

# Short Stay Focus Charting

จาก CQI สู่ นโยบาย  
การบันทึกสำหรับผู้ป่วย  
ที่อยู่โรงพยาบาลระยะสั้น



พยาบาล ชัชฎา บุญยะอภิชาติ  
พยาบาลชำนาญการพิเศษ  
งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

# วัตถุประสงค์ (Aim of the session)



- ❖ **เข้าใจกระบวนการพัฒนาแบบบัณฑิตกทางการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล ศิริราช**
- ❖ **นำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ ขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบการบัณฑิตกทางการพยาบาล**



## หัวหน้าโครงการ **ดร.ยวดี เกตสัมพันธ์** สมาชิก

- คณะกรรมการเวชระเบียนทางการแพทย์พยาบาล
- ตัวแทนพยาบาลจากหอผู้ป่วยนำร่อง

# ที่มาของการพัฒนาระบบการบันทึก ทางการพยาบาล



## 1. เสียงสะท้อนจากหน่วยงาน / คำถามจากพยาบาลผู้ปฏิบัติ

“ตอนนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาให้เคมีบำบัด admit เข้าให้ยาเสร็จ  
พอค่าๆ กลับบ้าน เขียน nurse note ไม่ทัน”

“คนใช้ผ้าตัดตาต่อกระจก มารยะยะสั้นๆ เขียน nurse note  
สั้นๆ ได้ไหม”

ฯลฯ

## 2. ข้อกำหนดในมาตรฐานวิชาชีพ

## 3. ข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล HA

## 4. ข้อเสนอแนะที่องค์กรพยาบาลมักได้รับจาก ผู้เยี่ยมสำรวจ

# รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบไหน ที่เราต้องการ?



- 1.ลดระยะเวลา คงคุณภาพการบันทึกฯที่  
สอดคล้องกับมาตรฐาน**
- 2. กระชับ และรัดกุม**
- 3.เห็นประเด็นสำคัญชัดเจน ใช้ข้อมูลเพื่อการ  
ดูแลต่อเนื่อง สื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย  
ให้ทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น**
- 4.สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล**



- 1. ศึกษาข้อมูลความรู้ กำหนดวัตถุประสงค์ และรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์**
- 2. พัฒนาแบบบันทึกฯ**
- 3. จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกฯ**
- 4. เสนอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารฯ**
- 5. วางแผนทดลองใช้แบบบันทึกฯ**
- 6. ประเมินผล**

# 1. ศึกษาข้อมูลความรู้ กำหนดวัตถุประสงค์ และรูปแบบการบันทึก



## วัตถุประสงค์

### ❖ กระชับ

❖ ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ/ประเด็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

❖ เห็นประเด็นสำคัญ (focus) ในด้านปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย

# 1. ศึกษาข้อมูลความรู้ กำหนดวัตถุประสงค์ และรูปแบบการบันทึก (ต่อ)



## ❖ ทบทวนรูปแบบบันทึก

- **Nursing Assessment Form (4 pages)**
- **Nursing Care Plan**
- **Nursing Progress Note**



# ทบทวน Nursing Assessment Form



**ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL**

WHD: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_

**Personal Data**

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Admission Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Mode of Arrival:  Walk  Wheelchair  Stretcher  Other \_\_\_\_\_

Admitted:  Medical  Surgical  Other \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Chief complaint: \_\_\_\_\_

Present illness: \_\_\_\_\_

Past illness history: \_\_\_\_\_

Family illness history: \_\_\_\_\_

Allergies (Drug, Food, Other): \_\_\_\_\_

Exercise:  None  Slight  Moderate  Heavy

Sleep:  Normal  Not enough  Too much

Tobacco:  None  Cigarette  Pipe

Alcohol:  None  Slight  Moderate  Heavy

Other Drugs/Substances: \_\_\_\_\_

Info referral provided by:  Doctor  Nurse  Physiotherapist  Other \_\_\_\_\_

Emergency:  None  Slight  Moderate  Heavy

Relationship: \_\_\_\_\_

**Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support**

Special Religion / Cultural considerations for hospitalization: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**Nutrition / Metabolism**

Appetite:  Normal  Decreased  Increased

Swallowing:  Normal  Difficult

GI:  None  Constipation  Diarrhea

Special Diet:  None  Low Fat  High Protein  Low Sodium  Other \_\_\_\_\_

Feeding:  Oral  NG  Tube

Weight: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**Skin**

Dermat Assessment:  No  Yes (See later to describe type and location on diagram)

Abuse:  None  Mild  Moderate  Severe

Temp: \_\_\_\_\_

**Pressure Ulcer Staging**

Stage 1: \_\_\_\_\_

Stage 2: \_\_\_\_\_

Stage 3: \_\_\_\_\_

Stage 4: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**Cardiopulmonary**

**Pulmonary**

Rate: \_\_\_\_\_

Rhythm: \_\_\_\_\_

Depth: \_\_\_\_\_

Effort: \_\_\_\_\_

Cough: \_\_\_\_\_

Sputum: \_\_\_\_\_

Current Treatment:  None  Inhaler  Nebulizer  Steroid  Antibiotic  Other \_\_\_\_\_

**Cardiovascular**

Pulse: \_\_\_\_\_

Rate: \_\_\_\_\_

Rhythm: \_\_\_\_\_

Depth: \_\_\_\_\_

Effort: \_\_\_\_\_

Chest Pain: \_\_\_\_\_

Back Pain: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL**

WHD: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_

**Neuromuscular**

**Neurology**

Level of Consciousness (LOC):  Alert  Lethargic  Obtunded  Stupor  Coma

Orientation:  Person  Place  Time  Object

Speech:  Normal  Impaired

Smell:  Normal  Impaired

Strength:  Normal  Impaired

Reflexes:  Normal  Hyperreflexic  Hyporeflexic

Other: \_\_\_\_\_

**Musculoskeletal**

Joint:  None  Pain  Swelling  Redness  Warmth

Other: \_\_\_\_\_

**Mobility**

Activity:  Independent  Needs Assistance

Prosthetic / Assistive Device:  None  Walker  Crutch  Stair Chair

Injury:  No  Yes

Other: \_\_\_\_\_

**Elimination / Reproductive**

**Gastrointestinal**

Defecation:  Normal  Constipation  Diarrhea

Abdomen:  Soft  Tender  Distended

Other: \_\_\_\_\_

**Genitourinary**

Genital:  Normal  Abnormal

Other: \_\_\_\_\_

**Reproductive**

Menstrual:  Normal  Abnormal

Other: \_\_\_\_\_

**Pain Management**

Pain:  No  Yes

Pain Location: \_\_\_\_\_

When: \_\_\_\_\_

What causes pain: \_\_\_\_\_

How does patient describe the pain: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

Does pain affect patient's ability:  None  Slight  Moderate  Severe  Very Severe

What relieves pain: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**Information / Teaching / Learning Needs**

Other: \_\_\_\_\_

**Discharge Planning Supportive Care**

Discharge Screening Criteria:

1. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge?  Yes  No

2. Are there financial concerns regarding the hospitalization?  Yes  No

**Home Environment**

Other: \_\_\_\_\_

**Discharge Planning Need**

Other: \_\_\_\_\_

**Possible Referral Needs:**  Support Care / Home Care  Physical Therapy  Speech Therapy  Social Services  Other \_\_\_\_\_

Assessment Initiated by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_





## การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วย Focus Charting



"Medical care certainly ain't what it used to be!"

