



# บันทึกทางการพยาบาล: ความสำคัญและการพัฒนา



พว. ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์

รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

# พยายามกับการบันทึก



## การพยาบาลที่ดี

- จำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยข้อมูลจากบันทึกที่มีคุณภาพ

## หน้าที่หลักพยาบาล

- ให้การพยาบาลผู้ป่วย ตามบริบท และความต้องการ
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แผนการดูแลและการตอบสนองต่อการดูแล



# วัตถุประสงค์ของบันทึก



- เครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสหสาขา
- เป็นที่บันทึกข้อวินิจฉัยและการรักษาที่ให้
- แผนการดูแล
- ทบทวนคุณภาพการดูแล
- การตัดสินใจ
- การศึกษาและการวิจัย
- เอกสารทางกฎหมาย
- การเบิกจ่ายคืน



# คุณลักษณะของบัณฑิตที่มีคุณภาพ



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



# สถานการณ์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลปัจจุบัน



- บันทึกทางการพยาบาลขาดคุณภาพในมุมมองของผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- ทีมดูแลผู้ป่วยใช้ประโยชน์ได้น้อย จากข้อมูลใน **Progress Note**
- องค์กรพยาบาลต่างๆ ให้ความสำคัญและพยายามพัฒนา
- คุณเหมือนยิ่งพัฒนากลับยิ่งมีปัญหา
- ติดตามกรณีศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช

พัฒนาระบบบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช  
โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ

## สมุดเวรรายงานการบันทึกชั้นแรก



การรับ - ส่งเวร

ระยะเริ่มต้น



วิวัฒนาการระบบบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ

# การบันทึกการพยาบาล

## Nurse's Note

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

พัฒนาการระบบบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช  
โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ

เริ่มใช้พ.ศ. 2523-2549

• ข้อมูลทั่วไป  
ของผู้ป่วย

ยา การรักษา

แผนการพยาบาล





- ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล
- นำแผนการพยาบาลที่ปรับทุกวันใน **Kardex** บรรจุลงแบบฟอร์ม
- ต่อมา ยกเลิกการใช้ข้อมูล **Kardex** ในการสื่อสาร



# ชนิดแบบบันทึกต่อเนื่อง ( flow sheets)



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



# แบบประเมินแรกรับ



ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

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

Personal Data				
Name ..... Age ..... Sex ..... Education ..... Occupation .....				
Admission Date ..... Time .....		Vital signs : Temp. ....°C		Height ..... cm
Mode of Arrival: <input type="checkbox"/> Walk <input type="checkbox"/> Wheel Chair <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/> Other .....		HR ..... / min Resp. .... / min		Weight ..... kg
Admitted From: <input type="checkbox"/> ER Trauma <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Other .....		BP..... mmHg		
Diagnosis .....				
Chief complaint .....				
Present Illness .....				
Past Illness .....				
Family Illness History .....				
Allergies (Drugs, Food, Other) : ..... Reactions .....				
Exercise :	Sleep / Rest : .... hr/day	Tobacco	Alcohol	Other Drugs/Substances
<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Enough	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> None
<input type="checkbox"/> Always .....	<input type="checkbox"/> Not enough	<input type="checkbox"/> Quit .....	<input type="checkbox"/> Quit .....	<input type="checkbox"/> Quit .....
<input type="checkbox"/> Sometimes .....	What helped in the past? :	Smoked duration .....	Drank duration .....	Used duration .....
Information provided by: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Other .....		Quit duration .....	Quit duration .....	Quit duration .....
Emergency Notify : Name .....		<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous
Relationship .....		frequency ...../ day	frequency ...../ day	frequency ...../ day
Phone #.....		duration .....	duration .....	duration .....
Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support				
Religion .....	Special Religious / Cultural considerations for hospitalization <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, describe .....			
Anxiety : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> Finance <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other .....				
Support System : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Spouse & Family <input type="checkbox"/> Friend(s) <input type="checkbox"/> Religious activity <input type="checkbox"/> Other .....				
Nutrition / Metabolism				
<input type="checkbox"/> Ordinary Diet	Appetite :	Swallowing Difficulty	GI. Problem : <input type="checkbox"/> None	
<input type="checkbox"/> Liquid / Soft Diet	<input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Nausea	
Special Diet :	Feeding :	<input type="checkbox"/> Solid	<input type="checkbox"/> Vomiting	
<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low Na	<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Assisted	<input type="checkbox"/> Liquid	<input type="checkbox"/> Other .....	
<input type="checkbox"/> Low Prot. <input type="checkbox"/> High Prot.	<input type="checkbox"/> NG / OG	Weight Change : <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
<input type="checkbox"/> Other.....	<input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy tube	if yes : <input type="radio"/> Loss .....kg / ..... wk / mth / yr		
<input type="checkbox"/> NPO	<input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition	<input type="radio"/> Gain .....kg / ..... wk / mth / 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

