



ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล

ยินดีต้อนรับ

แนวคิด หลักการ: การพัฒนาบัณฑิต ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ



พยาบาล ดร. ยุวดี เกตลัมพันธ์

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ผู้ช่วยคณบดี ด้านพัฒนาคุณภาพ

หัวข้อ



ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการบันทึก

การพัฒนาระบบบันทึก

ปัจจัยส่งเสริมคุณภาพการบันทึก

การบันทึกกับพยาบาล



❖ การพยาบาลที่ดี

- จำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยคุณภาพของข้อมูลจากบันทึก

❖ หน้าที่หลักพยาบาล

- ให้การพยาบาล
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและแผนการดูแล

วัตถุประสงค์ของเวชระเบียน



- ❖ เครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสหสาขา
- ❖ เป็นที่บันทึกข้อวินิจฉัยและการรักษาที่ให้
- ❖ แผนการดูแล
- ❖ ทบทวนคุณภาพการดูแล
- ❖ วิจัย
- ❖ การตัดสินใจ
- ❖ การศึกษา
- ❖ เอกสารทางกฎหมาย
- ❖ การเบิกจ่ายคืน

คุณลักษณะของบัณฑิตที่มีประสิทธิภาพ



- ❖ เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพและองค์กรที่สังกัด
- ❖ มีความสมบูรณ์
- ❖ มีความถูกต้อง
- ❖ กะทัดรัด
- ❖ เป็นข้อเท็จจริง
- ❖ เป็นระบบระเบียบและเรียงตามเวลา
- ❖ มีความรอบครอบตามกฎหมาย
- ❖ เป็นความลับ

ความหมายบันทึกทางการพยาบาล



- ❖ เป็นข้อมูลที่พยาบาลบันทึก
- ❖ เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย(อาจรวมถึงครอบครัว) บันทึกของพยาบาลแสดงให้เห็นภาพที่ชัดเจนของสถานะสุขภาพผู้ป่วย กิจกรรมหรือการปฏิบัติของของพยาบาลที่ได้ดำเนินการและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย
- ❖ เมื่อให้การดูแลเป็นกลุ่ม(เช่นการให้ความรู้เป็นกลุ่ม โครงการสร้างเสริมสุขภาพ) บันทึกแสดงการบริการที่ได้จัดให้และการสังเกตภาพรวม คล้ายกับบันทึกผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งสะท้อนข้อมูลการประเมินความต้องการ การวางแผน กิจกรรมหรือการปฏิบัติที่ให้ และผลลัพธ์ที่เกิดกับกลุ่มที่ให้บริการ

ปัญหาการวางระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล



- ➔ การกำหนดวัตถุประสงค์
ไม่ได้กำหนด
ทำตามกัน
- ➔ การกำหนดผู้รับผิดชอบ
ยกเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการ
ผู้บริหารไม่นำ ไม่ใช่ประโยชน์
- ➔ การออกแบบระบบบันทึก
ไม่สอดคล้องกับบริบท
ทำตามคนอื่นโดยตนเองไม่เข้าใจ
เห็นแบบฟอร์ม
พยาบาลในองค์กรไม่ **Buy In**
ไม่ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์



เรียนรู้จากบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ระยะเริ่มต้น



พัฒนาการระบบบันทึกการพยาบาลของ โรงพยาบาลศิริราช
โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ

สมุดเวรรายงานการบันทึกชิ้นแรก



การรับ - ส่งเวร



พัฒนาระบบบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ

การบันทึกการพยาบาล

Nurse's Note

เป็นแบบฟอร์มที่พยาบาลผู้ดูแลต้องเป็นผู้เขียน ประกอบด้วย
ข้อมูล ปัญหา อาการ และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละเวร
ตั้งแต่แรกรับจนถึง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การประเมินผล
ภายหลัง การให้การพยาบาล (แทนสมุดเวรโดยเฉพาะ)

วิวัฒนาการระบบบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ



เริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2523

เป้าหมายการพัฒนาระยะต่อมา



❖ สะท้อนความเชื่อและปรัชญาของฝ่ายการพยาบาล

องค์กรวม ต่อเนื่อง

❖ สอดคล้องมาตรฐาน

➤ มาตรฐานสภาการพยาบาล

➤ มาตรฐาน **JCIA (Joint Commission International Accreditation)**

ชนิดแบบบันทึกทางการพยาบาล



- ❖ แบบประเมินแรกรับ
- ❖ **Plan of nursing care**
- ❖ **Critical collaborative pathways**
- ❖ **Progress notes**
- ❖ **Flow sheets**
- ❖ **Discharge and transfer summary**
- ❖ **Home healthcare documentation**

ชนิดแบบบันทึกต่อเนื่อง (flow sheets)



- ❖ **Graphic record**
- ❖ **24-hour fluid balance record**
- ❖ **Medication record**
- ❖ **24-hour patient care records and acuity charting forms**

แบบประเมินเรกรับ



(1)

WARD _____
HN _____
AN _____

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

Personal Data

Name _____ Age _____ Sex _____ Education _____ Occupation _____

Admission Date _____ Time _____ Vital signs : Temp. _____ °C Height _____ cm
 Mode of Arrival: Walk Wheel Chair Stretcher Other _____ HR _____ / min Resp. _____ / min Weight _____ kg
 Admitted From : ER Trauma OPD Referral Other _____ BP _____ mmHG

Diagnosis _____
 Chief complaint _____
 Present illness _____
 Past illness _____
 Family illness history _____

Allergies (Drugs, Food, Other) _____ Reactions _____

Exposure : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Always _____ <input type="checkbox"/> Sometimes _____	Sleep / Rest : _____ Irritability <input type="checkbox"/> Enough <input type="checkbox"/> Not enough What helped in the past? : _____	Tobacco <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit _____ Smoked duration _____ Quit duration _____ <input type="checkbox"/> Continuous frequency _____ / day duration _____	Alcohol <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit _____ Drink duration _____ Quit duration _____ <input type="checkbox"/> Continuous frequency _____ / day duration _____	Other Drugs/Substances <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit _____ Used duration _____ Quit duration _____ <input type="checkbox"/> Continuous frequency _____ / day duration _____
---	--	--	---	---

Information provided by: Patient Other _____
 Emergency Notify : Name _____
 Relationship _____ Phone # _____

Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support

Religion _____ Special Religious / Cultural considerations for hospitalization Yes No
 (If yes, describe _____)

Activity: None Stress Finance Family Other _____
 Support System: None Parents Spouse & Family Friends Religious activity Other _____

Nutrition / Metabolism

<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 _____ <input type="checkbox"/> NPO	Appetite : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor 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	Swallowing Difficulty <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Solid <input type="checkbox"/> Liquid	GI. Problem : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other _____ Weight Change : <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes : <input type="checkbox"/> Loss _____ kg / _____ wk / mo / yr <input type="checkbox"/> Gain _____ kg / _____ wk / mo / yr
--	---	--	---

- ❖ Personal Data
- ❖ Spiritual/Cultural Needs/ Emotional Support
- ❖ Nutritional / Metabolism
- ❖ Skin
- ❖ Cardiopulmonary
- ❖ Neuromuscular
- ❖ Mobility
- ❖ Elimination / Reproductive
- ❖ Pain Management
- ❖ Information / Teaching / Learning Needs
- ❖ Discharge Planning Supportive Care