- ส่งเสริมให้พยาบาลมีการจัดระบบความคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered)
  - สามารถรวบรวมประเด็นสำคัญของผู้ป่วยได้ และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและการดูแลรักษาได้อย่างกระชับ และรัดกุม
  - เน้นการตอบสนองปัญหา ความต้องการ และเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วย

# กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มพัฒนา การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล



"Medical care certainly ain't what it used to be!"

## กลุ่มผู้ป่วยพักรักษาตัว ระยะสั้น (Short stay)

ผู้ป่วยที่คาดว่าจะรับไว้ในรพ.  
ไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อการ  
สังเกตอาการ การตรวจวินิจฉัย  
เฉพาะทาง หรือการดูแลรักษา  
ระยะสั้น

# สรุปเราจะพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล อะไรบ้าง?



- ❖ **เริ่มต้นกลุ่มผู้ป่วยพักรักษาตัวระยะสั้น**
- ❖ **ปรับแบบประเมินแรกรับ เน้นข้อมูลสำคัญที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยพักรักษาตัวระยะสั้น**

การประเมิน : แสดงประเด็นสำคัญปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างเด่นชัด ทำให้ทราบประเด็นสำคัญที่มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสั้น กระชับ และชัดเจน
- ❖ **ปรับการบันทึก Progress note ใช้การบันทึก Focus Charting**

## 2. พัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล



# 2. พัฒนาและประเมินแบบบันทึกครั้งที่1



แบบบันทึกที่ใช้ก่อนปรับปรุง

Nursing Assessment Form 4 pages

แบบบันทึกที่ปรับปรุงใหม่

Short Stay Nursing Assessment Form  
(1 page) :draft 1

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

**Personal Data**

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_  
 Admission Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
 Medical History: \_\_\_\_\_  
 Allergies: \_\_\_\_\_  
 Current Medication: \_\_\_\_\_

**Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support**

Special Diets: \_\_\_\_\_  
 Cultural considerations: \_\_\_\_\_

**Nutrition / Metabolism**

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_  
 Appetite: \_\_\_\_\_  
 Bowel: \_\_\_\_\_  
 Urinary: \_\_\_\_\_

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

**Skin**

General Assessment: \_\_\_\_\_  
 Pressure Ulcer/Slough: \_\_\_\_\_  
 Cardiorespiratory: \_\_\_\_\_  
 Current Testes: \_\_\_\_\_

**Pain Management**

Pain Location: \_\_\_\_\_  
 Pain Intensity: \_\_\_\_\_  
 Pain Characteristics: \_\_\_\_\_

**Discharge Planning Supportive Care**

Home Environment: \_\_\_\_\_  
 Discharge Planning Needs: \_\_\_\_\_

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

**Neurovascular**

Neurological: \_\_\_\_\_  
 Vascular: \_\_\_\_\_

**Mobility**

Activity: \_\_\_\_\_  
 Functional: \_\_\_\_\_

**Elimination / Reproductive**

Bowel: \_\_\_\_\_  
 Urinary: \_\_\_\_\_  
 Reproductive: \_\_\_\_\_

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

**Pain Management**

Pain Location: \_\_\_\_\_  
 Pain Intensity: \_\_\_\_\_  
 Pain Characteristics: \_\_\_\_\_

**Information / Teaching / Learning Needs**

Discharge Planning Supportive Care: \_\_\_\_\_

**Home Environment**

Discharge Planning Needs: \_\_\_\_\_

SHORT STAY NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

ADMISSION: \_\_\_\_\_ WARD: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
 Admitted by: \_\_\_\_\_  
 Medical Status: \_\_\_\_\_  
 Smoking: \_\_\_\_\_  
 Alcohol: \_\_\_\_\_  
 Nutrition: \_\_\_\_\_

**Diagnosis**

Chief Complaint: \_\_\_\_\_  
 Present Illness: \_\_\_\_\_  
 Past Illness: \_\_\_\_\_

**Physical Assessment**

Cardiovascular: \_\_\_\_\_  
 Pulmonary: \_\_\_\_\_  
 Gastrointestinal: \_\_\_\_\_  
 Genitourinary: \_\_\_\_\_  
 Musculoskeletal: \_\_\_\_\_  
 Neurological: \_\_\_\_\_  
 Skin: \_\_\_\_\_

**Discharge Planning Supportive Care**

Home Environment: \_\_\_\_\_  
 Discharge Planning Needs: \_\_\_\_\_

# Short Stay Nursing Assessment Form (Draft 1)



**SHORT STAY NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL**

AN: \_\_\_\_\_ HN: \_\_\_\_\_ WARD: \_\_\_\_\_  
 Admission: \_\_\_\_\_ Source of Information:  Patient  Other  
 Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
 Emergency Notify: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
 Arrived by: \_\_\_\_\_  
 Walk  Wheel chair  Stretcher

Diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Chief Complaint: \_\_\_\_\_  
 Present Illness: \_\_\_\_\_  
 Past Illness: \_\_\_\_\_  
 Do you have any allergies?  No  Yes: \_\_\_\_\_

**Culture/Spiritual**  
 Are there any Religious, Traditional, Ethic or Cultural practices that need to be part of your care?  No  Yes: \_\_\_\_\_  
 Is there any way the hospital can assist you with your Religious practices?  No  Yes: \_\_\_\_\_

**Mental Status:**  Alert & Oriented  Confused  Agitated  Anxious

Smoking  No  Yes: \_\_\_\_\_ Out date: \_\_\_\_\_ Alcohol  No  Yes: \_\_\_\_\_ Out date: \_\_\_\_\_  
 Drugs  No  Yes: \_\_\_\_\_

Nutrition  NPO  Ordinary diet  Soft diet/Liquid  Special diet

**Physical Assessment**  
 Cardiovascular: Pulse Rhythm  Regular  Irregular  
 Peripheral:  Present L: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_  
 Absent (Location): \_\_\_\_\_  
 Pulmonary: Rhythm/Depth  Regular  Irregular  
 Rate  Normal  Tachypnea  
 Dyspnea  Apnea

**Neurological Status:**  Normal  Impaired  R  L Device: \_\_\_\_\_  
 Hearing  Normal  Impaired  R  L Device: \_\_\_\_\_  
 Speech  Normal  Impaired Device: \_\_\_\_\_