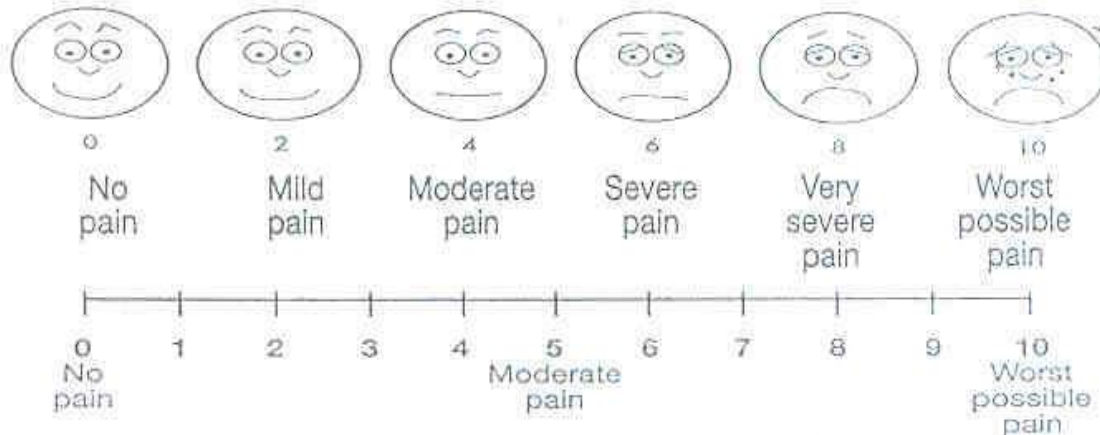
Pain Location ..... When .....

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

Lives With:

- Parents/ Family  
 Spouse  
 Friend  
 Alone  
 Other .....

Lives Where :

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

### Discharge Planning Needs

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

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

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

# Graphic record

โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ..... เลขที่ทั่วไป..... ตึก..... แผนก.....

ภาควิชา..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่		วันที่ของโรค		Pulse	F°	C°	2						6						10						14						18						22							
(Indicate Pulse in Red)	160	105.8	41																																									
	150																																											
	140	104	40																																									
	130																																											
	120	102.2	39																																									
	110																																											
	100	100.4	38																																									
	90																																											
	80	98.6	37																																									
	70																																											

Respirations

BP

Wt. and Ht.

Abd. cir.

Diet

Oral Fluids

Parenteral

Total

Urine

Total

Stools

Urine

หมายเหตุ



โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ..... เลขที่ทั่วไป..... ตึก..... แผนก.....

ภาควิชา..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่		วันที่ของโรค		Pulse	F°	C°	2						6						10						14						18						22					
(Indicate Pulse in Red)	160	105.8	41																																							
	150																																									
	140	104.0	40																																							
	130																																									
	120	102.2	39																																							
	110																																									
	100	100.4	38																																							
	90																																									
	80	98.6	37																																							
	70																																									

Respirations

BP

Wt. and Ht.

Abd. cir.

