

การ Audit Focus charting และการใช้ประโยชน์ในการพัฒนา



พว.ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี
งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล

- การเขียนบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
- การประเมินอาการ ปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติและผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ ทั้งการรักษา การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ
- มีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลและแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย



การบันทึกทางการพยาบาล

มาตรฐานบริการการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ระดับมหาวิทยาลัย

หมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล
และการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาล
ในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
โดยระบุว่า มีการใช้กระบวนการพยาบาล และ
มีการบันทึกรายงานการพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยทุกรายโดยพยาบาลวิชาชีพ



การบันทึกทางการพยาบาล

หมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล
และการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน

1) การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล มีความครอบคลุมการรักษาพยาบาลในทุกระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการจำหน่าย โดยสรุปรายงานด้านการพยาบาลในผู้ป่วยทุกราย

2) การบันทึกมีความชัดเจนในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน



การบันทึกทางการพยาบาล

3) มีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่มีมาตรฐาน และมีการพัฒนาแบบบันทึกให้สามารถบันทึกได้อย่างครบถ้วน และแปลผลการบันทึกได้อย่างแม่นยำ

4) ผลการบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ได้

5) มีระบบการตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ



การ Audit Nursing Document

แบบประเมิน บันทึกการพยาบาล (Audit Document)								
No. Item	Category	รายการประเมิน	มี		ไม่มี	ไม่พอ		
			ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน				
กลุ่มที่ 1 (10 คะแนน)		1.1 บันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน/คลินิกตามมาตรฐาน	(1 Point)					
		1.2 บันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก	(2 Point)					
		1.3 บันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยฉุกเฉิน	(4 Point)					
		1.4 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก	(1 Point)					
		1.5 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(2 Point)					
		หมายเหตุ : 1. บันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน/คลินิกตามมาตรฐาน						
กลุ่มที่ 2 (30 คะแนน)		2.1 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน/คลินิกตามมาตรฐาน	(1 Point)					
		2.2 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก	(1 Point)					
		2.3 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยฉุกเฉิน	(1 Point)					
		2.4 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก	(1 Point)					
		2.5 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.6 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.7 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.8 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.9 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.10 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.11 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.12 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.13 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.14 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.15 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		2.16 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		กลุ่มที่ 3 (10 คะแนน)		3.1 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)			
				3.2 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)			
3.3 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)							
3.4 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)							
กลุ่มที่ 4 (10 คะแนน)		4.1 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					
		4.2 การบันทึกการพยาบาลในหอผู้ป่วยนอก (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ) (เฉพาะ)	(1 Point)					

Page 1

- มาตรฐานวิชาชีพ
- มาตรฐาน HA
- มาตรฐาน JCI
- ข้อมูลทั่วไป 10
- การประเมิน 20
- การวางแผน 25
- การปฏิบัติพยาบาล 30
- การประเมินผล 15
- รวม 100 คะแนน



Focus Charting

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
มีการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาล
มาเป็นรูปแบบ **Focus charting** เพื่อตั้งข้อ
วินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและ
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรง
ประเด็น

ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมิน
คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้อย่าง
ถูกต้อง แม่นยำ



การ Audit Focus Charting

“พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพ
การบันทึกทางการพยาบาล”

- มีความน่าเชื่อถือ และมีความเที่ยงตรงในการวัดในระดับสูง ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
- สะท้อนกระบวนการพยาบาล
- สอดคล้องกับการบันทึกในรูปแบบ Focus charting



Develop Audit Focus Charting

ขั้นตอนการดำเนินงาน :

**ระยะที่ 1 สืบเคราะห์องค์ประกอบและ
ประเด็นการประเมินคุณภาพบันทึก
ทางการพยาบาล**

**1) ทบทวนเอกสารและกำหนดแนวทางการ
สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพบันทึกทางการ
พยาบาล**



Develop Audit Focus Charting

2) กำหนดผู้ทบทวนเวชระเบียนจำนวน 3-5 คน
เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจระบบบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล

3) ทบทวนเวชระเบียนจำนวน 40 เวชระเบียน
โดยรวมรวมองค์ประกอบ และประเด็นต่างๆ
จากการทบทวน นำมาจัดหมวดหมู่ และจัดทำ
เครื่องมือประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล



Develop Audit Focus Charting

ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพ บันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- 1) เชิญผู้เชี่ยวชาญ 10 ท่าน พิจารณา
เครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
- 2) คำนวณค่าสถิติด้วยอัตราส่วนความตรงตาม
เนื้อหา Content Validity Ratio (CVR) ตาม
สูตรของ Lawshe (1975)



Develop Audit Focus Charting

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 ต้องการการดูแลต่อเนื่อง	9/10	0.80

อัตราส่วนความตรง
ตามเนื้อหาที่ผ่าน
เกณฑ์ของลอร์ซี
(ผู้เชี่ยวชาญ 10 คน)
ค่า CVR ต่ำสุดที่มี
นัยสำคัญ .62



Develop Audit Focus Charting

3. ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน
(inter-rater reliability) วิเคราะห์ข้อมูล
โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน
ชั้น (Intra-Class-Correlation: ICC)

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยเฉลี่ย
= 0.93

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย
ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน
= 0.87



Develop Audit Focus Charting

4. จัดทำคู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

- ชี้แจงแนวทางการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งมีการประเมินทั้งด้านปริมาณ (Quantity) และด้านคุณภาพ (Quality)
- เกณฑ์การประเมินและให้คะแนน



Develop Audit Focus Charting

ระยะที่ 3 นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

- คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ถ้าเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 หรือมากกว่าขึ้นไปแสดงว่ามีความเที่ยงภายในเครื่องมือเพียงพอที่จะนำไปใช้ (Burns & Grove, 1997)



Develop Audit Focus Charting

ระยะที่ 3 นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

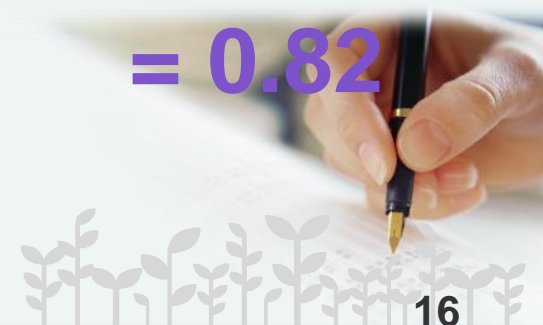
ครั้งที่ 1 จำนวน 10 เวชระเบียน

- คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
(Cronbach's Alpha coefficient)

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับ = 0.86

ค่าความเที่ยงเชิงปริมาณ = 0.73

ค่าความเที่ยงเชิงคุณภาพ = 0.82



Develop Audit Focus Charting

ระยะที่ 3 นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

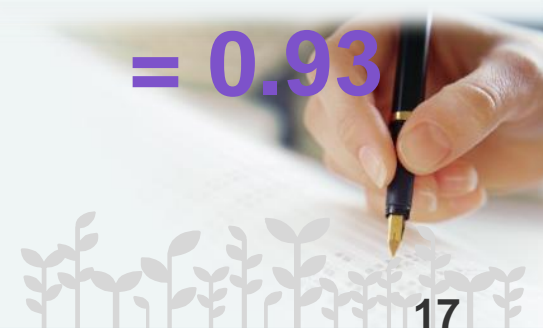
ครั้งที่ 2 จำนวน 10 เวชระเบียน

- คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
(Cronbach's Alpha coefficient)