**Motor/Skeletal:**  Strong  Weak  R  L  Absent  R  L  
 Joint  WNL  Swollen  Soft  Tender  Other: \_\_\_\_\_  
 Weakness  No  Yes  
 Paralysis  No  Yes  
 Tetanus  No  Yes  
 Movement  Normal  Abnormal

**Mobility:**  
 Activity / Function  
 Independent  
 Requires Assistance in:  
 Eating  Dressing  Toileting  
 Bed Mobility  Transferring  
 Ambulation  Other: \_\_\_\_\_

Pain  No  Yes Intensity: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Education / Teaching Needs:  Pre / Post-op Teaching  Wound Care  Activity  Medication  Infection Control  Other: \_\_\_\_\_

**Discharge Planning Supportive Care**  
 1. Do you live alone?  
 Yes  
 No live with: \_\_\_\_\_  
 2. Discharge Planning Needs:  
 Medication: \_\_\_\_\_  
 Environment & Economic: \_\_\_\_\_  
 Treatment: \_\_\_\_\_  
 Health: \_\_\_\_\_  
 Outpatient Referral: \_\_\_\_\_  
 Diet: \_\_\_\_\_

Assessment Initiated by RN: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

## การประเมิน ครั้งที่ 1

- ควรปรับแบบบันทึกให้มีการประเมินในระบบที่แสดงความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่กระชับ

- ควรออกแบบเพื่อวางแผนให้การดูแลได้อย่างตรงประเด็นสำคัญและชัดเจน

ผู้ประเมิน  
คณะกรรมการเวชระเบียนฯ



# Short Stay Nursing Focus Note (Draft 1)



(Draft)

## SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE

Ward ..... Nur.doc.02.590.  
H.N. .... AN.  
Name ..... Age .....  
PRINT NAME LABEL



DATE /	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE		
			A : Assessment	I : Intervention	E : Evaluation

## การประเมิน ครั้งที่ 1

การบันทึกแบบ **Focus charting** แสดงประเด็น

สำคัญปัญหา/

ความต้องการของผู้ป่วยอย่าง  
เด่นชัด ทำให้ทราบประเด็นสำคัญ  
ที่มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสั้น  
กระชับ และชัดเจน

ผู้ประเมิน

คณะกรรมการเวชระเบียนฯ





# 2. พัฒนาและประเมินแบบบันทึกครั้งที่ 2



# 2. พัฒนาและประเมินแบบทีกครั้งที่ 2



Draft 1

Draft 2

**SHORT STAY NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL**

Admission: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Source of Information:  Patient  Other

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Emergency Notify: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Admitted by:  Walk  Wheel chair  Stretcher

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
Chief Complaint: \_\_\_\_\_  
Present Illness: \_\_\_\_\_  
Past Illness: \_\_\_\_\_  
Do you have any allergies?  No  Yes

Culture/Religion: \_\_\_\_\_  
Are there any religious, traditional (BKK) or cultural practices that need to be part of your care?  No  Yes  
Is there any way the hospital can assist you with your religious practices?  No  Yes

Mental status:  Alert & Oriented  Confused  Agitated  Anxious  
Smoking:  No  Yes \_\_\_\_\_ Out date: \_\_\_\_\_ Alcohol:  No  Yes \_\_\_\_\_ Out date: \_\_\_\_\_  
Drugs:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Nutrition:  NPO  Ordinary diet  Soft diet/Liquid  Special diet

**Physical Assessment**

Cardiovascular: Pulse Rhythm:  Regular  Irregular  
Peripheral:  Present  Absent (Location: \_\_\_\_\_)  
Edema: \_\_\_\_\_  
Pulmonary: Rhythm/Depth:  Regular  Irregular  
Rate:  Normal  Tachypnea  
 Dyspnea  Apnea

Neurological: Vision:  Normal  Impaired  R/L  B/L Device: \_\_\_\_\_  
Hearing:  Normal  Impaired  R/L  B/L Device: \_\_\_\_\_  
Speech:  Normal  Impaired Device: \_\_\_\_\_

Musculo-Skeletal:  Strong  Weak  R/L  B/L  Absent  R/L  B/L  
Joint:  W/O  Swollen  Stiff  Tender  Other \_\_\_\_\_  
Weakness:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Paralysis:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Seizure:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Movement:  Normal  Abnormal

Mobility:  Independent  Requires Assistance in:  
 Eating  Dressing  Toileting  
 Bed Mobility  Transferring  Ambulation  Other \_\_\_\_\_

Pain:  No  Yes Intensity: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Education/Teaching Needs:  Pre / Post - op Teaching  Wound Care  Activity  Medication  Infection Control  Other \_\_\_\_\_

Discharge Planning Supportive Care

1. Do you live alone?  Yes  No \_\_\_\_\_ live with: \_\_\_\_\_  
2. Discharge Planning Needs:  
 Medication \_\_\_\_\_  
 Environment & Economic \_\_\_\_\_  
 Treatment \_\_\_\_\_  
 Health \_\_\_\_\_  
 Outpatient Referral \_\_\_\_\_  
 Diet \_\_\_\_\_

Assessment Initiated by RN: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

(Draft)

**SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM**

Ward: \_\_\_\_\_ H.N. No. \_\_\_\_\_ A.N. No. \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
PRINT NAME LABEL  
Diagnosis: \_\_\_\_\_  
Ref. des. 01.85V.

Admission Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Mode of Arrival:  Walk  Wheel chair  Stretcher  Other \_\_\_\_\_

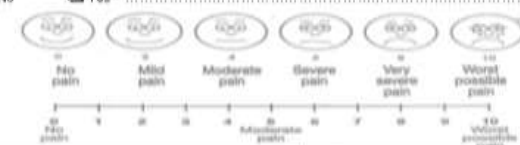
Vital signs: Temp: \_\_\_\_\_ °C HR: \_\_\_\_\_ /min  
Resp: \_\_\_\_\_ /min BP: \_\_\_\_\_ mmHg  
Chief Complaint: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_ Reactions: \_\_\_\_\_

Color:  Normal  Pale  Cyanotic  Jaundiced  
Skin:  Warm  Cool  Dry  Moist  
Occupation: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
Information provided by:  Patient  Other \_\_\_\_\_  
Emergency Notify: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Level of consciousness:  Alert, awake and oriented  Lethargic  Stuporous  Comatose  
Emotional status:  Calm  Combative  Apprehensive  Crying  
Denture:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Glasses/Contacts:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Hearing aids:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Nutrition:  NPO  Ordinary diet  Liquid / soft diet  Special diet \_\_\_\_\_

Remark: \_\_\_\_\_

Nursing Care Considerations: \_\_\_\_\_  
Reconcile Medications: \_\_\_\_\_

Pain:  No  Yes  
Pain intensity: 

Information/Teaching Needs:  Pre / Post - op Teaching  Activity  Wound Care  Infection Control  Medication  Other \_\_\_\_\_  
Discharge Planning Needs:  No  Yes \_\_\_\_\_  
Assessment Initiated by RN: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

# 2. พัฒนาและประเมินแบบบันทึกครั้งที่ 2



Draft 2

(Draft) 1

SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM

Ward: ..... No. 000, 01, 000.