Diet

Oral Fluids

Parenteral

Total

Urine

Total

Stools

Urine

หมายเหตุ

เพิ่มการประเมิน pain เป็น 5<sup>th</sup> vital sign



# กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน



ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

**Assessment**

Step 1



Step 2

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

**Nursing Diagnosis**



Step 3

วางแผนการพยาบาล

**Planning**



Step 5



Step 4

**Implementation**

การประเมินผล/

ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

**Evaluation**



# NURSING CARE PLAN

## X HOSPITAL

Ward Y  
H.N. 4x-45312x  
A.N. 1-1234-47

**Name** นางใช้ **หวัดนก** **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
20มค53	1. ระบบปกป้องร่างกายพร่อง เนื่องจากมีแผลแยกบริเวณ หน้าท้อง	ระบบปกป้องร่างกายทำ หน้าที่ได้ตามปกติ <b>เกณฑ์</b> 1. ไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผล ผ่าตัด 2. อัตราการหายของแผล ไม่ต่ำกว่า 0.05 ซม./สัปดาห์ (คำนวณจาก Gillman's <u>transform equation</u> ผลต่างของพ.ท.แผล/ผลต่าง ของความยาวของแผล / ผลต่างของเวลาที่วัดขนาด แผล)	1. สังเกตอาการแสดงของการอักเสบ เฉพาะบริเวณ ได้แก่ อาการบวม แดง ร้อน บริเวณผิวหนังรอบๆแผล ลักษณะ สารขับหลังจากแผล และอาการแสดง ของการอักเสบทั่วร่างกายโดย บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. ทำแผลวันละ 2 ครั้ง เพื่อ 2.1 ติดตามความเปลี่ยนแปลงของ พื้นแผล โดยวัดขนาดแผลทุกสัปดาห์ 2.2 เตรียมพื้นแผลให้มีสภาพ แวดล้อมที่เหมาะสมกับการหาย ของแผล โดย กำจัดเนื้องูตาย และ สิ่งแปลกปลอมบนพื้นแผล 2.3 เลือกวัสดุปิดแผลที่เชื้อให้	

# NURSING PROGRESS NOTE

## HOSPITAL

Ward Y  
H.N. 4x-45312x  
A.N. 1-1234-47

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

Date	Nursing Diagnosis	Assessment	Intervention	Evaluation
20มค53	1.ระบบปกป้องร่างกายพร่องเนื่องจากมีแผลแยกบริเวณหน้าท้อง	: ผู้ป่วยบอกว่าแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเปื่อยกและมากขอให้ทำแผล	1. สังเกตอาการแสดงของการอักเสบเฉพาะบริเวณ ได้แก่ อาการบวม แดง ร้อน บริเวณผิวหนังรอบๆ แผล ลักษณะสารขับหลังจากแผลและอาการแสดงของการอักเสบทั่วร่างกายโดยบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. ทำแผลวันละ 2 ครั้ง เพื่อ 2.1 ติดตามความเปลี่ยนแปลงของพื้นแผล โดยวัดขนาดแผลทุก	:แผลแห้งสะอาดดี ไม่มี <u>exudate</u> ซึม <u>dressing</u>

# NURSING PROGRESS NOTE

## HOSPITAL

Ward Y

H.N. 4x-45312x

A.N. 1-1234-47

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

Date	Shift	Time	Progress Note
20มค47		17.50 น	Case CA ovary หลังผ่าตัดวันที่ 3 <u>รับเข้าเตียง มีไข้</u> เช็ดตัวลดไข้ ให้งดอาหารและน้ำดื่ม ได้รับสารอาหารทาง หลอดเลือดดำ บริเวณมือข้างซ้าย ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และมี <u>ileostomy</u> ปวดแผลผ่าตัด Pain score 4 ไม่ต้องการยาบรรเทาปวด <u>ถุง ileostomy</u> ติดดี แผลผ่าตัดไม่มี <u>exudate</u> ซึมใส่สายสวนคาบัสสาวะ บัสสาวะสีเหลืองใสจำนวนค้างในถุง 200 ซีซี
15-23น.			
		17.55	A: <u>อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีไข้</u> I: <u>ดูแลให้นอนพักบนเตียง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปลัดตกหกล้ม และปัจจัยเสี่ยงของการปลัดตกหกล้ม และวิธีป้องกันการปลัดตกหกล้ม ขออนุญาตกันข้างเตียง และให้กริ่งเพื่อขอความช่วยเหลือพร้อมทั้งแนะนำการใช้กริ่ง</u> E: <u>ผู้ป่วยอนุญาตให้กันข้างเตียงได้ และสามารถใช้กริ่งได้ถูกต้อง</u>
		19.10น.	A: <u>ผู้ป่วยบอกว่าแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเปื่อยและมากขอให้ทำแผล</u>



