

# Focus Charting:

โครงสร้างบันทึกที่มีชีวิต



พยาบาล ดร. ยุวดี เกตลัมพันธ์

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ผู้ช่วยคณบดี ด้านพัฒนาคุณภาพ





- ความหมาย **Focus Charting**
- ลักษณะบันทึก **Focus Charting**
- หลักการบันทึก **Focus Charting**
- ข้อเสนอแนะการบันทึกอย่างมีคุณภาพ

# FOCUS CHARTING



WHAT

HOW

WHY

WHY

WHY

WHAT



WHY

HOW

WHAT

WHY

WHY

WHY

WHY

HOW

HOW

HOW

WHAT

WHAT

WHY

HOW

WHY

WHAT

WHY

WHAT

WHY

HOW

WHAT

# ทำไม Focus Charting



## ❖ วิธีปัจจุบัน

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

# Focus



- ❖ จุดรวมแสง
- ❖ จุดศูนย์รวม
- ❖ จุดสนใจ
- ❖ จุดสำคัญ
- ❖ จุดหลัก หัวใจ

# Focus Charting



- ❖ บันทึกเฉพาะสิ่งที่สำคัญ เนื้อหาในการบันทึก เป็นเรื่องราวหรือ เหตุการณ์สำคัญของผู้ป่วย ที่ทีมดูแลสามารถใช้ประโยชน์ได้
- ❖ มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งประเด็นสถานะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยต่อเป้าหมาย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา
- ❖ มุ่งเน้นความสำคัญของการบันทึกกลับไปที่ตัวผู้ป่วย และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เป็นระบบบันทึกที่เป็น **Patient centered**
- ❖ เหตุผลที่นำระบบ **Focus charting** มาใช้ คือ มุ่งเน้นความสำคัญของการบันทึกกลับไปที่ตัวผู้ป่วยและให้ความสำคัญกับ**ความต้องการของผู้ป่วย**

# ข้อดีของ Focus Charting



- ❖ ยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล
- ❖ สะท้อนกระบวนการพยาบาล
- ❖ เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวบรัด กระชับ และชัดเจน
- ❖ หาข้อมูลได้ง่ายเนื่องจากโครงสร้าง ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
- ❖ ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น
- ❖ สามารถปรับใช้ได้ง่ายกับระบบการบันทึกโดยใช้  
**Computer**

# ลักษณะการบันทึก **Focus**



- **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)หรือปัญหาความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขา (collaborative problem)**
- **อาการ(sign) หรืออาการแสดง (symptom)ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์(medical diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) หรือแผนการดูแลรักษา (treatment plan) หรือข้อมูลที่เป็นตัวบอกเหตุ (Trigger)**
- **สิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน (current patient concern or behavior)**
- **การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (acute change in an patient's condition)**
- **เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ (a significant event in an patient's care or patient's treatment/therapy)**
- **ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ(Special patient need or consulting with physicians of other disciplines in collaborative or multidisciplinary care)**
- **การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล (a key word or phrase indicating compliance with a standard of care or agency policy)**



# Focus

# ตัวอย่าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือ  
ปัญหาร่วมของทีมในการวางแผนการดูแล

skin integrity, coping, activity tolerance, self care deficit

อาการหรืออาการแสดง  
ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือแผนการดูแลรักษา หรือเป็นตัวบอกเหตุ (Trigger)

fever, ปัสสาวะแฉะ, ความดันโลหิตสูง, อ่อนเพลียมาก,

สิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือ  
พฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน

คลื่นไส้, chest pain, pre-op teaching,

Focus	ตัวอย่าง
การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน	<b>respiratory distress, seizure, discomfort, lost of consciousness</b>
เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ หรือการดูแลรักษาเฉพาะ	การจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การให้เลือด <b>begin treatment regimen (oxygen), change in diet, catheterization</b> การให้ยา <b>chemotherapy</b> ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ
ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือ การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ความต้องการวางแผนจำหน่าย การปรึกษากายภาพบำบัด การปรึกษาโภชนาการ <b>Referral</b>
การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง

# หลักการบันทึก Focus charting



- แบ่งการบันทึกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ Focus และส่วนที่เป็นเนื้อหา Progress note
- ส่วน **Progress note** ใช้ format DAR (Data Action Response) หรือ AIE (Assessment Intervention Evaluation)