H.N. .... A.N. ....

Name ..... Age .....

PRINT NAME LABEL

Diagnosis/.....

Admission Date ..... Time .....

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

Mode of Arrival:  Walk     Wheel chair     Stretcher     Other .....

Chief Complaint .....

Color :  
 Normal     Pale     Warm     Cool  
 Cyanotic     Jaundiced     Dry     Moist

Skin :  
 Warm     Cool  
 Dry     Moist

Level of consciousness :  
 Alert, awake and oriented  
 Lethargic  
 Stuporous  
 Comatose

Emotional status :  
 Calm  
 Combative  
 Apprehensive  
 Crying

Occupation ..... Religion .....

Information provided by:  Patient     Other .....

Emergency Notify ..... Phone .....

Denture :     No     Yes .....

Glasses/Contacts :     No     Yes .....

Hearing aids :     No     Yes .....

Nutrition :  NPO     Ordinary diet  
 Liquid / Soft diet     Special diet .....

Remark .....

Nursing Care Considerations : .....

Reconcile Medications: .....

Pain :     No     Yes .....

Pain Intensity :  
No pain    Mild pain    Moderate pain    Severe pain    Very severe pain    Worst possible pain

Information/ Teaching Needs :  
 Pre / Post - op Teaching     Activity     Wound Care  
 Infection Control     Medication     Other .....

Discharge Planning Needs :     No     Yes .....

Assessment initiated by  
RN .....  
Date ..... Time .....

การประเมิน ครั้งที่ 2

แสดงความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย  
ที่กระซิบ สามารถวางแผนให้การดูแล  
ผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็นและชัดเจน ขอ

เพิ่มเนื้อที่ในส่วน **Reconcile Medications**

ผู้ประเมิน

พยายามตัวแทนจากหอผู้ป่วยนำร่อง

## 2. พัฒนาและประเมินแบบบันทึกครั้งที่ 3







# 2. พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล(ต่อ)



แบบบันทึกที่ใช้ก่อนปรับปรุง

แบบบันทึกที่ปรับปรุงใหม่

## Nursing Assessment Form 4 pages

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

**Personal Data**

**Skin**

**Nutrition / Metabolism**

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

**Neurovascular**

**Mobility**

**Elimination / Reproductive**

**Pain Management**

## Short Stay Nursing Assessment Form 1 page

(Draft)

SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM

**Personal Data**

**Physical Assessment**

**Discharge Planning / Supportive Care**

### 3. จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึก



# 3. จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึก(ต่อ)



## Short stay nursing assessment form

## คู่มือการใช้แบบบันทึกฯ

(Draft)

**SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM**

Admission Date ..... Time .....

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

Mode of Arrival:  Walk     Wheel chair     Stretcher     Other .....

Chief Complaint .....

Allergies ..... Reactions .....

Color :  Normal     Pale     Cyanotic     Jaundiced

Skin :  Warm     Cool     Dry     Moist

Occupation ..... Religion .....

Information provided by:  Patient     Other .....

Emergency Notify ..... Phone .....

Level of consciousness :  
 Alert, awake and oriented  
 Lethargic  
 Stuporous  
 Comatose

Emotional status :  
 Calm     Combative  
 Apprehensive  
 Crying

Denture :     No     Yes  
Glasses/Contacts :     No     Yes  
Hearing aids :     No     Yes

Nutrition :     NPO     Ordinary diet  
                   Liquid / Soft diet     Special diet .....

Remark .....

Nursing Care Considerations : .....

Reconcile Medications: .....

Pain:     No     Yes

Pain Intensity :

Information/ Teaching Needs :  
 Pre / Post - op Teaching     Activity     Wound Care  
 Infection Control     Medication     Other .....

Discharge Planning Needs :     No     Yes

Assessment Initiated by  
RN .....  
Date ..... Time .....

(ร่าง)

Short Stay Nursing Assessment Form (Nur.doc.01 SSU)  
แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง

ลักษณะแบบบันทึก

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง (Short Stay Nursing Assessment Form) เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้เฝ้าสังเกตอาการ รวมทั้งแยกสาขาต่าง ๆ ที่มีภาวะบันทึกไว้ก่อนหน้า เช่น OPD card หนังสือส่งตัวเพื่อรับการรักษาร่วมเป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลจำเป็นในภาวะวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาสำคัญต่าง ตามความต้องการของผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้

ใช้กับผู้ป่วยในและกลุ่มผู้ป่วยเอกซันไว้สังเกตอาการ ที่คาดว่าจะรับไว้ในโรงพยาบาลไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อการสังเกตอาการเฉพาะกิจด้วยเฉพาะทาง หรืออาการและภาวะระยะสั้นที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดศีรษะจาก ผู้ป่วยส่องกล้องเพื่อหาพยาธิสภาพ ผู้ป่วยแทงเข็ม ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้อสังเขว ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด เป็นต้น

วิธีการบันทึก

เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย "✓" ลงใน "☐" หน้าข้อความที่ประเมินได้ ดังนี้

Ward : บันทึกชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

NN : บันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยนอก

AN : บันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยใน

Name : บันทึกคำนำหน้าชื่อ หรือ ยศ ได้แก่ ด.ช. ด.ญ. นาย นาง น.ส. ร.ต.พ. พล.ต.ท. ฯลฯ พร้อมระบุชื่อ ชื่อสกุล

Age : บันทึกอายุเป็นปี

Diagnosis : บันทึกการวินิจฉัยหลักเบื้องต้น

Admission Date : บันทึกวันที่ เดือน ปี ที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

Time : บันทึกเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

Vital signs : บันทึกสัญญาณชีพ

Temp. (Temperature)    อุณหภูมิร่างกายเป็นองศาเซลเซียส  
HR (Heart rate)    อัตราการเต้นของหัวใจหรือพขเป็นจำนวนครั้งต่อนาที  
Resp. (Respiratory Rate)    อัตราการหายใจเป็นจำนวนครั้งต่อนาที  
BP (Blood Pressure)    ความดันโลหิตสูงหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

Mode of Arrival : บันทึกวิธีที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย

Walk    เดินมา  
Wheel chair    รถนั่ง  
Stretcher    เปลนอน  
Other....    อื่นๆ ระบุ.....