Date Shift	Time	Progress Note
21มค47	2.00 น	(Record vital sign) T = 38.0 องศาเซลเซียส
23-7 น (ต่อ)	3.30 น.	A: ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ทำทางอ่อนเพ็ลลียบอกว่ากังวลเรื่องการดูแล ileostomy รู้สึกยุ่งยากทำไม่เป็น และ สายตาไม่ดี I: ปลอดภัยใจ แนะนำให้ทดลองใช้การทำสมาธิช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งให้สัญญาเรื่องการ ให้คำแนะนำวิธีดูแล ileostomy เมื่อสภาพร่างกายผู้ป่วยพร้อมที่จะได้รับข้อมูล มากกว่านี้
	5.30 น	E: ผู้ป่วยนอนหลับเป็นพักๆ
	6.00 น	จัดยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ไม่มีอาการผิดปกติหลังได้รับยาครึ่งชั่วโมง ในเวรอ่อนเพ็ลลีย ไม่คลื่อนได้ ไม่อาเจียน effluent ทาง ileostomy สีเหลืองเป็นน้ำมากกว่ากาก แผลผ่าตัดเริ่ม มี สารขับหลังซิม dressing บัสสาวะไหลทางสายยางได้สะดวกสีเหลืองใส โก๋ RN
7-15 น	7.30 น.	แรกรับเวร อ่อนเพ็ลลีย ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับเมื่อคืนนี้ สารอาหารทางหลอดเลือดดำให้ได้หยุดดี ไม่มี phlebitis บัสสาวะไหลสะดวกดีทางสายยาง สีเหลืองใส แผลผ่าตัดมี discharge ซิม
	8.00 น.	ช่วย น.พ. จักรกฤษณ์ ทำแผล แผลยังมี slough คลุมแผล wet dressing ด้วย gauze ชุบ NSS หมาดๆ
	10.00น.	ต่อ 20% Aminosol ตามแผนการรักษา ให้ได้หยุดดีทางหลอดเลือดดำ Record vital signs T=37.9 องศาเซลเซียส
	12.00 น	ให้เริ่มจิบน้ำ สังเกตอาการคลื่อนได้อาเจียนหลังเริ่มจิบน้ำ จัดยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดตามแผนการรักษา ไม่มีอาการผิดปกติหลังได้รับยา

## การบันทึกส่วนใหญ่

- มีความซ้ำซ้อน
- ใช้เวลามาก
- ไม่ชัดเจน
- ใช้ประโยชน์ได้น้อย
- ขาดข้อมูลสำคัญ
- ยากที่จะดึงมาใช้ได้
- เห็นเป็นส่วน ๆ ไม่ต่อเนื่อง







