรือตามกระบวนการชีวิต
คงที่ไม่เปลี่ยนแปลงจนการรักษาได้ผล	มีการเปลี่ยนแปลงตามการตอบสนองของผู้ป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ
สำหรับผู้ป่วยเท่านั้น	สำหรับผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแล

สาระที่บันทึกตามกระบวนการพยาบาลในคลินิก

การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล	สาระการบันทึก
กระประเมินแรกรับ การประเมินซ้ำ	ข้อมูลที่ประเมินเมื่อแรกรับ ข้อมูลประเมินซ้ำที่สำคัญ
ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา	ใช้รูปแบบ Nanda หรือข้อความระบุปัญหา
วางแผน	ไม่จำเป็นต้องบันทึก เพราะยังไม่เกิด เป็น Thinking Step
ปฏิบัติพยาบาล	ระบุกิจกรรมที่ได้ทำหรือจะทำที่มีความสำคัญที่จะจัดการกับข้อวินิจฉัย/ปัญหา
ประเมินผลการปฏิบัติ	ระบุสิ่งที่เกิดหลังการปฏิบัติที่

ภาพรวมของกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล



สรุป ภาพรวมของกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล

- กระบวนการพยาบาล: กระบวนการที่เป็นระบบ เกิดขึ้น**ขณะที่**ให้การพยาบาล โดยตรงเพื่อใช้ในการแก้หรือส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย
- บันทึกทางการพยาบาล: เป็นข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึก ทั้งข้อมูลที่พยาบาลให้การพยาบาลเอง และข้อมูลสำคัญอื่นๆ ที่เห็นว่ามีประเด็นที่ต้องการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การบันทึกเกิดขึ้น**หลัง**ให้การพยาบาล

กระบวนการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาล

■ เป้าหมาย

NP: ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ทั้งที่ป่วย และ ไม่ป่วย

Nur Doc: การสื่อสารมีประสิทธิภาพ การดูแลต่อเนื่อง เป็นหลักฐาน

■ กระบวนการ

NP: เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วย

Nur Doc: เกิดหลัง action ของพยาบาล สิ้นสุดลง

■ การประเมินผล

NP: ผลของการดูแลที่เกิดจาก action ของพยาบาล

Nur Doc: ชัดเจน สื่อความได้ และสามารถดึงข้อมูลกลับมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว

Best practice ที่ช่วยแก้ปัญหาการบันทึก

- Lean รูปแบบการเขียนเน้นสอดคล้องเกณฑ์การบันทึก
- ปรับกระบวนการทำงานและสถานที่ทำงานให้เอื้ออำนวยในการบันทึก ใช้เวลาน้อยและมีความถูกต้องเนื้อหามากที่สุด







Focus Charting: บันทึกที่ใช้แนวคิด Lean และผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง FAIE องค์กรประกอบ สำคัญ Focus Charting

ดร. พว. ยุวดี เกตสัมพันธ์

พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ

กรรมการสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย

FOCUS CHARTING



WHAT

WHY

WHY

WHAT

WHAT

WHAT

HOW

WHY

WHY

HOW

HOW

WHY

WHAT

WHY

HOW

WHY

HOW

HOW

WHY

HOW

WHY

WHY

WHAT

WHY

WHAT

WHAT

HOW

การพัฒนาระบบบันทึกแบบ Focus จากประสบการณ์ที่ รพ ศิริราช

เริ่มพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ปี พ.ศ 2552

ปี พ.ศ. 2555 ใช้ทุกหน่วยงาน: IPD OPD หน่วยพิเศษต่างๆ

Why: เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ

ลดความสูญเปล่าในระบบบันทึกใช้แนวคิด Lean

How: ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บันทึกเฉพาะสาระสำคัญ ที่ทีมสามารถใช้ประโยชน์

เป้าหมายการพัฒนา

Patient centered

เชื่อมโยง

ต่อเนื่อง

ลดความซ้ำซ้อน

เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ชัดเจน

เป็นไปตามมาตรฐาน(nursing Process)

Staff พอใจ

การเรียนรู้ Focus Charting

- เป็นวิธีหนึ่งของการบันทึก
- ใช้แนวคิด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- เป็นบันทึกที่แสดงข้อมูลสำคัญและเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย
- Focus อาจเป็น nursing diagnosis ปัญหาของผู้ป่วย อาการ และอาการแสดง การเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วย หรือ เหตุการณ์สำคัญใด ๆ ที่ต้องการสื่อสารให้ทีมทราบ
- เป็นวิธีที่พยาบาลใช้ ออกแบบมาเพื่อประหยัดเวลาและลด ความซ้ำซ้อน และเป็นวิธีที่ใช้ได้ดีในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนมาก และง่ายต่อการอ่านโดยวิชาชีพอื่น

หลักการสำคัญ Focus Charting

- บันทึกเฉพาะการเปลี่ยนแปลงใหม่(เกิดขึ้นในขณะดูแล) หรือข้อมูลสำคัญที่เกิดขึ้นในเวลานั้น หรือเมื่อเวลาไปเยี่ยมที่บ้านแต่ละครั้ง
- เป็นข้อมูลของผู้ป่วยใช้หลักการ Patient centered ไม่ใช่เป็นข้อมูลที่เป็นความสนใจของพยาบาล (เช่น เฝ้าระวังไม่ให้เลือดหมด ฝากเวรตึกเจาะlab ... เป็นเรื่องของพยาบาล)
- ข้อมูลที่มีในเอกสารอื่นไม่ควรนำมาเขียนซ้ำโดยไม่มีประเด็นสำคัญ

Focus Charting ให้ความสำคัญของข้อมูลที่บ้านทีก

อะไรคือข้อมูลที่สำคัญสำหรับบันทึกการพยาบาล

ข้อมูลสำคัญ = ข้อมูลที่มีคุณค่า = ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

พิจารณาข้อมูลต่อไปนี้มีประโยชน์หรือไม่ ถ้าไม่มีประโยชน์จะเปลี่ยนวิธีบันทึกเป็นอะไร

- Pneumonia ปรับเป็น มีไข้สูง / หอบ / พร่องออกซิเจน (ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย)
- ให้ยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ปรับเป็น...
- เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงให้แล้ว ปรับเป็น...
- ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ ปรับเป็น...
- แผลแห้งดี Dressing ให้แล้ว ปรับเป็น ...
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปรับเป็น ...