Chief complaint : บันทึกเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรืออาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซึ่งไม่ครบเกิน 2 อาการ พร้อมทั้งระบุระยะเวลาที่เกิดอาการนั้นๆ เป็นภาษาเขียนสั้นๆตามคำบอกของผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแล โดยไม่ต้องแปลความหมายของข้อมูล

Allergies : บันทึกการแพ้ยา อาหารหรือสิ่งอื่นๆ

# 3. จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึก(ต่อ)



## Short stay nursing focus note



(Draft)

### SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE

Nurdec.02.591

Ward.....  
 H.N..... A.N.....  
 Name..... Age.....  
 PRINTNAME LABEL



DATE SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE		
			A : Assessment	I : Intervention	E : Evaluation

## คู่มือการใช้แบบบันทึกฯ

### (ร่าง) SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE (แบบบันทึกประเด็นสำคัญทางการพยาบาล)

**วัตถุประสงค์**  
 เพื่อลดระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยยังคงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐาน  
 สักกขณะแบบบันทึก

Short Stay Nursing Focus Note (แบบบันทึกประเด็นสำคัญทางการพยาบาล) เป็นเอกสารบันทึก เพื่อรวบรวมถึงประเด็นสำคัญของ ผู้ป่วย ปัญหา ข้อวินิจฉัยสำคัญ และกิจกรรมการพยาบาล เพื่อยังงานเชิงการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ การตอบสนองของผู้รับบริการ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ช่วยทำให้ทราบประเด็นสำคัญที่มุ่งให้การดูแลผู้ป่วย

ข้อปอ้างใช้  
 ใช้ในผู้ป่วยที่ประเมินว่าจะรับไว้ในโรงพยาบาลไม่เกิน 48 ชั่วโมง เพื่อการสังเกตอาการ การตรวจวินิจฉัยเฉพาะทาง หรือการดูแลรักษา

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้ป่วยได้ใช้แบบบันทึก Short Stay Nursing Focus Note ไปแล้ว 72 ชั่วโมง แต่มีความจำเป็นต้องรับผู้ป่วยต่อเนื่องนานกว่า 48 ชม. ไม่สามารถใช้แบบบันทึกต่อไปได้ ควรบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน ได้แก่ แบบบันทึกวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Care Plan : NR.DOC.02) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing Progress Note : NR.DOC.03 IPD)

**วิธีการบันทึก**  
**Focus :** บันทึกประเด็นสำคัญของผู้ป่วย เช่น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) หรือ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Collaborative problem) หรืออาการ (sign) หรือ สิ่งแสดงอาการ (symptom) ที่สอดคล้องกับการพยาบาลที่อ้างถึงบนบันทึก หรือการดูแลรักษาของแพทย์ หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วย เป็นต้น  
**Progress Note :** บันทึกโดยให้หลัก A-I-E

**A : Assessment** (การประเมินสภาพ) เป็นข้อมูลที่ได้จาก การตรวจพบ การสังเกต และการบอกเล่าจากผู้ป่วยและญาติ

**I : Intervention** (การปฏิบัติการพยาบาล) การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติให้เป็นรูปเป็นร่างที่สั่งไว้ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาล ที่สามารถปฏิบัติได้ตามวิธีและแนวทางที่หมาย โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษารวมแพทย์ เช่น การติดตามปฏิชีวนะ เป็นต้น

**E : Evaluation** (การประเมินการตอบสนองของผู้รับบริการที่มีผลการปฏิบัติพยาบาล) เป็นกระบวนการที่พิจารณาตัดสินว่า ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลมีประสิทธิผลภาพในการแก้ปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการดีมากน้อยเพียงใด ผู้รับบริการได้รับการดูแลเพื่อบรรลุประเด็นสำคัญทางการพยาบาลที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการแต่ละราย ตั้งแต่ก่อนให้การพยาบาลจนถึงให้การพยาบาลเสร็จสิ้นในแต่ละวัน เพื่อการติดตามแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ในการตรวจสอบเพื่อการรับรู้อาการผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นไปตามมาตรฐาน

นอกจากนี้ ยังใช้บันทึกข้อมูลสำคัญอื่นที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษารวม และการประสานบริการในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

# 3. จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึก(ต่อ)



## Focus charting

### Definitions:

Focus Charting - is a method for organizing health information in the individual's record. It is a systematic approach to documentation, using nursing terminology to describe individual's health status and nursing action.


### Focus

- a key word or diagnostic category from a **nursing diagnosis or collaborative problem** on the plan of care (action plan),  
i.e. skin integrity, coping, activity tolerance, self care deficit
- a **current individual concern or behavior**,  
i.e. nausea, chest pain, pre-op teaching, hospital admission
- a **sign or symptom of (possible) importance to the nursing and/or medical diagnosis** or treatment plan,  
i.e. fever, constipation, hypertension, incontinence, lethargy
- an **acute change in an individual's condition**,  
i.e. respiratory distress, seizure, fever, discomfort
- a **significant event in an individual's care**,  
i.e. begin treatment regimen (oxygen), change in diet, catheterization
- a **key word or phrase indicating compliance with a standard of care** or agency policy,  
i.e. self medication teaching plan, transition

### Components of a Focus Note

- Data:** Subjective and/or objective information supporting the stated focus or describing observations at the time of significant events.  
**(Assessment: A)**
- Action:** Nursing interventions performed, planned to be performed, and/or protocols and procedures initiated.  
**(Intervention: I)**
- Response:** Description of individual's response to medical and/or nursing care.  
**(Evaluation : E)** Statement that the Action Plan of Care outcomes have been attained or are progressing toward attainment.

## ตัวอย่างการบันทึก



ตัวอย่างการบันทึก

**SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE**

Ward.....

R.N. ....

Name ..... Age .....