**Focus**

**Assessment (A)**

**Intervention (I)**

**Evaluation (E)**

# A.I.E. เป็นชื่อย่อ



**A Assessment** ➔ ข้อมูล **Subjective data**  
**Objective Data** ที่สนับสนุนข้อความ **Focus** หรืออธิบาย  
เหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น

**I Intervention** ➔ สิ่งที่ปฏิบัติทันทีหรือ  
จะปฏิบัติหรือแผนการดูแลที่มีพื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จาก  
การ **Assessment**

**E Evaluation** ➔ ผลการตอบสนองของ  
ผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ



**แบบ บรรยาย**



**แบบ มีแบบฟอร์ม**

# วิธีการบันทึก Progress notes




30 มีค. 54 9.00 น. **Focus:** ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ **A:** ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย  
จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม **I:** รายงาน นพ. ก เก็บ  
ปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำ Pt เพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้  
ถ้าไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล 14.30 **E:** Pt บอกปวดแสบเวลาปัสสาวะ น้อยลง Intake 480 CC.

วันที่/เวร	เวลา	Focus	A=Assessment I=Intervention E=Evaluation
30 มีค.54 7-15 น.	9.00	ไม่สบายจาก ปัสสาวะแสบ	A ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม
			I รายงาน นพ. ก เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำ Pt เพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ ดีขึ้นให้บอกพยาบาล
	14.30		E: Pt บอกปวดแสบเวลาปัสสาวะ น้อยลง Intake 480 CC



DATE SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE		
			A : Assessment	I : Intervention	E: Evaluation
4 ธ.ค. 52	13.00 น.	การปฏิบัติตัวภายหลัง	A: ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวันที่ 5 แพทย์สายลม		
		จำหน่าย	ตรวจเยี่ยม และอนุญาตให้กลับบ้านได้		
		(Discharge Process)	I: ให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน		
			เน้นย้ำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดเช่น แผลอักเสบ บวม		
			ปวดมากขึ้น หรือมีไข้ การรับประทานยาแก้ปวดและยาแก้ปวด		
			แบบปิด Tegaderm สามารถอาบน้ำได้ เปิดโอกาสให้ซักถาม		
			และตอบข้อสงสัย สอบทวนเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อขา 4 ท่า		
			ติดตามความพร้อมเรื่องที่พักและผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย		
			E: ผู้ป่วยสนใจฟัง ทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อขา 4 ท่าได้ถูกต้อง		
			ไม่มีข้อสงสัย บอกว่าบุตรสาวได้เตรียมห้องนอนที่ชั้นล่างให้แล้ว		
			และจะมีหลานจากต่างจังหวัดมาอยู่เป็นเพื่อน		
	14.00 น		จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต		
					ลลีน RN

DATE SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE A : Assessment I : Intervention E: Evaluation
4 ม.ค. 53	8.30 น.	Arrest	<b>A</b> : ผู้ป่วยหมดสติ ไม่หายใจ คลำ pulseไม่ได้
7-15 น.	8.32 น.		<b>I</b> : - พญ.พอใจ เริ่มทำ CPR
	8.35 น.		ให้ <u>adrenaline</u> 1 amp iv. push เริ่มคลำชีพจรได้
			ECG monitor show : sinus tachycardia rate 130 ครั้ง/นาที
			BP90/60 mmHg ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มี peripheral cyanosis
	8.40 น.		- ช่วย พญ. พอใจ ใส่ ET Tube No.7 ตำแหน่ง 20
			- ต่อ Ventilator setting FiO <sub>2</sub> 0.6TV 500 ml,RR 16 BPM, PEEP 5 cmH <sub>2</sub> O,
			- BP 80/60 mmHg พญ.พอใจสั่ง challenge NSS 200 cc in 15 min.
			- BP ชั่งคง 80/60 mmHg challenge NSS ซีก 200 cc in 15 min.
			- BP 70/50 mmHg HR 120ครั้ง/นาที ให้ Norepinephrine 4 mg in
			D5W 250 cc iv drip start ที่ 10 cc/hr.
			<b>E</b> :- ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว Pupil BE 2 mm, RTL P = 120 ครั้ง/นาที
			BP 100/70 mmHg, O <sub>2</sub> sat 97%
	9.30 น.		พญ.พอใจ ให้ข้อมูลแก่บุตรสาวถึงอาการ การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษา
	9.45 น.	ความวิตกกังวลของ บุตรสาว	<b>A</b> : บุตรสาวผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย สีหน้าเศร้าหมอง ขอบตาแดง มีน้ำตาคลอและพูดว่า "รู้สึกกังวลอยู่ กลัวว่าคุณแม่จะเป็นแบบเมื่อก็ซึก"
			<b>I</b> : จับมือ ปลอบโยน เปิดโอกาสให้บุตรสาวพูดระบายความรู้สึกและรับฟังอย่างตั้งใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับและการตอบสนองอนุญาตให้อยู่เฝ้าข้างเตียง ให้ความมั่นใจว่าพยาบาลจะมาติดตามอาการเป็นระยะๆ
			<b>E</b> : บุตรสาวผู้ป่วยสงบลง พูดว่า "รู้สึกอุ่นใจขึ้นที่พยาบาลจะเข้ามาดูอาการบ่อยๆ"