# ทำอย่างไรก็ไม่สำเร็จ

## ปัญหาอยู่ที่ไหน



# เกณฑ์การบันทึก ในทุกมาตรฐาน



- **มีคุณภาพ**

มีความสมบูรณ์

มีความถูกต้อง

กะทัดรัด

เป็นข้อเท็จจริง

เป็นระบบระเบียบและเรียงตามเวลา

มีความรอบครอบตามกฎหมาย

- **สะท้อนกระบวนการพยาบาล**

สภาการพยาบาล  
**HA**  
स्पस



## ทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่าง

- บันทึกทางการพยาบาล
- กระบวนการพยาบาล

เป้าหมายต่างกันหรือไม่

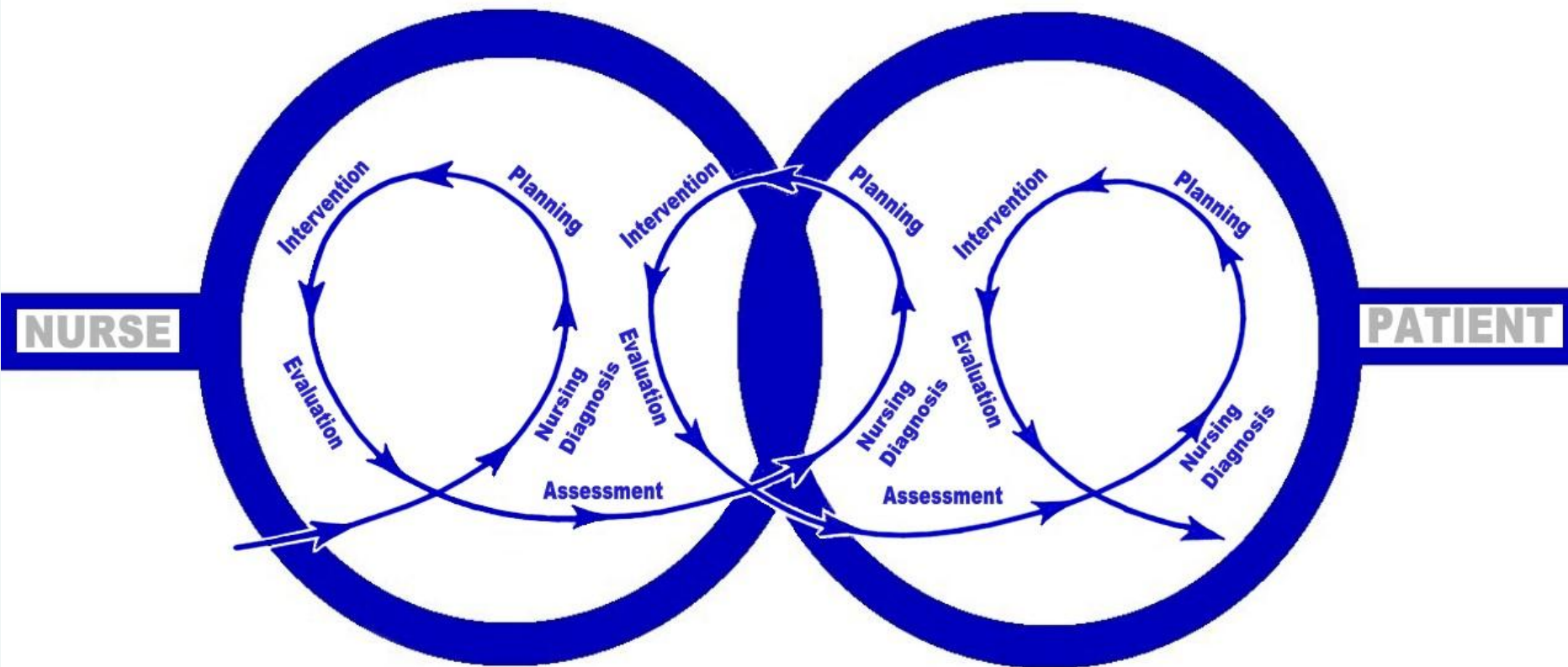
เมื่อไรใช้กระบวนการพยาบาล

เมื่อไรบันทึก



# ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยผ่านกระบวนการพยาบาล

การประเมิน    การกำหนดปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล    การวางแผนการพยาบาล