PRINT NAME LABEL

DATE	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE
			A : Assessment    I : Intervention    E : Evaluation
17 พย.51	8 น.	ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น	A : ผู้ป่วยถามว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่เป็นอย่างไร
		(Knowledge deficit R/T diagnosis)	I : - อธิบายให้ผู้พยาบาลถึงอาการของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว แนวทางและวิธีการดูแลรักษา - ตอบข้อข้องใจต่างๆ ของผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้พยาบาลทราบว่าหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถกลับมาพยาบาลได้ทันที
	8.20 น.		E : ผู้ป่วยบอกว่ามีความเข้าใจมากขึ้น
	10.00 น.	เลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ	A : ผู้ป่วยบอกว่า วันนี้เริ่มมีประจำเดือน แต่สีที่กว่าประจำเดือนออกมากผิดปกติ
		(Abnormal vaginal bleeding)	I : - ประเมินปริมาณเลือดที่ออกพบเป็นสีแดงค่อนข้างสดปน clot (ผู้ป่วยบอกว่าเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยขนาดใหญ่เปลี่ยนผ้าไป 2 ผืน ในเวลา 1 ชั่วโมงที่ผ่านมา) - วัด vital signs : BP 114/70 mmHg HR 98/min RR 20
	10.10 น.		- โทรรายงาน นพ. หุ่นพ แพทย์สั่งการรักษาทหารโรคสดที่ดังนี้ (แพทย์บอกว่าจะตามมาดูอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย)
	10.15 น.		* วาง peripheral line ด้วย IV catheter No. 22 * เก็บ Blood for CBC, E/Mt, Hct * start NSS 1,000 ml v 100 ml/hr - แนะนำให้ผู้พยาบาลสังเกตปริมาณ และสีของเลือดที่ออก
	11.00 น.		E : ผู้ป่วยสามารถบอกปริมาณและสีของเลือดที่ออกได้ถูกต้อง
	11.00 น.	วิตกกังวล (Anxiety)	A : ผู้ป่วยบอกว่า "เลือดออกมากน่ากลัวจริง ๆ" I : - เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ระบายนความวิตกกังวล จับที่ใจด้วยคำที่เห็นอกเห็นใจ - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลืออยู่ รวมทั้งอธิบายการรักษารักษาของแพทย์ แผนการให้การดูแลการพยาบาลที่ได้และพยาบาลจะสังเกตเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
	12.00 น.		- อำนวยความสะดวกให้ญาติ (แม่และพี่สาว) เข้าเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจ
			E : ผู้ป่วยยิ้มแฉ่ง หัวเราะเมื่อพูดคุยกับญาติ
	13.00 น.		เมื่อสอบถามความวิตกกังวล ผู้ป่วยตอบว่า "รู้สึกค่อยๆ ทุเลาลง" เต็มใจ RN.

# 4. เส้นความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารฯ



## 5. วางแผนทดลองใช้แบบบันทึกในหอผู้ป่วยนาร่อง



### 5.1 ประชุมวางแผนดำเนินการโครงการนาร่อง

- เชิญตัวแทนพยาบาลจากหอผู้ป่วยนาร่อง
- ชี้แจงแนวคิด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการใช้แบบบันทึกฯ
- ให้ความรู้ และตัวอย่างในการบันทึก Focus charting
- กำหนดระยะเวลาดำเนินการโครงการนาร่อง  
(22 พย. 51– 31 มค. 52)

### 5.2 กำหนดหน้าที่คณะทำงาน

- ตัวแทนพยาบาลจากหอผู้ป่วยนาร่อง
- คณะกรรมการเวชระเบียนทางการพยาบาล

# 5. ทดลองใช้แบบบันทึกในหอผู้ป่วยนำร่อง



หอผู้ป่วยนำร่อง <b>SSU</b>	งานการพยาบาล
1. 84/9 ตะวันตก	จักษุฯ
2. ปาวา 2	ผู้ป่วยนอก
3. 84/8 ตะวันตก	ผู้ป่วยพิเศษ
4. 72 ปี ชั้น 9 ตะวันตก	รังสีวิทยา
5. อุบัติเหตุ 3 สามัญ	ศัลยศาสตร์ฯ
6. พระศรี 8/1 (สูติ)	สูติศาสตร์ฯ
7. พระศรี 12/1 (นรีเวช)	
8. 72/5 ตะวันออก	ศูนย์โรคหัวใจ





## 6. ประเมินผล



- ❖ **แบบสอบถามความคิดเห็นการใช้แบบบันทึกผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง (short stay)**
- ❖ **แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล**

# 6. ประเมินผล (ต่อ)



## แบบสอบถามความคิดเห็น

### การใช้แบบบันทึกผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง (Short Stay)

ฝ่ายการพยาบาลฯ ได้ดำเนินการทดลองใช้แบบบันทึกในกลุ่มผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะเวลาสั้น (ระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง) ในหอผู้ป่วยนำร่อง เพื่อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว ลดระยะเวลาการบันทึก สอดคล้องกับภาระงาน เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นที่สำคัญ แสดงถึงกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

ในการนี้ ขอความกรุณาท่านสละเวลาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกฯ โดยข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ของท่านจะนำมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงการดำเนินการเพื่อการขยายผลต่อไป

#### ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุทาง  น้อยกว่า 1 ปี  1 - 2 ปี  2 - 5 ปี  5 - 10 ปี  
 10 - 15 ปี  15 - 20 ปี  20 ปีขึ้นไป
2. งานเฉพาะทางที่สังกัด  จักษุฯ  ผู้ป่วยพิเศษ  
 รังสีวิทยา  ศัลยศาสตร์  
 สูติศาสตร์ฯ  ระบบหัวใจและหลอดเลือด  
 ผู้ป่วยนอก

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงตามลักษณะของท่าน

ข้อคำถาม	ลักษณะ			
	เห็นเล่าย อย่างยิ่ง	เห็นเล่าย	ไม่เห็นเล่าย	ไม่เห็นเล่าย อย่างยิ่ง
1. จากการทดลองใช้แบบบันทึกในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะสั้น (Short stay) ท่านคิดว่าแบบบันทึกนี้.....				
1.1 การบันทึกใช้เวลาเฉลียว				
1.2 สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้กระชับรัด และชัดเจนขึ้น				
1.3 เห็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ทำให้ใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้				
2. โดยภาพรวมท่านพอใจในการบันทึกแบบใหม่มากกว่าแบบเดิม				

ข้อเสนอแนะ .....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านในการตอบแบบสอบถาม กรุณาส่งคืนภายในวันอังคารที่ 17 ก.พ. 2552