อะไรคือข้อมูลสำคัญในระบบบันทึกการพยาบาล Focus charting

- เรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ที่ทีมดูแลสามารถใช้ประโยชน์ได้ เป็นระบบบันทึกที่มุ่งเน้นผู้ป่วย (Patient centered) เช่น ญาติไม่ต้องการให้บอก Diagnosis การ consult ทีมอื่นมาดูแล
- เรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาล ที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการระบุปัญหาสำคัญ ข้อมูลการประเมินที่สอดคล้องกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมของพยาบาล(ทำเองหรือที่ช่วยแพทย์ทำการรักษา

โครงสร้างการบันทึก Focus charting

FAIE หรือ FDAR

Focus (F) คือ การระบุประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหา หรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

Assessment (A) คือ ข้อมูลที่สนับสนุนประเด็น Focus รวมถึงข้อมูล Subjective data Objective Data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น

Intervention(I) คือ สิ่งที่ปฏิบัติทันทีหรือจะปฏิบัติหรือแผนการดูแลที่มีพื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จากการ Assessment ซึ่งเป็นการกระทำทั้ง past-present-future

Evaluation(E) คือ การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการของพยาบาลหรือที่ช่วยแพทย์ทำการรักษา

Goals/outcomes คือการระบุเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นตามประเด็น Focus ที่ระบุไว้ มีหรือไม่แล้วแต่ระบบที่วางไว้


การออกแบบ โครงสร้าง Focus Charting

- ประกอบด้วย 2 ส่วน
- ส่วนที่ 1 Focus List เป็นส่วนที่บันทึก รายการปัญหา เป็นภาพรวมของลำดับปัญหา ที่แสดงวันเริ่มปัญหา วันสิ้นสุด และสถานะของปัญหาที่เป็นปัจจุบัน เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้น
- ส่วนที่ 2 Focus Note เป็นส่วนที่บันทึก การเปลี่ยนแปลง Progress note (ปรับจากแบบเดิม)

Focus List

		Word: _____ NR.DOC.02.R. H.N. _____ A.N. _____ Name: _____ Age: _____ PRINT/NAME LABEL	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Focus</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Goal/Outcome</div>	
No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE RESOLVED
			วันเริ่ม วันสิ้นสุด
ภาพรวมของลำดับปัญหา			
การออกแบบฟอร์มมีความสำคัญ			
สะท้อนความความเข้าใจ และเสริมการไหลลื่นของข้อมูล			
Page _____			

Focus Note(Progress Note)

		Word: _____ H.N. _____ A.N. _____ Name: _____ Age: _____ PRINT/NAME LABEL	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #ADD8E6;">F</div> ↓ NURSING FOCUS NOTE		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #ADD8E6;">A</div> ↓ I-E	
DATE / SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE A : Assessment I : Intervention E: Evaluation
			การเปลี่ยนแปลง ในแต่ละเวร Ass Inter Eva Progress Note FAIE

โครงสร้างแบบฟอร์มเดิมที่ใช้ร่วมกัน

ใบประเมินแรกรับ จนถึง
ใบ Discharge Summary

The image displays several overlapping forms from Siriraj Hospital:

- ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL:** Includes personal data (Name, Age, Sex, Education, Occupation), admission details, and vital signs (Temp, Height, HR, Resp, Weight).
- MONITORING NURSING RECORD, SIRIRAJ HOSPITAL:** A grid for recording vital signs (T, P, R, BP, FHR) over time.
- ORAL MEDICATION RECORD, SIRIRAJ HOSPITAL:** A table for tracking medication administration with columns for Date, Time, Sign, and Frequency.
- DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM, SIRIRAJ HOSPITAL:** A grid for recording nursing care activities (Nursing Care, Bath, Mouth Care) across multiple days.
- NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL:** Contains patient information, diagnosis, treatment, health status before discharge (Vital signs, Level of Consciousness, Therapeutic Device), continuing health problems, and health information.
- Vital Signs Chart (Left):** A vertical chart with a red line indicating pulse and temperature trends.
- Other forms:** Includes a 'Dermal Assessment' form with a body diagram and a 'Discharge Summary' form with fields for discharge date, location, and patient property.

ใบประเมิน

แรกเริ่ม มี

ข้อมูล

แสดง

สุขภาพ

ความ

รวม

และ

สำคัญ

ใช้

พื้นที่

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM
SIRIRAJ HOSPITAL

NR.DOC.01_Adl.R1

Ward
HN. AN.
Name Age

Print / Name label

Personal Data

Sex Education Occupation

Admission Date Time

Mode of Arrival : Walk Wheel Chair Stretcher Other

Vital signs :
Temp. °C HR / min Language :
Resp. / min BP mmHg

Diagnosis

Height cm Measure Ask Estimate
Weight kg Measure Ask Estimate
Dominant Hand : Right Left

Chief complaint

Present illness

Past illness History

Family illness History

Known Allergies (Drugs, Food, Other) : Reactions

Tobacco <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Smoked duration	Alcohol <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit	Other Drugs/Substances <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit	Exercise : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Always	Sleep / Rest : hr/day <input type="checkbox"/> Enough <input type="checkbox"/> Not enough
Quit duration	Drank duration	Used duration	<input type="checkbox"/> Sometimes	What helped in the past? :
<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous	Quit duration	Emergency Notify : Name	Relationship Phone #
frequency / day	frequency / day	frequency / day		
duration	duration	duration		

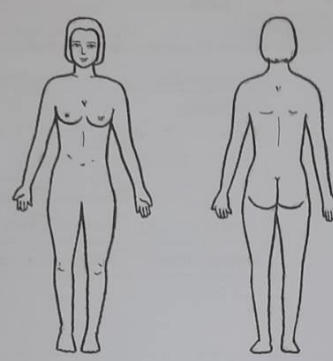
Nutrition / Metabolism

Feeding : <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Assisted <input type="checkbox"/> NG/OG <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy tube <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition	Diet : <input type="checkbox"/> NPO at <input type="checkbox"/> Ordinary Diet <input type="checkbox"/> Liquid / Soft Diet	Special Diet : <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low Na <input type="checkbox"/> Low Prot. <input type="checkbox"/> High Prot. <input type="checkbox"/> Other	Swallowing Difficulty : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Solid <input type="checkbox"/> Liquid Appetite : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	GI. Problem : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other
--	--	---	--	--

Skin

Dermal Assessment : WNL Abnormal ; Use letter to indicate type and location on diagram

A : Abrasion B : Burn
C : Contusion E : Ecchymosis
H : Hematoma
IAD : Incontinence Associated Dermatitis
ITD : Intertriginous Dermatitis
L : Laceration M : Mass
P : Petechiae
PI : Pressure Injury Stage
R : Rash S : Suture
Sc : Scar
SR : Skin reaction from radiation
..... ostomy



Color : Normal
 Pale Jaundice
 Cyanosis

Pressure Injury Staging

Stage 1 Intact skin with non-blanchable redness of localized area usually over a bony prominence.
Stage 2 Skin loss: abrasion, blister or shallow crater.
Stage 3 Shallow / Deep crater: not extend down through underlying fascia.
Stage 4 Deep crater: exposed bone, tendon or muscle.
Unstageable Slough (yellow, tan, gray, green, or brown) and/or eschar obscured wound bed.
Suspected Deep Tissue Injury Purple localized area of discolored intact skin or blood-filled blister due to damage of underlying soft tissue from pressure and/or shear.