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับ = 0.96

ค่าความเที่ยงเชิงปริมาณ = 0.93

ค่าความเที่ยงเชิงคุณภาพ = 0.93



Audit Focus Charting Form

แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

บันทึกทางการพยาบาล # :		ชื่อผู้บันทึก	ฐานการพยาบาล
วันที่		ผู้ประเมิน	
หมายเหตุ : 0 = ไม่ใช้จุดดูแล จุดดูแลไม่ถูกต้อง 1 = จุดดูแลไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ 2 = จุดดูแลครบถ้วน ไม่สมบูรณ์			
จุดภาพ : 0 = ไม่ใช้จุดภาพ/ ไม่ตรงประเด็น 1 = มีบางส่วน 2 = มีส่วนใหญ่ 3 = มีครบถ้วน ไม่สมบูรณ์			
1.	มีการระบุจุดพยาบาลผู้ประเมินในกรณีและตำแหน่งชัดเจนหรือพิจารณาถึงที่งานของจุดดูแล	ไม่ใช้จุดพยาบาลและตำแหน่ง (0) ระบุจุดพยาบาลและตำแหน่งตามข้อ 1 (1) ระบุจุดพยาบาลและตำแหน่งตามข้อ 2 (2)	
2.	บันทึก วัน เดือน ปี ที่ประเมินตรงชัดเจนทุกครั้ง / ทุกหอ	หมายเหตุ :	
3.	มีการบันทึกทางการพยาบาลชัดเจนตามที่กำหนดชัดเจนที่งาน	จุดภาพ :	
4.	มีการระบุจุดพยาบาลผู้บันทึกและตำแหน่งชัดเจนตามที่กำหนดชัดเจนทุกครั้ง	จุดภาพ :	
ประเมินการประเมิน		หมายเหตุ	จุดภาพ
5.	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน		
6.	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต		
7.	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว/ ครอบครัว		
8.	การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา, อาหาร, วัคซีน) และอาการแพ้		
9.	การประเมินสภาพร่างกายและอาการของผู้ป่วย หรือผลที่ยังไม่ปรากฏในตรวจ		
10.	การประเมินสภาพการดูแลและสุขภาพของผู้ป่วย หรือผลที่ยังไม่ปรากฏในตรวจ		
11.	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย		
12.	การประเมินสถานการณ์เศรษฐกิจและวิถีชีวิตในสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว		
13.	การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยที่ติดต่อกัน การดูแลต่อเนื่อง		
14.	การประเมินปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus on)		
15.	การประเมินเป้าหมาย/ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goal/ Outcome)		
16.	การประเมินปัญหาสำคัญ/ ความต้องการของผู้ป่วย (Focus : F)		
17.	การประเมิน (Assessment : A)		
18.	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Intervention : I)		
19.	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation : E)		
20.	การประเมินซ้ำ/ การประเมินการดูแลที่เป็นปัจจุบัน (Status update)		
21.	การให้ข้อมูล/ ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Information) ตลอดจนกับปัญหาความเจ็บป่วย		
22.	มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย		
23.	การบันทึกสรุปการปฏิบัติการพยาบาลและอาการของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge summary and Health status before discharge)		
คะแนนรวมทั้งหมด (Total score)			(สูงสุด = 100)



Audit Focus Charting Manual

คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คำชี้แจง

การประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เป็นการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งสามารถดูได้จากกรณียุทธวิธีที่กระบวนเขียนทั้งฉบับ ภายใต้ผู้ป่วยจำหน่าย ได้แก่ แผ่นจุดปรอท (Graphic Sheet) , NUR. DOC.01, 02 FL. 02 FC , NUR. DOC.04-06 และ Medication record

แนวทางการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่

- 1. ความถูกต้อง (Correct)** หมายถึง การบันทึกที่มีความถูกต้องตามความเป็นจริงและความต้องการของผู้ป่วย
 - 1.1 ถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกตามแบบฟอร์มที่องค์การกำหนด
 - 1.2 มีปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน (F → A)
 - 1.3 กิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา (I → F)
 - 1.4 บันทึกผลการพยาบาลถูกต้อง (E ถูกต้อง)
 - 1.5 ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจริง
- 2. ความครบถ้วน (Complete)** หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุมและต่อเนื่อง
 - 2.1 ระบุปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยต้องครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
 - 2.2 ระบุกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ
 - 2.3 การเขียนยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล
- 3. ความชัดเจน (Clear)** หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษรและตัวเลขที่ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล
 - 3.1 บันทึกด้วยหมึก อ่านง่าย ตัวย่อสากล
 - 3.2 ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความให้ขีดฆ่า และลงนามกำกับ
- 4. ใต้ใจความ (Concise)** หมายถึง การบันทึกที่กระชับรัดกุม อ่านแล้วได้ใจความ ตรงประเด็น ตรงตามสภาพผู้ป่วยต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และมองเห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการพยาบาล

การวัดคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

1. ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ครบถ้วนถูกต้องตามข้อเท็จจริง
2. เนื้อหาสาระของข้อมูลมีคุณค่าต่อการสื่อสาร เป็นประโยชน์ ครบถ้วน ครอบคลุม
3. มีความชัดเจน เนื้อหาถูกอักษระ คำย่อต้องเป็นที่ยอมรับ อ่านง่าย
4. มีความต่อเนื่องและความคงเส้นคงวาในการสื่อสาร
5. ไม่ซ้ำซ้อน ไม่ควรบันทึกสิ่งเดียวกัน 2 แห่ง
6. เรียงลำดับ ตามปฏิทิน ลงเวลาที่เหตุการณ์ตามความเป็นจริง
7. ลงลายมือชื่อกำกับ

วิธีหักคะแนน

1. ให้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของรพ.ศิริราช 4 ส่วน จำนวน 23 ข้อ
2. หลักการประเมิน มีดังนี้
 - 2.1 ข้อสุดท้ายไป จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1 - ข้อ 4 = 11 คะแนน) สามารถประเมินได้จากกรณียุทธวิธีฉบับ
 - 2.2 ข้อสุดท้ายไปจำนวน 9 ข้อ (ข้อ 5 - ข้อ 13 = 38 คะแนน) สามารถประเมินได้จาก NUR. DOC. 01, 02, FC, OS และแผ่นจุดปรอท (Graphic Sheet)
 - 2.3 ข้อสุดท้ายไปทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ (ข้อ 14 - ข้อ 21 = 40 คะแนน) สามารถประเมินได้จาก NUR. DOC. 01, 02, FL, 02 FC, 04, 05 และแผ่นจุดปรอท (Graphic Sheet) หากมีครบถ้วนจะตรงกับข้อสุดท้ายที่บันทึกในกรณียุทธวิธีหรือไม่
 - 2.4 ข้อสุดท้ายไปจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 22 - ข้อ 23 = 10 คะแนน) สามารถประเมินได้จาก NUR. DOC. 02 FC และ 06 หากมีครบถ้วนจะตรงกับข้อสุดท้าย / ความถี่ของการบันทึกหรือไม่

เกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล แบ่งเป็น ด้านปริมาณ (Quantity) และด้านคุณภาพ (Quality)

ด้านปริมาณ (Quantity) และระดับการประเมิน ดังนี้

- 2 คะแนน = ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ (Complete) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลของสถานพยาบาล สมบูรณ์
- 1 คะแนน = ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ (Partly) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม
- 0 คะแนน = ไม่มีข้อมูล ข้อมูลไม่ถูกต้อง (None) หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูล หรือมีการบันทึกข้อมูล แต่ข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงานของผู้ป่วย

ด้านคุณภาพ (Quality) และระดับการประเมิน ดังนี้

- เกณฑ์ 1. การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน (Clear)
2. การบันทึกข้อมูลมีความรัดกุม กระชับ ได้ใจความ (Concise)
3. การบันทึกข้อมูลไม่ใช้ตัวเลขแทนคำอธิบาย อ่านแล้วได้ใจความ มีความเข้าใจง่าย (ใช้ตัวย่อและคำย่อ)
4. การบันทึกข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน และตรงกับประวัติปัญหาของผู้ป่วย (เชื่อมโยง nursing information)
5. การบันทึกข้อมูลมีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม (correct use of language)
6. การบันทึกข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