โดยส่งถึงคณะกรรการเวชระเบียนทางจรรยาพยาบาลประจำ ภาควิชาพยาบาลของท่าน

แบบสอบถาม 80 ชุด

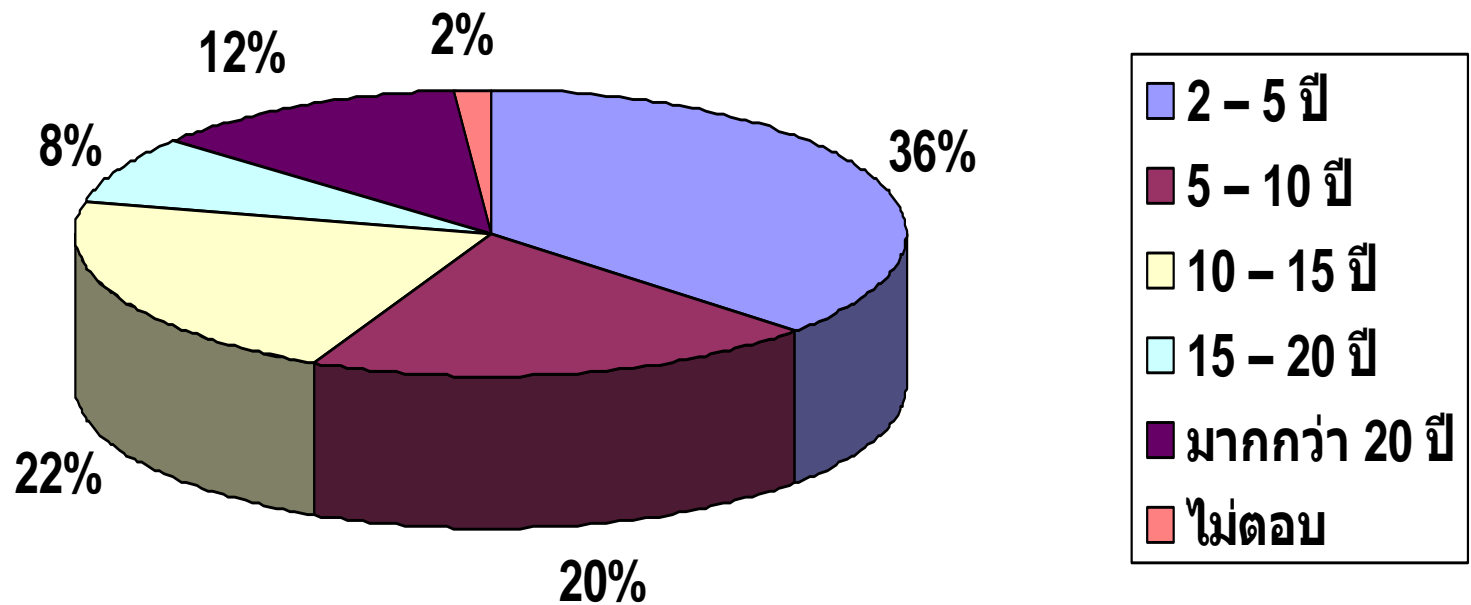
ได้รับคืน 65 ชุด

คิดเป็นร้อยละ 81.25%

# 6. ประเมินผล (ต่อ)



## อายุงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

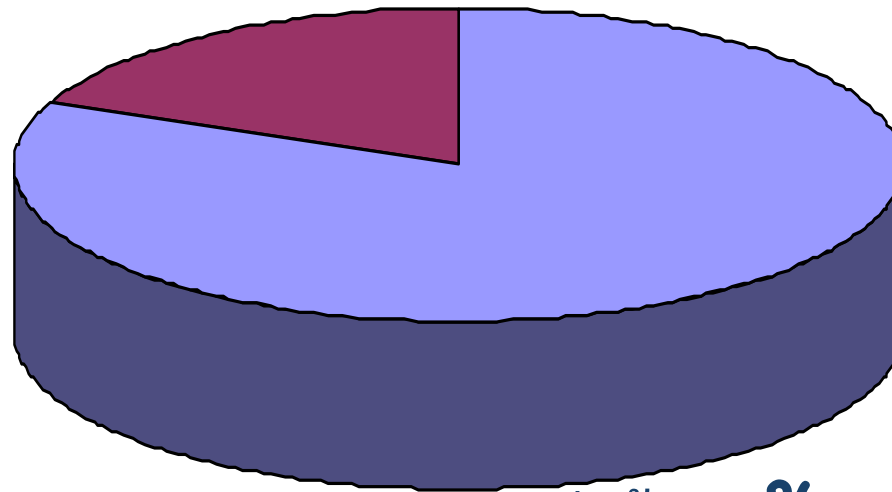


# 6. ประเมินผล(ต่อ)



## 1. การบันทึกใช้เวลาน้อยลง

ไม่เห็นด้วย 18%



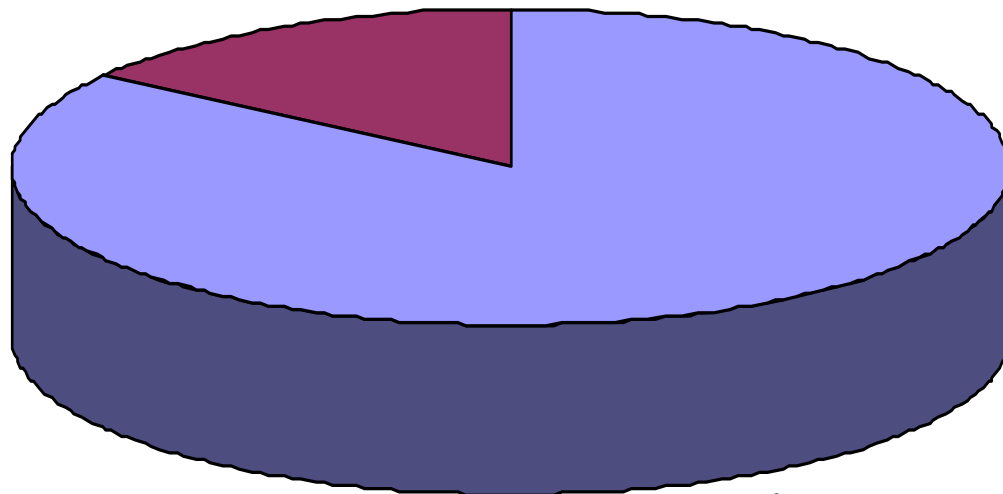
เห็นด้วย 82%

# 6. ประเมินผล(ต่อ)



**2. สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้กระชับ  
และชัดเจนขึ้น**

ไม่เห็นด้วย 15.4%

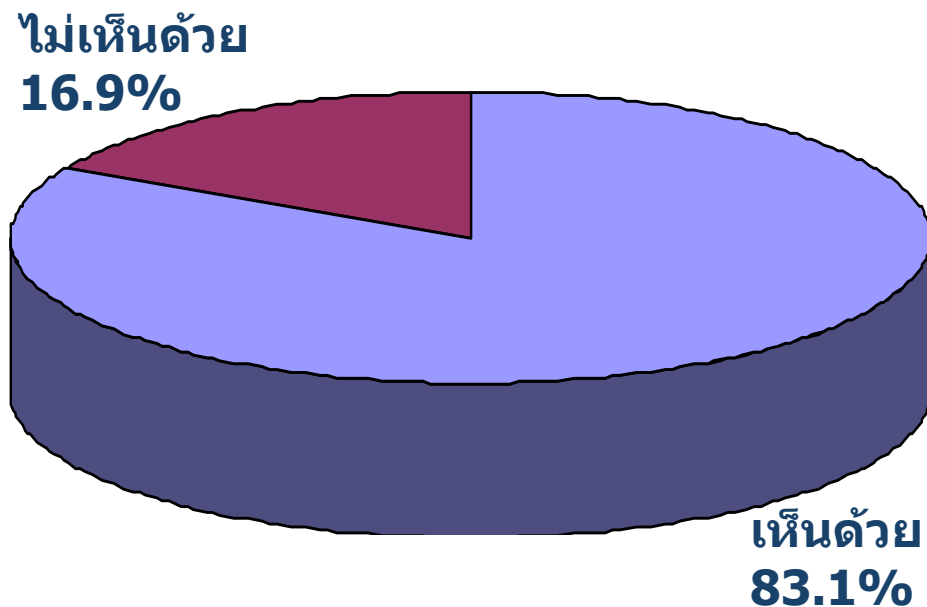


เห็นด้วย 84.6%

## 6. ประเมินผล



3. เห็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ทำให้ใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้