การให้การพยาบาลตามแผน

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

# ทักษะ 4 ประการสำหรับกระบวนการพยาบาล

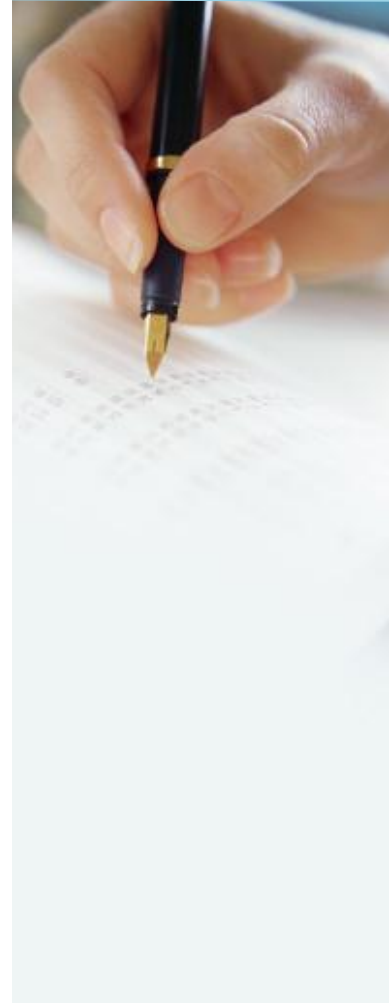
- **ทักษะด้านสติปัญญา Cognitive skills** ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละสถานการณ์
- **ทักษะด้านการปฏิบัติ Technical skills** manipulate equipment skillfully to produce desired outcome
- **ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล Interpersonal skills** establish and maintain caring relationships that facilitate achievement of goals
- **ทักษะด้านจริยธรรม Ethical/legal skills** personal moral code and professional role responsibilities

## กระบวนการพยาบาล

- การประเมินแรกรับ/ประเมินซ้ำ
- เห็นปัญหาและความต้องการผู้ป่วย
- ใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผนช่วยแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ(มี **EBP** ดีที่สุด)
- **Take action** ในการช่วยเหลือผู้ป่วย
- ดูว่าผลของ **action** เกิดอะไรกับผู้ป่วย ดีขึ้นตามคาด หรือยังไม่ได้

## กระบวนการบันทึก

- ทำควบคู่ไปกับกระบวนการดูแล (ทำไปบันทึกไป)
- ทำหลังกระบวนการดูแลสิ้นสุดลง
- แต่ไม่บันทึกล่วงหน้าก่อน **action**





# ความท้าทาย



- **บัณฑิตที่มีคุณภาพ ในทุกหน่วยบริการที่มีพยาบาลปฏิบัติงาน**
- **ไม่เพิ่มภาระงาน**
- **ผู้ปฏิบัติพึงพอใจ**



# การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล



ผู้ป่วย สูงอายุมีแผล PU ระดับ 2

A: แผลที่ก้นกบ ระดับสอง skin รอบแผลปกติ ไม่ปวด มีแสบเล็กน้อย

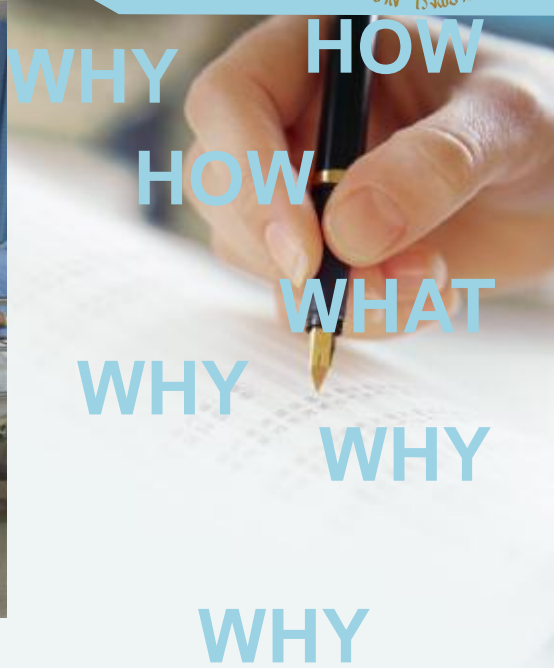
D: PU ระดับ 2

Plan: Dressing keep moist ทา cream บริเวณปุ่มกระดูก เปลี่ยนทำทุก 2 ชั่วโมง ทำนอนตะแคง 30 องศา ส่งเสริมอาหาร HP

I: clean แผลด้วย NSS ปิดด้วย แผ่นปิดแผล X keep 3 วันถ้ายัง intact ทา ปุ่มกระดูกและรอบแผลด้วย ครีม Y turn on position left 30 องศา lateral และเปลี่ยนทำ ทุก 2 ชั่วโมง

E: ผู้ป่วยบอกขบใจและสบายตัวขึ้น(แสดงว่าแผลไม่ถูกกดจึงสบายตัวขึ้น)

# FOCUS CHARTING



WHAT

WHY

WHY

WHAT

WHY

WHAT

HOW

WHAT

HOW

WHY

HOW

WHY

WHY

WHY

WHAT

HOW

WHY

HOW

HOW

WHAT

WHY

HOW

HOW

WHAT

WHY

WHY

WHY

WHAT



# การบันทึก Focus Charting



- สะท้อนกระบวนการพยาบาล ทั้ง 5 ขั้นตอน แต่ปรับรูปแบบและเน้นเนื้อหาที่สำคัญมากกว่ายึดติดให้ครบตามแบบฟอร์มที่เคยปฏิบัติ
- เน้นประเด็นสำคัญ ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น



# กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน



ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

Assessment

Step 1

A

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

Step 2

Nursing Diagnosis

D

วางแผนการพยาบาล

Planning

P

Outcomes

Interventions

ผลลัพธ์  
ที่คาดหวัง + การปฏิบัติที่จะทำ  
เพื่อให้ได้ผล  
ตามเป้าหมาย

Step 4

Implementation

I

P

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ

Step 5

Evaluation

E

การประเมินผล/  
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

แบ่งการบันทึกเป็น 2 ส่วน

- ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญคือ **Focus**
- และส่วนที่เป็นรายละเอียด คือ **DAR**  
**(Data Action Response) หรือ AIE**  
**(Assessment Intervention Evaluation)**





- การฟ้องร้องส่วนใหญ่มีสมาเหตุจาก  
บันทึกไม่มีคุณภาพ  
ไม่น่าเชื่อถือ  
ไม่บันทึกเรื่องสำคัญ



- บันทึกข้อเท็จจริง (factual)
- ข้อมูลตามสภาพที่เห็น ได้ยิน รู้สึก ได้กลิ่น สามารถวัดหรือสังเกตได้ (objective data)
- เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพูด (subjective data)
- ต้องสะท้อนข้อมูลหรือการวัดที่ถูกต้อง ชัดเจน (accurate)
- มีความสมบูรณ์ (complete)
- เป็นปัจจุบัน (current)
- ทำอย่างเป็นระบบเป็นลำดับ (organized)



# แนวทางการบันทึกให้น่าเชื่อถือ

- การแก้ไขข้อความที่บันทึกหลังจากบันทึกแล้ว ให้ขีดเส้นตรงทับบนข้อความที่บันทึกทันทีและลงลายชื่อกำกับ
- ไม่ลบข้อความที่บันทึกไว้แล้ว
- ไม่บันทึกจากความคิดเห็น ให้บันทึกตาม **fact** ที่ได้จากการสังเกตด้วยสัมผัสต่างๆ เช่น เห็น ได้ยิน ได้กลิ่น
- ถ้าพบอาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ไม่ใช่เพียงแต่บันทึกต้องรายงานแพทย์ด้วย และให้ความช่วยเหลือก่อนถ้าแพทย์ไม่มา และถ้าแพทย์ยังไม่มาขอช่วยเหลือจาก ผู้ตรวจการ ซึ่งต้องพยายามตามแพทย์และถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ให้รายงานยังผู้บริหารระดับสูงภายหลัง
- สุดท้าย อย่าพยายามปิดบังสิ่งที่เกิดขึ้น

# เกร็ด การบันทึกทั่วไป



## บันทึก

- วัน เวลา ที่บันทึก
- ชื่อผู้ป่วยและเลขประจำตัวผู้ป่วยใน chart
- ลงลายมือชื่อทุกครั้งที่ chart
- การเว้นที่ว่างหรือลืมนบันทึกอาจส่งผลทางด้านกฎหมาย
- ถ้านบันทึกไม่ถูกหลังจากบันทึกไปจนจบ แล้วให้บันทึกสิ่งที่ถูกต้องอย่าพยายามไปบันทึกบริเวณที่บันทึกไม่ถูกต้องแต่ครั้งแรก
- อย่าบันทึกให้คนอื่น ถ้าจำเป็นให้ใส่ชื่อที่บันทึกแทนและลงลายมือชื่อ



# ปัจจัยการบันทึกที่มีคุณภาพ



- ด้านนโยบาย
- ด้านพยาบาลผู้บันทึก
- ด้าน Care Delivery Models



# ปัจจัยด้านนโยบาย



- ความชัดเจนของนโยบาย
- การสื่อสารนโยบายทั้งภายในองค์กร  
พยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง





# ปัจจัยด้านพยาบาลผู้บันทึก



- ความเข้าใจนโยบายและวิธีการบันทึก
- ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- ความรับผิดชอบในฐานะเป็นพยาบาล  
วิชาชีพ



# Nursing Care Delivery Models



- Total Patient Care/Case method: เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่เก่าแก่ที่สุด ใช้มากใน ICU, Recovery Room พยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกเรื่อง ตลอดเวลาการขึ้นปฏิบัติงาน มี autonomy สูง มีความต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม



# Nursing Care Delivery Models



- Functional Nursing: ระบบการทำงานเป็นหน้าที่พยาบาลจะได้รับมอบหมายที่เน้นหน้าที่และกิจกรรมเป็นสำคัญ พยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่ 1-2 อย่างเช่นพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำ และรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย พยาบาลจะขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ระบบนี้ใช้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี

- Team Nursing: ระบบการพยาบาลเป็นทีม มีการมอบหมายให้พยาบาลทำงานร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลหลายระดับ ในการดูแลผู้ป่วย ระบบนี้ต้องการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและบุคลากร



# Nursing Care Delivery Models



- Primary Nursing: ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ โดยที่พยาบาลวิชาชีพ 1 คน จะทำหน้าที่เป็นตัวจักร สำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ใน โรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่ง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ พยาบาลที่ต่อเนื่องเพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง แต่ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก



Case Management: ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่มี การนำทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ มาใช้ ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ประสิทธิผลมากที่สุดเน้นความ ร่วมมือของทีมสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายที่การ ดูแลที่มีคุณภาพ และต่อเนื่องอาศัยการวางแผนการดูแล ผู้ป่วยทางคลินิก ( clinical pathway ) เป็นเครื่องมือใน การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย





# Thank You!





Date	Nursing Diagnosis	Goals & Outcome Criteria	Care Plan	Expired Date
20มค47 (ต่อ)	2. ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนถุง <u>ileostomy</u> ด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย และสายตายาว ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนถุง <u>ileostomy</u> ไม่มีทักษะในการเปลี่ยนถุง	ผู้ดูแลหลักสามารถเปลี่ยนถุง <u>ileostomy</u> ได้ถูกต้อง <b>เกณฑ์</b> 1. ผู้ดูแลหลักบอกว่าได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยน <u>ileostomy</u> bag จากพยาบาล 2. ผู้ดูแลหลักสามารถเปลี่ยนถุง <u>ileostomy</u> ได้ถูกต้อง	1. ให้ความรู้ในเรื่อง การเปลี่ยนถุง <u>ileostomy</u> กับผู้ดูแลหลัก 2. สาธิตวิธีเปลี่ยนถุง <u>ileostomy</u> ให้ผู้ดูแลหลักดูและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ	
	3. มีความเสี่ยงต่อการเป็นแผลกดทับเนื่องจากสัมผัสปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย อ่อนเพลีย มีไข้	ไม่เกิดแผลกดทับ <b>เกณฑ์</b> 1. ไม่มีการจิกขาของผิวหนังทั่วร่างกายจากการกดทับหรือจากแรงเสียดสี แรงเฉือน 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้เรื่องแผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทราบ	1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องแผลกดทับและการป้องกัน 2. ประเมินสภาพผิวหนังทุกวัน 3. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 4. จัดให้อยู่ในท่าตะแคง หรือนอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา 5. งดเว้นการดึงลากผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายตัว หรือใช้วัสดุที่ช่วยลดแรงเสียดสีในการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย 6. ดูแลให้ผิวหนังไม่เปื่อยขึ้นเพื่อลด	