Pain Management



Pain Management

Pain Yes No

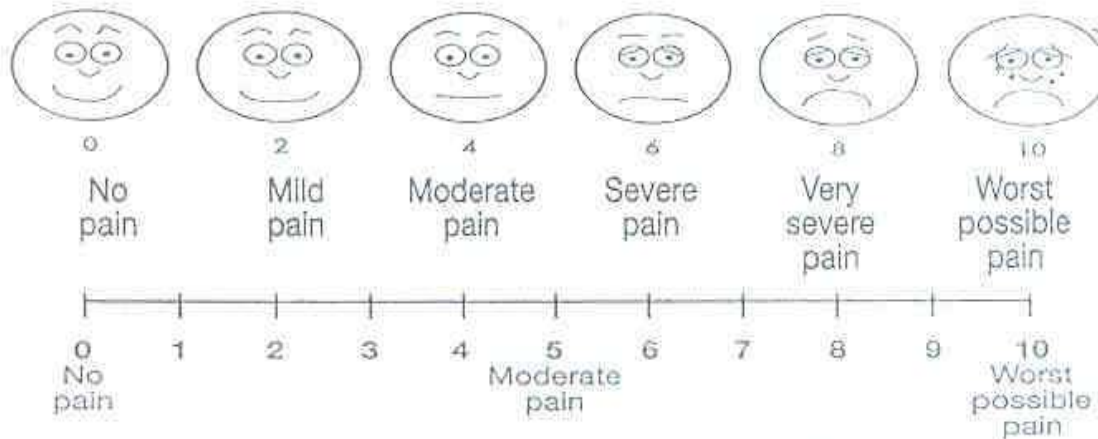
Pain Location When

What causes pain to increase?

Pattern : Intermittent Constant Other

How does patient describe the pain : Burning Dull Sharp Other

Intensity :



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

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Orientation | <input type="checkbox"/> Disease Process | <input type="checkbox"/> Signs / Symptoms to Report to Med. Staff | <input type="checkbox"/> Test / Process Treatment |
| <input type="checkbox"/> Medication | <input type="checkbox"/> Pre / Post – Op. Teaching | <input type="checkbox"/> Infection Control | <input type="checkbox"/> Wound / Ostomy Care |
| <input type="checkbox"/> Self Care | <input type="checkbox"/> Diet Changes | <input type="checkbox"/> Activity | <input type="checkbox"/> Equipment |
| <input type="checkbox"/> Other | | | <input type="checkbox"/> Safety |

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria

1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living / Physical functioning?

- Yes (if yes, complete A&B) No

A. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge?

- Yes No

B. Is assistance needed that family can't provide?

- Yes No

2. Are there financial concerns regarding this hospitalization?

- Yes No

Home Environment

Discharge Planning Needs

Lives With:

- Parents/ Family
 Spouse
 Friend
 Alone
 Other

Lives Where :

- House
 Townhouse
 Apartment/Condominium
 Nursing Home
 Other.....

Medication

Environment & Economic

Treatment

Health

Outpatient Referral

Diet

Possible Referral Needs: Wound Care / Burn Care

Social Service

Rehabilitation / PT

Psychologist

Speech

Other

OT

Assessment Initiated by RN : Date Time

Graphic record



โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ _____ เลขที่ห้อง _____ ตึก _____ แล่งที่ _____
 ภาควิชา _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

วันที่	วันที่ของโรค	Temp		P		R		BP		P		R		BP		P		R		BP	
		F	C	2	6	10	14	18	20	2	6	10	14	18	20	2	6	10	14	18	20
100	105.2	41																			
100																					
140	104	40																			
100																					
100	100.0	38																			
100																					
100	100.4	38																			
80																					
80	96.0	37																			
70																					
60	96.8	36																			
50																					
40	96	35																			

Respirations _____
 BP _____

Wt. and Ht.	
Abd. cir.	
Diet	
Oral Fluids	
Parenteral	
Total	
Urine	
Total	
Stools	
Urine	

010-10-510

หน้าปก

โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ _____ เลขที่ห้อง _____ ตึก _____ แล่งที่ _____
 ภาควิชา _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

วันที่	วันที่ของโรค	Temp		P		R		BP		P		R		BP		P		R		BP	
		F	C	2	6	10	14	18	20	2	6	10	14	18	20	2	6	10	14	18	20
100	100	38																			
100																					
140	104	40																			
100																					
100	100.0	38																			
100																					
100	100.4	38																			
80																					
80	96.0	37																			
70																					
60	96.8	36																			
50																					
40	96	35																			

Respirations _____
 BP _____

Wt. and Ht.	
Abd. cir.	
Diet	
Oral Fluids	
Parenteral	
Total	
Urine	
Total	
Stools	
Urine	


Stools	
Urine	

หน้าปก

เพิ่มการประเมิน pain เป็น 5th vital sign

Nursing Care Plan





NURSING CARE PLAN

SIRIRAJ HOSPITAL

Ward.....

HN.....

AN.....

Name..... Age..... yrs Diagnosis.....