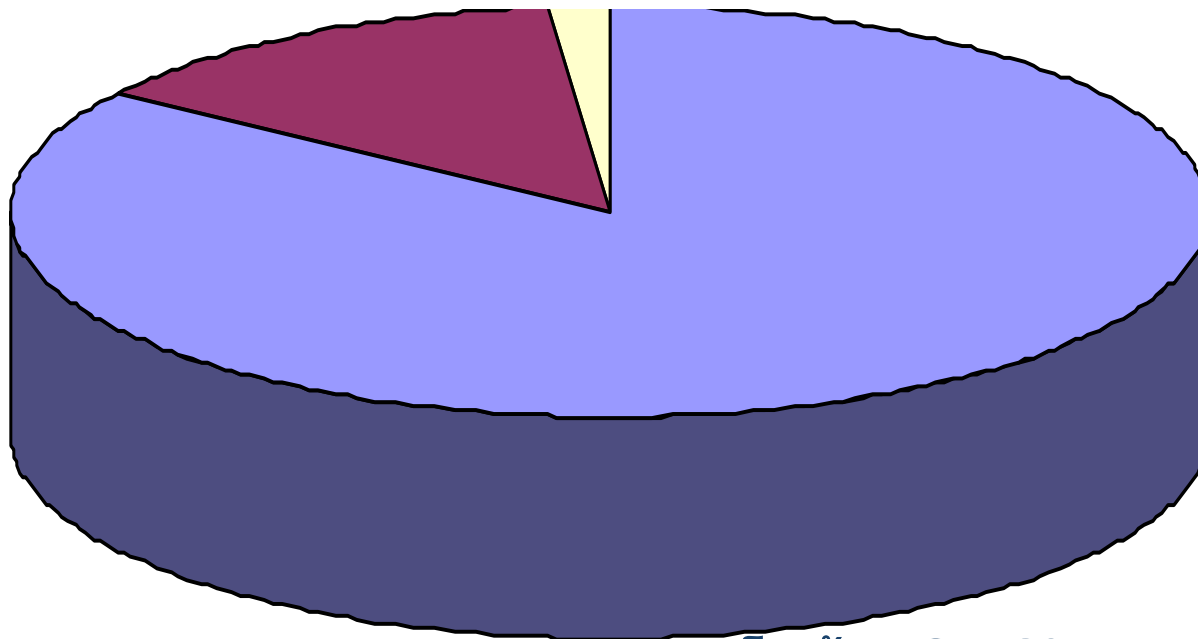
# 6.ประเมินผล (ต่อ)



## 4. โดยภาพรวมท่านพอใจการบันทึกแบบใหม่มากกว่าแบบเดิม

ไม่เห็นด้วย 13.8%

ไม่ตอบ 1.6%



เห็นด้วย 84.6%

# 6. ประเมินผล (ต่อ)



## การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การประเมิน	
<b>1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ( 20 คะแนน )</b>	
1.1 ระบุวันและเวลาที่รับไว้ในความดูแล	(1คะแนน)
1.2 ระบุชื่อพยาบาลผู้ประเมิน	(1คะแนน)
1.3 บอกถึงสภาวะผู้ป่วยและอาการสำคัญ/ เหตุผลที่รับไว้ในความดูแล	(2คะแนน)
1.4 มีการประเมินสภาพร่างกายตามระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย	(4คะแนน)
1.5 การประเมินบอกถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย	(2คะแนน)
1.6 การประเมินบอกถึงสภาพจิตวิญญาณของผู้ป่วย	(2คะแนน)
1.7 บอกถึงสถานะและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อครอบครัวและสังคม	(2คะแนน)
1.8 มีการวางแผนเพื่อเตรียมจำหน่าย	(3คะแนน)
1.9 มีการประเมินความต้องการความรู้ด้านสุขภาพ	(3คะแนน)
<b>2. การบันทึกการวางแผนการพยาบาล ( 20 คะแนน )</b>	
2.1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูลปัญหาที่สำคัญ	(8คะแนน)
2.2 มีการกำหนดเป้าหมายเกณฑ์ที่มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	(4คะแนน)
2.3 มีการวางแผนการพยาบาลที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมาย	(8คะแนน)

### 3. การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ( 20 คะแนน )

3.1 ระบุถึงกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้	(4คะแนน)
3.2 ระบุถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อสื่อสารในทีมสุขภาพได้อย่างชัดเจน	(4คะแนน)
3.3 มีการประเมินผลที่ชัดเจนและสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง	(4คะแนน)
3.4 ระบุเรื่องหัวข้อการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย	(3คะแนน)
3.5 มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่เหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วย	(3คะแนน)
3.6 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระในแต่ละวัน	(2คะแนน)

### 4. การสรุปก่อนจำหน่าย (5คะแนน)

4.1 มีการบันทึกสภาวะปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง	(2คะแนน)
4.2 มีการให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	(2คะแนน)
4.3 ระบุชื่อพยาบาลผู้จำหน่าย	(1คะแนน)
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ	



## 6. ประเมินผล (ต่อ)



“สะดวก ใช้เวลาน้อยลง  
เขียนได้กระชับ สะท้อนผลการปฏิบัติ  
ทางการพยาบาลได้ดีขึ้น”



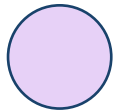
“ช่วยให้มองในมุมที่สำคัญ และบันทึก  
ประเด็นสำคัญได้ชัดเจนขึ้น”



## 6. ประเมินผล (ต่อ)



การเขียนประเด็นสำคัญในส่วน Focus ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่  
อยากขอความรู้ในการบันทึก  
ขอคู่มือหรือตัวอย่างในการบันทึก  
แบบ focus charting จะช่วยให้  
สามารถได้แนวคิดในการเขียน  
“ได้ดีขึ้น”





- ❖ ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ / ผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง
- ❖ พยาบาลหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนา
- ❖ ออกแบบระบบที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติ
- ❖ ความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติในการแก้ปัญหา

# กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น



1. การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง
2. การสร้างความรู้สึกร่วมกันของการ  
ทำให้เกิดเป้าหมายในการทำงาน  
ร่วมกัน
3. การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติหน้างาน





- ❖ **การจัดทำคู่มือตัวอย่างการบันทึกแบบ Focus charting**
- ❖ **ขยายผลการใช้แบบบันทึกในกลุ่มผู้ป่วย short stay (เมย. 52)**
- ❖ **ขยายผลระบบการบันทึกด้วย Focus charting ทั่วทั้งรพ. (มิย. 52)**



Thank You !