

แนวทางการบันทึก

แบบประเมินภาวะสุขภาพ (ADULT NURSING ASSESSMENT FORM: NR. DOC.01.Adt. R1) และ
แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM:NR.DOC.04 R1)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มีนโยบายให้มีการประเมินแรกรับและการประเมินซ้ำในสถานะผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ(Pressure) การพลัดตก หกล้ม(Falls) และภาวะโภชนาการ (Nutrition) ของผู้ป่วย จึงได้พัฒนาให้มีการประเมินและบันทึกความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การพลัดตก หกล้ม และภาวะโภชนาการ ของผู้ป่วยแรกรับและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน อย่างปลอดภัย และเหมาะสม

แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่ (ADULT NURSING ASSESSMENT FORM: NR. DOC.01.Adt. R1)
2. แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM:NR.DOC.04 R1)
3. แบบบันทึก Nursing Focus List (NR.DOC. FL)
4. แบบบันทึก Nursing Focus Note (NR.DOC. FC)

แนวทางการประเมิน

1. การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)

แบบประเมินของบราเดนมีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง(skin moisture) การปฏิบัติกิจกรรม(activity) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย(mobility) ภาวะโภชนาการ(nutrition) แรงเสียดสีและแรงเฉือน (friction and shear) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6- 23 คะแนน ถ้าคะแนนเท่ากับ 18 คือเริ่มเสี่ยงคะแนนยิ่งน้อยยิ่งเสี่ยงมาก หรือแปลผลตามช่วงคะแนนดังนี้

19 – 23 คะแนน	ไม่มีภาวะเสี่ยง (No risk)
15 – 18 คะแนน	เริ่มมีภาวะเสี่ยง (At risk)
13 – 14 คะแนน	มีภาวะเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)
10 – 12 คะแนน	มีภาวะเสี่ยงสูง (High risk)
6 – 9 คะแนน	มีภาวะเสี่ยงสูงมาก (Very High risk)

วิธีการประเมินและดำเนินการ

1. ประเมินคะแนนตามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง (Risk Factor) ตามรายด้าน ดังนี้
 - กรณีผู้ป่วยเด็กอายุ < 5 ปี ใช้แบบประเมิน Modified Braden Scale Q Scale for children
 - กรณีผู้ป่วยผู้ใหญ่ ใช้แบบประเมิน The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk
2. นำคะแนน Risk factor ทั้ง 6 ด้านรวมกันเป็นคะแนนรวม

3. บันทึกคะแนนรวมในแบบประเมิน ดังนี้

3.1 การประเมินแรกรับ

บันทึกเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ตามคะแนนรวมBraden Score ที่ประเมินได้ในแบบประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้

กรณีผู้ป่วยเด็ก ใช้แบบบันทึก PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM: NR. DOC.01. Ped. R1

กรณีผู้ป่วยผู้ใหญ่ ใช้แบบบันทึก ADULT NURSING ASSESSMENT FORM: NR. DOC.01. Adt. R1

3.2 การประเมินซ้ำ

บันทึกคะแนนรวม Braden Score ในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM:NR.DOC.04 R 1.) ดังนี้

กรณีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care) ประเมินซ้ำทุก 8 ชั่วโมง/ทุกเวร และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาการ

กรณีผู้ป่วยทั่วไป ประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง/ ทุกวัน และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาการ

4. กรณีประเมินคะแนนรวม Braden score < 18 ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2556 และบันทึกข้อมูลใน แบบบันทึก Nursing Focus List (NR.DOC. FL) และแบบบันทึก Nursing Focus Note (NR.DOC. FC)
5. กรณีที่คะแนน > 18 ให้ปรึกษาพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแผลและแผล (Enterostomal Therapy nurse : ET nurse) ที่คลินิกออสโตมีและแผล โทร 9233 เวลา 8.00 – 16.00 น.

2. การประเมินภาวะโภชนาการ

Nutritional screening เป็นกระบวนการแรกในnutrition care process ที่ช่วยในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงทางโภชนาการ และผู้ที่ต้องการการประเมินในขั้นละเอียดต่อไป การคัดกรองทางโภชนาการควรทำภายใน 24 ชม.หลังรับผู้ป่วยหรือทำตั้งแต่ก่อนรับเข้ารักษา เพื่อเป็นแนวทางให้โภชนบำบัดและติดตามผลของโภชนบำบัด ดังนี้

1. ประเมินภาวะโภชนาการ (Malnutrition Universal Screening Tool :MUST) โดยบันทึกการประเมินแรกรับในแบบบันทึก NR.DOC.01 และบันทึกการประเมินต่อเนื่องในแบบบันทึก NR.DOC.04 โดยประเมินภาวะโภชนาการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ประเมิน BMI (น้ำหนักเป็นกิโลกรัม/ส่วนสูงเป็นเมตร) และนำมาแปลเป็นคะแนน

ถ้า	BMI มากกว่า 20	คะแนนเท่ากับ 0
	BMI 18.5-20	คะแนนเท่ากับ 1
	BMI น้อยกว่า 18.5	คะแนนเท่ากับ 2

1.2 ประเมินน้ำหนักที่ลดลงภายในระยะเวลา 3-6 เดือน สามารถดูในตามราง หรือคำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{ร้อยละของน้ำหนักที่ลดลง} = \frac{\text{น้ำหนักปกติ} - \text{น้ำหนักปัจจุบัน}}{\text{น้ำหนักปกติ}} \times 100$$

น้ำหนักปกติ

นำร้อยละของน้ำหนักที่ลดลงมาแปลเป็นคะแนน ดังนี้

ถ้า	น้ำหนักลดลง น้อยกว่าร้อยละ 5	คะแนนเท่ากับ 0
	น้ำหนักลดลง ร้อยละ 5-10	คะแนนเท่ากับ 1
	น้ำหนักลดลง มากกว่าร้อยละ 10	คะแนนเท่ากับ 2

1.3. ประเมินคะแนนผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีผลต่อภาวะโภชนาการที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยวิกฤต มีปัญหาในเรื่องการกลืน หรือ ไม่ได้รับสารอาหารมากกว่า 5 วัน ให้คะแนนเท่ากับ 2

1.4 นำคะแนนในข้อ 1.1, 1.2 และ 1.3 มารวมกัน

ถ้า	คะแนนเท่ากับ 0 (Low risk)	ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำในเรื่องภาวะโภชนาการ
	คะแนนเท่ากับ 1 (Medium risk)	ผู้ป่วยมีความเสี่ยงปานกลาง
	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (High risk)	ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการที่ได้ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในเรื่องภาวะโภชนาการ ให้ประเมินภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ หรือ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

2.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง

- ให้บันทึกการรับประทานอาหารที่ได้รับเป็นเวลา 3 วัน
- ดูแลให้ได้รับอาหารเสริมประเภทโปรตีน
- ประเมินภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

2.3 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ให้ปรึกษาแพทย์และ/หรือหน่วยโภชนาการ เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารให้เพียงพอ

3. ติดตามดูแลเรื่องการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ บันทึกจำนวน Intake, Output ในแต่ละวัน ตรวจสอบสภาพร่างกาย ประเมินอาการแสดงการขาดน้ำ เช่น ความตึงตัวของผิวหนัง