

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

นางนวลขนิษฐ ลิจิตลี้อชา	นักวิชาการพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์พร บุญมี	อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา
นางพรทิวา คำวรรณ	พยาบาลหัวหน้าตึกพิเศษ วีไอพี โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์
นางสาวเจียมจิตต์ ชีวิตไทย	พยาบาลหัวหน้าตึกศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประจวบคีรีขันธ์
นางนิราภรณ์ หลวงฟอง	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ เลขที่.....ครั้งที่.....วันที่...../...../.....	
ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน <input type="checkbox"/> ตามความเป็นจริง โดยใช้คู่มือวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพของการบันทึก	

ส่วนที่ 1 ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล			
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	รายการ	มี	ไม่มี
		1	0
1.การประเมินสถานะสุขภาพ ผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.1.1 มีบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมา โรงพยาบาล		
	1.1.2 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ		
1.2 ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1.2.1 มีบันทึกลักษณะของอาการเจ็บป่วย		
	1.2.2 มีบันทึกเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วย		
	1.2.3 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วย		
	1.2.4 มีบันทึกวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ		
1.3 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต และ ประวัติการแพ้ยา	1.3.1 มีบันทึกการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/ หรืออุบัติเหตุ เหตุที่ผ่านมาในอดีตซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ครั้งนี้		
	1.3.2 มีบันทึกประวัติการแพ้ยา สารอาหารและ/หรือ สารใด ๆ		
1.4 ประวัติสุขภาพของ ครอบครัว	1.4.1 มีบันทึกโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/ หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว		
1.5 อาการและอาการแสดงของ ผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1.5.1 มีบันทึกคำสัญญาณชีพ และถ้ามีอาการ เปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้บันทึกสัญญาณ ทางระบบประสาทของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
	1.5.2 มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางกายที่ สังเกตและ/ หรือตรวจได้เมื่อแรกรับโดยครอบคลุม ประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย		

ขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
	1.5.3.มีบันทึกข้อมูลที่แสดงถึงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
2. วินิจฉัยหรือกำหนดปัญหา สุขภาพ	2. 1. มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายได้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย		
	2.2.มีบันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาครอบคลุมด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณ ได้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย		
3.การวางแผน	3.1.มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย		
	3.2 มีบันทึกการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลโดยครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ		
4.การปฏิบัติ	4.1. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับแผนการพยาบาล		
	4.2.มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย		
5. การประเมินผล	5.1 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้		
	5.2 มีบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้		

ขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาล	รายการ	มี 1	ไม่มี 0
6. การสรุปการจำหน่าย	6.1. มีบันทึกข้อมูลสภาพของผู้ป่วยและสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย		
	6.2. มีบันทึกการทบทวนข้อแนะนำและหรือการให้คำแนะนำผู้ป่วยเฉพาะราย ก่อนจำหน่าย		
	6.3 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง		

ส่วนที่ 2 ความถูกต้องตามกฎหมาย		
รายการ	มี 1	ไม่มี 0
1. มีบันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการการพยาบาลและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทุกครั้ง		
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการการพยาบาลและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทุกครั้ง		
5. มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง		
6. มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้ง		
7. บันทึกด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง		
8. บันทึกสภาพของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง		
9. บันทึกวัน เวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลังทุกครั้ง		
10. บันทึกอ่านได้ง่ายทุกข้อความ		
11. บันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ		
12. ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลทุกครั้ง		
13. ชิดเส้นตรง ทับข้อความที่เขียนผิด และลงชื่อกำกับทุกครั้ง		
14. ชิดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือทุกครั้งเพื่อป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลัง		
15. ลงชื่อ และตำแหน่ง ของผู้บันทึกให้สามารถอ่านได้ง่าย ภายหลังจากบันทึกทุกครั้ง		

ส่วนที่ 3 ความต่อเนื่องของการบันทึก				
รายการ	คะแนน			
	3	2	1	0
1.การประเมินสภาพของผู้ป่วย				
1.1 มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย และบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง ครอบคลุมองค์รวมประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย				
1.2 มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวร ภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ครอบคลุม องค์รวม/ประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย				
2.การวินิจฉัยการพยาบาล/กำหนดปัญหาของผู้ป่วย				
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อ วินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อมา ได้ครอบคลุมองค์รวม ประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย				
3.การวางแผนการพยาบาล				
3.1 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาล				
3.2 มีบันทึกที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหา ของผู้ป่วยสืบเนื่องต่อกัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือปัญหา เปลี่ยนแปลงไป				
4.การปฏิบัติการพยาบาล				
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวร				
5. การประเมินผลการพยาบาล				
5.1 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสืบ เนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป				
5.2 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องทุกเวร				

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รายการ	เห็นด้วย มากที่สุด 5	เห็นด้วย มาก 4	เห็นด้วย ปานกลาง 3	เห็นด้วย น้อย 2	เห็นด้วย น้อยที่สุด 1
รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและแบบฟอร์ม บันทึกทางการพยาบาล ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ <u>ด้านความสะดวก</u>					
1. ช่วยให้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้รวดเร็วและ ถูกต้อง					
2. ช่วยให้สามารถตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว					
3. ช่วยให้บันทึกเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนข้อ วินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว					
4. ช่วยให้บันทึกเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนแผนการ พยาบาลได้เมื่อปัญหาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ไปได้สะดวก					
5. ช่วยให้บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่าง รวดเร็ว					
6. สะดวกและเหมาะสมกับภาระงานประจำใน แต่ละเวรของท่าน					
<u>ด้านสนับสนุนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล</u>					
7. ช่วยให้แนวทางในการบันทึกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น					
8. ช่วยให้บันทึกการประเมินผู้ป่วยได้ครบถ้วน ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและ ครอบคลุมความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย					
9. เอื้อต่อการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย					
10. ช่วยให้เขียนแผนการพยาบาลได้ครอบคลุม ทุกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล					
11. ช่วยให้บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้ครอบคลุมทุกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล					
12. ช่วยให้บันทึกการประเมินผลการพยาบาล หลังจากให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้					

รายการ	เห็นด้วย มากที่สุด 5	เห็นด้วย มาก 4	เห็นด้วย ปานกลาง 3	เห็นด้วย น้อย 2	เห็นด้วย น้อยที่สุด 1
13. ส่งเสริมให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ อย่างต่อเนื่อง					
ด้านการสื่อสาร					
14. เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมการ พยาบาลได้ดี					
15. ส่งเสริมการสื่อสารในทีมสุขภาพ					
ด้านกฎหมาย					
16. ส่งเสริมให้การบันทึกสิ่งที่ตรวจสอบ/สังเกต ได้โดยไม่แปลความหมาย					
17. ส่งเสริมให้เห็นสภาพจริงของผู้ป่วยก่อนและ หลังการให้การพยาบาล					
18. ส่งเสริมให้การบันทึกครบถ้วนตามขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาล					
19. ช่วยให้การบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตาม ลำดับก่อนหลัง					
20. ส่งเสริมให้การบันทึกใช้ข้อความชัดเจนไม่ คลุมเครือ					
21. ส่งเสริมให้การบันทึกที่ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่จำเป็นได้ถูกต้อง					
ด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ					
22. เชื่อมต่อการบันทึกข้อมูลตามบทบาทของ วิชาชีพพยาบาลได้					
23. การบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบนี้ แสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลได้ ชัดเจน					
24. สะท้อนให้เห็นการใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาล					

แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์ โดยการสนทนากลุ่มพยาบาล
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จ.เชียงราย

1. ท่านมีความพึงพอใจในบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลเพียงใด กรุณาให้เหตุผลประกอบ
2. ท่านคิดว่า ปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์มีอะไรบ้าง
 - 2.1 ปัญหาเกี่ยวกับระบบการบันทึกทางการแพทย์ เช่น แบบฟอร์ม , คู่มือ
 - 2.2. ปัญหาอื่น ๆ เช่น ระบบงาน ความสามารถของพยาบาล ระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความตระหนักและการให้ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์
3. ท่านคิดว่า การแก้ไขปัญหานั้น เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์ดังกล่าวในข้อ 2 ควรมีแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

**แบบทดสอบความรู้ การอบรมเรื่อง
การพยาบาลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล**

13 สิงหาคม 2550

จงตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้อธิบายพอสังเขป ในกระดาษคำตอบ

1. ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม (5 คะแนน)
2. ความหมายของกระบวนการพยาบาล (5 คะแนน)
3. จงอธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (10 คะแนน)
4. จงอธิบายหลักการบันทึกทางการพยาบาล (10 คะแนน)
5. จงอธิบายวิธีการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล (10 คะแนน)

หาความสอดคล้อง ตามสูตรของ สก็อต (intra and inter observer reliability)

อ้างใน อารี ชิวเกษมสุข (2534) ดังนี้

$$r = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

Po = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

Pe = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุด กับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง

ส่วนที่ 1 คุณภาพของแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความ
 ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลที่ใช้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล

แบบบันทึกของ ผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	19	.112	22	.129	.017
2	18	.106	20	.117	.011
3	16	.095	16	.094	.001
4	20	.118	19	.111	.007
5	15	.089	15	.088	.001
6	16	.095	17	.100	.005
7	14	.083	14	.082	.001
8	13	.077	12	.070	.007
9	19	.112	18	.105	.007
10	19	.112	17	.100	.012
รวม	169	.999	170	.996	.151

ค่าความเที่ยง = .844 ~ .84

จากสูตร

$$\text{Reliability} = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

$$P_o = 1 - .151 = .849$$

$$P_e = (.129)^2 + (.117)^2 = .031$$

$$\text{Reliability} = \frac{.849 - .031}{1 - .031} = .844$$

ส่วนที่ 2 คุณภาพของแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย

คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายที่ใช้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

แบบบันทึกของ ผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	8	.086	11	.106	.002
2	8	.086	11	.106	.002
3	8	.086	11	.106	.002
4	10	.106	11	.106	.000
5	9	.027	9	.087	.006
6	11	.118	11	.106	.012
7	11	.118	11	.106	.012
8	5	.034	6	.058	.024
9	11	.118	11	.106	.012
10	12	.129	11	.106	.023
รวม	93	.908	103	.993	.095

ค่าความเที่ยง = .90

จากสูตร

$$P_o - P_e$$

$$\text{Reliability} = \frac{\quad}{\quad}$$

$$1 - P_e$$

$$P_o = 1 - .085 = .905$$

$$P_e = (.129)^2 + (.118)^2 = .031$$

$$.905 - .031$$

$$\text{Reliability} = \frac{\quad}{\quad} = .901$$

$$1 - .031$$

ส่วนที่ 3 คุณภาพของแบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบความ

ต่อเนื่องของการบันทึกที่ใช้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

แบบบันทึกของ ผู้ป่วยคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	16	.103	17	.105	.002
2	16	.103	16	.099	.004
3	16	.103	16	.099	.004
4	17	.108	16	.099	.009
5	16	.103	16	.099	.004
6	15	.096	16	.099	.003
7	14	.089	16	.099	.009
8	14	.089	16	.099	.001
9	16	.103	16	.099	.004
10	16	.103	16	.099	.004
รวม	156	1.000	161	.996	.044

ค่าความเที่ยง = .95

จากสูตร

$$P_o - P_e$$

$$\text{Reliability} = \frac{\quad}{\quad}$$

$$1 - P_e$$

$$P_o = 1 - .044 = .956$$

$$P_e = (.108)^2 + (.103)^2 = .023$$

$$.956 - .023$$

$$\text{Reliability} = \frac{\quad}{\quad} = .955$$

$$1 - .023$$

ส่วนที่ 4 คุณภาพของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการ
บันทึกทางการพยาบาล

คุณภาพของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการ
บันทึกทางการพยาบาลที่นำไปใช้กับพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ของ 22 คน

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	86.5000	81.3095	.6927	.9334
P2	86.4545	82.8312	.7079	.9331
P3	86.3636	78.3377	.7955	.9316
P4	86.3182	78.5130	.7896	.9317
P5	86.3636	85.9567	.6152	.9347
P6	86.8182	82.6320	.5690	.9359
P7	86.2273	83.9935	.6534	.9339
P8	86.0000	88.4762	.3544	.9377
P9	86.0455	86.1407	.5662	.9353
P10	86.1364	85.0758	.6013	.9347
P11	86.1818	84.8225	.7036	.9336
P12	86.1818	85.6797	.6125	.9347
P13	86.2273	85.2316	.6312	.9344
P14	85.9545	84.8074	.6965	.9336
P15	86.2273	80.9459	.7544	.9322
P16	86.3182	83.3701	.7767	.9324
P17	86.0000	86.1905	.6125	.9348
P18	86.0455	87.0931	.4662	.9365
P19	86.3182	85.2749	.4150	.9384
P20	86.4545	81.4026	.7489	.9323
P21	85.9545	87.9502	.4654	.9365
P22	86.0000	88.3810	.4861	.9364
P23	85.9091	91.0390	.2128	.9385
P24	85.9545	86.8074	.4876	.9362

Reliability Coefficients

N of Cases = 22.0
Alpha = .9373

N of Items = 24

ภาคผนวก ง

**แผนอบรมเรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล
แบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์
คู่มือการบันทึกทางการแพทย์**

ผลการสนทนากลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยใน เกี่ยวกับปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล
ในประเด็นต่อไปนี้

1. ท่านมีความพึงพอใจในบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
เพียงใด

คำตอบได้แก่

การบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ใน
ระดับปานกลาง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการบันทึกซ้ำซ้อน บันทึกไม่ตรงช่อง เช่น นำการ
ปฏิบัติการพยาบาลมาใส่ช่องประเมินผล หรือบางครั้งนำการประเมินผลการพยาบาล ไปใส่ช่อง
ปัญหา และพยาบาลยังรู้สึกไม่ค่อยพึงพอใจที่ต้องเขียนปัญหาผู้ป่วยซ้ำเวรก่อนหน้านี้แต่ต้องเขียน
เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเดิมอยู่

2. ท่านคิดว่า ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล ของงานผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลขุนตาล มีอะไรบ้าง

1) ปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล

คำตอบได้แก่

(1) แบบฟอร์มการบันทึกยังมีปัญหาระหว่างแผนการพยาบาล และการ
ปฏิบัติการพยาบาลซึ่งอยู่ในช่องเดียวกัน ทำให้แยกลำบากว่าแผนการพยาบาลนั้นได้ปฏิบัติไปแล้ว
หรือยัง