Date	Nursing Diagnosis	Goals & Outcome Criteria	Care Plan	Expired Date

- ❖ **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**
(Nursing Diagnosis)
- ❖ **เป้าหมายการพยาบาล (Goals)**
- ❖ **เกณฑ์ประเมินผล**
(Outcome Criteria)
- ❖ **แผนการพยาบาล**
(Nursing Care Plan)

การบันทึกแบบฟอร์มแรกรับ



(1)

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

Ward Gynae I

H.N. 4x-45312x

A.N. 1-1234-47

Personal Data

Name... นาง ไข่.....หวัดนก Age.... 60 ปี Sex หญิง Education.... ประถม 4... Occupation งานบ้าน

Admission Date 20 มกราคม 2547 Time 17.50 น.

Mode of Arrival: Walk Wheel Chair Stretcher Other

Admitted From : ER Trauma OPD Refer Other

Vital signs : Temp 39°C

HR 120 / min Resp 28 / min

BP 120/90 mmHg

Height 158.5 cm

Weight 50.5 kg

Diagnosis Carcinoma of Ovary with gut obstruction s/p Explore laparotomy with Ileostomy with Deshiscence wound

Chief complaint ท้องโตแน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียนก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

Present Illness 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลท้องโตแน่นอึดอัดท้อง หายใจไม่สะดวก ; 4 วันก่อนมีอาการท้องโตแน่นท้องมาก คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระไปรักษาที่ โรงพยาบาล ก. แพทย์บอกว่ามีเนื้องอกที่รังไข่และมีลำไส้อุดตันทำผ่าตัดให้ หลังผ่าตัด 3 วันมีไข้สูง เห็นรอยญาติขอย้ายมาโรงพยาบาล ศ.

Past Illness ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงใดๆ ไม่มีประวัติ โรคหัวใจ โรคไต โรคเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

Family Illness History ไม่มีประวัติ โรคหัวใจ โรคไต โรคเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในครอบครัว

Allergies (Drugs, Food, Other) :ไม่มี..... Reactionsไม่มี.....

Exercise :

- None
 Always
 Sometimes

Sleep / Rest : 2-3 hr/day

- Enough
 Not enough
 What helped in the past? :

Tobacco

- None
 Quit
 Smoked duration

Alcohol

- None
 Quit
 Drank duration

Other Drugs/Substances

- None
 Quit
 Used duration

การบันทึกแบบฟอร์ม Care Plan



NR. DOC. 02



NURSING CARE PLAN SIRIRAJ HOSPITAL

Ward 100 ปี พระศรี 11/1
H.N. 4x-45312x
A.N. 1-1234-47

Name นางไฉ่ หวดนุก **Age** 60 yrs **Diagnosis** Carcinoma of Ovary with gut obstruction s/p Explore laparotomy with Ileostomy with Deshiscence wound



Date	Nursing Diagnosis	Goals & Outcome Criteria	Care Plan	Expired Date
20มค47	1. ระบบปกป้องร่างกายพร่อง เนื่องจากมีแผลแยกบริเวณ หน้าท้อง	ระบบปกป้องร่างกายทำ หน้าที่ได้ตามปกติ เกณฑ์ 1. ไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผล ผ่าตัด 2. อัตราการหายของแผล ไม่ต่ำกว่า 0.05 ซม./สัปดาห์ (คำนวณจาก Gillman's <u>transform equation</u> ผลต่างของพ.ท. แผล/ผลต่าง	1. สังเกตอาการแสดงของการอักเสบ เฉพาะบริเวณ ได้แก่ อาการบวมแดง ร้อน บริเวณผิวหนังรอบๆแผล ลักษณะ สารขับหลังจากแผล และอาการแสดง ของการอักเสบทั่วร่างกายโดย บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. ทำแผลวันละ 2 ครั้ง เพื่อ 2.1 ติดตามความเปลี่ยนแปลงของ พื้นแผล โดยวัดขนาดแผลทุกสัปดาห์ 2.2 เตรียมพื้นแผลให้มีสภาพ	

การบันทึก Progress Note



NR.DOC.03. IPD

NR.DOC.01. Adult



NURSING PROGRESS NOTE

SIRIRAJ HOSPITAL

Ward Gynae I

H.N. 4x-45312x

A.N. 1-1234-47

Name นางไข้ หวัดนก Age 60 yrs Diagnosis Carcinoma of Ovary with gut obstruction s/p Explore laparotomy with ileostomy with Deshiscence wound

Date	Time	Progress Note
20มค47	17.50 น	Case CA ovary หลังผ่าตัดวันที่ 3 <u>รับเข้าเตียง มีไข้</u> เช็ดตัวลดไข้ ให้งดอาหารและน้ำดื่ม <u>ได้รับสารอาหาร</u>
15-23น.		ทาง หลอดเลือดดำ บริเวณมือข้างซ้าย <u>ไม่คลื่นได้ ไม่อาเจียน</u> มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และมี <u>ileostomy</u>
		ปวดแผลผ่าตัด Pain score 4 <u>ไม่ต้องการยาบรรเทาปวด</u> ถุง <u>ileostomy</u> <u>ติดดี</u> แผลผ่าตัดไม่มี <u>exudate</u> ซึม
		ใส่สายสวนคาบัสสาวะ <u>ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวนค้างในถุง 200 ซีซี</u>
	17.55	A: <u>อ่อนเพลีย</u> <u>กล้ามเนื้ออ่อนแรง</u> <u>มีไข้</u>

Nursing Progress Note



NURSING PROGRESS NOTE

SIRIRAJ HOSPITAL

Ward
H.N.
A.N.

Name Age yrs Diagnosis

Date	Time	Progress Note

ปรับช่องออก ใช้เขียน

A:
I:
E:

Date	Nursing Diagnosis	Assessment	Intervention	Evaluation
		ฟอร์มเดิม		

- ❖ บันทึกการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของผู้ป่วย
- ❖ บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาและการประสานบริการในทีมสุขภาพ



NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NR.DOC.06

 WARD.....
 HN.....
 AN.....

Name Age Resident / Doctor

Diagnosis

Admittance - Discharge Date

Treatment / Operation / Delivery

Length of Stay

Health Status before Discharge

Vital signs:

 Temp. °C
 HR / min
 Resp / min
 BP mmHg

Level of Consciousness:

-
- Alert, awake and oriented
-
-
- Lethargic
-
-
- Stuporous
-
-
- Comatose

Therapeutic Device:

-
- None
-
- NG Tube
-
-
- Catheter
-
-
- Ostomy
-
-
- Other

Continuing Health Problems

Health Informations

-
- Medication
-
-
- Environment & Economic
-
-
- Treatment
-
-
- Health
-
-
- Outpatient Referral
-
-
- Diet

Information provided to:

-
- Patient
-
-
- Family
-
-
- Other

Discharged by : Doctor Permission Involuntary Escape ReferDischarged with: Patient ID Card Medication Appointment Card Medical Certificate Health Payment Receipt Patient's property Other

In Case of Death

Date of Death Time of Death Doctor

Transfer to: Forensic Pathology OtherPatient's property was sent to: Family ; Signature ID No. Other : Signature ID No.

ภาพของการบันทึก



- ความซ้ำซ้อน
- ใช้เวลามาก
- ไม่ชัดเจน
- ยากที่จะดึงมาใช้ได้
- เห็นเป็นส่วน ๆ ไม่ต่อเนื่อง



❖ ปรับแบบฟอร์มตามแนวคิด **Focus Charting**

❖ ยังกงเป้าหมายเดิม

➤ สะท้อนความเชื่อและปรัชญาของฝ่ายการพยาบาล

➤ สอดคล้องมาตรฐาน

➤ มาตรฐานสภาการพยาบาล

➤ มาตรฐาน **JCIA**

ปัจจัยส่งเสริมคุณภาพการบันทึก

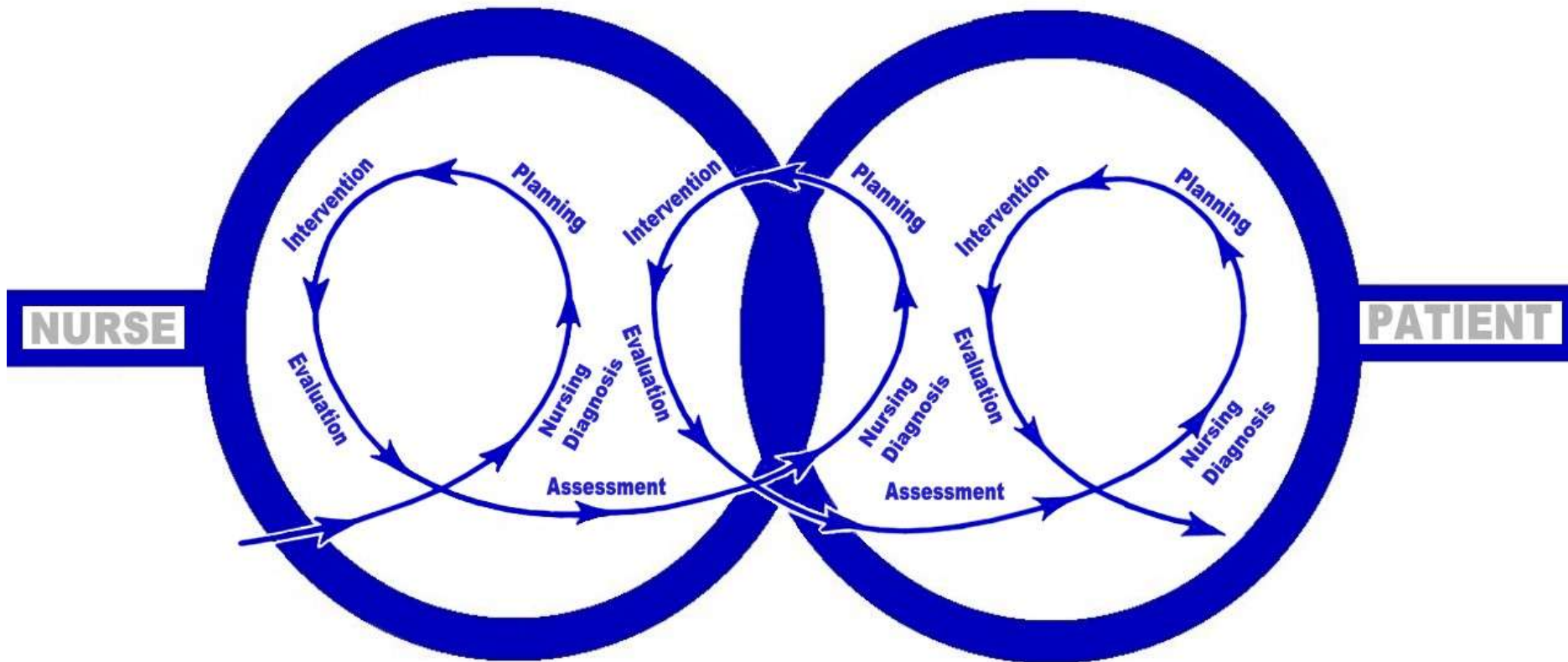


- ❖ ระบบบริการพยาบาล
- ❖ สิ่งแวดล้อมที่การปฏิบัติงาน
- ❖ เวลาที่พยาบาลได้อยู่ดูแลผู้ป่วย
- ❖ ระบบการนิเทศ ที่เสริมสมรรถนะพยาบาลด้านคลินิก
- ❖ ความสามารถของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยผ่านกระบวนการพยาบาล



การประเมิน การกำหนดปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล



การให้การพยาบาลตามแผน

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล



❖ รูปแบบระบบการพยาบาล ที่นิยม

ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Nursing)

ระบบการดูแลเป็นรายบุคคล (Case Method / Total Patient Care)

ระบบการทำงานเป็นทีม (Team Nursing)

ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Primary Nurse)

การจัดการรายกรณี (Case Management)

❖ ปัจจุบันมีนวัตกรรมการจัดระบบการพยาบาลอีกหลายระบบ ส่วนใหญ่พัฒนาจาก USA เช่น Model RN Line ใช้ The Nursing “Cell” รูปแบบ Unit-Based Care Manager

ระบบบริการพยาบาลมีผลต่อคุณภาพการพยาบาลและบันทึก



Thank You !

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

และ

ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล