



# แบบประเมินคุณภาพบันทึก ทางการพยาบาล

พยาบาลศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี  
งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล



# แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล



ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มีการพัฒนาระบบการบันทึกมาเป็นแบบ **Focus charting** เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลได้ตรงประเด็น

ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ



# แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล



## พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

- สะท้อนกระบวนการพยาบาล
- สอดคล้องกับการบันทึกในรูปแบบ **Focus charting**
- การปฏิบัติพยาบาลตรงกับปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน
- มีความเที่ยงตรงในการวัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ



# แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล



ระยะที่ 1 ส่งเคราะห์องค์ประกอบและประเด็นการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

1. กำหนดผู้ทบทวน 3-5 คน เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจระบบบันทึกทางการพยาบาล
2. รวบรวมองค์ประกอบ และประเด็นต่างๆ นำมาจัดเป็นหมวดหมู่ และจัดทำเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล



# แบบประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล



## ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล

1. ผู้เชี่ยวชาญ 10 ท่าน พิจารณาเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
2. คำนวณค่าสถิติด้วยอัตราส่วนความตรงตามเนื้อหา Content Validity Ratio (CVR) ตามสูตรของ Lawshe (1975 )



# การหาคุณภาพของเครื่องมือ

อัตราส่วนความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์ของลอร์ซี(ผู้เชี่ยวชาญ 10 คน) ค่า CVR ต่ำสุดที่มีนัยสำคัญ .6

Content Validity Ratio (CVR) between Expert panels judging items of the Instrument

| ประเด็นการประเมิน   | ความคิดเห็น | Ratio |
|---|-------------|-------|
| 1. ระบุชื่อ-นามสกุลพยาบาลผู้ประเมินแรกกับ และพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง  | 8/10        | 0.80  |
| 2. บันทึก วัน เดือน ปี ที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกครั้ง  | 7/10        | 0.40  |
| 3. มีการลงลายมือชื่อ-นามสกุลของพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทุกแห่ง  | 7/10        | 0.40  |
| 4. มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทั้งฉบับ   | 8/10        | 0.60  |
| 5. มีการสรุปการจำหน่าย (summary discharge note)   | 5/10        | 0.00  |
| 6. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน  | 10/10       | 1.0   |
| 7. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต  | 10/10       | 1.0   |
| 8. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว (ญาติสายตรง)  | 8/10        | 0.80  |
| 9. การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา, อาหาร, อื่นๆ) และอาการที่แพ้  | 8/10        | 0.60  |
| 10. การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/ เหตุผลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล   | 9/10        | 0.80  |
| 11. การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยครั้งนี้  | 10/10       | 1.0   |
| 12. การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย  | 10/10       | 1.0   |
| 13. การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว  | 9/10        | 0.80  |
| 14. การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่<br>ต้องการการดูแลต่อเนื่อง                               | 9/10        | 0.80  |
| 15. การระบุประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย<br>และสภาวะของผู้ป่วย                                 | 8/10        | 0.60  |
| 16. การระบุประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus list)  | 7/10        | 0.40  |
| 17. การบันทึกความก้าวหน้าการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing progress note) ที่ให้แก่<br>ผู้ป่วย   | 10/10       | 1.0   |
| 18. การระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Expected outcome)   | 9/10        | 0.80  |
| 19. การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล (Planned interventions) สอดคล้องกับประเด็น<br>ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus)                       | 9/10        | 0.80  |
| 20. การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Implemented interventions) สอดคล้องและ<br>สัมพันธ์กับประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus) | 10/10       | 1.0   |
| 21. การระบุผลลัพธ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing outcome/ Evaluation)   | 10/10       | 1.0   |
| 22. การประเมินซ้ำ/ การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)  | 10/10       | 1.0   |
| 23. การให้ข้อมูล/ ความรู้ด้านสุขภาพ (Health information) สอดคล้องกับปัญหาความ<br>เจ็บป่วย   | 10/10       | 1.0   |
| 24. การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) สอดคล้องกับความต้องการการดูแล<br>ต่อเนื่อง  | 10/10       | 1.0   |
| 25. การบันทึกสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Status at discharge)  | 10/10       | 1.0   |

Content Validity Ratio (CVR) between Expert panels judging items of the Instrument

| ประเด็นการประเมิน   | ความคิดเห็น | Ratio |
|---|-------------|-------|
| 1. ระบุชื่อ-นามสกุลพยาบาลผู้ประเมินแรกกับ และพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง                                | 8/10        | 0.60  |
| 2. บันทึก วัน เดือน ปี ที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกครั้ง  | 7/10        | 0.40  |
| 3. มีการลงลายมือชื่อ-นามสกุลของพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทุกแห่ง                    | 7/10        | 0.40  |
| 4. มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทั้งฉบับ   | 8/10        | 0.60  |
| 5. มีการสรุปการจำหน่าย (summary discharge note)   | 5/10        | 0.00  |
| 6. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน  | 10/10       | 1.0   |
| 7. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต  | 10/10       | 1.0   |
| 8. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว (ญาติสายตรง)  | 8/10        | 0.60  |
| 9. การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา, อาหาร, อื่นๆ) และอาการที่แพ้                                  | 8/10        | 0.60  |
| 10. การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/ เหตุผลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล                           | 9/10        | 0.80  |
| 11. การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยครั้งนี้                          | 10/10       | 1.0   |
| 12. การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย  | 10/10       | 1.0   |
| 13. การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว                                    | 9/10        | 0.80  |
| 14. การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่<br>ต้องการการดูแลต่อเนื่อง | 9/10        | 0.80  |

# การหาคุณภาพของเครื่องมือ

อัตราส่วนความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์ของลอร์ซี (ผู้เชี่ยวชาญ 10 คน) ค่า CVR ต่ำสุดที่มีนัยสำคัญ .6

Content Validity Ratio (CVR) between Expert panelists judging items of the Instrument

| ประเด็นการประเมิน   | ความคิดเห็น | Ratio |
|---|-------------|-------|
| 1. ระบุนามสกุลชื่อยานาของผู้ประเมินและกับ และชื่อยานาผู้บันทึกทุกครั้ง  | 8/10        | 0.80  |
| 2. บันทึก วัน เดือน ปี ที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกครั้ง  | 7/10        | 0.40  |
| 3. มีการลงลายมือชื่อนามสกุลชื่อยานาผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทุกครั้ง   | 7/10        | 0.40  |
| 4. มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทั้งฉบับ   | 8/10        | 0.80  |
| 5. มีการสรุปการจำหน่าย (summary discharge note)   | 5/10        | 0.00  |
| 6. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน  | 10/10       | 1.0   |
| 7. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต  | 10/10       | 1.0   |
| 8. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว (ญาติสายตรง)  | 8/10        | 0.80  |
| 9. การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา, อาหาร, อื่นๆ) และอาการที่แพ้  | 8/10        | 0.80  |
| 10. การประเมินอาการสำคัญและสภาวะของผู้ป่วย/ เหตุผลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล  | 9/10        | 0.80  |
| 11. การประเมินสภาพร่างกายครบตามทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยครั้งนี้  | 10/10       | 1.0   |
| 12. การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย  | 10/10       | 1.0   |
| 13. การประเมินสภาพทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว   | 9/10        | 0.80  |
| 14. การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง                               | 9/10        | 0.80  |
| 15. การระบุประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยและสภาวะของผู้ป่วย                                 | 8/10        | 0.60  |
| 16. การระบุประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus list)  | 7/10        | 0.40  |
| 17. การบันทึกความก้าวหน้าการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing progress note) ที่ให้แก่ผู้ป่วย   | 10/10       | 1.0   |
| 18. การระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Expected outcome)   | 9/10        | 0.80  |
| 19. การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล (Planned interventions) สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus)                       | 9/10        | 0.80  |
| 20. การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Implemented interventions) สอดคล้องและสัมพันธ์กับประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus) | 10/10       | 1.0   |
| 21. การระบุผลลัพธ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing outcome/ Evaluation)   | 10/10       | 1.0   |
| 22. การประเมินซ้ำ/ การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)  | 10/10       | 1.0   |
| 23. การให้ข้อมูล/ ความรู้ด้านสุขภาพ (Health information) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย   | 10/10       | 1.0   |
| 24. การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) สอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง  | 10/10       | 1.0   |
| 25. การบันทึกสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Status at discharge)  | 10/10       | 1.0   |

Content Validity Ratio (CVR) between Expert panelists judging items of Instrument

|   |       |      |
|---|-------|------|
| 15. การระบุประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยและสภาวะของผู้ป่วย                                 | 8/10  | 0.60 |
| 16. การระบุประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus list)  | 7/10  | 0.40 |
| 17. การบันทึกความก้าวหน้าการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing progress note) ที่ให้แก่ผู้ป่วย   | 10/10 | 1.0  |
| 18. การระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Expected outcome)   | 9/10  | 0.80 |
| 19. การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล (Planned interventions) สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus)                       | 9/10  | 0.80 |
| 20. การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Implemented interventions) สอดคล้องและสัมพันธ์กับประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focus) | 10/10 | 1.0  |
| 21. การระบุผลลัพธ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing outcome/ Evaluation)   | 10/10 | 1.0  |
| 22. การประเมินซ้ำ/ การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)  | 10/10 | 1.0  |
| 23. การให้ข้อมูล/ ความรู้ด้านสุขภาพ (Health information) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย   | 10/10 | 1.0  |
| 24. การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) สอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง  | 10/10 | 1.0  |
| 25. การบันทึกสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Status at discharge)  | 10/10 | 1.0  |

# การหาคุณภาพของเครื่องมือ

## 3. ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intra-Class-Correlation: ICC)

ค. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยเฉลี่ย  
= 0.93

ค. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย  
ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน  
= 0.87





# แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล



ระยะที่ 3 นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

1. ทดลองใช้จำนวน 20 เวชระเบียน

2. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

(Cronbach's Alpha coefficient) ถ้า เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 หรือมากกว่าขึ้นไปแสดงว่ามีความเที่ยงภายใน เครื่องมือเพียงพอที่จะนำไปใช้ (Burns & Grove, 1997) = .86

เชิงปริมาณ = .73      เชิงคุณภาพ = .82



# แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล



ฉบับ 8 ๒๕๖๕

## แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

บันทึกทางการพยาบาล # : ..... เลขผู้ป่วย ..... จราการพยาบาล .....

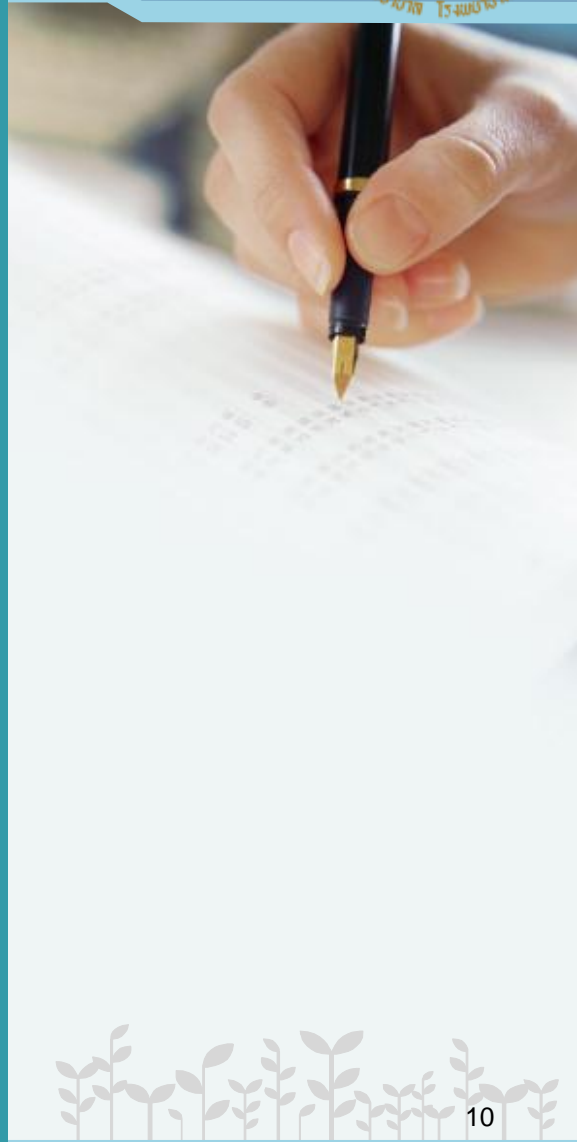
วันที่ ..... ผู้ประเมิน .....

ปริมาณ : 0 - ไม่มีเรื่อง-เรื่องไม่ถูกต้อง 1 - เรื่องไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ 2 - เรื่องครบถ้วน สมบูรณ์

คุณภาพ : 0 - ไม่มีคุณภาพ ไม่ประเมิน 1 - มีบางส่วน 2 - มีส่วนใหญ่ 3 - มีครบถ้วน สมบูรณ์

|   |                    |                                   |
|---|--------------------|-----------------------------------|
| 1. รวบรวมและตรวจสอบรายการผู้ประเมินทุกตัว และพิจารณาผู้ประเมินทุกตัว / ส่วนใด | ไม่ใช้เลย (0) .... | รวมชื่อพยาบาล (1) ....            |
| 2. มีการเชื่อมโยงและตรวจสอบรายการผู้บันทึกแต่ละรายมีชื่อออกชื่อจากสมุด        | คุณภาพ : .....     | รวมชื่อและนามสกุลพยาบาล (3) ..... |
| 3. มีชื่อ วัน เดือน ปี ที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกตัว ทุกครั้ง                   | ปริมาณ : .....     |                                   |
| 4. มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทั้งหมด                  | คุณภาพ : .....     |                                   |

| ประเด็นการประเมิน   | ปริมาณ         | คุณภาพ |
|---|----------------|--------|
| 5. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน  |                |        |
| 6. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต  |                |        |
| 7. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว   |                |        |
| 8. การบันทึกประวัติการแพ้ (ยา แพ้ อาหาร แพ้ สาร และอาการที่แพ้)   |                |        |
| 9. การประเมินอาการสำคัญและการดูแลผู้ป่วย เหตุผลที่เป็นผู้ป่วยไว้ในสถานดูแล  |                |        |
| 10. การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย  |                |        |
| 11. การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย  |                |        |
| 12. การประเมินสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว  |                |        |
| 13. การประเมินสภาพอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับปัญหาการเจ็บป่วยที่ดูแล  |                |        |
| 14. การระบุประเด็นปัญหา การตั้งเป้าหมายในการดูแล (Focus list)   |                |        |
| 15. การระบุเป้าหมาย และหรือที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goal/ Outcome)   |                |        |
| 16. การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ การตั้งเป้าหมาย (Focus : F)  |                |        |
| 17. การประเมิน (Assessment : A)   |                |        |
| 18. การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ป่วย (Interventions : I)   |                |        |
| 19. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation : E)  |                |        |
| 20. การประเมินซ้ำ การประเมินผลการดูแลที่เป็นปัจจุบัน (Status update)  |                |        |
| 21. การให้ข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ (Health information) ผลลัพธ์กับปัญหาการเจ็บป่วย                                     |                |        |
| 22. มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ที่สอดคล้องกับการดูแลการดูแลต่อเนื่อง                                     |                |        |
| 23. การบันทึกสรุปการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Bursing discharge summary and Health status before discharge) |                |        |
| คะแนนรวมทั้งหมด (Total score)   | (สูงสุด = 100) |        |



# แบบประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล



- ข้อ 1- 4 ข้อมูลทั่วไป (4 ข้อ) = 11 คะแนน
  - ข้อ 5-13 ข้อมูลการประเมิน (9 ข้อ) = 39 คะแนน
  - ข้อ 14-21 ข้อมูลการบัณฑิตทางการพยาบาล (8 ข้อ) = 40 คะแนน
  - ข้อ 22-23 ข้อมูลการวางแผนจำหน่าย (2 ข้อ) = 10 คะแนน
- วัดเชิงปริมาณ 21 ข้อ = 43 คะแนน
- วัดเชิงคุณภาพ 19 ข้อ = 57 คะแนน
- (คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน)



# คู่มือการประเมินบันทึกทางการพยาบาล



ปรับปรุง 7 มค.56

## คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

### คำชี้แจง

การประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เป็นการประเมินคุณภาพของกรบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งสามารถได้จากกรบันทึกในรายงานทั้งฉบับ ภายหลังจากผู้ช่วยพยาบาล การประเมิน แบ่งเป็น ด้านปริมาณ (Quantity) และด้านคุณภาพ (Quality)

### ด้านปริมาณ (Quantity) แบ่งระดับการประเมิน ดังนี้

- 2 = ข้อมูลครบถ้วน/ สมบูรณ์ (Complete) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน/ สมบูรณ์
- 1 = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ ไม่สมบูรณ์ (Partly) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลบางส่วน/ บันทึกไม่ครอบคลุม
- 0 = ไม่มีข้อมูล/ ข้อมูลไม่ถูกต้อง (None) หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูล หรือมีการบันทึกข้อมูลแต่ข้อมูลไม่ถูกต้อง/ ไม่สอดคล้องกับสภาวะ/ ปัญหาของผู้ป่วย

### ด้านคุณภาพ (Quality) แบ่งระดับการประเมิน ดังนี้

- เกณฑ์**
1. การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน (Clear)
  2. การบันทึกข้อมูลมีความรัดกุม กระชับ ใจความ (Concise)
  3. การบันทึกข้อมูลไม่ใช่ข้อความฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น/ไม่บันทึกข้อความที่มีความซ้ำซ้อน (without redundant text)
  4. การบันทึกข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน และตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย (relevant nursing information)
  5. การบันทึกข้อมูลมีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม (correct use of language)
  6. การบันทึกข้อมูลครบถ้วน/ ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

- คะแนน**
- 3 = ดีเยี่ยม/ สมบูรณ์ (Very Good) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วน/ สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ 100% (ทั้ง 6 ข้อ)
  - 2 = ดีส่วนใหญ่ (Good) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์มากกว่า 50% (3 ข้อหรือมากกว่า)
  - 1 = ดีบางส่วน (Less good) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์น้อยกว่า 50% (น้อยกว่า 3 ข้อ)
  - 0 = ไม่มีคุณภาพ/ ไม่ตรงประเด็น (Poor) หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูล/ ข้อมูลไม่ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

### วิธีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

|    |   |   |
|----|---|---|
| 1. | ระบุชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้ประเมินแกร์กับ และพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง/ ทุกแห่ง |   |
| ป. | ไม่ได้ระบุ  | = 0 หมายถึง ไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้ประเมินแกร์กับ และพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง/ ทุกแห่ง   |
|    | ระบุชื่อพยาบาล  | = 1 หมายถึง มีการระบุแต่ชื่อ พยาบาลผู้ประเมินแกร์กับ และพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง/ ทุกแห่ง  |
|    | ระบุชื่อและนามสกุลพยาบาล  | = 3 หมายถึง มีการระบุทั้งชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้ประเมินแกร์กับ และพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง/ ทุกแห่ง ตัวอย่าง เช่น <b>เปรมจิตร ศัลยาเกียรติ, จุฬารักษ์ นะสังสิต</b> |
| 2. | มีการลงชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทุกแห่ง        |   |
| ค. | 0 =   | การลงชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก อ่านไม่ชัดเจน   |
|    | 1 =   | การลงชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก อ่านชัดเจนบางครั้ง/ บางแห่ง  |
|    | 2 =   | การลงชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก อ่านชัดเจนเป็นส่วนใหญ่   |
|    | 3 =   | การลงชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก อ่านได้ชัดเจนทุกครั้ง/ทุกแห่ง ทั้งฉบับ   |
| 3. | บันทึก วัน เดือน ปี ที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกครั้ง/ ทุกแห่ง                    |   |
| ป. | 0 =   | ไม่มีการบันทึก วัน เดือน ปี ในการประเมินแกร์กับ และในบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง/ ทุกแห่ง  |
|    | 1 =   | มีการบันทึก วัน เดือน ปี ในการประเมินแกร์กับ และในบันทึกทางการพยาบาลบางครั้ง/ บางแห่ง   |
|    | 2 =   | มีการบันทึก วัน เดือน ปี ในการประเมินแกร์กับ และในบันทึกทางการพยาบาลทุกในอย่างชัดเจนทุกครั้ง/ทุกแห่ง  |
| 4. | มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทั้งฉบับ                    |   |
| ค. | 0 =   | การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล บันทึกด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก อ่านไม่ชัดเจนทั้งฉบับ และไม่มีการบันทึกข้อมูล/ บันทึกข้อมูลไม่ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย              |
|    | 1 =   | การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก อ่านได้ชัดเจนบางครั้ง/ บางแห่ง และมีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์น้อยกว่า 50% (น้อยกว่า 3 ข้อ)                   |
|    | 2 =   | การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก อ่านได้ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่เกือบทั้งฉบับ และมีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์มากกว่า 50% (3 ข้อหรือมากกว่า)          |
|    | 3 =   | การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก อ่านได้ชัดเจนทั้งฉบับ และมีการบันทึกข้อมูล ครบถ้วน/ สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ 100% (ทั้ง 6 ข้อ)                     |
|    | <b>เชิงปริมาณ</b>   | <b>เชิงคุณภาพ</b>   |
| 5. | การบันทึกประวัติการเงินป่วยในปัจจุบัน   |   |
|    | - ระบุ Onset (เริ่มเมื่อใด...)  | - มีข้อมูลรายละเอียดความเจ็บป่วย  |
|    | - มีการเรียงลำดับเวลาความเจ็บป่วย   | - มีความต่อเนื่องกันของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย  |
|    |   | - การบันทึกข้อมูลกระชับ ใจความ อ่านเข้าใจ   |
| 6. | การบันทึกประวัติการเงินป่วยในอดีต   |   |
|    | - ระบุ Onset (เริ่มเมื่อใด...)  | - มีข้อมูลรายละเอียดความเจ็บป่วย  |
|    | - มีการเรียงลำดับเวลาความเจ็บป่วย   | - มีความต่อเนื่องกันของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย  |
|    | - ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยในอดีต  | - การบันทึกข้อมูลกระชับ ใจความ อ่านเข้าใจ   |

# คู่มือการประเมินบันทึกทางการพยาบาล



## ด้านปริมาณ (Quantity)

**2 = ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์ (Complete)**

มีการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน/สมบูรณ์

**1 = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ (Partly)**

มีการบันทึกข้อมูลบางส่วน/ บันทึกไม่ครอบคลุม

**0 = ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง (None)**

ไม่มีการบันทึกข้อมูล หรือมีการบันทึกข้อมูลแต่

ข้อมูลไม่ถูกต้อง/ไม่สอดคล้องกับสถานะ/ ปัญหา

ของผู้ป่วย



# คู่มือการประเมินบันทึกทางการพยาบาล




## ด้านคุณภาพ (Quality)

1. การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน
2. มีความรัดกุม กระชับ ได้ใจความ
3. ไม่ใช่ข้อความฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น/ไม่บันทึกข้อความที่มีความซ้ำซ้อน
4. ข้อมูลมีความสัมพันธ์กันและตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
5. มีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม
6. ข้อมูลครบถ้วน/ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย



# แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- 
- 3 = มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วน / สมบูรณ์ตามเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ**
  - 2 = มีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์ 3 ข้อ หรือมากกว่า**
  - 1 = มีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์น้อยกว่า 3 ข้อ**
  - 0 = ไม่มีการบันทึกข้อมูล / ข้อมูลไม่ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย**



# ตัวอย่างการประเมิน Focus list

## เชิงปริมาณ

- ระบุประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในภาพรวมอย่างครบถ้วน
- มีการเรียงลำดับเวลา ก่อน – หลังตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น

ตัวอย่าง Focus List

| NO | FOCUS   | GOALS/OUTCOMES  | ACTIVE   | RESOLVED |
|----|---|---|----------|----------|
| 1  | Risk for PPH                                  | ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตลอดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล                | 1 มค 55  | 4 มค. 55 |
| 2  | Risk for Fall                                 | ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม   | 1 มค 55  | 4 มค. 55 |
| 3  | ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง                          | ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain score 0-3   | 1 มค 55  | 1 มค. 55 |
| 4  | ส่งเสริมสัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดาและทารก       | มารดาตอบได้ถึงประโยชน์ที่มีต่อทารกจากการสร้างสัมพันธ์ภาพ                    | 1 มค 55  | 4 มค. 55 |
| 5  | ไม่สุขสบายจากอาการไข้                         | ผู้ป่วยบอกสบายขึ้นในช่วงหลังคลอด อุณหภูมิ ไม่เกิน 37.5 °C                   | 2 มค. 55 | 2 มค. 55 |
| 6  | วิตกกังวลเรื่องน้ำนมมีน้อย                    | ผู้ป่วยบอกไม่กังวลเรื่องน้ำนมมีน้อย   | 2 มค. 55 | 3 มค. 55 |
| 7  | ไม่สุขสบายจากปัสสาวะไม่ออก                    | ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง  | 2 มค. 55 | 2 มค. 55 |
| 8  | Breastfeeding                                 | ผู้ป่วยสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้  | 2 มค. 55 | 4 มค. 55 |
| 9  | Discharge Planning                            | ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะเพียงพอในการดูแลตนเองและบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน | 2 มค. 55 | 4 มค. 55 |
| 10 | หิวนมแตก                                      | ผู้ป่วยมีหิวนมปกติ  | 3 มค. 55 | 3 มค. 55 |
| 11 | ไม่สุขสบายจากตำแหน่งดัดตั้ง                   | ผู้ป่วยไม่มีอาการคัดตึงเต้านม   | 3 มค. 55 | 3 มค. 55 |
| 12 | วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องอาการตัวเหลืองของบุตร | ผู้ป่วยบอกลดความกังวลลง   | 3 มค. 55 | 4 มค. 55 |
| 13 | Consult กุมารแพทย์                            | ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์ที่ Consult ทันเวลา                       | 3 มค. 55 | 3 มค. 55 |
| 14 | Discharge Process                             | ผู้ป่วยทราบข้อมูลการมาตรวจตามนัด  | 4 มค. 55 | 4 มค. 55 |



# Focus List

| NO | FOCUS   | GOALS/<br>OUTCOMES   | ACTIVE  | RESOLVED |
|----|---|--|---------|----------|
| 1  | Risk for PPH                                      | ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะตกเลือด<br>หลังคลอดตลอดระยะเวลา<br>อยู่ในโรงพยาบาล | 1 มค.55 | 4 มค.55  |
| 2  | Risk for Fall                                     | ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัด<br>ตกหกล้ม                              | 1 มค.55 | 4 มค.55  |
| 3  | ปวดแผลผ่าตัด<br>หน้าท้อง                          | ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล<br>Pain score 0-3                               | 1 มค.55 | 1 มค.55  |
| 4  | ส่งเสริม<br>สัมพันธภาพ<br>ระหว่างมารดาและ<br>ทารก | มารดาตอบได้ถึง<br>ประโยชน์ที่มีต่อทารกจาก<br>การสร้างสัมพันธภาพ      | 1 มค.55 | 4 มค.55  |

# Focus List

| NO | FOCUS                            | GOALS/<br>OUTCOMES  | ACTIVE  | RESOLVED |
|----|----------------------------------|---|---------|----------|
| 5  | ไม่สุขสบายจาก<br>อาการไข้        | ผู้ป่วยบอกสบายขึ้น<br>ในช่วงหลังคลอด<br>อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 °C | 2 มค.55 | 2 มค.55  |
| 6  | วิตกกังวลเรื่อง<br>น้ำหนักมีน้อย | ผู้ป่วยบอกไม่กังวลเรื่อง<br>น้ำหนักมีน้อย                       | 2 มค.55 | 3 มค.55  |
| 7  | ไม่สุขสบายจาก<br>ปัสสาวะไม่ออก   | ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะ<br>ได้เอง                                  | 2 มค.55 | 2 มค.55  |
| 8  | Breastfeeding                    | ผู้ป่วยสามารถเลี้ยงลูก<br>ด้วยนมแม่ได้                          | 2 มค.55 | 4 มค.55  |

# Focus List

| NO | FOCUS   | GOALS/<br>OUTCOMES  | ACTIVE   | RESOLVED |
|----|---|---|----------|----------|
| 9  | Discharge Planning                            | ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะเพียงพอในการดูแลตนเองและบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน | 2 มค. 55 | 4 มค. 55 |
| 10 | หวันมแตก                                      | ผู้ป่วยมีหวันมปกติ  | 3 มค. 55 | 3 มค. 55 |
| 11 | ไม่สุขสบายจากเต้านมคัดตึง                     | ผู้ป่วยไม่มีอาการคัดตึงเต้านม   | 3 มค. 55 | 3 มค. 55 |
| 12 | วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องอาการตัวเหลืองของบุตร | ผู้ป่วยบอกลดความกังวลลง   | 3 มค. 55 | 4 มค. 55 |



# Focus List

| NO        | FOCUS                         | GOALS/<br>OUTCOMES  | ACTIVE         | RESOLVED       |
|-----------|-------------------------------|---|----------------|----------------|
| <b>13</b> | <b>Consult<br/>กุมารแพทย์</b> | <b>ผู้ป่วยได้รับการตรวจ<br/>เยี่ยมจากแพทย์ที่<br/>Consult</b> | <b>3 มค.55</b> | <b>3 มค.55</b> |
| <b>14</b> | <b>Discharge<br/>Process</b>  | <b>ผู้ป่วยทราบข้อมูลการ<br/>มาตรฐานนัด</b>                    | <b>4 มค.55</b> | <b>4 มค.55</b> |



# ตัวอย่างการประเมิน Focus list


## เชิงคุณภาพ

- การระบุประเด็น  
ปัญหาของผู้ป่วย  
สอดคล้อง/สัมพันธ์  
กับเป้าหมาย/  
ผลลัพธ์ที่กำหนด

ตัวอย่าง Focus List

| NO | FOCUS                                     | GOALS/OUTCOMES  | ACTIVE   | RESOLVED |
|----|---|---|----------|----------|
| 1  | Risk for PPH                              | ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด<br>ตลอดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล                | 1 มค 55  | 4 มค. 55 |
| 2  | Risk for Fall                             | ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุลัดตกหกล้ม  | 1 มค 55  | 4 มค. 55 |
| 3  | ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง                      | ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain score 0-3   | 1 มค 55  | 1 มค. 55 |
| 4  | ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่าง<br>มารดาและทารก | มารดาตอบได้ถึงประโยชน์ที่มีต่อทารก<br>จากการสร้างสัมพันธภาพ                     | 1 มค 55  | 4 มค. 55 |
| 5  | ไม่สุขสบายจากอาการไข้                     | ผู้ป่วยบอกสบายขึ้นในช่วงหลังคลอด<br>อุณหภูมิ ไม่เกิน 37.5 °C                    | 2 มค. 55 | 2 มค. 55 |
| 6  | วิตกกังวลเรื่องน้ำนมมีน้อย                | ผู้ป่วยบอกไม่กังวลเรื่องน้ำนมมีน้อย   | 2 มค. 55 | 3 มค. 55 |
| 7  | ไม่สุขสบายจากปัสสาวะไม่ออก                | ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง  | 2 มค. 55 | 2 มค. 55 |
| 8  | Breastfeeding                             | ผู้ป่วยสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้  | 2 มค. 55 | 4 มค. 55 |
| 9  | Discharge Planning                        | ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะเพียงพอใน<br>การดูแลตนเองและบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน | 2 มค. 55 | 4 มค. 55 |
| 10 | หวั่นผแตก                                 | ผู้ป่วยมีหวั่นปกติ  | 3 มค. 55 | 3 มค. 55 |

# Focus list: Pneumonia

| No. | Focus                    | Goals/outcomes                            | Active  | Resolve   |
|-----|--------------------------|---|---------|---|
| 1.  | การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ | การหายใจมีประสิทธิภาพ                     | 28คค.56 |    |
| 2.  | ติดเชื้อที่ปอด           | การติดเชื้อหมดไป                          | 28คค.56 |   |
| 3.  | มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร  | มีความสมดุลของสารน้ำสารอาหาร              | 28คค.56 |   |
| 4.  | ไม่สบายจากมีไข้          | สบายขึ้น อุณหภูมิไม่เกิน 37.5c            | 28คค.56 | 28คค.56   |
| 5.  | Airway obstruction       | ไม่เกิด obstruction                       | 28คค.56 | 28คค.56   |
| 6.  | hypokalemia              | ปลอดภัยจากภาวะhypokalemia                 | 28คค.56 | 29 คค.56  |
| 7.  | Risk for fall            | No fall                                   | 29คค.56 |   |
| 8.  | มารดามีปัญหาค่าใช้จ่าย   | ได้รับการจัดการและประสานงานตามความเหมาะสม | 29คค.56 |  |

# ตัวอย่างการประเมิน Focus list

## เชิงคุณภาพ

- มีการบันทึกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย (Focus) ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข (Resolved)

ในบันทึกสรุปการรักษาพยาบาล (Nursing discharge summary) เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

| ตัวอย่างการบันทึก Focus List |                              |   |            |            |
|------------------------------|------------------------------|---|------------|------------|
| No.                          | FOCUS                        | GOALS / OUTCOMES  | ACTIVE     | RESOLVED   |
| 1.                           | Ineffective airway clearance | ทางเดินหายใจโล่ง เสมหะอ่อนตัว<br>ไอขับเสมหะออกได้           | 10 มีค. 54 | 12 มีค. 54 |
| 2.                           | ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง      | บอกรับปวดแผล หรือ Pain<br>Score ไม่เกิน 3                   | 10 มีค. 54 | 16 มีค. 54 |
| 3.                           | วางแผนจำหน่าย                | มีความรู้และทักษะเรื่องการดูแล<br>แผล การป้องกันการติดเชื้อ | 11 มีค. 54 |            |
| 1                            | Ineffective airway           | ทางเดินหายใจโล่ง เสมหะอ่อนตัว                               | 15 มีค. 54 |            |



# ตัวอย่างการประเมิน Interventions

## เชิงปริมาณ

- ระบุ/วางแผนการพยาบาลที่สามารถแก้ไขปัญหา/ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย
- ระบุกิจกรรมพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย
- ระบุกรอบเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

| DATE / SHIFT          | TIME                   | FOCUS         | PROGRESS NOTE  |
|-----------------------|------------------------|---------------|--|
| 1 มค. 55<br>15 -23 น. | 19.00น.<br><br>19.30น. | Risk for PPH  | <p>A หลังคลอด C/ S 2ชม. มีแผลในโพรงมดลูก / Blood loss 800 cc / มีประวัติ Uterine atony ใน OR / ประเมินแรกรับมดลูกไม่แข็งหดตัวไม่ดีมีปัสสาวะใน Urine bag 100 cc</p> <p>I - ประเมินการหดตัวของมดลูก จำนวน ลักษณะของ bleeding per vagina และแผลหน้าท้องทุก 4 ชม.ใน 24 ชม.แรกหลังคลอด</p> <p>- Record Vital signทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งจากนั้นทุก 1 ชม.8 ครั้งและถ้าไม่มีอาการผิดปกติต่อจากนั้นทุก 4 ชม.จนครบ 48 ชม.</p> <p>- ดูแลให้ได้รับยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก</p> <p>- บอกผู้ป่วยให้แจ้งพยาบาลทันทีถ้ามีเลือดออกเต็มผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืน/ชม.</p> <p>E มดลูกหดตัวกลมแข็งอยู่ในระดับสะดือ มี bleeding per vagina ชุ่ม pad ½ ผืนแผลหน้าท้องไม่มี bleeding ชุ่ม</p> |
|                       | 19.00น.<br><br>19.30น. | Risk for fall | <p>A ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดบุตรภายใน 24 ชม. เป็น Obvious High risk และผู้ป่วยบอกว่าขาข้าง 2 ข้าง</p> <p>I - ให้พักนอนบนเตียง และไม่ให้ออกจากเตียงตามลำพัง</p> <p>- ให้ใช้จริงเมื่อต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>- ยกไม้กันเตียงขึ้นภายหลังให้การพยาบาล</p> <p>- ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ</p> <p>- ดูแลติดป้าย Fall ที่หัวเตียงและหน้ารายงานของผู้ป่วย</p> <p>E ผู้ป่วยรับทราบ</p>  |



# ตัวอย่างการประเมิน Interventions

## เชิงคุณภาพ

- กิจกรรมพยาบาล  
สอดคล้องกับแผนการ  
พยาบาล
- สะท้อนการดูแล/  
แผนการพยาบาลที่จะ  
ให้แก่ผู้ป่วยในอนาคต
- สอดคล้อง/ครอบคลุม  
มิติการดูแลและปัญหา  
ของผู้ป่วย

| DATE<br>SHIFT         | TIME                   | FOCUS         | PROGRESS NOTE   |
|-----------------------|------------------------|---------------|---|
| 1 มค. 55<br>15 -23 น. | 19.00น.<br><br>19.30น. | Risk for PPH  | <p>A หลังคลอด C/ S 2ชม. มีแผลโนโพรงมดลูก / Blood loss 800 cc / มีประวัติ Uterine atony ใน OR / ประเมินแรกรับมดลูกไม่แข็ง หดรัดตัวไม่มีบีบสวาระใน Urine bag 100 cc</p> <p>I - ประเมินการหดตัวของมดลูก จำนวน ลักษณะของ bleeding per vagina และแผลหน้าท้องทุก 4 ชม. ใน 24 ชม. แรกหลังคลอด</p> <p>- Record Vital sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นทุก 1 ชม. 8 ครั้ง และถ้าไม่มีอาการผิดปกติต่อจากนั้นทุก 4 ชม. จนครบ 48 ชม.</p> <p>- ดูแลให้ได้รับยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก</p> <p>- บอกผู้ป่วยให้แจ้งพยาบาลทันทีถ้ามีเลือดออกเต็มผ้าอนามัย มากกว่า 1 ผืน/ชม.</p> <p>E มดลูกหดตัวกลมแข็งอยู่ในระดับสะดือ มี bleeding per vagina ชุ่ม pad ½ ผืน แผลหน้าท้องไม่มี bleeding ช้ำ</p> |
|                       | 19.00น.<br><br>19.30น. | Risk for fall | <p>A ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดบุตรภายใน 24 ชม. เป็น Obvious High risk และผู้ป่วยบอกว่าขาข้าง 2 ข้าง</p> <p>I - ให้พักนอนบนเตียง และไม่ให้ออกจากเตียงตามลำพัง</p> <p>- ให้ใช้รีนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>- ยกไม้กั้นเตียงขึ้นภายหลังให้การพยาบาล</p> <p>- ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ</p> <p>- ดูแลติดป้าย Fall ที่หัวเตียงและหน้ารายงานของผู้ป่วย</p> <p>E ผู้ป่วยรับทราบ</p>   |

# ตัวอย่างการประเมิน Interventions

## เชิงคุณภาพ

- สะท้อนบทบาทการปฏิบัติพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
- กิจกรรมพยาบาลครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

| DATE / SHIFT                   | TIME | FOCUS                        | PROGRESS NOTE   |
|--------------------------------|------|------------------------------|---|
| 3 มค. 55<br>7 - 15 น.<br>(ต่อ) | 10น. | หัวนมแตก                     | A มารดาบอกว่าเจ็บหัวนมข้างซ้ายขณะให้บุตรดูดนมตรวจพบหัวนมแตกข้างซ้าย Grade 1<br>I - แนะนำการเปลี่ยน Position ในการอุ้มบุตรและตำแหน่งการรับหัวนมของบุตร และการให้บุตรดูดนมให้ลึกถึงลานนม<br>- เพิ่มการฟีกทักษะการเอาหัวนมออกจากปากลูกอย่างถูกวิธี<br>- แนะนำการเอาน้ำนมแต้มบริเวณหัวนมที่แตก<br>E มารดาปฏิบัติได้ หัวนมเจ็บน้อยลง                                     |
| 15-23น.                        | 16น. | ไม่สุขสบายจากเต้านมคัดตึง    | A ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเต้านมคัดตึงทั้ง 2 ข้าง Pain score =3 ตรวจพบเต้านมตึง ลานนมแข็งทั้ง 2 ข้างกดเจ็บ<br>I - ประคบไอน้ำอุ่น<br>- ช่วยนวดเต้านมและบีบน้ำนมออกโดยใช้มือ / Electric breast pump<br>E บีบนมได้ 35 cc มารดาบอกว่ารู้สึกเต้านมเบาและนุ่มลง  |
|                                | 17น. | วิตกกังวลเรื่องบุตรตัวเหลือง | A ผู้ป่วยถามว่าทำไมเจาะเลือดลูกหลายครั้ง “อาการตัวเหลืองของลูกจะหายเมื่อไร” “ต้องอยู่โรงพยาบาลอีกกี่วัน”<br>I - พุดคุย ปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วย<br>- ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลทารกตัวเหลือง<br>- ประสานงานกับกุมารแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สอบถามข้อสงสัยเรื่องอาการตัวเหลืองของบุตร<br>E ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกลดความวิตกกังวลลง และ จะรอดูกับแพทย์ |



|              |   |
|--------------|---|
| <b>Focus</b> | <b>Mothenal stress and low self-efficacy in breastfeeding</b>   |
| A            | <ul style="list-style-type: none"><li>- มารดามีสีหน้าอึดโรย ปากแห้ง เมื่อถามมารดาว่า “เป็นอย่างไรบ้างคะ เหนื่อยไหมคะ ” มารดาร้องไห้ “นมไม่พอให้ลูกกิน ดูดเป็นชั่วโมง เมื่อคืนแทบไม่ได้นอน แม่สามีก็บ่นเลี้ยงลูกยังไงปล่อยให้ร้อง”</li><li>-ให้ทารกดูดนมแม่ไม่ลึก หัวนมขวาแตก gr. 3 ซ้าย gr. 2 STT Score 3,3,2</li><li>- self- efficacy scale = 20 %</li></ul> |



# Focus note



- I
- Counseling technique
- ประเมินและสอนวิธีประเมินน้ำหนักมารดา
- ปรับ BF position & latch on
- promote self-efficacy & encourage exclusive breastfeeding, nutrition
- advice relaxation technique
- คอยกับสามีเข้าใจสภาวะมารดาหลังคลอด เพื่อช่วยเหลือ ให้กำลังใจและเป็นผู้ประสานความเข้าใจกับ care giver อื่น



# Focus note



E

- น้ำนมแม่บีบฟุ้ง มารดามั่นใจว่ามีน้ำนมเพียงพอ ให้ลูกดูดนมแม่ได้ลึกถึงลานห้วงนมโดยขณะทารกดูด ไม่เจ็บห้วงนม
- STT Score 3,3,4
- self-efficacy scale 70 %
- มารดารับทราบวิธีหาเวลาพักผ่อนและการผ่อนคลาย
- มีรอยยิ้ม
- สามารับทราบคำแนะนำ



# Nursing Focus Note : Pneumonia



| Date              | Time                    | Focus                        | Progress note  |
|-------------------|-------------------------|------------------------------|--|
| 28คค 56<br>23-7น. | 3.00 น<br><br>6.00น     | การหายใจไม่มี<br>ประสิทธิภาพ | <p>A: แกร็บจากแพทย์เวรมีหายใจหอบตื้น o2 sat=90 %<br/>retraction r= 46 ครั้ง/นาที</p> <p>I: -ให้ออกซิเจนต่อon o2 mask c bag<br/>10 l/m<br/>-สังเกตการหายใจ record o2 sat ทุก 4 ชม<br/>-จัดposition ศรีษะสูง 45 องศา</p> <p>E: หายใจยังมีหอบตื้นอยู่ retraction น้อยลง<br/>หลับได้พักๆ R= 36-42 /mim o2 sat 98 - 100 %</p> |
|                   | 3.15 น.<br><br>3.20 น.  | airway<br>obstruction        | <p>A: หายใจเสียงแน่นจุก มีน้ำมูกเต็มจุก 2 ข้าง</p> <p>I: suction ให้</p> <p>E: ได้น้ำมูกขาวขุ่น ชัน เหนียว จำนวนมาก</p>  |
|                   | 3.20 น.<br><br>04.00 น. | ไม่สุขสบายจากมีไข้           | <p>A: ตัวร้อน T=39 c หน้าแดง ไม่มีchill</p> <p>I : -ทำ tepid sponge ให้<br/>-แนะนำวิธีการเช็ดตัวที่ถูกต้องกับมารดา<br/>-กินยาลดไข้</p> <p>E: ภายหลังเช็ดตัว หลับได้ไม่กระสับกระส่าย</p>  |



# Nursing Focus Note : Pneumonia



| Date                          | Time   | focus                       | Progress note   |
|-------------------------------|--|-----------------------------|---|
| 28 ธค.56<br>23-7น.<br>( ต่อ ) | 3.20 น.  | มีภาวะขาดสาร<br>น้ำสารอาหาร | A: ริมฝีปากแดง แห้งมาก กินอาหารได้น้อย ถ่ายปัสสาวะครั้งสุดท้ายเมื่อ20<br>น.<br>I: -ให้ hydration ต่อ<br>-observe dehydration การถ่ายปัสสาวะ<br>-record temperture ทุก 4 ชม<br>-แนะนำมารดาป้อนน้ำบ่อยๆ<br>E: ริมฝีปากยังแห้ง ดื่มน้ำได้น้อย ถ่ายปัสสาวะสีเหลืองอ่อน ไม่ซึม มีไข้ |
|                               | 7.00น.   |                             |   |
|                               | 3.30 น.<br><br>3.30 น.<br>4.00น.<br><br>6.00น. | ติดเชื้อที่ปอด              | A: จากผล film พบว่ามี infiltration lung มี wheezing rhonchi และมีไข้<br>สูงมา<br>I: -พ่น ventolin stat<br>-เริ่มให้ antibiotic<br>-ให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับการได้รับยาพ่นและยาฆ่าเชื้อการสังเกตอาการ<br>แพ้ยา<br>E: สามารถให้ยาได้ไม่มีอาการผิดปกติ                              |
|                               | 4.00น.<br><br>7.00น.                           |                             | <b>Risk for fall</b>  |





Thank You!