Temp. : Warm Hot Cool
Moisture : Moist Dry
Turgor : Good Poor

Cardiopulmonary

Pulmonary

Rate : <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	Rhythm/Depth: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Shallow	Effort : <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other	Cough : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other	Sputum <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hemoptysis <input type="checkbox"/> Frothy Color <input type="checkbox"/> Other	Current Treatment : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other
---	--	---	---	--	--

Cardiovascular

Pulse Rhythm : <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Pulse Amplitude : <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak	Pulse Rate : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	Edema : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized	Chest Pain : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location
	<input type="checkbox"/> Absent		<input type="checkbox"/> Pitting	Referred Pain
				Duration
				Frequency

Neck Vein Engorged : No Yes

1403 หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 320/200 เล่มๆละ 100 ชุดๆละ 2 แผ่น/ม.ค.64/98765/Mat.19016786/3061/GTO.

มีการระบุ

ประเด็น

Discharge

Planning

ระบุในใบ

ประเมินแรก

รับ เพื่อ

รองรับเกณฑ์

ที่กำหนด

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME HN AN WARD

Neuromuscular

Neurosensory

Level of Consciousness (LOC) :
 Alert, awake and oriented
 Lethargic (Sleepy but easily aroused)
 Stuporous (responsive only to noxious stimuli)
 Comatose (not responsive to noxious stimuli)

Vision :
 Normal
 Impaired
○ Rt
○ Lt

Hearing :
 Normal
 Impaired
○ Rt
○ Lt

Speech :
 Normal
 Impaired
Device

Smell : Normal
 Impaired

Sensation:
 Normal
 Numbness

Tingling

Musculo-Skeletal

Hand Grasps :
 Strong
 Weak ○ Rt ○ Lt
 Absent ○ Rt ○ Lt

Joint : WNL
 Swollen
 Stiff
 Tender
 Other.....

Weakness :
 No
 Yes

Paralysis :
 No
 Yes

Seizure :
 No
 Yes

Movement :
 Normal
 Abnormal

Mobility

Activity / Function :
 Independent
 Require Assistance in
○ Eating ○ Dressing
○ Toileting ○ Bed Mobility
○ Transferring ○ Ambulation
○ Other

Prosthetic / Assistive Devices :
 No Yes
○ Cane
○ Walker
○ Wheel Chair
○ Artificial Limb
○ Other

Safety

Fall History :
 No
 Yes

Obvious High risk :
 No
 Yes

Fall risk assessment score:
 0 (No risk)
 1 - 4 (Low risk)
 > 4 (High risk)

Elimination/Reproductive

Gastrointestinal

Oral Cavity :
 Moist Dry
 Abrasion Tumor
 Denture
 Other

Abdomen :
 Soft
 Tender
 Other

Bowel Pattern : time / day

Elimination Problem :
 None Constipation
 Diarrhea Incontinent
 Other

Genito-Urinary

Bladder :
 Soft
 Distended
 Other

Voiding : (Day : Night)
 Continent
 Incontinent
 Dysuria
 Catheter
 Other

Urine :
 Clear
 Cloudy
 Bloody
 Other

Reproductive

Genital Organ :
 Normal
 Abnormal

Breast :
 Normal
 Abnormal

Menstrual Problem : (Female Only)
 No
 Yes

LMP :



Pain Management

Pain No Yes

Pain Location When

What causes pain to increase?

Pattern : Intermittent Constant Other

How does patient describe the pain : Burning Dull Sharp Other

Intensity :

0 No pain 2 Mild pain 4 Moderate pain 6 Severe pain 8 Very severe pain 10 Worst possible pain

Does pain affect patient's ability to :
 Eat Activity Sleep Elimination
 Mood Self Image Sexuality Social Interaction

What relieves pain : Cold Compression Hot Compression Massage Relaxation Reposition
 Rest / Sleep Medication Other

Information / Teaching / Learning Needs

Orientation Disease Process Medication
 Activity Wound / Ostomy Care Diet Changes
 Safety Pre / Post - Op. Teaching Infection Control
 Self care Signs / Symptoms to report to Med. Staff
 Test / Process Treatment Equipment

Factor that may influence the patient's ability and readiness to learn
 None Religious Practices Motivation
 Language Barriers Psychosocial Factors Cultural
 Cognitive Limitation Hearing / Vision / Speaking Impairment

Comment

Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support

Religion Special Religious / Cultural considerations for hospitalization No Yes

Anxiety : None Illness Family Finance Other

Support System : None Parents Spouse & Family Friend(s) Other

Will patient need palliative care? No Yes

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria	Discharge Planning Needs
1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living/Physical functioning? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2. Does patient need discharge planning? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes complete 2.1-2.4 & Discharge Planning Needs)	
2.1 Caregiver <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes complete A&B)	
A. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
B. Is assistance needed that family can't provide? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2.2 Equipment <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2.3 Environment <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2.4 Financial <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Home Environment :
Lives With : Parents/ Family Alone Spouse Friend Other

Lives Where : House Apartment/Condominium Nursing Home Other.....