(2) ขาดคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

2) ปัญหาเกี่ยวกับระบบงานที่มีผลต่อการบันทึกทางการพยาบาล

คำตอบได้แก่

(1) มีภาระงานอื่นที่ไม่ใช่งานบริการพยาบาลมาก ทำให้ไม่มีเวลาบันทึก
ทางการพยาบาลให้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การลงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
การลงรหัสโรค การลงข้อมูลผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ เป็นต้น

(2) บางครั้งมีผู้ป่วยมาก มีภาระงานมากทำให้ต้องรีบเร่ง จึงทำให้บันทึก
ทางการพยาบาลไม่ครบถ้วนไม่ครอบคลุม

3) ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถของพยาบาล

คำตอบได้แก่

(1) พยาบาลบางส่วนมีทักษะในการบันทึกดี แต่บางส่วนก็มีทักษะในการ
บันทึกปานกลาง และพยาบาลบางส่วนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคในเชิงลึก ทำให้การประเมินและ
วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายไม่ครอบคลุม

(2) การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย

4) ปัญหาเกี่ยวกับระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
คำตอบได้แก่

(1) มีระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแต่ยังขาดความต่อเนื่อง และการตรวจสอบล่าช้า น่าจะมีการประเมินการเขียนบันทึกเป็นรายบุคคล เพื่อให้แต่ละคนได้รับทราบว่าคุณเองมีข้อบกพร่องและ ควรปรับปรุงอะไรบ้าง

(2) ควรนำเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกมาให้พยาบาลทุกคนได้ศึกษาและทำความเข้าใจและเพื่อปรับปรุงวิธีการบันทึกทางการพยาบาลของตนเอง

5) ปัญหาเกี่ยวกับความตระหนักและการให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

คำตอบได้แก่

พยาบาลส่วนใหญ่มีความตระหนักและให้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลดี แต่มีพยาบาลบางส่วนที่ยังขาดความตระหนัก ทำให้เขียนอาการและปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะขาดปัญหาในประเด็นความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย และพยาบาลบางส่วนจะบันทึกทางการพยาบาลเมื่อใกล้จะลงเวรทำให้บันทึกทางการพยาบาลเป็นการสรุปรวม ไม่ได้สื่อให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา

3 ท่านคิดว่า การแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าวในข้อ 2 ควรจะมีแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

คำตอบได้แก่

1) นำเสนอต่อทีมนำของโรงพยาบาลถึงความจำเป็นในการบริการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้ทีมนำของโรงพยาบาลได้เห็นชอบ พร้อมพิจารณาหาบุคลากรวิชาชีพอื่นมารับผิดชอบงานแทนพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม และมีเวลายังบันทึกทางการพยาบาลได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

2) ปรับแบบบันทึกโดยแยกช่องบันทึกแผนการพยาบาลออกจากช่องกิจกรรมการพยาบาล

3) จัดอบรมวิชาการ ความรู้เกี่ยวกับโรค ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อจะได้ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้ครอบคลุม

4) หัวหน้างานควรประเมินการบันทึกของพยาบาลเป็นรายบุคคลทุกสัปดาห์

- 5) ควรเน้นให้พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญในการบันทึกทางการพยาบาล และให้ตั้งใจเขียนบันทึกให้ถูกต้อง ชัดเจน สามารถอ่านได้ง่าย
- 6) หัวหน้างานและหัวหน้าเวรควรมีการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึกอย่างต่อเนื่อง
- 7) ควรมีทีมรับผิดชอบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและมีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในระยะแรกทุกเดือน ต่อไปเป็นทุก 3 เดือน ถ้าคุณภาพดีคงที่ปรับเป็นทุก 6 เดือน
- 8) ควรมีการจัดอบรม พี่นุ้พู่ทักษะการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นประจำทุกปี อย่างต่อเนื่อง
- 9) ควรมีการจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลและมีตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเฉพาะ โรคที่พบบ่อย

แผนการอบรมเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

ผู้เรียน พยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น

2. เพื่อให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	อุปกรณ์ประกอบการสอน	การประเมินผล
วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลที่เข้าอบรม 1. มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ในการบันทึกทางการพยาบาลที่ เน้นกระบวนการพยาบาล 2. เห็นความสำคัญของการ บันทึกทางการพยาบาลที่เน้น กระบวนการพยาบาล 3. แสดงออกในด้านความคิด ร่วมกัน ในการพัฒนารูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาลที่ เน้นกระบวนการพยาบาล	1. แบบบันทึกทางการพยาบาล 1.1 ความรู้พื้นฐานของการดูแล แบบองค์รวม กระบวนการ พยาบาลและการบันทึกทางการ พยาบาล 1.2 วัตถุประสงค์ของการบันทึก ทางการพยาบาล 1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องของบันทึก ทางการพยาบาล 1.4 รูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาลที่เน้นกระบวนการ พยาบาล 1.5 การบันทึกทางการพยาบาลที่ดี	1. บรรยาย 2. ให้ผู้เข้าอบรมอ่านจากเอกสาร ประกอบการสอนและพูดคุย สอบถาม ความคิดเห็น ความรู้สึก ของพยาบาลต่อรูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาลที่ใช้ในปัจจุบัน 3. ทดสอบความรู้ 4. นำเสนอร่างรูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการ พยาบาล	1. โปสเตอร์คอมพิวเตอร์นำเสนอ เนื้อหา (Power Point) 2. เอกสารประกอบการสอน 3. ร่างรูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาลที่เน้นกระบวนการ พยาบาล 4. รางคู่มือการบันทึกทางการ พยาบาลที่เน้นกระบวนการ พยาบาล	1. พยาบาลมีท่าทีให้ความ สนใจในการบรรยาย เช่นมี การซักถาม เสนอความ คิดเห็น 2. พยาบาลสามารถตอบ ข้อสอบวัดความรู้เรื่อง กระบวนการพยาบาลและการ บันทึกทางการพยาบาลได้ ถูกต้องมากกว่า 80%

แบบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ชุนตาล

แบบเดิม(ก่อนปรับ)

ไม่มีแบบบันทึกแผนการพยาบาล

แบบประเมินสภาพผู้รับบริการ

ชื่อ สกุล อายุ..... ปี

รับไว้วันที่.....เวลา.....น. รับเข้ามาภายหลังการจำหน่ายภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม () ไข้ () ไม่ใช่

รับจาก () OPD () ER () เพลนอน () ล้อเข็น () เดิน () อื่น ๆ..... () Refer จาก.....

สถานภาพ () ในปกครอง () โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยก () ศาสนา.....

สิทธิบัตร สิทธิในการลดหย่อนค่าห้องพิเศษ.....

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล :

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

.....

.....

อาการแรกรับ :

VITAL SIGNS T.....องศาเซลเซียส PR.....ครั้ง/ นาที RR... ครั้ง/ นาที BP..... mmHg.

ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติผ่าตัด () ไม่มี () มี (ระบุ).....

โรคประจำตัว () ไม่มี

() มี ได้แก่ () DM () HT () COPD () CA () โรคหัวใจ () โรคตับ () อื่น ๆ.....

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว.....

.....

ประวัติการคลอด (สำหรับเด็ก) () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ).....

