



Focus Charting: แนวทางการบันทึกที่สะท้อน Patient-Center



พว. ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์
รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัญหาบันทึกทางการพยาบาล



- ด้านการสื่อสาร
- ด้านกฎหมาย
- ด้านวิชาชีพ
- ด้านการพัฒนา



FOCUS CHARTING



WHAT

WHY

HOW

WHY

WHY

WHAT

WHY

HOW

WHAT

WHY

HOW

HOW

WHAT

HOW

WHY

WHAT

WHY

WHAT

WHY

HOW

WHAT



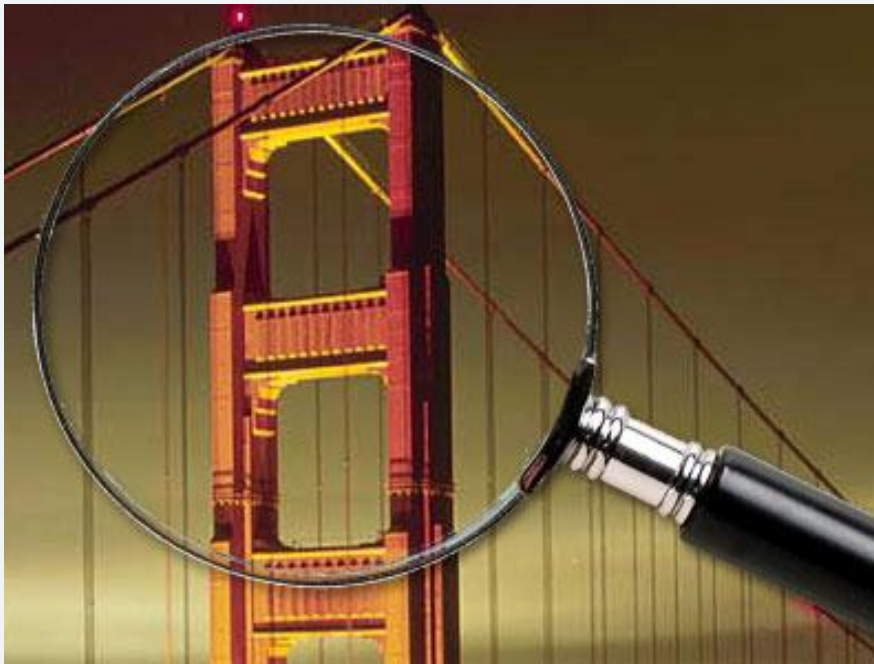
Focus Charting



- ได้มีการพัฒนาขึ้น โดย Susan Lampe เพื่อใช้ในโรงพยาบาล Eitel Hospital เมือง Minneapolis ประเทศสหรัฐอเมริกา
- ประเทศไทย มีการพัฒนาอย่างจริงจังโดย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ปี พศ. 2551 และ 2555 ใช้ทั่วทั้งองค์กร



Focus



- จุดรวมแสง
- จุดศูนย์รวม
- จุดสนใจ
- จุดสำคัญ
- จุดหลัก หัวใจ



จุดสำคัญ จุดหลัก หัวใจที่ต้องบันทึก



บันทึกทุกเรื่องที่ทำ?

เลือกบันทึกสิ่งเฉพาะสำคัญ?

มีนโยบายอย่างไร?

การนำลงสู่การปฏิบัติ?



รูปแบบบันทึก Focus Charting



- เป็นรูปแบบการบันทึกที่กลับไปให้ความสำคัญกับเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจมากกว่าการบันทึกลำดับของปัญหา (problem list) หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (medical diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) อย่างเดียว

Focus Charting

- เป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญของผู้ป่วย ที่ทีมดูแลสามารถใช้ประโยชน์ได้
- มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งประเด็นสถานะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยต่อเป้าหมาย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษา
- มุ่งเน้นความสำคัญของการบันทึกกลับไปที่ตัวผู้ป่วย และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เป็นระบบบันทึกที่เป็น **Patient centered**
- เป็นเรื่องราวสำคัญของผู้ป่วยที่อาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับพยาบาล (กระบวนการพยาบาล) หรือเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

- **Focus Charting** ออกแบบสำหรับบันทึก **Progress note** ที่เน้นข้อมูลสำคัญที่เกิดกับผู้ป่วย ข้อมูลที่เป็นงาน **routine** ของพยาบาลที่มีในเอกสาร **flow sheet** อื่นๆ จะไม่นำมาบันทึกซ้ำ
- ข้อกังวลว่าถ้าไม่บันทึกแสดงว่าไม่ได้ทำ เป็นเรื่องนโยบาย



โครงสร้างการบันทึก Focus charting



แบ่งการบันทึกเป็น 2 ส่วน

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



- การบันทึกส่วน **Focus** ใช้คำหรือวลีที่สามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลรักษาให้เข้าใจได้ว่ามีสิ่งใดเกิดกับผู้ป่วยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สามารถเขียนแบบ **Nursing Diagnosis** ได้



- การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือเป็นตัวบอกเหตุ (**trigger**) เช่น หายใจลำบาก ชัก ไข้สูง ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสถานะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ไม่รับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

การกำหนด Focus

- เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน ที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นห่วงกังวลในขณะนั้น เช่น **nausea chest pain** วิตกกังวลต่อ **hospital admission** การ **feed** อาหาร หรือ การทำแผล
- เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่น **discharge planning** การคลอด การให้เลือด เริ่มการรักษาด้วยออกซิเจน การเปลี่ยนอาหาร การสวนปัสสาวะ การผ่าตัด การให้ยา **chemotherapy** ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ

- การเฝ้าระวังหรือการช่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความต้องการน้ำ อาหาร การหายใจ การขับถ่าย
- การสอนหรือการให้คำปรึกษา เช่น สอนการเช็ดตัวลดไข้ สอนการบริหารข้อไหล่ให้คำปรึกษา เรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด



การกำหนด Focus

- การปรึกษาแพทย์หรือทีมดูแลรักษาวิชาชีพอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น การปรึกษาแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือนักโภชนาการ
- สิ่งสำคัญที่ค้นพบอื่นๆ ที่ได้จากการประเมินและการประเมินซ้ำตลอดระยะเวลาการดูแลรักษา เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัย เรื่องสำคัญที่ได้จากการตรวจเยี่ยมของแพทย์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนสุขภาพ

อะไรคือเรื่องสำคัญของผู้ป่วยที่ควรบันทึก



1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษาพยาบาล
2. การได้รับการผ่าตัด
3. การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย
4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค
5. การส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่น
6. อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

ข้อไหนที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญของผู้ป่วย



A.I.E. เป็นชื่อย่อ



A Assessment → ข้อมูลที่สนับสนุนประเด็นสำคัญ Focus

รวมถึงข้อมูล Subjective data Objective Data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น

I Intervention → สิ่งที่ปฏิบัติทันทีหรือจะปฏิบัติหรือแผนการดูแลที่มีพื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จากการ Assessment ซึ่งเป็นการกระทำทั้ง past-present-future

E Evaluation → ผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ

วิธีการบันทึก Focus Charting



แบบ บรรยาย



แบบ มีแบบฟอร์ม



ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 2 ไม่กำหนดตารางชัดเจน

30 มี.ค. 54 |

F: 9.00 น. ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ

A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม

I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำ และน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล

E: 14.30 ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.



ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 3 เขียนต่อกันไม่แยก ชัดเจน

30 มีค. 54 9.00 น. Focus: ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล 14.30 E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.





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: Walk Wheel Chair Stretcher Other HR / min Resp. / min Weight kg
 Admitted From : ER Trauma OPD Refer Other BP mmHg

Diagnosis

Chief complaint

Present Illness

Past Illness History

Family Illness History

Allergies (Drugs, Food, Other) : Reactions

แบบประเมินแรกรับ

Exercise : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Always <input type="checkbox"/> Sometimes	Sleep / Rest : hr/day <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	Alcohol <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Drank duration Quit duration	Other Drugs/Substar <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Used duration Quit duration
Information provided by: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous
Emergency Notify : Name	frequency / day	frequency / day	frequency / day	frequency / day
Relationship	duration	duration	duration	duration

Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support

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

Anxiety : None Illness Finance Family Other

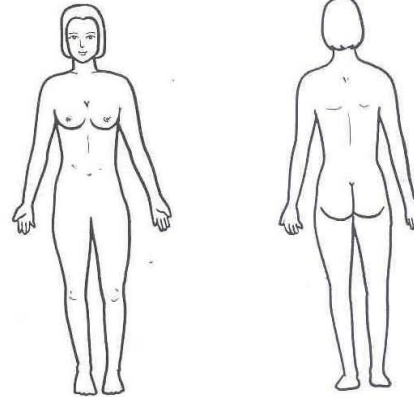
Support System : None Parents Spouse & Family Friend(s) Religious activity Other

Nutrition / Metabolism

<input type="checkbox"/> Ordinary Diet <input type="checkbox"/> Liquid / Soft Diet	Appetite : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	Swallowing Difficulty <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Solid	GI. Problem : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other
Special Diet : <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low Na <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Low Prot. <input type="checkbox"/> High Prot. <input type="checkbox"/> Other	Feeding : <input type="checkbox"/> Assisted <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> NG / OG <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy tube <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition	Weight Change : <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes if yes : μ Loss kg / wk / mth / yr μ Gain kg / wk / mth / yr	

Skin

Dermal Assessment : WNL Abnormal ; Use letter to indicate type and location on diagram



- A : Abrasion
- B : Burn
- C : Contusion
- E : Ecchymosis
- H : Hematoma
- L : Laceration
- M : Mass
- P : Petechiae
- PS : Pressure sore Stage
- R : Rash
- S : Suture
- Sc : Scar
- SR : Skin reaction from radiation
-ostomy

Temp. : <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Cool	Moisture :	Color : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Jaundice	Pressure Ulcer Staging Stage 1 Persistent redness (in lightly pigmented skin). Persistent red, blue, or purple hues (in dark skin) Stage 2 Skin loss: abrasion, blister or shallow crater. Stage 3 Deep crater : not extend down through underlying fascia. Stage 4 Deep crater : damage to muscle, bone or supporting structures.
Turgor : <input type="checkbox"/> Good A Paper			

Cardiopulmonary

Pulmonary	Current Treatment : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other			
Rate : <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	Rhythm/Depth: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Shallow	Effort : <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other	Cough : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other	Sputum <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hemoptysis <input type="checkbox"/> Frothy <input type="checkbox"/> Color

Cardiovascular

Pulse Rhythm: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Pulse Amplitude: <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak <input type="checkbox"/> Absent	Pulse Rate : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	Edema : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized <input type="checkbox"/> Pitting	Chest Pain: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location Referred Pain Duration Frequency
Neck Vein Engorged : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME HN AN WARD

Neuromuscular

Neurosensory

Table with 5 columns: Level of Consciousness (LOC), Vision, Hearing, Speech, Smell. Includes sub-sections for Sensation (Numbness, Tingling) and Device.

Musculo-Skeletal

Table with 6 columns: Hand Grasps, Joint, Weakness, Paralysis, Seizure, Movement. Includes sub-sections for Swollen, Stiff, Tender, and Other.

Mobility

Table with 3 columns: Activity / Function, Prosthetic / Assistive Devices, Injury. Includes sub-sections for Dominant Hand and Other.

Elimination / Reproductive

Table with 3 columns: Oral Cavity, Abdomen, Bowel Pattern. Includes sub-sections for Elimination Problem and Other.

Genito-Urinary

Reproductive

Table with 6 columns: Bladder, Voiding, Urine, Genital Organ, Breast, Menstrual Problem. Includes sub-sections for Other and I M P.

Pain Management

Pain assessment form including: 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 scale (0-10), Does pain affect patient's ability to (Eat, Activity, Sleep, Elimination, Mood, Self Image, Sexuality, Social Interaction), What relieves pain (Cold/Hot Compression, Massage, Relaxation, Reposition, Rest/Sleep, Medication, Other).

Information / Teaching / Learning Needs

Information / Teaching / Learning Needs form with checkboxes for Orientation, Disease Process, Signs/Symptoms to Report to Med. Staff, Test/Process Treatment, Medication, Pre/Post-Op. Teaching, Infection Control, Wound/Ostomy Care, Self Care, Diet Changes, Activity, Equipment, Safety, and Other.

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Planning Supportive Care form including Discharge Screening Criteria: 1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living / Physical functioning? (Yes/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

Home Environment and Discharge Planning Needs form including 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, Rehabilitation / PT, Speech, OT, Social Service, Psychologist, Other.

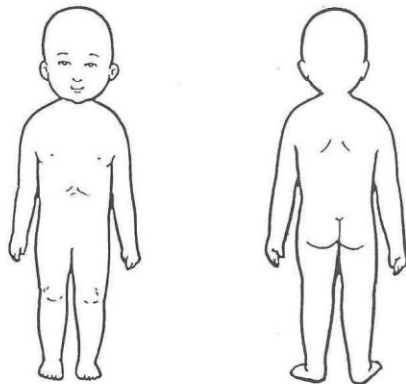
Assessment Initiated by RN : Date Time

PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME HN AN WARD

Skin

Dermal Assessment : WNL Abnormal; Use letter to indicate type and location on diagram



- A : Abrasion
- B : Burn
- C : Contusion
- E : Ecchymosis
- H : Hematoma
- L : Laceration
- M : Mass
- P : Petechiae
- Ps : Pressure sore Stage
- R : Rash
- S : Suture
- Sc : Scar
- SR : Skin Reaction from Radiation
- T : Birthmark
- ostomy

Temp. : <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Cool	Moisture : <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Dry	Color : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Jaundice	Pressure Ulcer Staging Stage 1 Persistent redness(in lightly pigmented skin). Persistent red, blue, or purple hues (in dark skin). Stage 2 Skin loss: abrasion, blister or shallow crater. Stage 3 Deep crater : not extend down through underlying fascia. Stage 4 Deep crater : damage to muscle, bone or supporting structures.
---	--	--	---

Cardiopulmonary

Pulmonary					Current Treatment : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other
Rate : <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	Rhythm/Depth: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Shallow	Effort : <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other	Cough : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other	Sputum : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hemoptysis <input type="checkbox"/> Frothy <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Other	

Cardiovascular				
Pulse Rhythm: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Pulse Amplitude: <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak <input type="checkbox"/> Absent	Pulse Rate : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	Edema : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized: <input type="checkbox"/> Pitting:	Chest Pain: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location: Referred Pain Duration: Frequency:
Neck Vein Engorged : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				

Pain Management

Pain Yes No

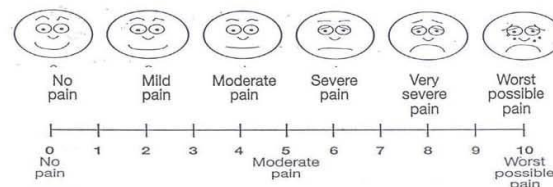
Pain Location When

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

- Orientation
- Disease Process
- Signs / Symptoms to Report to Med. Staff
- Test / Process Treatment
- Medication
- Pre / Post - Op. Teaching
- Infection Control
- Self Care
- Wound / Ostomy Care
- Diet Changes
- Activity
- Equipment
- Safety
- Other

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: <input type="checkbox"/> Parents/ Family <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Alone <input type="checkbox"/> Other	Lives Where : <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Apartment/Condominium <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Other	<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
Possible Referral Needs: <input type="checkbox"/> Wound Care / Burn Care <input type="checkbox"/> Rehabilitation / PT <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Social Service <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> Other			
Assessment Initiated by RN : Date Time			

Focus List เพิ่มความสมบูรณ์ของการบันทึก



- องค์ประกอบของแบบฟอร์ม **Focus List**

Focus	Goal/outcome เป้าหมาย/ผลลัพธ์	Active วันที่พบ	Resolved วันที่สิ้นสุด
-------	----------------------------------	--------------------	---------------------------

- มีส่วนของการวางแผนคือ goal/outcome ที่เป็นทิศทางการดูแล
- ใช้บอกภาพรวมประเด็น Focus ที่บันทึกใน progress notes
- เป็นภาพเรื่องราวหรือความต้องการของผู้ป่วย ใช้เป็น Quick Reference
- ทำให้ปัญหา/เรื่องสำคัญได้รับการดูแลต่อเนื่อง

Focus List



No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED
1.	เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	ไม่เกิดภาวะตกเลือดตลอดระยะเวลา	12 มีค. 53	
	เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีและ	ที่อยู่ในโรงพยาบาล		
	ช่องคลอดฉีกขาด			
2.	Ineffective airway clearance	เสมหะอ่อนตัว ไอออกได้ หายใจโล่ง	14 มีค. 53	16 มีค. 53
		ไม่รู้สึกอึดอัด		
3.	ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง	อาการปวดอยู่ในระดับ 0 – 3	12 มีค. 53	16 มีค. 53
		ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล		
4.	วางแผนจำหน่าย	มีความรู้และทักษะที่จำเป็น และ	10 มีค. 53	
		มีแหล่งสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง		



ข้อดีของ Focus Charting



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

สรุปขั้นตอนการให้การพยาบาลตามการ บันทึก



1 ให้การพยาบาลโดย

ประเมินแรกรับหรือข้อมูลประเมินซ้ำ ระบุปัญหา กำหนด

เป้าหมาย/ผลลัพธ์แลแนวทางการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติ

ประเมินผลการปฏิบัติ

2 ลงบันทึก หลังให้การดูแล

ลงข้อมูลใน **Focus List** และลงรายละเอียดใน

progress note ของ **focus A I E**



- **Focus charting** ไม่ครบขั้นตอน กระบวนการพยาบาล
- ถ้าพิจารณาแบบฟอร์ม อาจไม่ครบ แต่พิจารณา เนื้อหาครบ
- การประเมินจะประเมิน **ตามเนื้อหา** แบบฟอร์ม เป็นส่วนประกอบ

กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน



ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

Assessment

Step 1

A

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

Step 2

Nursing Diagnosis

D

วางแผนการพยาบาล

Planning

P

Outcomes

Interventions

การประเมินผล/
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

Evaluation

Step 5

E

Step 4

Implementation

I

+

P

ผลลัพธ์
ที่คาดหวัง + การปฏิบัติที่จะทำ
เพื่อให้ได้ผล
ตามเป้าหมาย

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ

Focus charting และกระบวนการพยาบาล



กระบวนการพยาบาล

Focus Charting

Assessment

A

Nursing Diagnosis

Focus

Planning

Goal/outcome (P)

Implementation

I and P(intervention ที่จะทำ)

Evaluation

E



ปัญหาการนำ Focus Charting ไปใช้



- การระบุประเด็น Focus ไม่สมดุล มีเฉพาะด้านการรักษา และอาการทั่วไป เท่านั้น
- Assessment ไม่ครอบคลุม
- Intervention เป็นงาน Routine ที่มีข้อมูลในเอกสารส่วนอื่นแล้ว
- Evaluation ไม่บันทึกหรือไม่ตรงประเด็น
- Goal ไม่ชัดเจน

การแก้ปัญหา ต้องฝึกและถามตัวเองว่าประเด็นที่บันทึกสำคัญหรือไม่ และให้ใช้ผู้ป่วย เป็นแหล่งอ้างอิงความถูกต้อง



Thank You!