Possible Referral Needs :
 Wound Care/Burn Care Social Service
 Rehabilitation / PT Speech OT
 Psychologist Other

Assessment Initiated by RN : Date Time



การออกแบบที่เป็นปัญหา ในการสื่อสาร

ว.ค.ป.	ข้อมูลปัญหา	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
16 พฤศจิกายน 15-16.11.66	- คัดเลือกในรพ. - cleft lip & cleft palate	- อบรมอาคมแปลภาษา - ฝึกเขียน RPN, RNF อื่น กค	- ทบทวน Action ที่ 16.11.66 - อบรมอาคมแปล ภาษา ได้ผลดี อากาภา ให้ใบรับ ใบ leak อบรม RNF
16.11.66 16.30-20.00	- คัดเลือกในรพ. - cleft lip & cleft palate รับ feed ที่ รพ	- General & hygiene care - ฝึกปฏิบัติสอนอาคมแปลภาษา - observe อาคมรับ feed ที่ รพ - observe signs ของการติดเชื้อ - on OG feed - observe feed on rise นอน - ฝึกอ่าน RNF อื่น - record บันทึก	- Active ที่ รพ - ฝึกเขียน RNF No Apnea No cyanosis - ฝึกอ่าน RNF อื่น - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak
	- อบรมอาคมแปลภาษา	- อบรมอาคมแปลภาษา	- อบรมอาคมแปลภาษา
17 พฤศจิกายน 24-25.11.66	- คัดเลือกในรพ. - cleft lip & cleft palate รับ feed ที่ รพ	- ฝึกปฏิบัติสอนอาคมแปลภาษา - observe อาคมรับ feed ที่ รพ - observe signs ของการติดเชื้อ - on OG feed - observe feed on rise นอน - ฝึกอ่าน RNF อื่น - record บันทึก	- ฝึกเขียน RNF No Apnea No cyanosis - ฝึกอ่าน RNF อื่น - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak
	- อบรมอาคมแปลภาษา	- อบรมอาคมแปลภาษา	- อบรมอาคมแปลภาษา
18 พฤศจิกายน 24-25.11.66	- คัดเลือกในรพ. - cleft lip & cleft palate รับ feed ที่ รพ	- ฝึกปฏิบัติสอนอาคมแปลภาษา - observe อาคมรับ feed ที่ รพ - observe signs ของการติดเชื้อ - on OG feed - observe feed on rise นอน - ฝึกอ่าน RNF อื่น - record บันทึก	- ฝึกเขียน RNF No Apnea No cyanosis - ฝึกอ่าน RNF อื่น - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak - ฝึกเขียนใบรับ ใบ leak
	- อบรมอาคมแปลภาษา	- อบรมอาคมแปลภาษา	- อบรมอาคมแปลภาษา

ทำความเข้าใจการบันทึก FOCUS

- Focus หมายถึงปัญหาหรือประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่พยาบาลผู้ดูแลได้จัดการในแต่ละเวร อาจเป็นปัญหาที่แก้ได้ในเวรนั้น หรือยังต้องการดูแลต่อเนื่อง
- การเขียนประเด็น Focus สามารถเขียนได้หลายวิธี แต่ทุกวิธีต้องแสดงประเด็นที่เป็นปัญหาหรือเรื่องสำคัญที่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน
- วิธีเขียน Focus:
 - เป็นคำเช่น ปวด
 - เป็นวลี เช่น ปวดแผล
 - เป็นวลีแบบ **Nursing Diagnosis** เช่น เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- ข้อเสนอแนะ: ผู้ที่พบปัญหาก่อน เขียน Focus ไว้อย่างไร ควรเขียนตามนั้น ไม่ใช่คนแรกเขียน”ปวด” คนต่อไปประเมินได้เหมือนกันแต่เขียน”ปวดแผล”

หมวดหมู่ Focus/ปัญหา	ตัวอย่าง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือ ปัญหาร่วมของทีมในการวางแผนการดูแล	skin integrity, coping, activity tolerance, self care deficit
อาการหรืออาการแสดง ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือแผนการดูแลรักษา หรือเป็นตัวบอกเหตุ (Trigger)	feverสูง, กลั้นปัสสาวะไม่อยู่, ความดันโลหิตสูง, อ่อนเพลียมาก,
สิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน	คลื่นไส้, chest pain, pre-op teaching, ปวดศีรษะมาก

หมวดหมู่ Focus/ปัญหา	ตัวอย่าง
การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน	respiratory distress, seizure, discomfort, lost of consciousness
เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ	การจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การให้เลือด begin treatment regimen (oxygen), change in diet, catheterization การให้ยา chemotherapy ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ


หมวดหมู่ Focus/ปัญหา	ตัวอย่าง
ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือ การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ความต้องการวางแผนจำหน่าย การปรึกษา กายภาพบำบัด การปรึกษาโภชนาการ Referral
การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของ โรงพยาบาล	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาเอง Drug Reconciliation ไม่รับรู้เวลาสถานที่

ประโยชน์ ของ Focus List

- แสดงภาพรวมของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ทั้งปัญหาที่แก้ไขแล้วมีผลลัพธ์เป็นไปตามเป้า และที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายซึ่งทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
- เปรียบเหมือนแผนหรือทิศทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการไปให้ถึง ชี้ทิศทางกิจกรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแต่ละคนอาจตัดสินใจปฏิบัติการแตกต่างกันขึ้นกับความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ แต่เมื่อมี Goal/outcomes กำกับ ความแตกต่างของการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และในที่สุดก็สามารถทำให้บรรลุผลเดียวกัน
- แสดงเรื่องราวของผู้ป่วยที่พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนการดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวมมากขึ้น
- สื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้แก่พยาบาล (ระหว่างพยาบาลเวรต่อเวร หรือระหว่างหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ICU/OR กับหอผู้ป่วย) และให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ

การบันทึก Focus ในแบบฯ Focus List

DATE / SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE
1 มค. 55 15-23 น.	19.00 น.	Risk for PPH 1	A หลังคลอด C/S 2 ชม. มีแผลในโพรงมดลูก / Blood loss 800 cc / มีประวัติ Uterine stony ใน OR / ประเมินแทรกซึมมดลูกไม่แข็ง ผลตรวจปัสสาวะ มีโปรตีนใน Urine bag 100 cc
	19.30 น.		
	19.00 น.	Risk for fall 2	
	19.30 น.		
	21.00 น.	ปวดแผลหน้าท้อง 3	



NURSING FOCUS LIST

H.N. A.N.
Name Age

PRINT/NAME LABEL

No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED
1	Risk for PPH		1 มค. 55	
2	Risk for Fall		1 มค. 55	
3	ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง		1 มค. 55	