ประวัติการรับวัคซีน (เด็ก) () ครบ พัฒนาการ () ปกติ

() ไม่ครบ () ไม่ปกติ.....

ประวัติการรับประทานยา () ไม่มี () มี (ระบุ).....

ประวัติแพ้ยา / ภูมิแพ้ (อาหาร , อื่น ๆ และปฏิกิริยาของการแพ้) () ไม่เคย () เคย (ระบุ).....

ข้อมูลทั่วไป

สถานภาพอากรมณ์ () ปกติ () ซึมเศร้า () วิตกกังวล () เอะอะไว้วาย () อื่น ๆ (ระบุ).....

สภาพสังคมและเศรษฐกิจ () เป็นหัวหน้าครอบครัว () จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ.....คน

() เป็นสมาชิกในครอบครัว () อื่นๆ(เช่นพระสงฆ์, ผู้อาศัย).....

ลักษณะครอบครัว () ไม่มีบ้านอยู่เป็นหลักแหล่ง () มีบ้านอยู่เป็นหลักแหล่ง

() มีผู้ดูแล () ขาดผู้ดูแล

สภาพแวดล้อมของครอบครัวที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยครั้งนี้

() ไม่มี

() มี (ระบุ).....

จิตวิญญาณความเชื่อ/สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของครอบครัว(ระบุ).....

.....

โภชนาการ ประเภทอาหารเมื่ออยู่ที่บ้าน..... อาหารเฉพาะโรค (ตามคำสั่งแพทย์).....

จำนวนมื้ออาหาร..... มื้อ

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา () ไม่มี () มี () เพิ่ม/ลด

ปัญหาการกลืนอาหาร () ไม่มี () มี

การขับถ่าย () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ)

การนอนหลับพักผ่อน อุปนิสัยการนอนหลับ.....ชม./คืน มีการจับหลับในช่วง () เข้า..... ชม. () บ่าย.....ชม.

การรับรู้ การได้ยิน () ปกติ () ผิดปกติ (ขวาซ้าย) () หูหนวก (ขวาซ้าย) () อื้อ () เครื่องช่วยฟัง

การมองเห็น () ปกติ () ใช้แว่นตา () ใช้ Contact lene () ผิดปกติ อื่น ๆ

การเจริญพันธุ์ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย..... ปัญหาขณะมีประจำเดือน() ไม่มี () มี (ระบุ).....

การดูแลสุขภาพ บุหรี่ () ไม่สูบ() สูบ ขนาดซอง / วัน จำนวนปีที่สูบ.....หยุดสูบเมื่อ.....

เหล้า () ไม่ดื่ม () ดื่ม ปริมาณ / วันหยุดดื่มเมื่อ

สิ่งเสพติด () ไม่ติด () ติด (ระบุ).....

การออกกำลังกาย (ชนิด & ความถี่)

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

.....

ผู้ให้ข้อมูล..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ผู้บันทึกข้อมูล..... ตำแหน่ง.....

สรุปปัญหา/ความต้องการ และความเสี่ยง

ปัญหา/ความต้องการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ
() Dyspnea () Cough () Fever () Plan	() เกิดแผลกดทับ () ตกเตียง () บาดเจ็บจากการผูกเข็ม
() Tremor () Convulsion () Shock () Infection	() เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
() Hypotention () Hypertention () Dyspepsia	() เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
() Dysuria () dysmenorrhea () Palpitation	() เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ IV Fluid
() Cheat pian () Hypoglycemia () Hypoxia	() หลบหนี/สูญหาย () ทำร้ายตัวเอง () ขงมีค่าสูญหาย
() Hyperglycemia () Fracture () Swelling	() แพ้กระจายเชื้อ () ไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน
() depression () สับสน () การปรับตัว () ขาดคนดูแล	() ขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน () อื่น ๆ
() อื่น ๆ	()

การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย /ญาติ

- () การใช้เตียง () ผู้ป่วยข้างเตียง () ห้องน้ำ () เครื่องใช้ไฟฟ้า () เครื่องปรับอากาศ
- () โทรศัพท์ () ผู้เฝ้า () อาหาร () ระบบเชื่อม () การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล
- () แพทย์ผู้รักษา () อื่น ๆ

สรุปแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี

สรุปสภาพผู้ป่วยก่อน

จำหน่าย.....

<p>ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย</p> <p>การวินิจฉัยโรคครั้ง สุดท้าย.....</p> <p>ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล.....วัน</p> <p>สัญญาณชีพเมื่อจำหน่าย T.....C, P.R.....T/m,RR.....T/m BP.....mmHg,</p> <p>ระดับความรู้สึก () รู้สึกตัวดี () สับสน/รู้ตัวบ้าง () ซึม () ไม่ รู้สึกตัว</p> <p>ความสามารถในการดูแลตนเอง () ช่วยเหลือตัวเองได้ () ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน () ช่วยเหลือตนเองไม่ได้</p> <p>อุปกรณ์ที่รักษาพยาบาลที่ติดตัวกลับบ้าน () ไม่มี () มีระบุ.....</p> <p>แผล () ไม่มี () มีระบุลักษณะ แผล.....</p>	<p>ประเภทของการจำหน่าย</p> <p>() แพทย์อนุญาต () ไม่สมัครใจอยู่ () หนีกลับ () ถึงแก่กรรม () ส่งต่อไปยัง.....</p> <p>ผู้รับกลับบ้านคือ..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น () สามี/ภรรยา () บุตร () ปู่/ย่า () ตา/ยาย () พี่/น้อง () ลูก/ป้า () น้า/อา</p> <p>ออกจากหอผู้ป่วยโดย () เดินเอง () รถนั่ง () เปลนอน () อื่นๆ.....</p> <p>พฤติกรรมแสดงออกเมื่อจำหน่าย () สดชื่น () ตื่นเต้น/กระวนกระวาย () กลัว () ซึมเศร้า () ปฏิเสธเรื่อง..... () อื่นๆ.....</p> <p>การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เฉพาะราย ดังต่อไปนี้ () การรับประทานยา () การรับประทานอาหาร () การออกกำลังกาย () การงดสูบบุหรี่ () การงดดื่มสุรา/กาแฟ () การบริหารปอด () การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบ () การป้องกันการเกิดแผลกดทับ () การดูแลแผล () การฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ () อื่นๆ.....</p> <p>การส่งต่อ..... การนัด.....</p>
--	--

ลงชื่อผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....

**แบบบันทึกทางการพยาบาล
หลังปรับปรุง**

เพิ่ม: แบบบันทึกแผนการพยาบาล

แบบประเมินผู้รับบริการ

ชื่อ สกุล อายุ..... ปี HN.....AN.....
 รับไว้วันที่.....เวลา.....น. รับเข้ามาภายหลังการจำหน่ายภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม () ไข้ () ไม่ใช่
 รับจาก ER โดย () รถนอน () รถนั่ง () เดิน () ผู้ปกครองอุ้มมา Refer มาจากสอ./รพ.....
 สถานภาพ () โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยก ศาสนา () พุทธ () อิสลาม () คริสต์ () อื่นๆ
 สัญญาณชีพ T.....C PR.....T/M RR..... T/M BP..... mmHg.
 สัญญาณทางระบบประสาท(กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท)PUPIL Rt =...mm ,Lt =...mm E...V...M...
 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล(อาการ/เวลา).....
 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (เริ่มมีอาการ, ลักษณะอาการ, ระยะเวลา, ปัจจัยที่ทำให้ดีขึ้นหรือเลวลง, วิธีแก้ไข).....

 อาการแรกเริ่ม(สภาพทั่วไปด้านร่างกาย/จิตใจ-
 อารมณ์).....

 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
 ประวัติผ่าตัด () ไม่มี () มี (ระบุ).....
 โรคประจำตัว () ไม่มี () มี ได้แก่ () DM () HT () COPD () CA () โรคหัวใจ () อื่นๆ.....
 ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว () ไม่มี () มี ได้แก่ () DM () HT () COPD () CA () โรคหัวใจ () อื่นๆ
 ประวัติการคลอด(สำหรับเด็ก) () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ).....
 ประวัติการรับวัคซีน (เด็ก) () ครบ พัฒนาการ () ปกติ
 () ไม่ครบ () ไม่ปกติระบุ.....
 ประวัติแพ้ยา/ภูมิแพ้ (อาหาร, อื่น ๆ และปฏิกิริยาของการแพ้) () ไม่เคย () เคย (ระบุ).....

ข้อมูลแบบแผนความต้องการของผู้ป่วย	
ข้อมูลด้านร่างกาย	
<p>1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ</p> <p>ที่ผ่านมาคิดว่าตนเองมีสุขภาพ () ดี () ไม่ดี</p> <p>เพราะ.....การสูบบุหรี่ () ไม่เคยสูบ () สูบมานาน..</p> <p>เดือน/ปี, ปัจจุบันสูบ...มวน/ วัน</p> <p>() เลิกสูบบุหรี่...เดือน/ปี และเคยสูบนาน.....เดือน/ปี</p> <p>ขา/ กาย () ไม่ตื้อ () ตื้อ จำนวน.....ถ้วย/ วัน</p> <p>สุรา () ไม่ดื่ม () ดื่ม จำนวน.....แก้ว/วันและ....วัน/ สัปดาห์</p> <p>ยาที่ใช้ประจำ () ไม่มี () มี ระบุ.....</p> <p>ยาหรือสิ่งเสพติด () ไม่มี () มี ระบุ.....</p> <p>การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย () ซื้อยากินเอง () ไปโรงพยาบาล</p> <p>() อื่นๆ</p>	<p>2.ภาวะโภชนาการ รับประทานอาหาร วันละ...มื้อ</p> <p>() ตรงเวลา () ไม่ตรงเวลา เพราะดื่มน้ำ</p> <p>(รวมเครื่องดื่ม) ...แก้ว/ วัน</p> <p>อาการที่ผิดปกติในปัจจุบัน (เช่น ท้องอืด กลืนลำบาก)</p> <p>() ไม่มี () มี ระบุ</p> <p>ความอยากอาหาร(ปกติ) (เพิ่มขึ้น) (ลดลงในช่วง...เดือนที่ผ่านมา</p> <p>การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก (ปกติ) (เพิ่มขึ้น...กก.</p> <p>() ลดลง...กก</p> <p>เยื่อตา () ปกติ () ชัด () เหลือง () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>เปลือกตา () ปกติ () บวมแดง () หนังตาตก () อื่นๆระบุ.....</p>
ข้อมูลด้านร่างกาย (ต่อ)	
<p>3. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</p> <p>ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ () ได้ () ไม่ได้ ระบุ.....</p> <p>เพราะ.....การออกกำลังกาย () ทุกวัน</p> <p>() นาน ๆ ครั้ง () ไม่ออกกำลังกายเพราะ.....</p> <p>อาการผิดปกติที่ปรากฏเมื่อออกกำลังกายในปัจจุบัน (เช่น เป็นลม หอบเหนื่อย) () ไม่มี () มี ระบุ</p> <p>4. การพักผ่อน นอนหลับวันละ..... ชั่วโมง</p> <p>ปัญหาการนอน () ไม่มี () มี ระบุ</p> <p>วิธีการแก้ไขระบุ.....</p> <p>5.สติปัญญาและการรับรู้</p> <p>สายตา () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ</p> <p>การได้ยิน () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ</p> <p>การพูด () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ</p> <p>การรู้จักเวลา สถานที่ บุคคล () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ</p> <p>ความรู้สึก () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ</p> <p>ความจำและได้ตอบ () ปกติ () ความจำไม่ดี ()</p> <p>อื่นๆ.....</p> <p>ความเจ็บปวด () ไม่มี () มี</p> <p>บริเวณ.....</p>	<p>2.ภาวะโภชนาการ (ต่อ)</p> <p>ผิวหนัง สีผิว(ปกติ) () ชัด () เหลือง () เขียวคล้ำ () มีจุดจ้ำเลือด</p> <p>() อื่นๆระบุ.....</p> <p>-ลักษณะ() ปกติ () แห้ง () บวม () อื่นๆระบุ.....</p> <p>-แผล () ไม่มี () มีระบุตำแหน่ง.....</p> <p>-เล็บ () ปกติ () สีม่วงคล้ำ () นิ้วปูด () เล็บข้อน</p> <p>() อื่นๆ.....</p> <p>-ต่อมน้ำเหลือง (คอ รักแร้ ขาหนีบ) () ไม่โต () โต</p> <p>ระบุตำแหน่ง...</p> <p>6.การขับถ่ายของเสีย</p> <p>ปัสสาวะ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ</p> <p>ถ่ายอุจจาระ ...ครั้ง/วัน หรือ...วัน/ ครั้ง () ท้องเสีย () ท้องผูก</p> <p>() อื่นๆ.....</p> <p>7.เพศและการเจริญพันธุ์ (เฉพาะรายที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับข้อนี้)</p> <p>ประจำเดือนรอบละ.....วัน, ครั้งละ วัน () หมดนาน.....เดือน/ปี</p> <p>ตั้งครรภ์ครั้งที่.. การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา () ปกติ () ผิดปกติระบุ....</p> <p>คลอด ครั้งที่ ...การคลอดที่ผ่านมา () ปกติ () ผิดปกติระบุ</p> <p>การป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ () ป้องกัน () ไม่ป้องกัน</p> <p>ความกังวลเกี่ยวกับ เพศสัมพันธ์ () ไม่มี () มี ระบุ</p>

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	ข้อมูลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ
<p>8. <u>บทบาทในครอบครัวและสัมพันธภาพ</u> อาชีพ</p> <p>ปัจจุบัน.....</p> <p>รายได้ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ</p> <p>วิธีแก้ไข.....</p> <p>ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัว/อาชีพ/การเรียน</p> <p>() ไม่มี () มี</p> <p>ระบุ.....</p> <p>บทบาทในครอบครัว () หัวหน้าครอบครัว () สมาชิกครอบครัว</p> <p>ความรับผิดชอบหารายได้ () ทั้งหมด () บางส่วน () ไม่ต้อง</p> <p>รับผิดชอบ</p> <p>จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ () ไม่มี () มี</p> <p>ระบุ.....</p> <p>ผู้ให้ความช่วยเหลือขณะป่วย () ไม่มี () มีระบุ.....</p> <p>สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว () ราบรื่น () ไม่</p> <p>ราบรื่น.....</p>	<p>9. <u>การรับรู้ตนเอง</u> คิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร (เช่น คุยเก่ง ปกติ)</p> <p>ระบุ..... อารมณ์ () ปกติ () กังวลง่าย () อื่นๆ.....</p> <p>10. <u>ความเครียดและการเผชิญความเครียด</u></p> <p>สิ่งที่ทำให้เครียด ระบุ</p> <p>.....</p> <p>วิธีแก้ไขความเครียด (เช่น ใช้จ่าย เล่นกีฬา) ระบุ</p> <p>.....</p> <p>11. <u>คุณค่าและความเชื่อ</u> ที่ฝังทางใจ / นับถือบูชา ระบุ</p> <p>.....</p> <p>สิ่งยึดเหนี่ยวในขณะที่เจ็บป่วย () ครอบครัว () ศาสนา () อื่นๆ</p> <p>ระบุ...</p> <p>12. <u>ช่วงนี้มีความวิตกกังวล</u> () ไม่มี () มีระบุเรื่อง</p> <p>.....</p> <p>ผู้ให้ข้อมูล () ผู้ป่วย () ญาติชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ</p> <p>เป็น.....</p>

แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี HN.....แพทย์เจ้าของไข้.....