# การบันทึก Focus (Focus Charting)



- ❖ บันทึก วัน เวลา และ Focus
- ❖ A: บันทึกข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่สนับสนุน Focus
- ❖ I: อธิบายกิจกรรมที่ได้ทำ แล้วและจะทำได้แก่ให้ยา รายงานแพทย์ สอน ฝึกระวัง อาการข้างเคียง เปลี่ยนท่านอน **บันทึกในส่วนนี้ สะท้อน ขั้นตอน การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล ในกระบวนการพยาบาล**
- ❖ E: บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (individual's response) ที่มีต่อ Intervention ที่ให้กับผู้ป่วย การบันทึก Evaluation อาจบันทึกไปพร้อมกับ A และ I ถ้าการตอบสนองของผู้ป่วยเกิดขึ้นที่ เช่น ผู้ป่วยผู้ป่วยบอกเข้าใจ แต่ถ้าการตอบสนองยังไม่เกิดขึ้นอาจจะบันทึกส่วน E ตาม

บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มอื่น ข้อมูลในใบ **record** และ **checklist** ต้อง**ตรวจสอบ**ให้แน่ใจว่า**ข้อมูลมีความถูกต้องตรงกัน** เพื่อให้ผู้อื่นสามารถติดตามปัญหาและความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้

# Focus List



ใช้บอกภาพรวมประเด็น Focus ที่บันทึกใน progress notes

เป็นภาพเรื่องราวหรือความต้องการของผู้ป่วยใช้เป็น Quick Reference

ใช้สำหรับผู้ป่วยใน และ update ทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

No	FOCUS	Goals/Outcomes เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	Active วันที่พบ	Resolved วันที่สิ้นสุด
1	วางแผนจำหน่าย	มีความรู้ ทักษะจำเป็นและมีแหล่งช่วยเหลือ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1 กพ. 55	
.				
4	ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง	ปวดระดับ 0-3 ตลอดเวลาเมื่ออยู่ รพ.	3 กพ. 55	6 กพ. 55

ใส่เลขเรียงลำดับในช่อง Focus

ใส่ประเด็นสำคัญ ในช่อง Focus

ใส่เป้าหมายหรือสิ่งที่คาดหวัง ในช่อง Goal

ใส่วันที่พบ ประเด็น Focus ในช่อง Active

ใส่วันที่พบผลลัพธ์ตามเป้าในช่อง Resolved

วันจำหน่าย ถ้า Focus ใดยังไม่ Resolved ก็ยังไม่  
บรรลุเป้าหมาย

ให้ใส่เป็นประเด็น Focus ที่ต้องได้รับการดูแล  
ต่อเนื่อง ใน Discharge summary



# NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

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

Name ..... Age ..... Resident / Doctor .....

Diagnosis .....

Admittance - Discharge Date .....

Length of Stay .....

Treatment / Operation / Delivery .....

## Health Status before Discharge

<b>Vital signs:</b> Temp. .... °C HR ..... / min Resp ..... / min BP ..... mmHg	<b>Level of Consciousness:</b> <input type="checkbox"/> Alert, awake and oriented <input type="checkbox"/> Lethargic <input type="checkbox"/> Stuporous <input type="checkbox"/> Comatose	<b>Therapeutic Device:</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> NG Tube <input type="checkbox"/> Catheter ..... <input type="checkbox"/> Ostomy ..... <input type="checkbox"/> Other .....
---	---	--

## Continuing Health Problems

## Health Informations

<input type="checkbox"/> Medication ..... ..... <input type="checkbox"/> Environment & Economic ..... <input type="checkbox"/> Treatment ..... <input type="checkbox"/> Health ..... <input type="checkbox"/> Outpatient Referral ..... <input type="checkbox"/> Diet .....	<b>Information provided to:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other ..... ..... .....
---	--

Discharged by :  Doctor Permission  Involuntary  Escape  Refer .....

Discharged 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  Other .....

Patient's property was sent to:  Family ; Signature ..... ID No. ....  
 Other ..... ; Signature ..... ID No. ....





## บันทึกอะไร

- ➔ ข้อมูลที่ต้องการแสดงรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนของ **flow sheets**
- ➔ ข้อมูลที่ระบุอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
- ➔ บันทึกเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือที่ไม่คาดหวังว่าจะเกิด
- ➔ บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วยและการรายงานแพทย์
- ➔ ระบุสถานะผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ย้ายระหว่างหน่วยงาน และเมื่อจำหน่าย



- ✍ การบันทึก Evaluation อาจไม่สามารถบันทึกได้ทันที เพราะ การตอบสนองต่อการปฏิบัติ(Intervention) อาจยังไม่เกิดขึ้น การบันทึกในช่วงแรกจึงอาจมีแต่ A และ I แต่ในที่สุดผู้ป่วยก็ต้องมีการตอบสนองต่อ I การบันทึก E จึงบันทึกตามทีหลังได้
- ✍ ในช่วงเวลาหนึ่งอาจมี Focus ได้หลาย ประเด็น
- ✍ เขียน Progress notes เมื่อจำเป็นเพื่อลดความซ้ำซ้อน

# การบันทึกด้วย Focus charting อย่างมีคุณภาพ (ต่อ)



1. สิ่งที Focus ต้องสะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ไม่ใช่บันทึกการทำงานของพยาบาลหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์
2. บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วยหรือสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย (patient response) หรือผลลัพธ์การดูแลรักษา (outcomes)
3. ข้อมูลในส่วน Focus และ Assessment (A) Intervention (I) และ Evaluation (E) ควรสอดคล้องสัมพันธ์กัน



4. กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ (routine elements of care) ที่บันทึกใน Flow sheet เช่น แบบประเมินแรกรับ แบบบันทึก graphic sheet แบบบันทึก Nursing activity **ไม่ควรนำมาเขียนใน progress note** เพื่อลดความซ้ำซ้อน และระยะเวลาการบันทึก ยกเว้นกรณีที่มีความผิดปกติ ที่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม เช่น Temperature ซึ่งตามปกติบันทึกในแบบบันทึก graphic sheet แต่ถ้ามีไข้สามารถนำมาบันทึกรายละเอียดใน progress note ได้ ซึ่งการบันทึกในส่วน Progress Note ควรเน้นกรณีต่อไปนี้



**Focus**

ชุมชนนักปฏิบัติ **Community of Practice (COP)**

**Focus Charting**

ช่องทางสำหรับแลกเปลี่ยนการปฏิบัติ





*Thank You !*

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

และ

ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล



## **Advantages of Focus Charting**

- **Flexible enough to adapt to any clinical practice setting and promotes interdisciplinary documentation**
- **Centers on the nursing process, including assessment, planning, implementation and evaluation**
- **Information is easy to find because data is organized by the focus**
- **It promotes communication between all care team members**
- **Encourages regular documentation of patient responses to care**
- **Helps organize documentation so that it is concise and precise**
- **Can be easily adapted to computer based documentation systems**

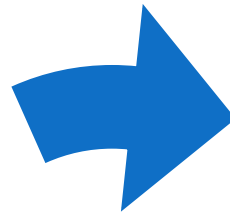
# กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน



ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

**Assessment**

Step 1



Step 2

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

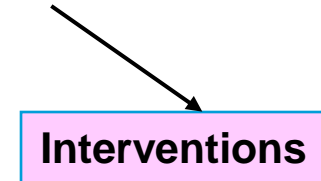
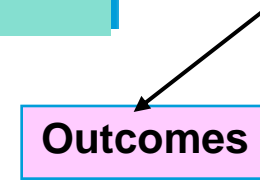
**Nursing Diagnosis**



Step 3

วางแผนการพยาบาล

**Planning**



ผลลัพธ์  
ที่คาดหวัง

การปฏิบัติที่จะทำ  
เพื่อให้ได้ผล  
ตามเป้าหมาย

27

**Implementation**

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ

Step 4



Step 5



การประเมินผล/  
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

**Evaluation**