1 - แนะนำการทำ Breathing exercise

เรียนรู้ Focus lists CA Lower Rectum

1. Discharge planning	IPD	10. Family Anxiety after unplanned ICU	ICU
2. Bowel Preparation		11. Transfer to ward	
3. วิตกกังวลกลัวการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง		12. Risk to have post Op complication	IPD
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิด DVT	13. ปวดแผลผ่าตัด		
5. ผู้ป่วยเกิดภาวะ CO ₂ embolis	14. สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมี colostomy		
6. Transfer ไป ICU	OR	15. Step Diet	ICU
7. Ineffective Breathing		16. Consult ET Nurse	
8. Wean of ventilator		17. Discharge	
9. Risk of hypoxia			

เห็นประเด็นอะไรบ้าง
จาก Focus list นี้
ในการนำไปใช้ในการดูแล

ประโยชน์ Focus list

เมื่อไหร่จะ สิ้นสุดปัญหา

No	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED
1.	Ineffective airway clearance	ทางเดินหายใจโล่ง เสมหะอ่อนตัว ไอขับ เสมหะออกได้	10 มีค. 64	12 มีค. 64
2.	ปวดแผลผ่าตัดที่ หน้าท้อง	บอกไม่ปวดแผล หรือ Pain Score ไม่เกิน 3	10 มีค. 64	16 มีค. 64
3.	วางแผนจำหน่าย	มีความรู้และทักษะเรื่อง การดูแล แผล การ ป้องกันการติดเชื้อ	11 มีค. 64	
1	Ineffective airway clearance	ทางเดินหายใจโล่ง เสมหะอ่อนตัว	15 มีค. 64	

ถ้าปัญหาเกิดใหม่
จะอย่างไร

รูปแบบประโยค

Goals/Outcomes

ประธาน	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
กิริยา/ พฤติกรรม	บอก สามารถ แสดง ตอบ เดิน ลด มี ไม่มี/ไม่เกิด ชี้ด ใช้ หายใจ จัดเตรียม นั่ง นอนหลับ พุด ฯลฯ
สภาพ/ขอบเขต ข้อกำหนด	ด้วย Walker ภายหลังการสอน

ท่านใช้ประโยชน์จากการบันทึกนี้ได้อย่างไร

ประธาน	กิริยา	สถานะ/ขอบเขตข้อกำหนด	ระยะเวลาที่บรรลุได้
ผิวหนังผู้ป่วย	ไม่เกิด แผล	จากการกดทับ	ตลอดระยะเวลาที่อยู่ ในโรงพยาบาล
ข้อเท้าผู้ป่วย	มีขนาด	น้อยกว่า 8 นิ้ว	ภายใน 72 ชั่วโมง
ผู้ป่วย	ฉีดยา	ยา Insulin ได้เอง	ก่อนจำหน่าย
มารดา	บอก	อาการผิดปกติที่ควรมาพบ แพทย์ก่อนวันนัดตรวจได้ ถูกต้อง	ก่อนจำหน่าย
ครูประจำชั้น	บอก	วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อ ผู้ป่วยเกิด Asthma attack ได้	

ถ้าเป็นท่าน จะปรับปรุง Focus และ Goals นี้หรือไม่ เพราะเหตุใด

Focus	Goals/Outcomes
1. Discharge planning	ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนถุงอวัยวะได้ด้วยตนเองก่อนจำหน่ายและมีข้อมูลเครือข่าย ET เมื่อต้องการความช่วยเหลือหลังจำหน่าย
2. Bowel Preparation	ผู้ป่วยไม่มีอุจจาระใน Rectum ก่อนผ่าตัด
3. Post op Pain	ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยไม่เกิน 3 ตลอดเวลาที่อยู่ รพ
4. Risk to have post Op complication	ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Focus & Goal

No	Focus	Goal/outcome	Active	Resolved
1.	เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ	ไม่เกิดแผล กดทับ	1 ม.ค. 60	
2.	กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือ อาจเกิดแผล ถลอกจากการกลั้น ปัสสาวะไม่ได้	ผิวหนังยังคง สภาพดีไม่มี แผลเปิด	2 ม.ค. 60	
3.				

รูปแบบการบันทึก Focus Note (Progress note) ที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล

Date/ Shift	Time	Focus	Progress note A: Assessment I: Intervention E: Evaluation
1 ม.ค. 58 7-15 น.	10.00 น.	เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ	<p>A: Braden score 10 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผิวหนังไม่มีรอยแดง</p> <p>I: keep skin dry and ทำความสะอาดด้วย spray และทาครีมป้องกันทุก 4 ชม ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จ</p> <p>พลิกตัวทุก 2 ชม ทำตะแคง 30 องศา</p>
			<p>E: อยู่ในท่านอนตะแคงได้</p>

วิธีการบันทึก focus charting ตามสถานการณ์ ทำได้อย่างไรบ้าง

- วันที่ 30 มีนาคม 2561 เวลา 9.00 น. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยสบายมีปัสสาวะบ่อย ปวดแสบมากเวลาถ่าย และถ่ายแต่ละครั้งจำนวนน้อย พยาบาลสังเกตดูปัสสาวะ ชุ่น สีเหลืองเข้ม ได้โทรรายงาน นพ. วิรัช เจ้าของไข้ ได้ส่งคำสั่งทางโทรศัพท์ ให้เก็บ urine for UA and culture และให้เริ่ม antibiotic พยาบาลได้บอกผู้ป่วยว่าแพทย์ให้เจาะเลือดและเริ่มยา antibiotic และแนะนำให้ดื่มน้ำและน้ำผลไม้ 6-8 แก้ว/วัน และบอกให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือถ้า อาการไม่ดีขึ้น เวลา 14.30 น. มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมี อาการปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง และดื่มน้ำได้ประมาณ 480 cc

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 1 กำหนดแบบฟอร์มเป็นตาราง

DATE/ SHIFE	TIME	FOCUS	A:Assessment I:Intervention E:Evaluation
30 มีค 54 7-15น	9.00 น. 14.30 น.	ไม่สุขสบายจาก ปัสสาวะแสบ	<p>A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะชุ่มสีเหลืองเข้ม</p> <p>I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดี ขึ้นให้บอกพยาบาล</p> <p>E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.</p>

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 2 ไม่กำหนดตารางชัดเจน

30 มีค. 54

F: 9.00 น. ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ

A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม

I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and culture เริ่ม antibiotic แนะนำ
ผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ และถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล

E: 14.30 น. ผู้ป่วยบอกปวดแสบน้อยลง Intake 480 cc.

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 3 เขียนต่อกันแบบบรรยาย

30 มีค. 54 9.00 น. F: ไม่สุขสบายจากปัสสาวะแสบ A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะ
บ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม I: รายงาน
นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วย
เพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ และถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล 14.30 น.
E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบน้อยลง Intake 480 cc.

โครงสร้างบันทึกแบบ Focus Charting และกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล: Nursing Process	Focus charting: FAIE
Assessment	A
Diagnosis	F
Planning	Goal/outcome
Intervention	I
Evaluation	E

การเรียนรู้ Focus Charting

- เป็นวิธีหนึ่งของการบันทึก
- เป็นบันทึกที่แสดงข้อมูลสำคัญและเฉพาะเจาะจง
- Focus อาจเป็น nursing diagnosis ปัญหาของผู้ป่วย อาการและอาการแสดง การเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วย หรือเหตุการณ์สำคัญใด ๆ
- เป็นวิธีที่พยาบาลใช้ ออกแบบมาเพื่อประหยัดเวลาและลดความซ้ำซ้อน และเป็นวิธีที่ใช้ได้ดีในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนมาก และง่ายต่อการอ่านโดยวิชาชีพอื่น

ความแตกต่าง OPD และ IPD

- OPD/ER/หน่วยตรวจ มาใช้บริการเป็นครั้งๆ
- จะไม่ใช่ Focus list
- ใช้ โครงสร้าง FAIE เหมือนกัน แนะนำรูปแบบการเขียน ไม่ใช่ ตาราง
- จะเขียน progress note เฉพาะ เมื่อมีเหตุการณ์สำคัญ

ปัญหาการเขียนบันทึกของพยาบาลที่เป็นประเด็นด้านกฎหมาย

ไม่ได้เขียน

เขียนในสิ่งที่ไม่ได้ทำ

มีรายงานที่ต้องบันทึกหลายฉบับ ไม่มีเวลา บันทึกไว้ล่วงหน้า ไม่สอดคล้องกัน

แก้ไขเอกสาร ทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ

ใช้ check list ด้วยความไม่เข้าใจหลักการ

กิจกรรม

พิจารณาตัวอย่างบันทึกทางการแพทย์

- มีประเด็นคุณภาพตามที่ระบุหรือไม่

รับใหม่จาก ER วันที่ 28 ม.ค.66 เวลา 05.00 น.

มาโดย เปลนอน นั้งรถเข็น เดินมา อื่นๆ

อาการสำคัญ ปวดแผลกดทับที่ต้นขาและก้น เป็นก่อนมา 4 ชม.

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 wks. ก่อนมาญาติบอกว่ามีแผลกดทับที่ก้น ล้างแผลเอง 4 ชม.ก่อนมา ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดแผลกดทับและต้นขา ร้องโอดครวญจึงมารพ.

อาการเจ็บป่วยในอดีต Parkinson

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธ

อาการแรกเริ่ม แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวเองดี ทำทางอ่อนเพลีย แผลไม่ซึม

ปวดลดลง PS 3 คะแนน ไม่มีไข้ นอนพักได้

Vital signs T=37 C⁰ PR= 82 /min RR 20/min BP=130/80 mmHg

ข้อมูลแรกเริ่ม



Date / Time	Nursing diagnosis Assessments/ Planing	Nursing Intervention	Evaluation	ผู้บันทึก/ ตำแหน่ง
28 ม.ค.2566 05.00 น.	-รับใหม่	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการใช้สถานที่,ห้องน้ำ การทิ้งขยะ ถังเสื้อผ้าใช้แล้ว,กะละมังเช็ดตัว,หม้อนอน - อธิบายระเบียบ,ข้อกำหนดของโรงพยาบาล ,เวลาเยี่ยม,การรับประทานอาหาร - อธิบายสิทธิผู้ป่วยและการใช้สิทธิบัตรใน ครั้งนี้คนพิการ - อธิบายโรคที่เป็น แผลกดทับ - แผนการรักษา ให้ยาฆ่าเชื้อ - ชื่อแพทย์ พญ.ปาลินี ปวงสุข ว 68817 - แนะนำความรู้เรื่องยาที่ได้รับในการรักษา ครั้งนี้ อาการข้างเคียงจากยา 	ผู้ป่วยและญาติ Accept	นิตยา สาสมRN



DATE /SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE A=Assessment I=Intervention E=Evaluation	Signature
28 ม.ค.2566 (05.00- 08.30)	05.00 น. 08.30 น.	Infected bedsore	<p>A: แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลกดทับที่ก้นและต้นขา แผลไม่ซึมปวด PS 3 คะแนน นอนพักได้ DTX=82mg% ไม่ใช่</p> <p>I: obs.อาการทั่วไป ปวดแผล แผลซึม ใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> -Record V/S \bar{q} 4 hr. -ดูแล Unit care, Hygiene care -ดูแลให้ clinda 600 mg V \bar{q} 8 hr. -ดูแลให้ NSS 1,000 ml. v 80 cc/hr -ดูแลให้ทานอาหารและยาตามแผนการรักษา <p>E: ในเวรผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักได้ ท่าทางอ่อนเพลีย ไม่ใช่ ปวดแผล PS 2 คะแนน ไม่มีร่องครวญคราง Chronic</p>	นิตยา สาสสมRN

หลังจากได้รับความรู้
ในเวลาต่อมาได้ปรับการบันทึกใหม่

1	ก.พ. 2566	16-20	ญาติมีตม	A: ญาติมีตมทั้งหมด 30คนรวม 150คน
			จิตกรวด เดี่ยวตม	200 คน.
				B: ญาติ 10 คน ใจดี 20 คน ความสูง - ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน ความสูง - ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน ความสูง
				C: ญาติ 10 คน ใจดี 20 คน ความสูง - ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน ความสูง
		20		
2	ก.พ. 2566	00-30	Bed sore	A: Cur. bed ridden 0 Bed sore. 9 III
			gr III	นาย. ใจดี. ใจดี.
				D: ใจดี ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน
				: ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน
				E: ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน ใจดี 10 คน
		00-30		

พิจารณาบันทึกนี้
 ประเด็น
 สะท้อนกระบวนการพยาบาล?
 ชัดเจน มีรูปแบบ เป็นรายบุคคล?