สรุปอาการผู้ป่วยก่อน

จำหน่าย.....

.....

.....

ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวินิจฉัยโรคครั้ง สุดท้าย..... ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล.....วัน สัญญาณชีพเมื่อจำหน่าย T.....C , P.R.....T/m,RR.....T/m,BP.....mmHg ระดับความรู้สึก <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> สับสน/รู้ตัวบ้าง <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว ความสามารถในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตัวเอง <input type="checkbox"/> ได้มาก <input type="checkbox"/> ได้บางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องหรือให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ (เช่นการทำแผล การให้อาหารทางสายยาง)ระบุ.....	ประเภทของการจำหน่าย <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาตให้กลับ <input type="checkbox"/> หนีกลับ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ไม่สมควรใจรักษาต่อเพราะ..... ผู้รับกลับบ้านคือ..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น(ระบุ)..... ออกจากหอผู้ป่วยโดย <input type="checkbox"/> เติเอง <input type="checkbox"/> รถนั่ง <input type="checkbox"/> เปลนอน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... พฤติกรรมแสดงออกเมื่อจำหน่าย <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> กระวนกระวาย <input type="checkbox"/> กลัว <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ปฏิเสธเรื่อง..... <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
สรุปการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย <input type="checkbox"/> การได้รับยากลับบ้าน ผู้รับคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> การดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน <input type="checkbox"/> Foley 's catheter <input type="checkbox"/> Tracheostomy Tube <input type="checkbox"/> NG. Tube <input type="checkbox"/> อื่นๆ ... <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> ธรรมดา <input type="checkbox"/> อ่อนย่อยง่าย <input type="checkbox"/> อาหารทางสายยาง <input type="checkbox"/> ลดเค็ม <input type="checkbox"/> ลดมัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> จำกัด ระบุ <input type="checkbox"/> การพักผ่อนให้เพียงพอ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ <input type="checkbox"/> งดเว้นสิ่งเสพติดต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น <input type="checkbox"/> การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด ระบุ <input type="checkbox"/> การบริหารปอด โดยการเป่าน้ำในขวด <input type="checkbox"/> การปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการหอบ <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดแผลกดทับ <input type="checkbox"/> การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> คำแนะนำอื่นๆ	
การส่งต่อ <input type="checkbox"/> HHC เรื่อง..... <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง HHC <input type="checkbox"/> ส่งต่อไปยัง..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... การนัด <input type="checkbox"/> ไม่นัด <input type="checkbox"/> นัดครั้งต่อไป..... ลงชื่อผู้บันทึก.....ตำแหน่ง..... ว.ด.ป.ที่จำหน่าย...../...../.....เวลา.....น.	

คู่มือบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล

คู่มือนี้จะมีรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ที่เน้นกระบวนการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์ตามแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นได้แก่

1. แบบประเมินผู้รับบริการ
2. แบบบันทึกแผนการพยาบาล
3. แบบบันทึกการพยาบาล
4. แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

2. เพื่อให้มีการบันทึกทางการแพทย์ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล

1. แนวคิดของการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล ที่พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยมีวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อ (1) สื่อสารให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมให้การดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้องต่อเนื่อง (2) เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผล และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล การค้นหาปัญหาของผู้ป่วย (3) เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย และพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล (4) เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลและเป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

กระบวนการพยาบาล เป็น กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นวิธีแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละบุคคล โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และเป็นทักษะรากฐานที่สำคัญ ที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลใช้ความรู้และทักษะในการคิดและปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้จะช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล

การบันทึกทางการพยาบาลของงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาลใช้หลักการบันทึกทางการพยาบาล และเลือกรูปแบบบันทึกแบบบรรยายเหตุการณ์ (narrative charting) เพื่อให้เห็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำรูปแบบการบันทึกแบบมุ่งปัญหา (POMR) มาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม(Newbeck 1986 อ้างใน ทศนา บุญทอง 2531) แล้วบันทึกให้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล (Iyer, Taptich and Bernocchi – Lodey 1995) ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ และสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการบริการพยาบาลได้

2. แบบแผนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย 4 แบบบันทึก ดังนี้

- 1) แบบประเมินผู้รับบริการ
- 2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล
- 3) แบบบันทึกการพยาบาล
- 4) แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

3. คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นคู่มือการที่ผู้วิจัยและทีมพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนตาล ได้ร่วมกันสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้ง 4 แบบบันทึก และเพื่อให้มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นกระบวนการทางการแพทย์ มีรายละเอียดของกระบวนการบันทึกเป็นขั้นตอนดังนี้

ก. ขั้นตอนการบันทึกทางการแพทย์

1. การรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการและการบันทึก

1.1. การรับผู้ป่วยใหม่ ให้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการโดยการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการให้ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เช่น วัดสัญญาณชีพ สังเกต แล้วบันทึกในแบบประเมินผู้รับบริการ หากรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้รับบริการยังไม่ครบถ้วนต้องส่งเวรให้เวรต่อไปรวบรวมเพิ่มเติม โดยมีแนวทางการบันทึกดังนี้

รายการ	แนวทางการบันทึก
1. หลักการบันทึกทั่วไป	บันทึกทันทีขณะแรกรับผู้ป่วย บันทึกข้อมูลอย่างสั้น กะทัดรัด เข้าใจง่าย และ ถูกต้อง ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล บันทึกผิดห้ามลบ ให้ขีดเส้นตรงคร่อมข้อความที่ผิด และลงชื่อก่อนเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
2. บันทึกสัญญาณชีพ	วัดสัญญาณชีพ ขณะแรกรับแล้วบันทึก
3. บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท	กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ให้บันทึกขนาดรูม่านตา และระดับความรู้สึก(Pupil Size , Coma Score)
4. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ เกี่ยวกับอาการสำคัญ และระยะเวลาที่เกิดอาการ บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้ เป็นข้อความสั้น ๆ
5. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ เกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เวลาที่เริ่มมีอาการ ลักษณะอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการ วิธีแก้ไขก่อนมา รักษา และเหตุผลที่มาโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลที่ รวบรวมได้เป็นข้อความสั้น ๆ

รายการ	แนวทางการบันทึก
6. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ และตรวจร่างกาย โดยการสังเกต คลำ เคาะ หรือ ฟัง ตามสภาพปัญหาและความเจ็บป่วยที่เป็นปัจจุบัน ณ. เวลารับไว้ดูแล เพื่อรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อความสั้น ๆ ลงในแบบประเมินผู้รับบริการ
7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การผ่าตัด โรคประจำตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน
8. ประวัติสุขภาพของครอบครัว	สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือ โรคเรื้อรังที่ญาติสายตรงของผู้ป่วยเป็น บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน
9. ประวัติการคลอด และประวัติการรับวัคซีน(กรณีเด็ก)	สัมภาษณ์บิดา มารดาของเด็กหรือญาติเกี่ยวกับประวัติการคลอด และประวัติการรับวัคซีน (ขอดูสมุดบันทึกการได้รับวัคซีนของเด็ก)
10. ประวัติการแพ้ยา/ภูมิแพ้	การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับประวัติการแพ้ ยา อาหารหรืออื่นๆ
11. ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ 1. การรับรู้และดูแลสุขภาพ 2. ภาวะโภชนาการ 3. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 4. การพักผ่อนนอนหลับ 5. สถิติปัญหาและการรับรู้ 6. การขับถ่ายของเสีย 7. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	รวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติร่วมกับการสังเกต - บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน และทำเครื่องหมาย - ลงใน () ในกรณีไม่มีประวัติตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์ม

รายการ	แนวทางการบันทึก
12. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม 8. บทบาทในครอบครัวและสัมพันธภาพ	บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน และทำเครื่องหมาย - ลงใน () ในกรณีไม่มีประวัติตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์ม
13. ข้อมูลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ 9. การรับรู้ตนเอง 10. ความเครียดและการเผชิญความเครียด 11. คุณค่าและความเชื่อ 12. ความวิตกกังวล	บันทึกข้อมูลที่รวบรวมได้โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความสั้น ๆ ใน และทำเครื่องหมาย - ลงใน () ในกรณีไม่มีประวัติตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์ม

1.2. ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง ให้ประเมินตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ช่วงเวลานั้นๆ แล้วบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลช่องข้อมูลผู้ป่วย

2. การบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ให้บันทึกลำดับที่ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในแบบบันทึกการพยาบาล ช่องข้อวินิจฉัย โดยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล นอกจากนี้ ต้องลงวันที่และเวลาที่ค้นพบปัญหาในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมในเวรต่อไป

รูปแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะพบปัจจัยเสี่ยง = เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหา
สุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การบันทึกแผนการพยาบาล

ให้ใช้แนวทางแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกแผนการพยาบาล โดยเลือกใช้ให้ตรงประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายและบันทึก “เวลา วันเดือนปีที่พบปัญหา” ในช่อง วันและเวลาที่พบปัญหา และเมื่อปัญหาหมดสิ้นในเวลาต่อมาให้บันทึก “เวลา วันเดือนปีที่ปัญหาสิ้นสุด” ในช่อง วันและเวลาที่สิ้นสุดปัญหา

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

แบบบันทึก แผนการพยาบาล

วันและเวลาที่พบปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล	แผนการพยาบาล	วันและเวลาที่สิ้นสุดปัญหา
20/06/50 10.00 น.	() มี () เสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจาก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ <input type="checkbox"/> Paralysis ข้าง..... <input type="checkbox"/> มีแผลกดทับบริเวณ..... ขนาด..... <input type="checkbox"/> ผิวหนังทั่วตัวบวม <input type="checkbox"/> ถ่ายเหลวบ่อย <input type="checkbox"/> Serum albumin ต่ำกว่ามาตรฐาน Serum Albumin =.....	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่พบแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก 2. ขนาดของแผลกดทับเดิมไม่เพิ่มมากขึ้น และลักษณะแผลสีแดง	1. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ/ การถูกลมของแผล ♦ ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยทุกแควและให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม ♦ ติดตามประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกแคว ♦ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลผิวหนังให้แห้ง สะอาด ไม่ให้เปียกอับชื้นอยู่เสมอทุกแคว ♦ กหนดบริเวณปุ่มนูนต่าง ๆ ของกระดูกเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทุก 2 ชั่วโมง ♦ กระตุ้น/พลิกตัวให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชม. ในรายช่วยตัวเองไม่ได้ทำ passive ROM ♦ จัดปูผ้าปูเตียง เสื้อผ้าผู้ป่วยให้เรียบตึงอยู่เสมอและไม่ให้เปียกชื้นเป็นเวลานาน ๆ ทุกแคว ♦ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ อาหารที่มีคุณค่าอย่างเพียงพอ 2. ติดตามผล Lab ตามแผนการรักษา 3. ในรายที่มีแผลกดทับ (การพยาบาลเพิ่ม) ♦ ติดตามประเมินความรุนแรงของแผลอย่างต่อเนื่องทุกแคว ♦ ทำแผลอย่างน้อยวันละครั้งด้วยหลักปราศจากเชื้อ 4. ดูแลการให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 5. อื่น ๆ	23/06/50 8.30 น.

ชื่อ - สกุล อายุ ปี DX.....

4. การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

ให้บันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล ช่งกิจกรรมพยาบาล โดยบันทึกเวลาที่ได้ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในช่งเวลา โดยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล โดยบันทึกทันทีหลังปฏิบัติการพยาบาล และการบันทึกต้องคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยดังนี้

4.1 ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงบ่อยครั้ง พยาบาลจะต้องเขียนบันทึกการพยาบาลเป็นระยะ ๆ 15 นาที - 4 ชั่วโมง และลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลตามอาการและอาการที่เปลี่ยนไป

4.2 ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงค่อนข้างคงที่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย พยาบาลจะบันทึกการพยาบาลเฉพาะ 1 ครั้ง โดยลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลตามอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไปแล้วลงชื่อและตำแหน่งกำกับไว้

5. การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล

ในแต่ละเวรช่งของแต่ละวัน หัวหน้าทีมแต่ละทีมจะประเมินผลการพยาบาลว่า แผนการพยาบาลยุติได้เมื่อปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว และ/หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลเมื่อปัญหาเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร จะบันทึกภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล หรือช่งเวลาสรุปอาการผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลในช่งประเมินผลการพยาบาล

ข. แนวทางการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse' s Note)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
1.	<u>การบันทึกแรกรับ</u> วัน เดือน ปี	- บันทึกวันที่ เดือน ปี ที่รับผู้ป่วยไว้รักษา โดยยึดหลักเดียวกับ การบันทึก วัน เดือน ปี ในแบบฟอร์มอื่น ๆ
2.	เวลา	- บันทึกเวลาแรกรับผู้ป่วยในช่งเดียวกับ วัน เดือน ปี โดย ก่อนที่จะบันทึกเวลาแรกรับในบรรทัดล่างลงมา และมี หน่วยเวลากำกับ
3.	สรุปสภาพปัญหาของผู้ป่วย แรกรับ	- บันทึกสภาพของผู้ป่วยแรกรับว่าอาการและอาการแสดง ที่เป็นปัญหาแรกรับเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
4.	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน บันทึกในช่องข้อมูลผู้ป่วย/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	<p>-บันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาด้านร่างกายให้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง/ความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>-บันทึกข้อวินิจฉัย/ปัญหาครอบคลุมด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ ให้ครบถ้วนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย (นำหมายเลขลำดับที่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลและระบุชื่อปัญหาสั้น ๆ)</p>
5.	เวลา และสัญญาณชีพ	บันทึกเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วย และบันทึกสัญญาณชีพตามแผนการพยาบาล
6.	การปฏิบัติการพยาบาล	<p>-มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับแผนการพยาบาล</p> <p>-มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย</p>
7.	การประเมินผลการพยาบาล บันทึกในช่องประเมินผลการพยาบาล	<p>-บันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้</p> <p>-บันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้</p> <p>(บันทึกผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินผลที่อยู่ในแผนการพยาบาล)</p>

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
8.	<u>การบันทึกต่อเนื่องระหว่างรักษาในโรงพยาบาล</u> วัน เดือน ปี ที่บันทึก	-บันทึกวัน เดือน ปี และ พ.ศ.ที่บันทึก
9.	เวลาที่บันทึก	-บันทึกเช่นเดียวกับเวลาแรกรับ
10.	สัญญาณชีพเมื่อเกิดปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงในระหว่างรักษาในโรงพยาบาล กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท	-บันทึกสัญญาณชีพทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีอาการหรือปัญหาเกิดขึ้นในแต่ละเวรและกรณีที่ผู้ป่วยอาการปกติให้บันทึกอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง และในกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้บันทึกสัญญาณทางระบบประสาท
11.	อาการและอาการแสดงด้านร่างกาย	-บันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ปรากฏอย่างต่อเนื่องในแต่ละเวร
12.	อาการและอาการแสดงด้านจิตใจ	-บันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจและอารมณ์ที่ปรากฏขึ้นภายหลังจากที่มีปัญหาด้านร่างกายแล้วส่งผลถึงสภาพอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย
13.	กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกายหรือสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	-บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย
14.	กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์ หรือสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	-บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจและอารมณ์
15.	อาการและอาการแสดงทาง ด้านร่างกาย ภายหลังจากการทำกิจกรรมการพยาบาล	-บันทึกอาการแสดงทางด้านร่างกายภายหลังจากการทำกิจกรรมการพยาบาล

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
16.	กิจกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	-บันทึกกิจกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
17.	อาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจภายหลังการทำกิจกรรมการพยาบาล	-บันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
18.	กิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย	-บันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการสอน การให้คำปรึกษาที่สัมพันธ์กับโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังการได้รับคำแนะนำ
19.	ชื่อผู้บันทึก	-บันทึกชื่อพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยด้วยตัวบรรจง เช่น สุนทร
20.	ตำแหน่งผู้บันทึก	-บันทึกตำแหน่งของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น RN5, TN4 หมายเหตุ: การบันทึกต่อเนื่องระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลให้บันทึกทุกรายและทุกเวร
21.	<u>การบันทึกการเตรียมผู้ป่วยรับการผ่าตัด</u> ระดับความรู้สึก	(กรณีได้รับการผ่าตัด) -บันทึกระดับความรู้สึกตัวก่อนส่งผ่าตัด
22.	สัญญาณชีพ	-บันทึกสัญญาณชีพก่อนออกจากหอผู้ป่วย
23.	การเตรียมสภาพผู้ป่วย	-บันทึกการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ
24.	การให้ยา	-บันทึกการให้ยาก่อนไปรับการผ่าตัด
25.	เวลาที่ส่ง	-บันทึกเวลาที่ส่งออกจากหอผู้ป่วย

1. การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
26.	<u>การบันทึกผู้ป่วยหลังผ่าตัด</u> การผ่าตัด	(กรณีได้รับการผ่าตัด) -บันทึกชนิดการผ่าตัด
27.	เวลา	-บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย
28.	ระดับความรู้สึกตัว	-บันทึกระดับความรู้สึกตัว
29.	สัญญาณชีพ	-บันทึกสัญญาณชีพ
30.	อาการทั่วไป	-บันทึกอาการทั่วไป อาการสำคัญเช่น ความเจ็บปวด มีเลือดออกจากบริเวณแผลผ่าตัด ท่อระบายต่าง ๆ
31.	แผลผ่าตัด	-บันทึกลักษณะแผลผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ติดมาผู้ป่วย
32.	การพยาบาล	-บันทึกการพยาบาลที่ให้เมื่อผู้ป่วยกลับจากผ่าตัด
33.	ผลลัพธ์การพยาบาล	-บันทึกการประเมินผลการพยาบาล
34.	<u>การบันทึกผู้ป่วยถึงแก่กรรม</u> อาการรุนแรง	(กรณีถึงแก่กรรม) -บันทึกอาการรุนแรงที่เกิดขึ้น
35.	เวลาหัวใจหยุดเต้น	-บันทึกเวลาหัวใจหยุดเต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ
36.	การรักษา	-บันทึกการรักษาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ
37.	เวลาถึงแก่กรรม	-บันทึกเวลาที่แพทย์ลงความเห็นผู้ป่วยถึงแก่กรรม

หมายเหตุ: 1. เวนแรกที่รับผู้ป่วยใหม่จะต้องเริ่มบันทึกข้อวินิจฉัยที่เป็นประเด็นหลักหรือปัญหาวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วย ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนแล้วตามด้วยข้อวินิจฉัยอื่นๆถ้ามีภาระงานมากเกินที่จะบันทึกได้ครบ ให้พยาบาลเวรต่อไปบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมให้ครอบคลุม 4 มิติ คือการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ทุกเวรพยาบาลจะบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ โดยบันทึกข้อมูลสภาพผู้ป่วย เมื่อรับเวรแล้วบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยที่ยังไม่สิ้นสุดหรือยังค้างอยู่ต่อจากเวรก่อน เมื่อพบว่าปัญหาใหม่ก็บันทึกเพิ่มปัญหาหรือข้อวินิจฉัยใหม่ และในแต่ละเวรต้องประเมินผลการพยาบาลในช่องประเมินผลการพยาบาล

2. การบันทึกการจำหน่ายในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

ลำดับ	รายการ	แนวทางการบันทึก
1.	สรุปอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	-บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
2.	ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	-บันทึกการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย -ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล -สัญญาณชีพเมื่อจำหน่าย -ระดับความรู้สึก -ความสามารถในการดูแลตนเอง -บันทึกประเภทของการจำหน่าย เช่น แพทย์อนุญาต หนีกลับ ส่งต่อไปรักษา หรือไม่สมควรใจอยู่รักษา เป็นต้น -พฤติกรรมแสดงออกเมื่อจำหน่าย
3.	สรุปการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย	-บันทึกคำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะรายที่บ้าน -บันทึกการดูแลอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน บันทึกคำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะรายที่บ้าน
4.	การส่งต่อและการนัด	-บันทึกการส่งต่อ HHC ระบุประเด็นปัญหาหรือเรื่องที่ต้องติดตาม -บันทึกการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานบริการใกล้บ้านหรือกิจกรรมการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง
5.	ชื่อผู้บันทึก	-บันทึกชื่อพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยด้วยตัวบรรจง เช่น ราตรี
6.	ตำแหน่งผู้บันทึก	-บันทึกตำแหน่งของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เช่น RN 5, TN4
7.	วัน เดือน ปี	-บันทึกวันที่ เดือน พ.ศ. ที่จำหน่ายผู้ป่วย
8.	เวลา	-บันทึกเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย โดยมีหน่วยของเวลากำกับ