- 3 คะแนน = ดีเยี่ยม/ดีมาก (Very Good) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ
- 2 คะแนน = ดี (Good) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์มากกว่า 3 ข้อขึ้นไป
- 1 คะแนน = ดีปานกลาง (Less good) หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์ 3 ข้อหรือน้อยกว่า
- 0 คะแนน = ไม่มีความดี ไม่ประเมินผล (Poor) หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูล ข้อมูลไม่ตรงกับประวัติปัญหาของผู้ป่วย

Audit Focus Charting Manual

คำชี้แจง

การประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งสามารถดูได้จากบันทึกเวชระเบียนทั้งฉบับ ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย ได้แก่ แผ่นจุดปรอท (Graphic Sheet) , NUR. DOC.01, 02 FL , 02 FC , NUR. DOC.04 - 06 และ Medication record



Audit Focus Charting Manual

ข้อ 1- 4 ข้อมูลทั่วไป (4 ข้อ) = 11 คะแนน

ข้อ 5-13 ข้อมูลการประเมิน (9 ข้อ) = 39 คะแนน

ข้อ 14-21 ข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล
(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)



Audit Focus Charting Manual

ด้านปริมาณ (Quantity)

2 = มีการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน/สมบูรณ์
(Complete)

1 = การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์/
ไม่ครอบคลุม (Partly)

0 = ไม่มีการบันทึกข้อมูล/มีการบันทึกข้อมูลแต่
ไม่ถูกต้อง/ไม่สอดคล้องกับสถานะ/
ปัญหาของผู้ป่วย (None)



Audit Focus Charting Manual

ด้านคุณภาพ (Quality)

1. การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน (Clear)
2. มีความรัดกุม กระชับ ได้ใจความ (Concise)
3. ไม่ใช้ข้อความฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น/ไม่บันทึกข้อความที่มีความซ้ำซ้อน (without superfluous text)



Audit Focus Charting Manual

ด้านคุณภาพ (Quality)

4. ข้อมูลมีความสัมพันธ์กันและตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
5. มีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม
6. ข้อมูลครบถ้วน/ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย



Audit Focus Charting Manual

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



Audit Focus Charting Manual

- **ความถูกต้อง (Correct)**
 - การบันทึกมีความถูกต้องตามความเป็นจริงและความต้องการของผู้ป่วย
 - ถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนด (F-A-I-E)
 - ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน (F → A)



Audit Focus Charting Manual

- ความถูกต้อง (Correct)

- กิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา (I → F)
- บันทึกผลการพยาบาลถูกต้อง (E)
- ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับการปฏิบัติจริง



Audit Focus Charting Manual

- **ความครบถ้วน (Complete)**
 - การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุมและต่อเนื่อง
 - ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ



Audit Focus Charting Manual

- **ความครบถ้วน (Complete)**
 - ระบุกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
 - การเขียนยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล



Audit Focus Charting Manual

- **ความชัดเจน (Clear)**
 - บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษรและตัวเลขที่ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล
 - ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความให้ขีดฆ่า และลงนามกำกับ



Audit Focus Charting Manual

- **ได้ใจความ (Concise)**
 - การบันทึกที่กะทัดรัด สั้น อ่านแล้วได้ใจความ ตรงประเด็น ตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย
 - มีความต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และมองเห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาลผู้ป่วย



ตัวอย่างการประเมิน

การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

0 = ไม่มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

1 = มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวแต่ไม่เกี่ยวข้อง/ส่งผลต่อการเจ็บป่วย



ตัวอย่างการประเมิน

การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

2 = มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวที่เกี่ยวข้อง/ ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

กรณีที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวที่เกี่ยวข้อง ให้บันทึกว่า

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย



ตัวอย่างการประเมิน

การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา, อาหาร, อื่นๆ) และอาการที่แพ้

0 = ไม่มีการบันทึกชนิด/ประเภทของสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้/ไม่มีการระบุปฏิกิริยา-อาการที่เกิดขึ้นจากการแพ้นั้นๆ

1 = มีการบันทึกชนิด/ประเภทของสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้ (เช่น ยา, อาหาร, สารต่างๆ)/ไม่มีการระบุปฏิกิริยา-อาการที่เกิดขึ้นจากการแพ้นั้นๆ



ตัวอย่างการประเมิน

การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา, อาหาร, อื่นๆ) และอาการที่แพ้

2 = มีการบันทึกชนิด/ประเภทของสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้ และระบุปฏิกิริยา-อาการที่เกิดขึ้นจากการแพ้นั้นๆ อย่างชัดเจน

กรณีที่ไม่มีประวัติการแพ้ ให้บันทึกว่า ไม่มีประวัติการแพ้ยา , อาหาร , สารต่างๆ

กรณีที่ไม่ทราบประวัติการแพ้ ให้บันทึกว่า ไม่ทราบประวัติการแพ้ยา , อาหาร , สารต่างๆ



คะแนนการประเมิน

คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทั้งฉบับ = 100 คะแนน

คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณ = 43 คะแนน

คะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพ = 57 คะแนน



เป้าหมายการประเมิน

ผลรวมของคะแนนการประเมินคุณภาพการ
บันทึกทางการพยาบาลทั้งฉบับ
 ≥ 80 คะแนน (80%)

ผลรวมของคะแนนการประเมินคุณภาพการ
บันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณ
 ≥ 35 คะแนน (80%)

ผลรวมของคะแนนการประเมินคุณภาพการ
บันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพ
 ≥ 46 คะแนน (80%)



ตัวอย่างการประเมิน

ตัวอย่างการประเมิน

แบบประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๓ โรงพยาบาลศิริราช

บัณฑิตทางการพยาบาล# : ชื่อผู้ประเมิน ชื่ออาจารย์ : สาขาพยาบาล ชื่ออาจารย์ :	
วันที่ : 4 สิงหาคม 2567 ผู้ประเมิน : คณะกรรมการประเมินบัณฑิตทางการพยาบาล	
นิยาม : 0 = ไม่ดีเยี่ยม 1 = ดีเยี่ยม 2 = ดีเยี่ยมปานกลาง 3 = ดีเยี่ยมมาก	
คุณภาพ : 0 = ไม่ดีเยี่ยม 1 = ดีเยี่ยม 2 = ดีเยี่ยมปานกลาง 3 = ดีเยี่ยมมาก	

1. มีการสอนวิชาพยาบาลผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติที่สถานพยาบาล	ไม่ดีเยี่ยม (0) 0 ดีเยี่ยม (1) ดีเยี่ยมปานกลาง (2)	
2. นักศึกษาเรียนมีที่ปรึกษาที่ปรึกษาที่ปรึกษา	ไม่ดีเยี่ยม (0) 1 ดีเยี่ยม (1) ดีเยี่ยมปานกลาง (2)	
3. มีการสอนวิชาพยาบาลผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติที่สถานพยาบาล	ไม่ดีเยี่ยม (0) 1 ดีเยี่ยม (1) ดีเยี่ยมปานกลาง (2)	
4. มีการสอนวิชาพยาบาลผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติที่สถานพยาบาล	ไม่ดีเยี่ยม (0) 0 ดีเยี่ยม (1) ดีเยี่ยมปานกลาง (2)	

	ประเด็นที่ประเมิน	ปริมาณ	คุณภาพ
5.	การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติ	1	2
6.	การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติ	1	1
7.	การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติ	2	
8.	การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล (ในเด็ก, ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ) และจากกรณีพิเศษ	2	
9.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ	0	0
10.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ	1	2
11.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ	2	0
12.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ	2	0
13.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ	1	0
14.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ (Focus: I)	1	0
15.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ (Goal/ Outcome)	1	0
16.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ (Focus: F)	1	0
17.	การประเมิน (Assessment: A)	0	0
18.	การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติ (Intervention: I)	1	0
19.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ (Evaluation: E)	1	0
20.	การประเมินผลการศึกษาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ (Status: S)	0	0
21.	การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา (Health Information) ตลอดจนการให้คำปรึกษา	1	0
22.	การวางแผนการพยาบาล (Discharge planning) ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป็น	0	0
23.	การบันทึกสรุปการศึกษาศาสนาและการสอนผู้ป็นที่เน้นการปฏิบัติ (Writing discharge summary and Health status before discharged)	1	1
	คะแนนรวมทั้งสิ้น (Total score)	27	(สูงสุด = 100)

ภาพรวม = 27 คะแนน

เชิงปริมาณ = 20 คะแนน

เชิงคุณภาพ = 7 คะแนน

การบันทึกทางการพยาบาล

ภาพรวม = 27 %

การบันทึกทางการพยาบาล

เชิงปริมาณ = 45.7 %

การบันทึกทางการพยาบาล

เชิงคุณภาพ = 12.2 %



ตัวอย่างการประเมิน

Focus : Motheral stress and low self-efficacy in breastfeeding

- A :** - มารดามีสีหน้าอึดโรย ปากแห้ง เมื่อถามมารดาว่า“เป็นอย่างไรบ้างคะ เหนื่อยไหมคะ มารดาร้องให้ “นมไม่พอให้ลูกกิน ดูดเป็นชั่วโมง เมื่อคืนแทบไม่ได้นอน แม่สามีก็บ่นเลี้ยงลูกยังไงปล่อยให้ร้อง”
- ให้ทารกดูดนมแม่ไม่ลึก หัวนมขวาแตก
gr. 3 ซ้าย gr. 2 STT Score 3,3,2
self- efficacy scale = 20 %



ตัวอย่างการประเมิน

I : Counseling technique

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



ตัวอย่างการประเมิน

E : น้ำนมแม่บีบพุ่ง มารดามั่นใจว่ามีน้ำนมเพียงพอ

- ให้ลูกดูดนมแม่ได้ลึกถึงลานห้วงนมโดยขณะทารกดูดไม่เจ็บห้วงนม STT Score 3,3,4

self-efficacy scale 70 %

- มารดารับทราบวิธีหาเวลาพักผ่อนและการผ่อนคลาย มีรอยยิ้ม

- สามารับทราบคำแนะนำ



การใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

การวางแผนเพื่อการพัฒนา/ปรับปรุง
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- การประเมินผู้ช่วยให้ครอบคลุมทุกระบบ โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินแรกรับมาใช้ ในการวางแผนการพยาบาลผู้ช่วยอย่าง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ



การใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

- การระบุประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus list) ตั้งแต่รับไว้ในการดูแลจนจำหน่าย เพื่อแสดงหรือสะท้อนให้เห็นภาพรวมของการดูแลผู้ป่วย

- การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ ความต้องการของผู้ป่วย (Focus) ต้องสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีข้อมูลการประเมิน (Assessment) อัตนัย (Subjective data) และ ข้อมูลปรนัย (Objective data) สนับสนุนเพียงพอกับประเด็นปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย

การใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

- การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ต้องประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเป็นระยะๆ ให้ สอดคล้องกับความต้องการดูแลต่อเนื่อง



การใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

ประโยชน์จากการประเมินคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาล

- ผู้บริหารการพยาบาลทราบว่าการบันทึกทางการพยาบาลในภาพรวมขององค์กรอยู่ในระดับใด
- คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในเชิงปริมาณอยู่ในระดับใด และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในเชิงคุณภาพอยู่ในระดับใด



การใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

- ประเด็นการบันทึกทางการแพทย์ใดบ้างที่ยังเป็นปัญหาหรือเป็นจุดอ่อน
- ดำเนินการวางแผน วางมาตรการพัฒนา และปรับปรุงการบันทึกทางการแพทย์ได้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



Thank You!