ควรปรับเปลี่ยน
 อย่างไร? หรือไม่

16.14.66	- ปิดเชื้อ ใน stoma	- General & hygiene care	- Active ด้ ดูแลสุขภาพเด็ก นาน
16.30-24.00	- cleft lip & cleft palate รับ feed 7.0 นก	- ฝึกปฏิบัติ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก	- ไม่ค่อยหลับ No Apnea No cyanosis
		- observe ตามที่ดูแลคนป่วย	- ฝึกเขียน เวลารักษาตามแผนการรักษา
		- observe signs ของการติดเชื้อ	- ฝึกใช้ ไนไลน ไม่เหมาะสม 7.0 นก
		- on os feeding	- ฝึกใช้ ไนไลน ไม่ดี signs ของเชื้อใน
		- observe food ตามที่ดูแลคนป่วย	- ฝึก feed 7.0 นก 7.0 นก
		- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก	- ฝึกใช้ 7.0 นก
		- record คนป่วย	
	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก
17.10.66	- ปิดเชื้อ ใน ร.ท.ท.ท.	- ฝึกปฏิบัติ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก
24-8.30.66		- observe signs ของการติดเชื้อ	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก
		- observe signs ของการติดเชื้อ	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก
		- observe signs ของการติดเชื้อ	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก
	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก	- OG tube feeding care	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก
	- cleft lip & cleft palate	- observe signs ของการติดเชื้อ	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก
		- hygiene care	- ฝึกใช้ ส่วนของนม 11 เดือน 5 วันแรก

พิจารณานี้
มีประเด็นอะไรบ้าง
ที่ไม่เข้าหลักการ
Focus Charting

ว.ต.ป	Time	Focus	Progress note		
			A:Assesment	I: Intervention	E: Evaluation
25 พ.ค.66	8.45 น.	f: มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Goal:	A: ส่งจาก คลินิก มีความดันโลหิตสูง G1P0 Preg 38+5 wk. EDC 4 มิ.ย.66 : BP 160/110 mmHg Albumin +2 , บวม กดบวม , มีปวดศีรษะ, CHT on Methyldopa 1*3 PO pc ประวัติขาดยา ความดัน 1 เดือน		
			I: ให้ Bed rest , On EFM ,ใส่ไม้กั้นเตียงระวังอุบัติเหตุ		
	9.00 น.		: รายงานแพทย์จิราพร ให้เก็บ LAB PIH CBC,UPCR,AST,ALT,UPCR, Record v/s ทุก 1 ชั่วโมง On O2 Sat keep >95%		
	10.00 น.	F Risk for Eclampsia	: รายงานผลLAB UPCR 0.59 น. AST 85 mg% ,ALT 120 mg% แพทย์จิราพร มี Order ให้ ยาป้องกันชัก ด้วย MgSO4		
	11.00 - 13.00น.		E : BP 155/100-160/100 mmHg ,มีปวดศีรษะ ไม่มีภาวะชัก EFM Cat I EFW 2560 กรัม Urine out put 150 cc.		
	13.00 น.	F : BP 175/110 mmHg	I : รายงานแพทย์จิราพร ซ้ำ ให้ Set C/S due to Sever Pre eclampsia		
	13.15น.	F : Pre op care	: เตรียมพร้อมร่างกายและจิตใจก่อนส่งผ่าตัด		
	13.30น.		E : ส่งมารดาไปห้องผ่าตัด ก่อนส่ง 162/100 mmHg P100 bpm R 22 bpm O2 Sat 97%		

แลกเปลี่ยนบันทึกตามแนวทาง
Focus Charting





Focus Charting

สู่ระบบบันทึก Digital ที่มีประสิทธิภาพ

ดร. พว. ยุวดี เกตสัมพันธ์

พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ

กรรมการสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย

Digital Nursing Document

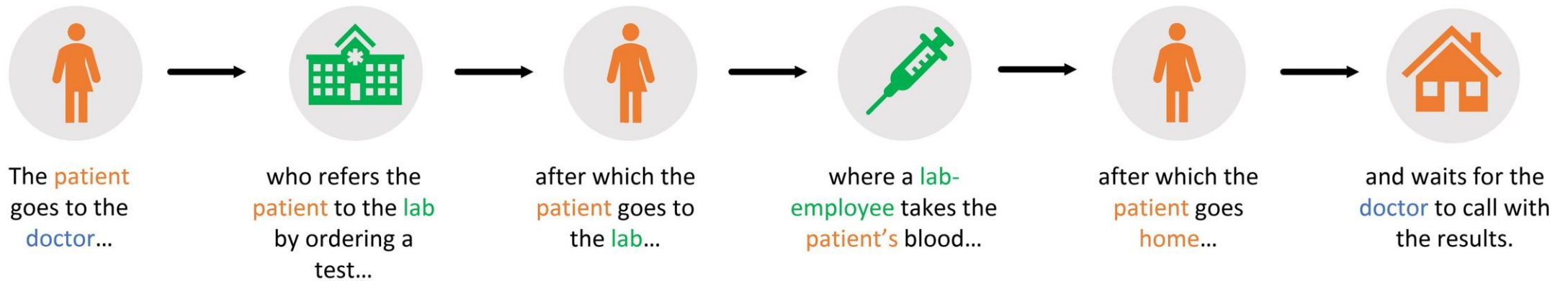
เอกสารการพยาบาลดิจิทัลหรือที่เรียกว่าเอกสารการพยาบาลอิเล็กทรอนิกส์ เป็นรูปแบบดิจิทัลของเอกสารทางการพยาบาลที่บันทึกการพยาบาลที่วางแผนและส่งมอบให้กับลูกค้าแต่ละราย โดยพยาบาลที่มีคุณสมบัติหรือผู้ดูแลอื่นๆ ถือเป็นส่วนสำคัญของขั้นตอนการทำงานด้านการพยาบาล

เอกสารการพยาบาลดิจิทัลทำงานโดยจัดให้มีแพลตฟอร์มที่มีโครงสร้างและเป็นหนึ่งเดียว สำหรับการบันทึกและสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วย



ความแตกต่าง บันทึกเดิม และ Digital

(a) Traditional diagnostic process



(b) Digital diagnostic process



ตัวอย่างการทำงานระบบ Digital

- การสร้างกราฟข้อมูลผู้ป่วย: สร้างกราฟชีพจรของผู้ป่วย ความดันโลหิต อุณหภูมิ และอัตราการหายใจบนกราฟหลายมิติเดียว
- การบันทึกน้ำหนักผู้ป่วย: มีพื้นที่เฉพาะสำหรับบันทึกน้ำหนักผู้ป่วย
- บันทึก I & O: สามารถบันทึก Intake Output ของผู้ป่วยทางปากหรือทางหลอดเลือดดำ บันทึกเหล่านี้จะรวมกันเมื่อสิ้นสุดแต่ละเวรและในแต่ละวัน
- รายงานพยาบาล: ตัวอย่างเช่น พยาบาลสามารถรายงานความคืบหน้าของลูกค้ำเมื่อสิ้นสุดกะงานระหว่างการส่งมอบ
- การสังเกตทางอิเล็กทรอนิกส์: การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล Alert ช่วยปรับปรุงการดูแล
- ระบบบนเว็บ: ระบบบนเว็บที่มีสถาปัตยกรรมแบบโมดูลาร์และแบบเลเยอร์ได้รับการพัฒนาโดยอิงจากชุดข้อมูลขั้นต่ำ (MDS) ที่ได้รับ ระบบนี้เหมาะสำหรับการจัดทำเอกสารการดูแลผู้ป่วยในแผนกพยาบาลภายใต้กรอบกฎหมาย จริยธรรม และวิชาชีพ

Pitfalls การบันทึกระบบ Digital

เอกสารการพยาบาลแบบดิจิทัล แม้จะมีประโยชน์ แต่ก็มีข้อผิดพลาดเช่นกัน: ความท้าทายที่เกี่ยวข้องได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคล: คุณภาพของเอกสารอาจได้รับอิทธิพลจากความเข้าใจและความสามารถในการใช้ระบบของแต่ละบุคคล
- ปัจจัยทางสังคม: พลวัตภายในทีมดูแลสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของเอกสารดิจิทัล
- ปัจจัยองค์กร: ทรัพยากร พันธกิจ และนโยบายขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพของเอกสาร
- ปัจจัยทางเทคโนโลยี: การออกแบบและการทำงานของระบบเอกสารดิจิทัลสามารถอำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการจัดทำเอกสารที่มีประสิทธิภาพได้
- ภาระงานที่เพิ่มขึ้น: พยาบาลใช้เวลาประมาณ 19-35 % ของเวลาในการบันทึกข้อมูลใน EHR เพิ่มขึ้นจาก 9 เปอร์เซ็นต์เมื่อบันทึกลงบนกระดาษ ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นนี้อาจทำให้พนักงานเหนื่อยหน่าย
- การคัดลอก/การวางข้อมูล: ความง่ายในการคัดลอกข้อมูลจากส่วนหนึ่งของบันทึกไปยังอีกส่วนหนึ่งสามารถนำไปสู่ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในบันทึกของผู้ป่วย
- การพึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไป: แม้ว่าเทคโนโลยีจะช่วยประหยัดเวลาได้ แต่ก็ยังสามารถเพิ่มข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องซึ่งไม่สามารถใช้ได้ด้วยผู้ป่วยทุกราย
- การสังเกตที่พลาด: ลักษณะทางกายภาพของการสร้างแผนภูมิอิเล็กทรอนิกส์สามารถนำไปสู่ความผิดพลาดการค้นพบทางคลินิกได้

การนำ Focus Charting ไปใช้ในระบบ Digital

- เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล
- เมื่อเวลาบันทึกให้ใช้ข้อมูลที่เป็นจริงจากการดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงกับระบบ Digital ที่ออกแบบไว้
- ทำความเข้าใจกับ Pitfalls การบันทึกในระบบ Digital
- ยึดโยง แนวคิด Lean ในการออกแบบ
- ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและการปรับปรุงระบบเพื่อให้แน่ใจว่าเอกสารการพยาบาลแบบดิจิทัลช่วยเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัย





การประเมินคุณภาพบันทึกการพยาบาล

ดร. พว. ยุวดี เกตสัมพันธ์

พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ

กรรมการสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย



**คู่มือการตรวจประเมิน
คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
(Medical Record Audit Guideline)
2563**



เกณฑ์ ประเมิน 63

11. Nurses' note บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบ ในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น
 - (1) ใบประเมินสภาพแรกรับ
 - (2) ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ
 - (3) บันทึกการให้ยา (medication administration record)
 - (4) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอรั่มปรอท (graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบประเมิน/ประเมินซ้ำ เช่น search out severity score (SOS score) เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาล ไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้น พยาบาลวิชาชีพ ได้ ลงลายมือชื่อกำกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าชื่อพยาบาลผู้ใด เป็นผู้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

1.1 อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดหรืออาการเจ็บป่วย ที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลักเพียง 1-2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ

ส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการซักถามถึงอาการ หรือ เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลา ที่เกิดขึ้นนั้น และ

1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับ ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วย ไว้ในความดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

2.1 มีการระบุปัญหาทางการพยาบาล ที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และ/หรือ จิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่ง จำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- 3.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ
- 3.2 มีการประเมินซ้ำ: ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการ หรืออาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม ทันเวลา และ/หรือ
- 3.3 ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

- 4.1 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการรักษาของแพทย์
- 4.2 มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น ECT การบำบัดทางจิตสังคม โดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน และหลังทำ ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ตลอดจนผลที่ได้

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล

- 5.1 มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย และ/หรือ ด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Discharge plan)

- 6.1 มีการบันทึกระบุงอาการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น
หลังจำหน่าย **และ**
- 6.2 มีการบันทึก
 - 6.2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง
ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ/หรือ อาจมีการจัดกิจกรรม
เสริมทักษะที่จำเป็น ให้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
 - 6.2.2 มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ/หรือ ฝึกทักษะของ
ผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- 7.1 มีการระบุปัญหา/ความต้องการ /ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน
- 7.2 มีบันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย

- 8.1 มีการสรุป อาการ อาการแสดง และสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย **และ**
- 8.2 มีการระบุกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- 8.3 ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

9.1.1 แรกรับ: ระบุวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

9.1.2 ระหว่างการดูแล:

9.1.2.1 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม
ทันการณ์และการตอบสนอง

9.1.2.2 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์

9.1.2.3 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลาในใบการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

9.1.3 ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การบันทึกและลงลายมือชื่อ

9.2.1 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

9.2.2 มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้น ใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ **หัก 1 คะแนน** จากคะแนนที่ได้ ในกรณีดังนี้

- (1) มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร ใน 3 ในวันแรกของการนอนโรงพยาบาล
- (2) ไม่มีการบันทึก กรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะวิกฤต





- ดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มี Evidence Support
- ใช้ Focus Charting ที่มีแนวคิด Lean อย่างเข้าใจ
- แลกเปลี่ยน และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอกับผู้ที่สนใจ
- เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบันทึกการพยาบาล

